

B. S. Sulph.

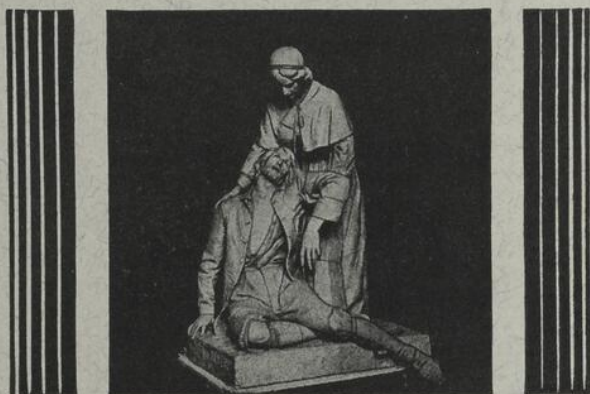
Numéro 6

Quatrième année

**LE JOURNAL**

... de ...

**L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL**



DÉCEMBRE

1935

# BANQUE CANADIENNE NATIONALE

SITUATION AU 30 NOVEMBRE 1935

## Passif

### Envers le public :

Billets de la Banque en circulation .....	\$ 6,486,429.00
Dépôts (épargne et comptes courants) .....	112,993,913.91
Divers .....	721,207.96
	<hr/>
	\$ 120,201,550.87

### Envers les actionnaires :

Capital, réserve, dividendes et profits non répartis .....	12,372,705.60
	<hr/>
	\$ 132,574,256.47

## Actif

Argent en caisse et autres disponibilités .....	\$ 17,670,945.95
Obligations et actions .....	53,416,882.14
(comptées au-dessous du cours du marché)	
Prêts à demande .....	5,823,124.18
(sur titres dont les cours présentent une ample marge)	
Prêts et escomptes et avances aux municipalités .....	47,081,731.49
(après provision pour créances douteuses)	
Immeubles, créances hypothécaires et divers .....	8,581,572.71
(comptés au-dessous du coût ou de la valeur)	
	<hr/>
	\$ 132,574,256.47

## Compte Profits et Pertes

Solde créditeur au 30 novembre 1934 .....	\$ 224,069.97
Profits de l'exercice finissant le 30 novembre 1935 .....	915,790.39
	<hr/>
Total .....	\$ 1,139,860.36

### Réparti comme suit :

Dividendes .....	\$ 560,000.00
Fonds de pension du personnel .....	30,000.00
Provision pour impôts fédéraux et provinciaux .....	167,000.00
Amortissement du mobilier .....	30,000.00
Versement au Trésorier de la Province de Québec (14 Geo. V, ch. 3) .....	125,000.00
Solde créditeur au 30 novembre 1935 .....	227,860.36
	<hr/>
	\$ 1,139,860.36

## SOMMAIRE du No 6

Décembre 1935

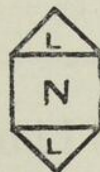
	Pages
FRANÇOIS BADEAUX : Réflexions sur les kystes dermoïdes de l'orbite .....	333
RODRIGUE LEFEBVRE : Un cas d'anomalie artérielle .....	344
PAUL POIRIER : Cardiopathies syphilitiques et leur traitement .....	350
OSCAR MERCIER : Le diagnostic du cancer du rein .....	355
LOUIS DE G. JOUBERT : Plaies pénétrantes du globe oculaire par instruments tranchants ou contondants .....	367
ERNEST PRUD'HOMME : Naevo-carcinomatose généralisée et venin de cobra .....	372
LÉO-E. PARISEAU : Histoires d'ostéopathes et de chiropraticiens .....	379
TABLE DES MATIÈRES POUR L'ANNÉE 1935 :	
Table alphabétique par noms d'auteurs .....	389
Table des articles par ordre alphabétique .....	394

Le tonique du jour

# PHOSPHO-NERVINE

ÉCHANTILLON SUR DEMANDE

LA. 2185



LABORATOIRE NADEAU  
LIMITÉE  
100 ouest, rue St-Paul,  
MONTRÉAL

## RÉDIGER son TESTAMENT

*est la chose la plus importante de la vie.*

---

AVEZ-VOUS PENSÉ AU VÔTRE?  
**CONSULTEZ-NOUS**

---

### **Société d'Administration et de Fiducie**

*Administratrice et fiduciaire*

5 EST, RUE ST-JACQUES - MONTRÉAL

(Immeuble Crédit Foncier Franco-Canadien) - Téléphone : HARbour 4192

AGENCES :

QUÉBEC - WINNIPEG - RÉGINA - EDMONTON - VANCOUVER

### COMPRIMÉS

## “ R E S Y L C I B A ”

Expectorant et antiseptique dans les affections aiguës  
ou chroniques de l'appareil respiratoire.

Le Résyl fluidifie et diminue l'expectoration,  
atténue l'irritation; en outre, il est très bien toléré  
par l'appareil digestif et possède un goût agréable.

DOSE : Les comprimés de Résyl se prennent  
soit dilués ou avalés avec de l'eau à raison de  
3 - 5 comprimés par jour.

PRÉSENTATION: Flacons de 30 comprimés.

---

**COMPAGNIE CIBA Limitée, MONTRÉAL**



Quand on recourt à la DIATHERMIE, aux RADIATIONS CALORIFIQUES, ou à d'autres applications physiothérapeutiques, dans les affections des organes pelviens, des voies génito-urinaires, les rhumatismes, etc., on devra parfaire leur action par un traitement subséquent approprié.

L'Antiphlogistine sera souvent l'adjuvant de choix, non seulement en raison de son pouvoir calorifiant, mais aussi à cause de ses propriétés sédatives, antiprurigineuses, décongestives, réparatrices, dans les érythèmes, érosions, indurations douloureuses.

Echantillon et littérature:

THE DENVER CHEMICAL M'F'G CO.

153, LAGAUCHETIÈRE OUEST, - - - MONTRÉAL

**ANTIPHLOGISTINE**

Fabriquée au Canada.

## 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.

CHLORURE D'ÉTHYLE.

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 :

2549 ouest, rue  
Saint-Jacques,  
MONTRÉAL



Le jour :

Téléphone : WIlbank 1728

Le soir :

Téléphone : DExter 0759

# L'ACNÉ, pendant l'Adolescence, cède plus facilement à ce régime alimentaire

*Une grande clinique rapporte des résultats étonnants dans 89% de ses cas*

Les médecins prescrivent depuis longtemps la Levure Fleischmann fraîche pour l'acné de l'adolescence. Donnée dans des cas graves, avec le traitement médical régulier, ils constatent qu'elle hâte la guérison complète. Dans des cas moins graves ou bénins, elle suffit souvent comme mesure thérapeutique.

Plusieurs expériences ont été faites par des médecins pour déterminer l'effet de l'absorption quotidienne de la levure sur les lésions cutanées. Une grande clinique rapporte des résultats étonnants dans 89% de ses cas.

L'hyperactivité du système endocrine à la puberté et pendant l'adolescence se trahit par les sécrétions des glandes sébacées. Le sébum peut varier en qualité et en quantité. C'est alors que l'acné vulgaris, à divers degrés d'intensité, apparaît aux endroits où les glandes sébacées sont le plus abondantes — le visage, les épaules et la poitrine. Bloch\* signale la présence de l'acné chez 64% de 4191 garçons et filles de 8 à 19 ans.

Pour juger de l'importance clinique de l'acné vulgaire, il suffit d'en étudier les effets possibles:

1. L'acné vulgaire négligée pendant l'adolescence peut devenir chronique et persister jusqu'à l'âge mûr.
2. Le danger des marques ou cicatrices permanentes est toujours à redouter avec l'acné vulgaire persistante.
3. Les jeunes garçons et filles sont souvent si humiliés par leur "peau bourgeonnée" qu'ils acquièrent ainsi un complexe d'infériorité difficile à combattre.

#### Autres facteurs qui influencent l'aggravation et la persistance de l'Acné...

En plus de l'effet immédiat de l'hyperactivité des glandes sur la peau, la santé générale et le régime du jeune garçon et de la jeune fille jouent un rôle important dans l'étiologie de l'acné vulgaire.

Heures et habitudes irrégulières, défaut de discernement dans le choix des aliments, excès dans les friandises et les choses grasses, voilà autant de problèmes communs à l'adolescence. Il en résulte souvent des troubles gastro-intestinaux — et plus particulièrement la constipation.

#### CE QUE FAIT LA LEVURE FLEISCHMANN

La Levure Fleischmann fraîche contient les éléments essentiels les plus utiles à l'adolescence. Elle renferme quatre des cinq vitamines capitales, i.e., les Vitamines A, B, G et D. Elle est particulièrement riche en Vitamines B et G. Elle fournit aussi les amino-acides, essentielles à la croissance. Etant fraîche, cette levure comporte encore des substances pareilles aux hormones, lesquelles stimulent les sécrétions gastriques, favorisent la digestion et l'assimilation des aliments.

Par son action sur les sécrétions et la musculature du canal gastro-intestinal, la Levure Fleischmann hâte



Si l'on ne s'en débarrasse pas rapidement, l'acné vulgaire peut devenir chronique — et marquer à tout jamais. Les jeunes garçons et filles sont si souvent humiliés par cette affection qu'ils acquièrent ainsi un sentiment d'infériorité difficile à surmonter.

l'élimination de façon naturelle. Moins de toxiques s'infiltrèrent ainsi dans le sang pour agir comme irritants de la peau.

En outre, ses vitamines exercent une action régulatrice sur le mauvais fonctionnement des glandes en rapport avec l'acné, i.e., le mauvais fonctionnement souvent caractérisé par l'activité accrue de la glande thyroïde pour compenser une trop grande activité due au déséquilibre des endocrines\*\*. Les Vitamines B et G dans la Levure ont aussi pour effet de vivifier les tissus eux-mêmes, en permettant à la peau de se guérir plus rapidement de ses lésions et en amoindrissant ainsi le danger des cicatrices.

En plus d'accélérer la disparition des lésions de la peau, la Levure Fleischmann, au dire des médecins, améliore en général la santé du patient. Il se sent plus vigoureux, plus alerte et plus satisfait de son sort.

Voici comment doit se prendre la levure: 2 gâteaux de Levure Fleischmann fraîche tous les jours, tels quels ou dissous dans le tiers d'un verre d'eau, de préférence une demi-heure avant les repas.

\* BLOCH, Bruno: "Métabolisme, Glandes endocrines et Affections cutanées, avec allusion spéciale à l'Acné Vulgaris." British Journal of Dermatology, Fév. 1931.

\*\*HOLLANDER, Lester: "Le rôle des glandes endocrines dans l'étiologie et le traitement de l'Acné." Archives de Dermatologie et de Syphilologie 3: 393-597. Mars 1931.



ACHETEZ DES PRODUITS  
FABRIQUES AU CANADA

MEANS

DUCKETT

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 : LA CIE CANADA DRUG**

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice,

Montréal

# ASSOCIATION JEANNE MANCE

Registre des gardes-malades graduées de  
L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

« SERVICE PRIVÉ  
SERVICE À DOMICILE  
SERVICE À L'HEURE »

S'adresser à

GABRIELLE BROSSARD, G.M.E.

Téléphone: ATLantic 5730

59, chemin Bellingham,

Outremont



## D'hier à aujourd'hui !

Dans les jours anciens, lorsqu'un voyageur allait d'un pays à l'autre, il rendait visite aux places où se transigeaient les affaires et là, il changeait son argent pour le numéraire en usage là où il se dirigeait.

Les conditions économiques ont changé. Les banques ont suivi cette évolution. Elles sont encore plus nécessaires qu'autrefois avec leurs services bancaires variées, mis à la disposition d'une clientèle toujours croissante.

TRANSIGEZ AVEC

## La Banque Provinciale du Canada

*Les*  
MAGASINS  
**FASHION-CRAFT**  
*Lechasseur, limitée*

*Maison essentiellement  
canadienne-française*

*concessionnaires des  
célèbres vêtements  
"Fashion-Craft"  
de fabrication  
canadienne-française*

## LE SIROP DIÉTÉTIQUE PAR EXCELLENCE



Le sirop de maïs procure un maximum d'énergie avec un minimum d'effort pour la fonction digestive et contient un pourcentage élevé de Dextrose et de Maltose. C'est pourquoi on l'emploie avec tant de succès dans la diète de l'enfant.

Ces fameux sirops sont fabriqués scientifiquement et dans les conditions les plus hygiéniques... Ils sont les plus purs sirops de maïs qui se puissent obtenir. On peut donc les prescrire en toute sécurité et confiance.



**SIROPS de MAÏS (blé d'Inde)**  
**Edwardsburg "CROWN BRAND"**  
**et "LILY WHITE"**

Produits de THE CANADA STARCH CO. Limited - MONTREAL

**Prescrivez  
avec confiance**

# JEL-LAX

*Laxatif naturel aux fruits*  
Ne contient pas de Phénolphthaléine.

**POUR LA CONSTIPATION CHRONIQUE**

*Une spécialité populaire de M. & M.*

Toujours à votre service spécialisé dans la préparation des ordonnances pharmaceutiques pour les médecins débutant dans la pratique à la campagne. (CONSULTEZ-NOUS).

*Notre catalogue illustré et nos échantillons en spécialités vous seront envoyés sur demande à titre gracieux.*

**MOWATT & MOORE Limitée**

64 rue Prince,  
MONTRÉAL

Tél. MARquette  
8166-8167-8168



Tél.: CRescent 6163

## THE PIZZAGALLI TERRAZZO TILE MANUFACTURING CO.

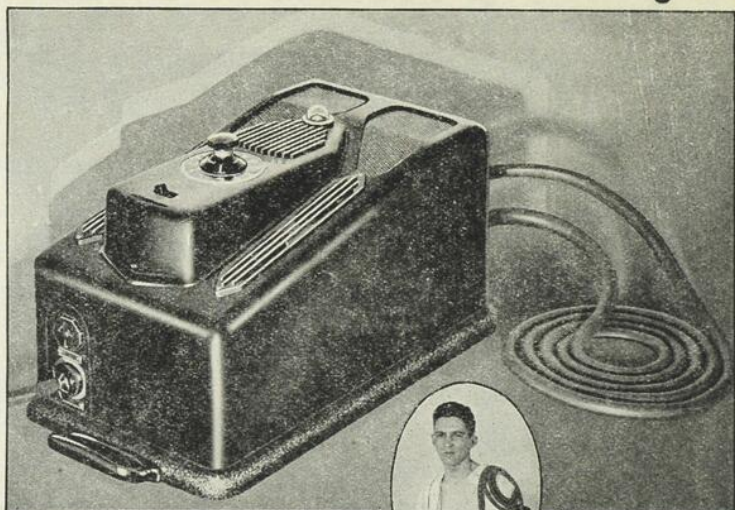
LIMITED

*Travaux en Marbre, Tuiles  
et Terrazzo*

105, RUE JEAN-TALON OUEST, - - MONTRÉAL

# L'INDUCTION ÉLECTROMAGNÉTIQUE

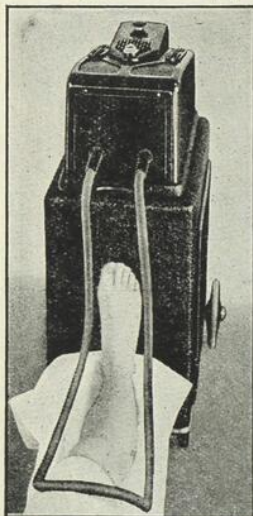
la méthode  
la plus  
logique  
pour l'échauf-  
fement  
des tissus  
profonds.



THE

*New*

# INDUCTOTHERM



● INDUCTOTHERM est le premier appareil à utiliser les phénomènes d'induction pour la diathermie pénétrante.

Simple et commode au possible. Pas d'électrodes devant être appliquées soigneusement sur la peau. Un câble qu'on enroule autour de la partie à traiter, ou qu'on place à proximité.

Les travaux de Merriman, Holmquest et Osborne (*vide Am. Journ. Med. Sciences*, May 1934) leur permettant d'affirmer que la diathermie ainsi obtenue serait très pénétrante et donc particulièrement recommandable chez les patients à fort revêtement adipeux. Le Conseil de Physiothérapie de l'A.M.A. a vérifié la supériorité de la technique inductive sur celles qui utilisent le champ électrostatique (Voir leurs observations sur l'échauffement produit dans la cuisse de 8 sujets, *Jol. A.M.A.* April 20, 1935 and Aug. 17, 1935).

Partout où la diathermie et la pyrétothérapie sont indiquées, vous aurez avantage à utiliser l'*Inductotherm*. Soumis d'abord aux rudes épreuves du labo il a depuis fait ses preuves en clinique. On peut aisément l'adapter pour l'électrochirurgie.

*Renseignez-vous auprès de nos agents pour ce qui est des indications et d'un plan de paiement très avantageux.*

**VICTOR X-RAY CORPORATION**  
of Canada, Ltd.

Distributors for General Electric X-Ray Corporation • TORONTO—1221 Bay St., Toronto 5, Ont. • MONTREAL—524 Medical Arts Bldg. • VANCOUVER—Motor Transportation Bldg., 570 Dunsmuir St. • WINNIPEG—Medical Arts Bldg.

# Le Journal de l'Hotel-Dieu de Montréal

No 6

Décembre 1935

## RÉFLEXIONS SUR LES KYSTES DERMOÏDES DE L'ORBITE

*Par* FRANÇOIS BADEAUX,

Membre correspondant étranger de la Société d'Ophtalmologie  
de Paris,

Professeur agrégé d'ophtalmologie à l'Université de Montréal,  
Ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu.

Ayant observé et opéré deux cas de kyste dermoïde de l'orbite, en douze ans de pratique privée, nous avons cru intéressant de les rapporter au seul point de vue opératoire.

Le siège de ces kystes varie mais semble tout de même avoir des points d'élection: ce sont les angles interne et externe de l'orbite, portion intérieure. Leur volume varie d'un pois à celui d'une grosse mandarine. Au début, ces kystes ne trahissent leur présence par aucun signe clinique, et ce n'est qu'au début de la période d'état que notre attention est attirée par quelques signes toujours discrets: c'est une sensation de serrement du globe oculaire, une douleur franche rétro-bulbaire, un léger trouble visuel, un peu d'exophtalmie ou encore une diplopie peu sensible. Puis à un certain moment, ces symptômes varient d'intensité, suivant évidemment la grosseur de la tumeur, son siège et ses adhérences. Notons cependant que ces tumeurs kystiques quelquefois énormes, n'entraînent jamais de troubles oculaires graves. Vue leur mollesse, elles se moulent en quelque sorte sur le nerf optique sans l'étouffer.

Au cours de l'observation de l'un de nos deux malades, nous avons remarqué deux symptômes cliniques nouveaux n'appartenant

pas cependant en propre aux kystes dermoïdes de l'orbite, ce sont : une hypertension oculaire légère et une hypertension artérielle rétinienne nette. Nous tenons aussi à faire remarquer, que si les multiples adhérences que contractent ces kystes avec l'entonnoir musculaire et le nerf optique entraînent peu de symptômes cliniques, elles peuvent par contre faire d'une opération en apparence bénigne une intervention laborieuse pour l'opérateur. De plus, l'opération de ces kystes doit être complète si l'on ne veut voir une récurrence ou une fistule, tel le cas de notre deuxième malade opéré une première fois en province.

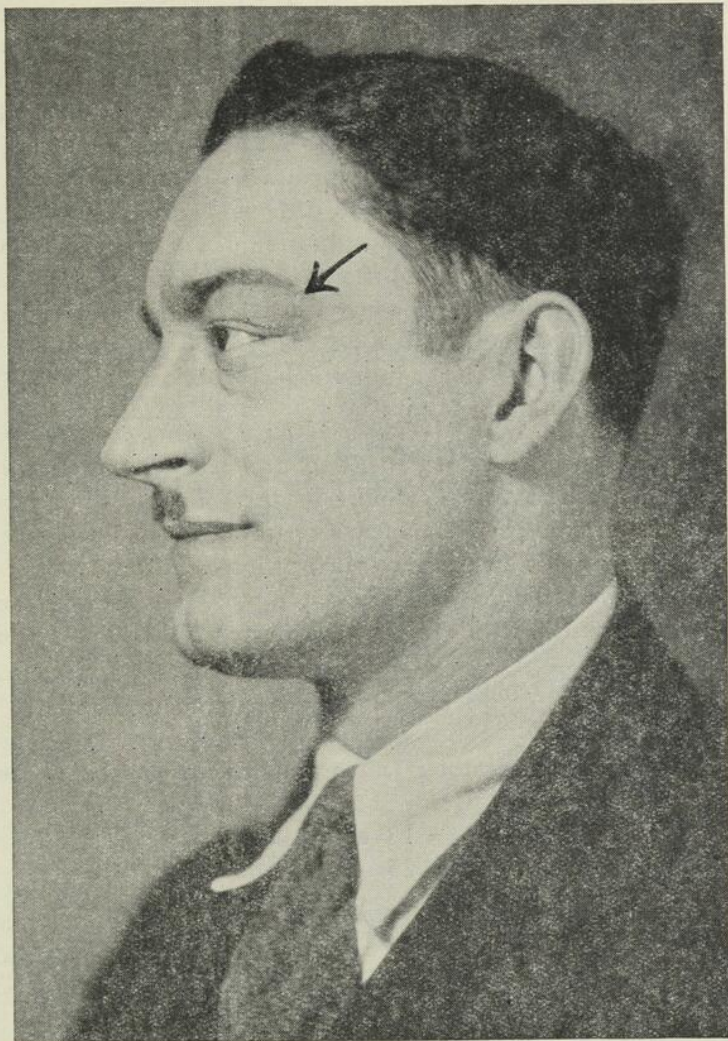
L'évolution de ces kystes est lente et se manifeste surtout à la puberté. Leur origine, après avoir été l'objet de controverses entre Berlin et de Wecker, semble aujourd'hui connue et ne plus intéresser les pathologistes. Ces kystes orbitaires présentent les caractères habituels des kystes dermoïdes en général. Suivant la qualité des glandes incluses leur contenu variera du liquide crémeux au cholestéatome avec quelquefois présence de cheveux, cils, poils, voire même de dents. Ces kystes sont dus à l'enclavement du tégument externe qui, à la faveur d'un retard dans l'occlusion de la fente fronto-maxillaire qui sépare le bourgeon frontal du premier arc branchial, s'enclave dans le feuillet moyen.

Tous les classiques consultés s'accordent à dire que le traitement radical de ces kystes est leur extirpation complète. Les suites opératoires seront variables suivant le genre d'intervention choisie. S'il y a eu véritable évidement d'une large tumeur, s'il y a eu de nombreuses adhérences à débrider, il va de soi que le résultat esthétique sera moins satisfaisant, car le plus souvent il persiste une légère énoptalmie.

## OBSERVATIONS

### 1ER CAS.

E. G., 32 ans, barbier de son métier, se présente à notre consultation le 17 février 1930 pour un oeil gauche saillant, avec sensation de pesanteur pénible, après une journée de travail. Il semble au malade que l'oeil est poussé en avant. (Voir photo ci-contre).



L'examen révèle un oeil droit normal. A gauche, une boursoufflure de la paupière supérieure sans oedème, plus prononcée à l'angle supéro-externe. L'oeil est en légère exophtalmie directe, réductible et non pulsatile. La palpation palpébrale ne révèle aucune crépitation neigeuse. La masse non inflammatoire est réductible, rénitente mais on sent qu'elle adhère à l'os dans l'angle supéro-externe de l'orbite. L'occlusion des paupières se fait normalement. La flexion de la tête, la compression de la jugulaire, l'effort n'exagèrent en rien l'exophtalmie. L'auscultation de l'os frontal ne révèle aucun thrill, aucun bruit de souffle. L'oeil lui-même est blanc. Les réflexes sont normaux. Le champ visuel est sensiblement normal sans scotome. Apparemment, il n'y a pas de strabisme, mais dans le regard en dehors forcé, il y a limitation de l'abduction et production d'une légère diplopie.

L'acuité visuelle est de 20/20 pour l'oeil droit et la même pour l'oeil gauche avec un cylindre + 0.50 à 180°. Fundus de l'oeil droit normal. Rien de nettement pathologique à l'oeil gauche. Toutefois la pupille est peut-être un peu hyperémiée surtout si on la compare avec celle de l'oeil droit. De plus, et ceci est très net, la pression artérielle rétinienne est plus élevée à gauche qu'à droite.

Droite — 70/30  
Gauche — 100/45 à l'ophtalmodynamomètre Bailliart.

Fait intéressant à noter la tension oculaire gauche est aussi plus élevée.

T. O. dr. = 18 emby au Bailliart  
T. O. g. = 25 " " "

La circulation sanguine de l'oeil gauche est donc en souffrance.  
*L'examen du laboratoire.*

Cytologie sanguine normale.

num. globulaire — hémo. 82%

G. r.: 6,493,438

G. b.: 6,562

V. glob.: 0.63

Formule leucocytaire:

Poly. ....	66%
Lympho ... ..	30%
G. M. ....	2%
Eosino ... ..	2%

T. B. C. test: V. Pirquet normal. Radiographie du crâne et de la selle turcique: normale. Les sinus sont clairs. Le nez: légère déviation de la cloison gauche. L'examen général normal.

Le 12 mars 1930.

Le malade se sentant très ennuyé par cette sensation de pesanteur de l'oeil gauche qui lui rend tout travail pénible sollicite un soulagement. Nous lui proposons une orbitotomie, convaincu que nous avons affaire à une tumeur quelconque de l'orbite sans pouvoir préciser sa nature.

#### *Opération.*

Le 15 mars 1930. Nous opérons sous anesthésie locale et régionale. Orbitotomie externe large s'étendant de la partie moyenne du sourcil à la commissuré externe. En faisant les injections analgésiantes, la seringue de Pravaz tombe dans une poche d'où nous retirons un liquide crémeux pathognomonique du kyste dermoïde. Restait à enlever ce kyste.

Nous réséquons une portion de la glande lacrymale un peu indurée. Réclinant l'oeil et l'entonnoir musculaire avec sa capsule, nous tombons sur une masse plus ou moins circonscrite, adhérente au périoste à l'angle supéro externe de l'orbite en arrière de la fossette lacrymale. Nous avançons lentement, en clivant cette masse jusqu'au fond de l'orbite. Les adhérences sont multiples au fond avec l'entonnoir musculaire, ce qui nécessite un travail long et laborieux, car il s'agit d'enlever le kyste sans le crever de peur d'avoir une récédive.

La masse kystique entoure le nerf optique, se moule sur lui. Ainsi s'expliquent l'hypertension oculaire et l'hypertension artérielle rétinienne observées chez notre malade avant l'opération.



*Microphoto.*

FIGURE I

K.: Cavité kystique partiellement collabée, encombrée de squames cornées.

E.: Epithélium malpighien de revêtement (kyste épidermique).

G.S.: Volumineuses glandes sébacées situées dans la paroi du kyste.

Ca. C.: Capsule conjonctive.

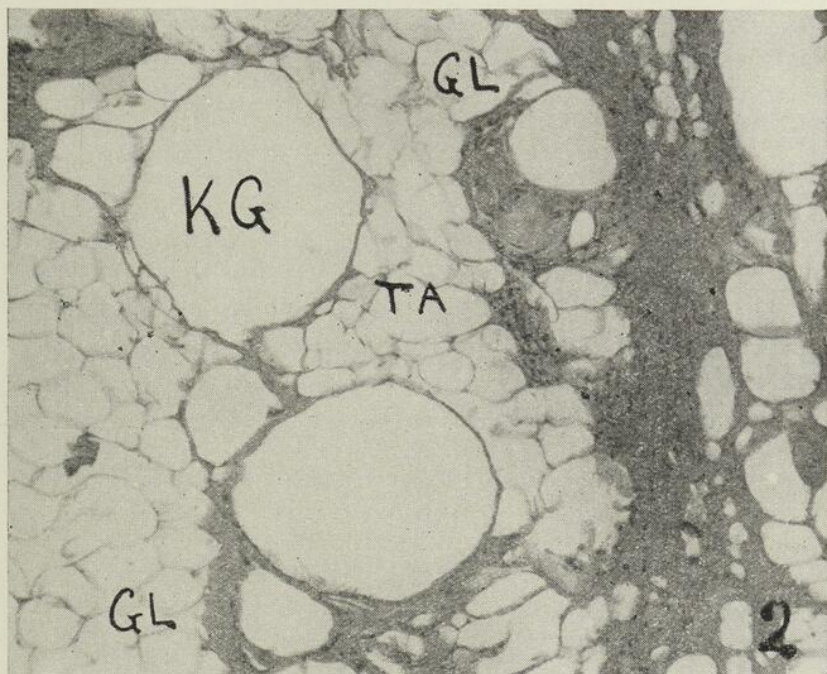


FIGURE II

T. A.: Tissu adipeux.

K. G.: Kyste graisseux.

G. L.: Granulôme lipophagique.

Malgré toutes nos précautions, l'enveloppe mince du kyste crève à la fin de l'intervention, donnant issue à une substance caséuse ressemblant au cholestéome, mais plus liquide avec présence de quelques poils ténus blancs. Nous adressons la pièce au laboratoire pathologique de l'Hôtel-Dieu et le rapport du Dr Pierre Masson est celui-ci :

*Examen microscopique.*

Kyste épidermoïde dont la paroi est très riche en volumineuses glandes sébacées. Le kyste est entouré par un tissu fibro-adipeux criblé de kystes graisseux bordés par des macrophages. Ce granulome lipophagique est semblable à celui qu'on trouve souvent dans le pédicule des kystes dermoïdes ovariens.

La pièce comporte en outre, un fragment de glande lacrymale légèrement scléreuse.

Le 8 avril.

La plaie est cicatrisée sans trop laisser de traces. Les sourcils repoussent. L'oeil est encore limité dans l'abduction avec légère diplopie et présente un peu d'énophtalmie. La vision est normale et la tension oculaire est descendue à 18 m.m. de hy. Il en est de même pour la tension artérielle rétinienne qui est égale à celle de l'oeil droit c'est-à-dire 20/30 au Bailliart.

Le 2 septembre 1930.

La diplopie est disparue. L'oeil est encore en légère énophtalmie et légèrement secrétant. Le frottis est amicrobien.

## 2E CAS.

P. se présente à notre consultation le 19 janvier 1931 avec une ulcération bourgeonnant à l'angle interne de la paupière supérieure droite, un peu au-dessus du niveau du ligament interne et empiétant sur la racine du nez.

Il y a six mois, le malade aurait été opéré dans une clinique pour kyste dermoïde. Depuis la plaie suppure malgré tous les topiques imaginables appliqués par le chirurgien traitant.

*Examen clinique.*

Ulcération fistuleuse, bourgeonnant à l'angle interne de la paupière supérieure droite, un peu au-dessus de la commissure interne. La fistule est indépendante des voies lacrymales parfaitement perméables sans reflux de pus par les points lacrymaux ou par la fistule.

Aucune douleur à la pression de l'os frontal, aucune histoire de coryza. Le nez est libre et la radiographie ne laisse rien voir d'anormal au niveau des sinus. Nous éliminons une sinusite ethmoïdo-frontale.

L'histoire d'une grosseur existant depuis l'enfance dans l'angle interne de la paupière supérieure nous porte à croire à un kyste dermoïde incomplètement réséqué. La peau environnant la fistule est inflammée, lardacée. Nous appliquons des pansements humides chauds en vue de décongestionner la plaie et ses environs.

Le B. W. nous arrive négatif. Aucune histoire de t. b. c. dans la famille; le malade lui-même est un athlète en excellente santé.

Biopsie au niveau de la fistule donne: tissu inflammatoire chronique avec forte réaction du tissu conjonctif.

Le 7 février 1931: opération.

Excision d'un losange cutané de  $\frac{1}{2}$  pouce de longueur par  $\frac{1}{4}$  de pouce de largeur, englobant la fistule. La dissection d'un cordon fibreux se poursuit jusqu'au ligament palpébral interne avec

adhérences au dôme du sac lacrymal et au périoste, à quelques millimètres en avant de la poulie du grand oblique. Comme les tissus environnant ce cordon fibreux sont lardacés et qu'un glissement des lèvres de la plaie est chose impossible, nous fermons la plaie tant bien que mal, quitte à la laisser bourgeonner, laissant à plus tard la possibilité d'une greffe à distance.

La pièce enlevée est adressée au laboratoire pathologique du Dr Pierre Masson qui nous envoie le rapport suivant:

« Kyste dermoïde ouvert, communiquant à l'extérieur de la peau, par un trajet fistuleux en communication avec les glandes sébacées de la profondeur. »

Le 18 mars 1931.

La peau est presque reformée au niveau de la plaie. Pansements iodoformés tous les deux jours.

Le 1er avril 1931.

Guérison par seconde intention. Il n'y aura aucune nécessité de greffe, la paupière ne montrant aucune cicatrice vicieuse, ses mouvements sont souples, normaux. Il y a au niveau de la racine du nez un petit chéloïde que le malade ne tient pas à faire enlever.

## CONCLUSIONS

Dans la première observation nous avons noté chez le malade que la tumeur kystique englobant le nerf optique causait une hypertension oculaire et une hypertension artérielle rétinienne légère.

Les adhérences avec l'entonnoir musculaire rendirent l'opération laborieuse là où nous pensions avoir une simple excision à faire. Comme suites opératoires, le patient présente un peu d'énophthalmie et une légère diplopie dans le regard en dehors forcé.

Chez notre deuxième malade, il est bon d'attirer l'attention sur la nécessité d'exciser les kystes dermoïdes en entier si l'on ne veut avoir de récidive ou de fistule.

## BIBLIOGRAPHIE

1. LAGRANGE — Précis d'Ophtalmologie, p. 692.
2. TERRIEN — Ophtalmologie, p. 755.
3. WHARTON-JONES — Maladies des yeux, p. 697.
4. MORAX — Précis d'Ophtalmologie, p. 893.
5. SWANZY'S — Diseases of the eye, p. 653.
6. PARSONS — Diseases of the eye, p. 625.
7. DE SCHWEINITZ — Diseases of the eye, p. 202.
8. DE WECKER & LANDOLT — Traité d'Ophtalmologie, p. 821.
9. FUCHS — Traité d'Ophtalmologie, p. 836.
10. AXENFELD — Traité d'Ophtalmologie, p. 671.
11. ROCHON-DUVIGNEAUD & DESCULA — L'ophtalmologie en clientèle, p. 621.
12. POULARD — Traité d'Ophtalmologie, p. 719.



## UN CAS D'ANOMALIE ARTÉRIELLE

Par RODRIGUE LEFEBVRE,

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

L'observation que vous allez lire nous a intéressé parce qu'elle est d'une extrême rareté et parce qu'elle est à peu près superposable à une autre observation qui a été publiée récemment dans le journal de la clinique Mayo.<sup>(1)</sup> Il s'agit d'une anomalie artérielle dont les effets se manifestent aux membres supérieurs et dans le cou.

M. A. H. . . . âgé de 41 ans, est venu à l'hôpital à deux reprises, en mai et en novembre 1935. Il nous a déclaré qu'il ressentait chaque jour un étourdissement passager, une sorte de vertige très court, parfois en éclair, avec brouillard devant les yeux, et que c'était toujours dans la position debout ou dans la position assise qu'il accusait ce malaise. Le début remonte à 2 ans et demi; depuis ce moment, trois lipothymies sont survenues, chaque fois après que le malade se fût livré à un travail prolongé et harassant en position debout. Les médecins qui ont été consultés à ce sujet n'ont jamais pu trouver de pulsations à la radiale et trois d'entre eux ont porté de ce fait un pronostic très sévère, affirmant au malade que ses jours étaient comptés. Notons que l'absence de pouls a précédé d'une dizaine d'années l'apparition des symptômes ici énoncés.

Par ailleurs, le malade se plaint de peu de choses, à part un peu d'asthénie générale. Il ne tousse pas, ne crache pas; il n'accuse ni dyspnée à l'effort, ni palpitations, ni algie précordiale. Rien d'anormal du point de vue digestif. Il n'a jamais de céphalée et son sommeil est bon. Cependant ses mains s'engourdissent quelquefois.

Dans ses antécédents, on relève une fièvre typhoïde, puis une gonorrhée à 18 ans; celle-ci fut suivie, après 10 jours, d'un chancre mou ou dur qu'un médecin a brûlé avec du nitrate d'argent.

(1) In *Proceedings of the staff meetings of the Mayo Clinic*, oct. 23., 1935.

A l'examen objectif, le fond de l'oeil, les poumons et le coeur se sont montrés normaux. Si l'on fait abstraction du système vasculaire, les seules particularités que l'on a notées ailleurs sont: un astigmatisme myopique, une cicatrice sur la verge, un hypospadias, des réflexes rotuliens vifs.

Du côté vasculaire, voici ce qui a été constaté:

Absence complète de pulsations aux artères radiales, humérales, axillaires, sous-clavières, carotides—des deux côtés.

Une seule fois, au cours des différents examens, nous avons cru sentir le pouls au pli du coude droit.

Par contre, aux membres inférieurs, les battements artériels sont partout manifestes.

La prise de la tension artérielle a donné des chiffres intéressants:

Aux deux bras, on entend quelques pulsations tantôt entre 70 et 90, tantôt entre 50 et 60.

A la jambe gauche:

en position couchée 170/95  
en position assise 185/110  
en position debout 245/145

A la jambe droite:

en position couchée 155/85  
en position assise 165/100  
en position debout 224/160

Lors des deux derniers examens, il a été impossible de prendre la P. A. aux deux jambes, en positions assise et debout.

Le Dr Chs Nadeau a recherché les oscillations à l'aide de l'appareil de Pachon. Chose étrange, il n'en a trouvé aucune dans les membres inférieurs. Aux bras, en position assise, il a obtenu quelques oscillations dont l'indice était insignifiant.

Les examens de laboratoire ont donné les résultats suivants:

—Présence de pus dans les urines (dû à des rétrécissements urétraux)

- Formule sanguine avec 13750 globules blancs, sans polynucléose.
- Azotémie à 0,425 K = 0,116
- B. W. fortement positif, deux fois à l'Hôtel-Dieu et deux fois au laboratoire provincial.
- Liquide céphalo-rachidien négatif au Wassermann, au benjoin et à l'or colloïdal.
- Electrocardiogramme normal.
- Examen radiologique fait par le Dr Léo Pariseau:
  - Crosse aortique normale,
  - aorte descendante un peu large,
  - médiastins clairs
  - pas de chaîne ganglionnaire paravertébrale.
- Orthodiagramme du coeur qui a montré:
  - un allongement hypertrophique du ventricule gauche, sans dilatation.
  - une aorte sinueuse, déroulable en position oblique antérieure droite, dont le calibre est un peu trop fort pour l'âge du malade et dont l'opacité est augmentée (type III). Ses contours sont cylindriques mais flous. Aucune ectasie localisée n'est décelable sur tout son parcours.
  - un médiastin libre.

Conclusion: Aortite probable avec possibilité de périaortite.

*En résumé:* Un homme de 41 ans, atteint de spécificité, mais à l'apparence générale excellente, est dépourvu de pulsations artérielles aux membres supérieurs et au cou. Depuis 2 ans et demi, il a des étourdissements et des lipothymies. Les examens radiologiques font soupçonner la présence d'une aortite avec possibilité de périaortite.

*Diagnostic étiologique:*

Pourquoi cette absence de pulsations ? Quels sont les diagnostics qui peuvent être discutés dans un cas semblable ?

## A) Pensons d'abord à une cause siégeant au voisinage des vaisseaux.

1 — Par exemple, la présence de côtes cervicales, malformation congénitale assez fréquente mais souvent sans histoire clinique. Les paresthésies à type d'engourdissement que notre malade accuse parfois et la forte diminution de l'indice oscillométrique aux bras pourraient justifier une telle hypothèse; mais le cliché radiographique n'a pas révélé l'existence de ces côtes surnuméraires.

2 — Peut-être une masse, ganglionnaire ou tumorale, logée dans le médiastin, près de la crosse aortique, comprimerait-elle le tronc brachio-céphalique artériel et les carotide et sous-clavière gauches? Mais ici encore il faut se ranger à l'avis du radiologue qui n'a rien vu d'anormal dans le médiastin.

## B) Ces causes étant éliminées, passons à celles qui pourraient exercer leur action à l'intérieur même des vaisseaux.

1 — On doit écarter l'atrésie artérielle congénitale: le malade affirme que, dix ans avant l'apparition des symptômes actuels, ses pulsations radiales existaient.

2 — Il ne peut s'agir d'embolie. On conçoit mal, en effet, que des embolus aient obstrué brusquement trois gros troncs artériels, sans produire des troubles d'ischémie pour le moins très graves et à l'insu du malade.

3 — La thrombo-angéite oblitérante se manifeste exceptionnellement aux membres supérieurs. D'ailleurs, notre malade n'a pas présenté de claudication intermittente ni aucune douleur. La maladie de Buerger doit donc être mise à l'écart.

- 4 — Un processus athéromateux avec ou sans thrombose peut-il être en cause ? Voilà un diagnostic étiologique fort soutenable dans le cas présent, car l'athérôme tend à se former de préférence aux points où les artères quittent l'aorte. C'est là une constatation fréquente dans les coronarites. Et les vaisseaux que nous avons nommés tout à l'heure ont bien pu être lésés de cette façon. Cependant, les pulsations radiales chez notre malade ont disparu vers l'âge de 30 ans environ et il est bien rare que, à cet âge, l'athérôme soit déjà assez considérable pour produire de tels troubles. De plus, on ne trouve pas chez lui de signes évidents de sénilité précoce ni d'athérôme périphérique.

Il ne faut pas oublier toutefois que l'aortite athéromateuse peut se rencontrer chez des sujets assez jeunes. Et l'anomalie artérielle que nous étudions actuellement a pu être causée par cette sorte d'aortite dont les plaques fibreuses vont parfois obstruer l'orifice des vaisseaux. C'est ainsi qu'on explique certains syndrômes d'angor dans des cas d'aortite où les plaques bloqueraient l'orifice d'une coronaire.

- 5 — Reste enfin la syphilis. Ici aussi il pourrait s'agir d'aortite syphilitique, plus précisément d'endaortite sus-sigmoïdienne, avec intégrité des valvules. Comme dans l'aortite athéromateuse, il y aurait des plaques qui prédomineraient au niveau des gros vaisseaux et les obstrueraient en partie. Rappelons que notre malade a probablement contracté la syphilis vers l'âge de 18 ans.

CONCLUSION. — Nous sommes donc en présence d'une anomalie artérielle qui s'est installée insidieusement et qui a évolué à bas bruit pendant une longue période de temps. L'orifice des vaisseaux qui ont leur origine à la crosse aortique s'est obstrué graduellement et lentement, ce qui a permis à des vaisseaux vicariants de suppléer à l'insuffisance circulatoire qui n'auraient pas manqué de se produire dans les bras et dans la tête.

Il est bien difficile d'affirmer de façon certaine l'origine athéromateuse ou l'origine syphilitique des lésions, car l'athérome et la syphilis peuvent chacun causer l'anomalie en question. Mais, à cause de la réaction de Bordet-Wassermann qui est positive dans le sang, à cause des résultats de l'examen radioscopique (aortite probable avec possibilité de périaortite) et, enfin, à cause de l'âge vers lequel l'anomalie est apparue, nous croyons devoir attribuer à la syphilis les troubles dont souffre notre malade.

Demandons-nous maintenant si le processus syphilitique s'est localisé à l'aorte seulement ou s'il a envahi les autres artères également. Avant de répondre à cette question, nous devons rappeler un détail de notre observation qui n'a pas manqué de nous intriguer. Je vous ai dit, en effet, qu'au cours des deux derniers examens nous n'avons pas pu prendre la pression artérielle aux deux membres inférieurs en positions debout et assise et que le Dr Nadeau n'y avait constaté aucune oscillation. Serions-nous, de ce fait, en face d'un syndrome artériel généralisé? Ce n'est pas impossible et, quoique la syphilis touche l'aorte, les artères de la base du crâne et intracérébrales beaucoup plus fréquemment que les vaisseaux périphériques et les gros troncs abdominaux, la thrombo-artérite oblitérante syphilitique des artères périphériques est une maladie qui se rencontre parfois, bien qu'exceptionnellement. Si notre malade doit bientôt ne plus présenter de pulsations aux membres inférieurs, il faudra bien imaginer que l'affection artérielle est en voie de généralisation et que le processus va atteindre avant longtemps tous les principaux vaisseaux de l'économie, à moins qu'un traitement efficace ne vienne l'enrayer.



## CARDIOPATHIES SYPHILITIQUES ET LEUR TRAITEMENT <sup>1</sup>

Par PAUL POIRIER,

Chef du Service de Dermato-Syphiligraphie de l'Hôtel-Dieu.

Quel est le traitement des cardiopathies syphilitiques ou quel est le traitement de la syphilis évoluant parallèlement chez un cardiaque?

Qu'on ait le devoir, en présence d'accidents syphilitiques primaires ou secondaires, d'utiliser avec énergie et même audace, toute la gamme remarquablement efficace des médicaments antisypilitiques, nul n'est plus convaincu que moi.

En présence d'accidents tertiaires, le problème devient plus complexe.

Il se pose en particulier d'une manière différente, suivant la localisation du processus tréponémique.

On ne saurait, par exemple, formuler les mêmes règles vis-à-vis d'une localisation nerveuse ou cardio-vasculaire. Dans la question qui nous agite, il s'agit de syndromes cardio-vasculaires chez des sujets suspects de défaillance ou déjà défaillants, dont les parenchymes rénaux et hépatiques sont de règle chroniquement lésés et plus ou moins déficients, et dont l'économie toute entière est en état d'équilibre instable.

Il n'y a pas, malheureusement, que des avantages à manier, chez de pareils malades, l'arsenic, le bismuth, le mercure et même les iodures. Une discussion doit intervenir dans chaque cas particulier pour fixer la ligne de conduite thérapeutique, mais il est possible de ramener schématiquement les différentes éventualités à trois.

---

<sup>1</sup> Travail présenté à la Séance scientifique de l'Hôtel-Dieu, 3 janvier 1936.

Cardiologues et syphiligraphes, après une discussion de courte durée, en sont venus aux conclusions suivantes à quelque chose près.

- 1° La capacité fonctionnelle cardiaque est suffisante et le bilan réno-hépatique satisfaisant.

On doit tenter sur-le-champ, un traitement antisyphilitique en commençant par des doses d'essai et en les augmentant prudemment.

- 2° La capacité fonctionnelle cardiaque est atteinte et le bilan réno-hépatique médiocre.

Il importe ici avant tout, si l'on croit devoir instituer une médication antisyphilitique, de choisir son moment. Il y a presque toujours intérêt à débiter, en telle occurrence, par une thérapeutique cardiaque et diurétique, le traitement syphilitique suit et doit être conduit avec plus de prudence encore que précédemment. Il va sans dire qu'il faut l'interrompre immédiatement s'il se produit le moindre fléchissement fonctionnel, soit du coeur, soit des appareils réno-hépatiques.

- 3° La capacité fonctionnelle cardiaque est nettement déficiente et le bilan réno-hépatique mauvais.

Il ne viendra à personne, à aucun médecin digne de ce nom, l'idée d'appliquer le traitement antisyphilitique à un cardiaque asystolique sans lui avoir au préalable administré le traitement d'urgence de l'asystolie, c'est-à-dire: digitale et ouabaïne. Mais quand le coeur a repris sa vigueur et son rythme, on se trouve placé devant une éventualité analogue à la précédente et on peut, à la rigueur, discuter l'opportunité d'un traitement antisyphilitique très prudent.

Quels sont les médicaments que nous devons employer? Il n'y a pas à choisir, en thérapeutique syphilitique, le médicament qu'on préfère, c'est-à-dire le médicament qui nous est commode d'employer, mais à choisir le médicament qui est conforme au cas appro-

prié, c'est-à-dire capable de faire rétrocéder les accidents et capable d'amener le minimum d'inconvénient. Ceci est affaire, non de préférence, mais de discernement thérapeutique.

La précaution essentielle est de ne jamais commencer chez le cardiopathe, comme d'ailleurs chez tout syphilitique ancien qui n'a pas reçu de traitement depuis longtemps, le traitement antisiphilitique par le 914. Si chez de semblables malades, vierges de tout traitement depuis longtemps, on administre le 914, on assiste à des réactions thérapeutiques qui découragent le malade et désarment le médecin. Ces réactions ne sont d'ailleurs pas sans inconvénient pour l'avenir de la cardiopathie comme de toute autre affection viscérale traitée dans ces conditions. Il est donc absolument nécessaire de faire précéder le 914, d'une cure qui déjà détruit les parasites, cause de l'accident.

Il ne faut pas se contenter, pour arriver à ce but, de faire 5 ou 6 injections de mercure (cyanure ou huile grise) ou quelques injections de bismuth, il faut faire un traitement de 6 semaines à deux mois.

Disons en passant que le mercure est moins agressif que le bismuth pour le rein, et que l'arsenic pour le foie.

Le cyanure de mercure qui, comme tout le monde le sait, s'injecte dans les veines, est un des médicaments les plus indiqués chez les cardiaques à cause de ses propriétés diurétiques.

Il suffit d'injecter le cyanure extrêmement lentement, de manière à ce que celui-ci arrive à l'endocarde très mélangé au sang, à un degré de dilution extrême. Il est d'autant plus facile d'arriver à ce résultat qu'au lieu d'employer le cyanure en solution concentrée au 100e on emploie le cyanure au 200e, c'est-à-dire .01 centigramme pour 2 cc. d'eau distillée.

Une autre précaution absolument indispensable, c'est d'avoir des solutions de cyanure extrêmement fraîches. Lorsque celles-ci

sont anciennes, c'est-à-dire lorsqu'elles datent de plus de deux mois (et cela arrive usuellement quand on emploie des ampoules de cyanure, préparées comme spécialité) on a toutes les chances d'avoir des solutions partiellement décomposées et qui deviennent très irritantes pour les endothéliums. En tenant compte de ces diverses recommandations, les injections de cyanure peuvent être faites sans aucun risque pour le cardiopathe.

Lorsqu'on a fait un traitement ainsi pendant deux mois, on peut être sûr que les phénomènes syphilitiques en activité sont à peu près complètement éteints et dès lors, on sera surpris de voir avec quelle facilité le traitement arséno-benzolique sera toléré par le malade, fût-il cardiaque.

En résumé:

Il faut traiter les lésions cardio-vasculaires syphilitiques et les syphilitiques porteurs de lésions cardiaques. C'est là l'opinion de cardiologues comme Clerc, Lian et Laubry etc. et de syphiligraphes comme Sezary et Milian. Pour s'y abstenir il faudrait qu'il nous fût prouvé que les dangers du traitement pèsent d'un poids plus grand que le danger de son abstention.

Il existe des lois thérapeutiques reconnues auxquelles il faut se soumettre.

Un syphilitique ne devrait être traité qu'après un examen minutieux de son coeur et de ses organes.

L'arsenal du cardio-syphiligraphe doit être le même que celui du dermato-syphiligraphe. Le bismuth et le mercure en particulier, surtout sous forme de cyanure ou d'huile grise seront les médicaments de choix, mais il faut savoir utiliser le 914, qui demeure le plus puissant des médicaments antisypilitiques. Le novar ne sera jamais employé en premier lieu.

Passé 60 ans il n'y a guère à penser aux arsénicaux.

La tension artérielle élevée, pure et simple, ne constitue pas une contre-indication aux arsénicaux.

### CONCLUSION

La meilleure prophylaxie contre les cardiopathies syphilitiques si dévastatrices et d'un pronostic toujours sombre est 1° le traitement de la syphilis à ses débuts, en traitant, comme me l'a enseigné mon jeune et savant maître Marin: « vite, fort et longtemps »; 2° le dépistage de la syphilis au moyen d'une réaction sérologique faite systématiquement chez tous les malades qui nous sont confiés.



LE DIAGNOSTIC DU CANCER DU REIN <sup>1</sup>

Par OSCAR MERCIER, F.R.C.S. (Canada),

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

Cliniquement, les auteurs comprennent sous le nom de cancer du rein toutes les tumeurs de cet organe, qui ont une tendance à donner naissance à des métastases, à envahir les tissus voisins, à récidiver et à produire de la cachexie, quelle que soit leur variété anatomique. Histologiquement, les cancers du rein se présentent sous trois aspects, dont les manifestations extérieures sont assez identiques. D'une part, nous trouvons les *épithéliomas*, apanages de l'adulte. Ils sont caractérisés par un épithélioma papillaire ou végétant, soit à forme typique, soit à forme atypique. Ces derniers, dits *hypernéphromes* correspondent à un aspect spécial de cellules épithéliales, les cellules claires ou acidophiles. D'une part, l'enfant a pour lot la *tumeur mixte*, véritable dysembryome, constituée par les tissus les plus variés. Entre ces deux variétés fréquentes de cancer du rein existe le *sarcome pur*, jadis considéré comme la tumeur cancéreuse de l'enfance, qui, en réalité, est exceptionnelle.

La fréquence des tumeurs malignes du rein est faible. Taddei en 1908, ne réunissait, dans la littérature médicale, que 987 cancers du rein. Jeanselme et Barbé en 1912, trouvaient sur 1561 cancéreux 9 tumeurs malignes rénales. Malgré cette fréquence relative, le médecin doit hâtivement dépister les cancers du rein, avant qu'ils n'aient dépassé les limites de l'opérabilité. Les signes cliniques et l'évolution de la maladie et les moyens modernes que possède l'urologue serviront à poser un diagnostic précoce.

## OBSERVATION :

Voici une malade, Mme N. G. . . . , âgée de 50 ans qui nous est adressée par le service de médecine afin d'établir la nature d'une tumeur située dans le flanc gauche. Celle-ci, d'ailleurs, fut une découverte d'examen et ne fut pas

<sup>1</sup> Leçon aux élèves de IVe année 1936.

le motif qui fit demander à la malade son admission à l'Hôpital. Elle fut admise dans le service du professeur agrégé Pepin, le 28 janvier 1936, pour des douleurs rhumatismales, à peu près continuelles, s'exagérant au mouvement. Le soir elles sont assez vives pour rendre impossibles les mouvements des articulations de l'épaule, du coude et des genoux. Le début remonte à 15 jours. La malade signale un léger amaigrissement depuis le début des douleurs.

Dans ses antécédents, nous ne notons rien de particulier, si ce n'est un séjour à l'Hôtel-Dieu en 1915, où elle subit un curetage pour mettre fin à des troubles utérins consécutifs à une fausse couche. Il n'existe aucun trouble urinaire. *La malade n'a jamais remarqué de sang dans ses urines.*

L'examen ne révèle rien de particulier, sauf l'existence dans le flanc gauche d'une masse dure, régulière, du volume d'une tête de fœtus, ayant tous les caractères d'un gros rein.

L'analyse des urines indique des traces d'albumine et quelques globules rouges. Le Bordet-Wasserman et le Jacobsthal sont négatifs. La cytologie montre une formule presque normale.

En présence de cette masse rénale, malgré l'existence d'hématurie, nous avons conclu à la nature cancéreuse en raison de sa dureté.

Les examens urologiques ont confirmé ce diagnostic de *cancer du rein gauche.*

La cystoscopie a fait voir une vessie saine de capacité normale.

Le cathétérisme des uretères a donné le résultat suivant:

<i>Rein droit:</i>	<i>Rein gauche:</i>
Epithélium	Epithélium
	Leucocytes rares.

#### EXAMEN FONCTIONNEL (70 minutes)

	<i>R. D.</i>	<i>R. G.</i>
Quantité ... ..	27 c.c.	19 c.c.
Urée au litre ... ..	5 gr. 50	2 gr. 50
Urée, débit ... ..	0.148	0.047
P. S. P. ... ..	34%	16%

La radiographie simple n'a pas montré de calcul. La pyélographie a fait voir un bassinot droit normal, tandis qu'à gauche, le calice inférieur était nettement disparu ou amputé et l'uretère décrivait une courbe vers le rachis.

La diminution fonctionnelle du rein gauche, l'amputation du calice inférieur de ce rein et la dérivation de l'uretère gauche vers le rachis sont des signes suffisants pour affirmer le diagnostic de cancer du rein gauche.

Le 7 février 1936, nous pratiquons une néphrectomie gauche qui eut lieu sans incident.

L'examen anatomo-pathologique fit voir qu'il s'agit d'un rein dont le poids était de 883 grammes, qui présentait une tumeur à son pôle inférieur du volume d'une tête de fœtus. Histologiquement cette tumeur était un épithélioma rénal à cellules claires.

La malade quitta l'hôpital le 27 février 1936 entièrement guérie de son intervention.

Le cancer du rein se manifeste, d'une façon générale, par deux symptômes capitaux, auxquels se groupent d'autres signes plus ou moins importants: ce sont *l'hématurie et l'augmentation de volume du rein*.

#### HÉMATURIE :

L'hématurie, symptôme primordial, n'est pas constante. Pour Marion, elle existe dans 80% des cas. Israel l'a rencontrée chez 92% de ses malades. Brasch chez 3 malades l'a trouvée dans une proportion de 64%. Dans sa statistique, Garceau l'a relevée dans une proportion de 66%.

L'hématurie, dont nous voyons la grande fréquence, est parfois l'unique symptôme par lequel se manifeste le cancer du rein. Parmi les malades de Brasch le cas s'est présenté dans une proportion de 12%.

La priorité de l'hématurie sur les autres signes est fréquente. Elle existerait dans plus de la moitié des cas d'après Marion. De plus, elle peut de longtemps précéder les autres manifestations. Dans un cas de Lecène, l'hématurie a existé 12 ans avant l'augmentation du volume du rein. Ce fait prouve que l'évolution du cancer du rein peut être très longue.

Chez l'enfant, dans le dysembryome les hématuries sont plus rares et presque accessoires.

L'hématurie du cancer du rein est *totale*, colorant également l'urine du début à la fin de la miction. Elle est, de plus, *insidieuse et spontanée*, apparaissant sans cause. Elle survient d'une façon

*capricieuse*, contrairement à celle des calculs du rein, cessant parfois, lorsque le malade est en pleine activité physique, et réapparaissant durant une période de repos. Elle apparaît d'une manière *intermittente*, pouvant disparaître et revenir dans le même jour. D'une façon générale, le saignement est *abondant*, l'urine contenant de nombreux caillots souvent vermiformes, pouvant déterminer une rétention d'urine, due à l'arrêt des caillots dans l'urètre. Cependant, il est des cas où l'hématurie n'est que microscopique. Israel, sur 46 cancéreux du rein avec urines limpides, trouva 37 fois des hématies à l'examen microscopique.

L'hématurie du cancer du rein a donc pour caractéristique d'être totale, insidieuse et spontanée, capricieuse et intermittente. Son abondance, d'habitude grande, a tendance à augmenter au fur et à mesure de l'évolution du processus cancéreux. Elle reste le symptôme *le plus important, le plus illustrant* et souvent le premier des néoplasmes du rein.

#### AUGMENTATION DU VOLUME DU REIN :

Chez l'enfant, l'existence d'une tumeur de la fosse lombaire perceptible au palper est le premier et le plus important des symptômes du dysembryome rénal.

Chez l'adulte, l'augmentation de volume du rein est encore une manifestation fréquente. D'après Brasch, l'existence d'une tumeur a été le premier signe dans 15% de ses cas. La fréquence de ce signe varie selon les auteurs. Elle existe

90% pour Marion.

76% pour Garceau.

84% pour Alberran et Imbert.

62 fois sur 68 pour Israel.

Chez certains malades, l'augmentation de volume du rein est l'unique symptôme, comme dans le cas que nous présentons.

Les caractères de la tumeur lombaire sont ceux que fournit une augmentation de volume du rein. La masse dont la surface est

ordinairement irrégulière présente du ballottement rénal, une sonorité antérieure. Très souvent la tumeur est fixe et ne suit pas les mouvements respiratoires. Malgré ces caractères de tumeur rénale, il est souvent difficile d'affirmer l'existence d'un cancer du rein. Nous verrons plus loin comment établir le diagnostic.

#### VARICOCÈLE :

La valeur, comme moyen de diagnostic, du varicocèle symptomatique sur lequel Guyon (1881) a attiré l'attention n'est grande que si la dilatation des veines spermatiques s'observe à droite et qu'elle est d'apparition récente. Sa grande fréquence à gauche rend ce symptôme peu important, si le cancer est développé sur le rein gauche. Hauser en 1897, considérait que cette dilatation veineuse était consécutive à une compression ganglionnaire et était susceptible d'aggraver le pronostic. Les nombreux cas de grosses lésions ganglionnaires sans varicocèle ont prouvé que cette conception n'était pas toujours exacte. Le varicocèle peut dans certains cas être sous la dépendance d'envahissement ganglionnaire. Parfois, il est lié à l'invasion de bourgeons néoplasiques dans la veine rénale. Enfin, dans de nombreux cas, il semble être produit plutôt par de la gêne circulatoire des veines péri-rénales.

Bon élément de diagnostic, surtout s'il siège à droite et qu'il soit d'apparition récente, le varicocèle ne saurait avoir aucune importance au point de vue du pronostic.

#### SIGNES ACCESSOIRES :

A côté de l'hématurie et de l'augmentation du volume du rein, symptômes capitaux et du varicocèle, le cancer du rein s'extériorise par une série de signes secondaires, accessoires.

Nous laissons de côté les symptômes généraux de la cachexie cancéreuse, qui s'observent, d'une façon générale, tardivement et qui ne sauraient aider le praticien à poser le diagnostic précoce. Ce sont l'anémie et les troubles digestifs. De même, les signes de

métastases ne sauraient servir à distinguer la maladie, ils ne peuvent qu'indiquer le pronostic.

Certains cancers du rein sont douloureux; d'autres s'accompagnent d'élévation thermique.

La douleur peut être sous la dépendance d'un envahissement nerveux (plexus lombaire). Elle est le plus souvent consécutive soit à des poussées congestives du rein néoplasique, soit à des hémorragies produites dans l'intérieur de la tumeur, ce qui augmente brusquement son volume et étrangle le rein à l'étroit dans sa capsule. Généralement, la douleur est sourde et fixe. Parfois elle peut être très vive, affectant le type de la colique néphrétique. Parfois, le plus souvent dans ce cas, il s'agit d'une obstruction temporaire de l'uretère par les caillots. La douleur vive sans hématurie n'a été observée par Israel que 9 fois sur 59 malades.

*L'élévation thermique* dans le cancer du rein revêt une certaine fréquence. Israel l'a observée dans 8% de ses cas. Pour lui, elle dépendrait de la malignité du processus néoplasique et serait due à une destruction massive de tissus normaux par les cellules cancéreuses. Il la considère comme un symptôme défavorable.

Les cancers volumineux, qui sont surtout observés chez l'enfant, peuvent comprimer les organes voisins. La compression de la veine cave produit une circulation veineuse collatérale sur la paroi abdominale, modification que Dollinger-Barney a retrouvé 4 fois sur 74 cas. Une compression de la veine porte produira de l'ascite, qui est, cependant, le plus souvent produite par une généralisation péritonéale.

#### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

En clinique, le malade porteur d'un cancer du rein se présente au médecin avec trois tableaux différents. Il consulte, soit parce qu'il *urine du sang*, soit parce qu'il présente une *augmentation du volume du rein*, soit parce qu'il a ces deux symptômes.

### HÉMATURIE :

Lorsque le malade ne présente pas d'autre symptôme que l'hématurie, il importe de connaître si le sang vient du rein et de quel rein. L'examen cystoscopique, seul, en montrant des éjaculations sanglantes au niveau d'un orifice urétéral, nous indiquera quel rein est malade. Cette exploration aura l'importance de permettre la localisation de l'affection du côté rénal. Cependant, ce seul symptôme ne permettra d'affirmer le cancer du rein. Nombreuses sont les affections rénales présentant des hématuries. On devra alors penser, soit à une *tuberculose rénale*, soit à une *lithiase rénale*, soit à de la *néphrite hématurique*.

Le fait que l'hémorragie diminue d'intensité avec l'évolution de la maladie devra faire penser à des lésions tuberculeuses. De même, la présence de pus dans les urines sera plutôt en faveur de ces lésions. Cependant, il importe de connaître que les deux maladies peuvent coexister, comme dans le cas rapporté par Boeckel. La relation des mouvements avec l'hématurie doit être en faveur d'un calcul rénal et forcera à pratiquer une radiographie, qui tranchera la question. L'absence de caillots dans les urines hématuriques est caractéristique de la néphrite hématurique, d'après Marion.

Malgré ces particularités cliniques de l'hématurie, le diagnostic dans ce cas où le seul symptôme est l'hématurie est le plus souvent difficile à établir par la seule évolution et doit être fait par les moyens spéciaux d'exploration, tels que la division des urines et la pyélographie, dont nous parlerons plus loin.

### HÉMATURIE ET TUMEUR :

Lorsqu'un malade présente ces deux symptômes, le diagnostic devient beaucoup plus facile; il est presque évident. On ne pourra guère confondre qu'une hydronéphrose avec hématurie, les calculs avec gros reins et les tumeurs du bassinet.

Le rein polykystique avec hématurie sera facilement éliminé par un examen clinique, qui nous montrera une augmentation de volume des deux reins.

L'hydronéphrose avec hématurie pourra difficilement être confondue, si elle s'accompagne de crises douloureuses. De plus, la tumeur a des caractères spéciaux de consistance, dont nous parlerons plus loin. D'ailleurs le cathétérisme des uretères fera reconnaître la rétention rénale. La radiographie décèlera les calculs avec gros rein, chez qui l'hématurie est en relation avec les mouvements. Les tumeurs du bassinet s'accompagnent le plus souvent d'*hémationéphrose* qui sera constatée par le cathétérisme urétéral. La sonde alors en arrivant au bassinet évacue brusquement une quantité plus ou moins considérable de liquide uro-sanglant en rétention.

#### TUMEUR :

Lorsque le malade ne présente qu'une tumeur lombaire, comme dans le cas que nous présentons, le diagnostic peut ne pas être facile. Il s'agit d'abord de bien étudier les caractères de la tumeur pour savoir si elle est bien rénale. Le gros rein possède un *contact lombaire*, c'est-à-dire qu'il est perçu en arrière sans que la main antérieure ne l'amène avec effort au contact de la main postérieure. De plus, il présente le *ballotement*, dit *rénal*: les doigts postérieurs peuvent le refouler en avant au contact des doigts antérieurs. Enfin, en avant du gros rein, existe une *zone de sonorité*, due à la présence des côlons. Ces caractères permettent d'éliminer certaines autres tumeurs que l'on rencontre dans la fosse lombaire.

Une *tumeur des angles coliques*, en plus de ne pas présenter de contact lombaire, et de ballotement, s'accompagne de phénomènes intestinaux. Une *grosse rate* se reconnaîtra facilement, si l'on met en évidence son bord tranchant et crénelé. Une tumeur du foie n'a pas de contact lombaire et sa matité se continue avec celle du foie. Un diagnostic plus difficile est celui de ces abcès froids lombaires, consécutifs à un mal de Pott fruste.

Ces abcès peuvent présenter tous les caractères du gros rein en raison de leur situation sous-péritonéale. Cependant, la masse lombaire qu'ils constituent est rénitente, ce qui permet de ne pas les confondre avec le cancer du rein. Les *tumeurs paranéphritiques*

solides, fort rares, développées au dépens, soit de la capsule fibreuse du rein, soit de son enveloppe cellulo-adipeuse sont d'un diagnostic encore plus difficile. Seule, la division des urines, en montrant deux reins égaux, et la pyélographie en faisant voir des calices et un bassinot normaux, permettront de trancher la question.

Lorsque le médecin a acquis la conviction que la tumeur perçue dans le flanc est un gros rein, il doit alors pousser son diagnostic plus avant pour arriver à dépister le cancer du rein. L'absence de bilatéralité fera éliminer le rein polykystique. L'hydronéphrose peut porter à confusion. La tumeur a une certaine rénitence et des variations de volume. Le cathétérisme urétéral et la pyélographie la feront reconnaître aisément. La lithiase rénale sera éliminée par l'évolution clinique et par la radiographie. Le kyste hydatique, le grand kyste uniloculaire du rein, en plus de leur consistance rénitente seront dépistés par la division des urines qui montre les éliminations normales.

En somme, si dans de nombreux cas le praticien peut diagnostiquer par la seule évolution clinique le cancer du rein, chez d'autres malades la maladie est plus difficile à cataloguer et ne peut être découverte que par des moyens spéciaux, entièrement du domaine de l'urologue.

### DIAGNOSTIC POSITIF

De nos jours, le développement des méthodes d'exploration de la fonction rénale a fait que le chirurgien ne peut décider l'ablation d'un rein, sans avoir acquis au préalable la certitude que le rein qui doit rester a un fonctionnement parfait. Le cathétérisme des uretères, en divisant les urines, fournit cette certitude. Il permettra, en plus, dans les cancers du rein, d'établir d'une façon précise le diagnostic. La comparaison du fonctionnement rénal de l'un et de l'autre rein et la pyélographie sont des éléments précis pour arriver à ce diagnostic.

La cystoscopie concomitante du cathétérisme des uretères nous indiquera quel rein saigne, en faisant voir des éjaculations sanglantes

au niveau d'un orifice urétéral. Déjà le diagnostic du côté malade sera posé, même et surtout si cliniquement l'affection ne se traduit que par des hématuries.

L'examen histo-bactériologique des urines divisées n'offre rien de particulier dans le cancer du rein. On peut y trouver du pus, lorsque le néoplasme coïncide avec une infection surajoutée du bassinnet ou du parenchyme rénal. On y rencontre dans ces cas d'infection surajoutée des microbes variés et parfois même du bacille de Koch. Boeckel, Whitead, Rowsing auraient trouvé dans le culot de centrifugation des cellules cancéreuses, ce qui est l'exception et paraît difficile à contrôler. La présence des cylindres n'est pas rare, qui traduit la néphrite interstitielle, fréquente dans le cancer du rein. Bref, l'examen histo-bactériologique des urines du rein cancéreux ne saurait apporter des éléments susceptibles de poser et même d'orienter le diagnostic.

Au contraire, l'examen chimique, qui indique le taux de l'urée et le taux des chlorures et l'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine sont caractéristiques dans le cancer du rein. *Il y a chute de toutes les éliminations du côté du rein cancéreux.* La quantité d'urine, la concentration et le débit de l'urée et des chlorures sont diminués par rapport au rein sain. L'élimination de la P.S.P. est également déficiente du côté malade. Sans doute, cette chute des éliminations est plus ou moins marquée selon l'étendue du cancer et la destruction du tissu rénal.

La pyélographie est un moyen précieux pour préciser la nature cancéreuse d'un gros rein, lorsque les caractères cliniques ne le permettent pas.

La modification la plus caractéristique et la plus fréquente du néoplasme rénal consiste en *l'amputation de un ou de tous les calices.* Cette amputation à laquelle Brasch donne l'expression démonstrative « d'absence de remplissage » (filling defect), a pour substratum l'obstruction de la lumière des calices par la masse cancéreuse. Lorsque la tumeur se développe vers le bassinnet, celui-ci

apparaît irrégulier et informe et considérablement diminué de calibre.

D'autres fois, le pyélogramme montre un bassinnet *déformé* allongé et des *calices primaires irréguliers*, ayant subi une *élongation considérable*. A cet aspect se joint une *suppression complète des calices secondaires et tertiaires*. Cet allongement avec déformation du bassinnet et des grands calices joint à l'amputation des petites cavités calicales s'observerait, selon Brasch surtout dans l'*hypernéphrome*. Elle aurait pour cause une extension du cancer vers la périphérie, qui détruit le tissu rénal et augmente la longueur des calices primaires tout en les déformant.

Aux modifications structurales de la cavité pyélique et des cavités calicales s'ajoutent souvent des déformations de l'uretère. Dévié par la masse cancéreuse, ou déplacé par l'abaissement secondaire du rein, celui-ci décrit une grande courbure à convexité interne. Cette déviation urétérale vers le rachis n'est pas spéciale au cancer et s'observe chaque fois que le rein est augmenté de volume. Cependant, elle pourrait indiquer que la tumeur siège principalement au pôle inférieur.

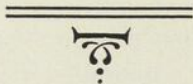
L'amputation des calices primaires est une indication précieuse pour localiser le processus tumoral. La suppression de l'inférieur permet d'affirmer la localisation inférieure de la masse cancéreuse. Quoi qu'il en soit, cette localisation n'a aucune valeur au point de vue thérapeutique.

Lorsqu'un pyélogramme sert à établir d'une façon certaine le diagnostic de cancer du rein, il faut être assuré du remplissage du bassinnet et des calices pour lui accorder une valeur positive. Eisen-drath a attiré l'attention sur les erreurs d'interprétation dues à un remplissage incomplet des cavités pyéliques et calicales. Celui-ci peut simuler des amputations pathologiques des calices. L'erreur sera facilement évitée par une technique parfaite et au besoin par un second cliché pyélographique.

*En résumé*, le médecin est en droit d'affirmer le cancer du rein, lorsque le pyélogramme montre, soit une *amputation* d'un ou de tous les calices primaires, soit une *déformation* et un rétrécissement informe du bassinet, soit une *élongation* avec irrégularité des cavités pyéliques et calicales primaires jointe à une suppression des calices secondaires et primaires.

### CONCLUSION

Le cancer du rein pourra être dépisté par le tableau et l'évolution clinique qu'il engendre. Il sera reconnu d'une façon certaine par l'examen des urines divisées par le cathétérisme urétéral et par la pyélographie.





# ILFORD X-RAY FILM

Un film radiographique, s'il est vraiment excellent, donne en tout temps des images claires et riches de haute valeur diagnostique.

Les radiologistes du monde entier connaissent et estiment le film Ilford, "British made".

Il est rapide sans tendre au voile. Il donne de beaux contrastes sans perte de détail. Et puis, toujours le même !

*Une ample provision, dans tous les formats, se trouve toujours chez :*

## **VICTOR X-RAY CORPORATION**



**of Canada, Ltd.**



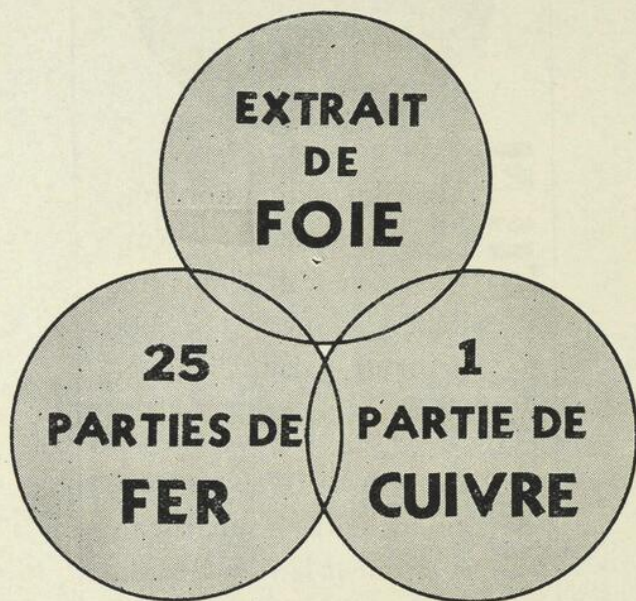
*Distributeurs pour la General Electric X-Ray Corporation*

**MONTREAL:** Bureau à 524 Medical Arts Building — Entrepôt au numéro 307, rue St-Paul.

**TORONTO:** 1221 Bay Street — **WINNIPEG:** Medical Arts Bldg. — **VANCOUVER:** Motor Transportation Bldg.

# ANÉMIES

SECONDAIRES



L'Elixir Copron, Abbott, est une combinaison d'extrait de foie, de cuivre, de fer et de vin de porto. Tonique agréable au goût, l'Elixir Copron est recommandé pour le traitement des anémies en général, plus spécialement des anémies de nutrition et autres anémies secondaires.

Chaque once fluide représente :

Foie frais.....	40 grammes (1 once 1/3)
Fer.....	66 mmg. (1 grain)
Cuivre.....	2.66 mmg. (1/25 de grain)

ELIXIR **COPRON** ABBOTT

## À LOUER

Remplace la morphine pour soulager la douleur

# Dilaudid

*dihydromorphinone hydrochloride*

Dilaudid possède plusieurs avantages sur la morphine pour la sédation et le soulagement de la douleur. Il agit rapidement et cause moins de symptômes désagréables.

1/20 de grain de Dilaudid est généralement administré au lieu de 1/4 de grain de morphine.

Tablettes hypodermiques, 1/32 et 1/20 de grain.

Tablettes par voie buccale, suppositoires rectaux, 1/24 de grain.

Ampoules, 1/32 de grain. Poudre facilement soluble dans l'eau.

*Littérature et échantillon envoyés sur demande.*

**MERCK & CO. LIMITED**

412, RUE ST-SULPICE, MONTRÉAL

*Vendeurs autorisés.*

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

# SPASMOSEDINE

SEDATIF CARDIAQUE

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

# DIGIBAINES

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 Fecamp - PARIS

ANÉMIES  
et INSUFFISANCES HÉPATIQUES

# Hépatrol

EXTRAIT de FOIE de VEAU FRAIS  
en ampoules fixables

MÉTHODE de WHIPPLE

ADULTES et ENFANTS  
sans contre-indications

LABORATOIRES ROLLAND  
31 rue des Francs-Bourgeois (4<sup>e</sup>)  
Paris

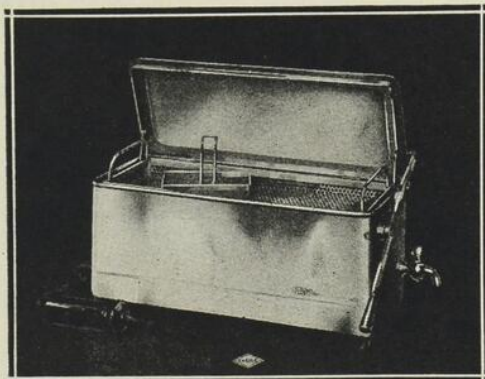


Littérature et échantillons: MILLET, ROUX & LAFON Ltée, 1215 St-Denis, Montréal

# STÉRILISATION

## EFFICACE AUTOMATIQUE ÉCONOMIQUE

Pour MÉDECINS ET HÔPITAUX



Les Stériliseurs CASTLE vous assurent une stérilisation parfaite sans qu'il vous soit nécessaire de les surveiller constamment.

Installez un CASTLE "Full Automatic" entièrement automatique. Ils ne sont jamais en bas du point bouillant. Ils maintiendront le degré de stérilisation sans qu'il soit nécessaire de tourner aucune clef.

Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.

La bouilloire est en bronze coulé d'un seul morceau.

WILMOT CASTLE COMPANY

Rochester, N. Y.

### "CASTLE"

## CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE, MONTRÉAL

*Représentants Exclusifs*

Permettez-nous de vous tenir au courant des améliorations apportées à la stérilisation moderne

---

### Appareillage à Rayons-X et d'Electricité Médicale de WESTINGHOUSE X-RAY CO. INC.

Générateurs à Thérapie Profonde 200-400 K. V.

Générateurs Combinés (Diagnostic-Thérapie)

Générateurs à Diagnostic (Haut Milliampérage)

Générateur à Diagnostic (Condensateurs)

Générateur à Diagnostic pour Praticien

Tables à Rayons-X (modèles de tous genres)

Fluoroscopes verticaux. Stéréoscope

Civière radiographique Spéciale

Appareils à Haute-Fréquence

Escamoteurs de Cassettes

Ampoules à Rayons-X

Electro-Cardiographe

Accessoires.

*Littérature descriptive gracieusement fournie*



**CASGRAIN & CHARBONNEAU**  
LIMITÉE

Représentants Exclusifs

Lancaster 3292

MONTRÉAL

30 est, rue St-Paul

# UROPRAZINE

ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE



Pipérazine  
Héxaméthylentétramine  
Soufre colloïdal  
Formiate de lithine  
Goutte, rhumatisme, sciatique

Une cuillerée à thé 2 à 4 fois par jour dans un demi-verre d'eau tiède,  
selon l'avis du médecin.

BOUTEILLES DE 150 et 270 GRAMMES

LABORATOIRE SPARTOL  
PARIS, FRANCE

**HERDT & CHARTON, Inc.**

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL - - MONTRÉAL

Pommade

## HEMORONE

CHOMEDY

*renferme les principes actifs suivants:*

adrénaline: vaso-constricteur et hémostatique puissant.  
fluorure de sodium: antiseptique excellent.  
stovaïne: anesthésique local aussi puissant mais moins toxique  
que la cocaïne.  
extrait d'hamamélis: tonique et astringent.  
extrait de belladone: excite le péristaltisme intestinal.  
extrait de marron d'Inde: d'action bien connue.  
extrait d'arnica: reconnu depuis les temps les plus reculés comme  
vulnérable très actif.

**Mode d'emploi :** faire une application matin et soir.

Tube de 22 grammes : \$0.50

Une nouvelle application thérapeutique

# CARBONACTYL

CARBONE ANIMAL ACTIVÉ  
en suspension aqueuse à 2%

En INJECTIONS INTRAVEINEUSES, offre une méthode de traitement efficace, indolore et sans danger des

## INFECTIONS AIGUËS

Pneumonies et infections bronchiques aiguës,  
phlébitis, épидидymites et prostatites gonococciques, furunculoses à répétition, érysipèle,  
etc.

## BIBLIOGRAPHIE :

*La Presse Médicale, No 95, 28 novembre 1934: "Le traitement des parotidites aiguës par les injections intraveineuses de carbone animal", par Dr Eugène St-Jacques.*

*La Presse Médicale, No 99, 12 décembre 1934: "Une nouvelle thérapeutique anti-infectieuse: le carbone intraveineux", par Drs A. Touraine et B. Ménétrel. C.M.A. Journal, février 1934: "Charcoal intravenously in a case of severe septicaemia", par Drs B. F. Macnaughton et J. W. Gerrie.*

*C.M.A. Journal, août 1934: "Intravenous injections of Animal Charcoal in the treatment of varied infections: A clinical and experimental study", par Dr Eugène St-Jacques.*

*Medical Record, janvier 1935: "Intravenous injections of Animal Charcoal", par Dr Eugène St-Jacques.*

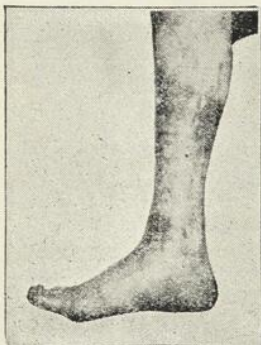
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Limitée

Distributeurs : ROUGIER FRÈRES - - - MONTRÉAL

# Traitement des ULCÈRES VARIQUEUX



La photo montre un ulcère datant de 25 ans.



Patiente âgée de 63 ans.  
A la suite du traitement  
par l'Elastoplast

L'objet essentiel de ce traitement est de créer au moyen du bandage élastique **Elastoplast** un réel support pour la jambe, qui ne puisse se déplacer une fois appliqué et qui s'adapte de lui-même au volume de la jambe.

Ce bandage n'est renouvelé qu'à de longs intervalles et les résultats obtenus sont remarquables. Il est employé par les médecins et dans les hôpitaux du monde entier.

Par la nature de son élasticité l'**Elastoplast** est, de tous les bandages, le seul capable de permettre une compression parfaite et un support approprié.



Le bandage appliqué sur un ulcère variqueux de jambe.



Manière de poser le bandage sur un ulcère.

● Nous enverrons avec plaisir à tous ceux qui ne l'ont pas encore reçu un exemplaire de l'édition spéciale canadienne de notre manuel de technique **Elastoplast** et cela, à nos frais.

# Elastoplast

**SMITH & NEPHEW LTD.**  
378 OUEST, RUE ST-PAUL, MONTRÉAL, P. Q.

FABRIQUÉ  
EN  
ANGLETERRE

*Manufacturiers du matériel chirurgical de la Marque "Paragon"*

## PLAIES PÉNÉTRANTES DU GLOBE OCULAIRE PAR INSTRUMENTS TRANCHANTS OU CONTONDANTS

Par L. de G. JOUBERT,

Assistant à la clinique d'ophtalmo-oto-rhino-laryngologie,  
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Les plaies pénétrantes du globe oculaire, bien que toujours graves, ne comportent pas un pronostic fatal qui oblige l'oculiste à faire une énucléation d'emblée et la méthode conservatrice pourra souvent nous surprendre d'une façon heureuse, les deux cas suivants illustrent bien cette affirmation:

### PREMIER CAS

Monsieur G. D. . . , âgé de 14 ans, se présente le 12 septembre 1934, à 8.30 p.m., pour un traumatisme de l'oeil gauche.

Je vois le patient une heure après l'accident.

#### HISTOIRE DU CAS:

Le jeune homme s'amuse à tailler un bout de manche de vadrouille la pointe tournée vers sa figure. Un faux mouvement fit entrer cette même pointe dans son oeil gauche.

#### SYMPTÔMES OBJECTIFS:

L'oeil est ensanglanté. Après lavage avec une solution de cyanure de mercure au 1/5000<sup>e</sup>, nous constatons une plaie pénétrante du globe oculaire de 5 m.m. environ, située entre 7 à 8 heures, perpendiculaire à la cornée qui n'est pas touchée. La blessure laisse sourdre du vitré au travers duquel on devine la couleur sombre du corps ciliaire, cependant il n'existe pas de hernie de l'iris.

L'oeil est en hypotonie: T = —2. Il existe un hyphéma et l'on note la présence d'une hémorragie dans le corps vitré.

Vu l'âge du sujet nous décidâmes de faire la réparation à l'anesthésie générale. (éther)

#### OPÉRATION:

Sans chercher à faire de sondage ou de réduction des parties enclavées pour ne pas introduire de germes infectieux dans le globe, nous pratiquons un point de suture à la soie noire, tout en ayant soin de n'inclure que les lamelles superficielles de la sclérotique.

Le tout est suivi d'une instillation de quelques gouttes d'une solution d'atropine à 1% et d'une application d'une pommade iodoformée avec un léger pansement occlusif. Un sac de glace est prescrit en permanence sur la région orbiculaire gauche.

#### SUITES OPÉRATOIRES:

Les suites opératoires sont bonnes. Le point de suture est enlevé au bout de 6 jours.

A ce moment le malade peut compter les doigts à une distance de 4 pieds, toutefois les milieux ne sont pas encore transparents. Le tonus est remonté à la normale. Le collyre à l'atropine est continué. Trois mois après, l'acuité visuelle est de 15/100ème, avec la correction elle devient 15/30ème et se lit comme suit:  $165^{\circ} + 1.50 - 0.75$  vision = 15/30ème (astigmatisme hypermétropique mixte).

A l'examen au microscope cornéen nous notons l'existence de stries parallèles se dirigeant vers la plaie, situées sur la capsule antérieure du cristallin qui semble tirillé par l'enclavement du corps ciliaire dans la blessure scléroticale.

#### SECOND CAS

Le 19 septembre 1934, Monsieur O. V . . . , 44 ans, se présente à l'hôpital vers les 8 heures du soir, pour un accident survenu à son oeil droit.

## HISTOIRE DU CAS:

Le malade, dans une partie de volant (badmington), reçoit de son compagnon de jeu, un coup de raquette sur le verre droit de sa lunette.

Le patient est examiné une demi-heure après l'accident.

## SYMPTÔMES OBJECTIFS:

L'éclatement du verre a produit quelques légères érosions sur les deux paupières qui sont couvertes de sang. On remarque à l'ouverture des paupières des caillots de sang dans le cul de sac conjonctival inférieur, une pupille moyennement dilatée et un hyphéma dans la chambre antérieure.

La sclérotique présente une plaie pénétrante d'une longueur de 8 m.m. environ, située vers les 8 heures et perpendiculaire au limbe scléro-cornéen par où nous voyons sourdre du vitré qui laisse transparaître la couleur sombre du corps ciliaire.

La tension oculaire est de — 2.

## OPÉRATION:

Après désinfection au cyanure de mercure au 1/5000ème, cocaïnisation à 5%, atropinisation à 1%, nous procédons à la suture de la plaie suivant la technique employée dans les cas de plaies pénétrantes de la sclérotique et nous faisons trois sutures. Une pommade iodoformée est ensuite appliquée dans le cul de sac conjonctival et le tout est fermé par un léger pansement occlusif.

Nous prescrivons, avec un repos absolu, une injection de sédol, un sac de glace en permanence sur l'oeil droit et une diète liquide.

Le lendemain le pansement est renouvelé ainsi que l'instillation d'atropine.

L'examen du fond de l'oeil est impossible à cause des hémorragies et de l'état trouble du vitré. La vision est nulle.

Les points sont enlevés au bout de 7 jours. La vision se rétablit peu à peu et le malade peut compter les doigts à 5 pieds de distance.

Par la suite les symptômes s'améliorent de jour en jour, mais ce n'est qu'après trois mois qu'une réfraction stable peut conduire à une correction de: Oeil droit vision égale 15/15e faible, c'est-à-dire que l'oeil traumatisé donne une vision presque parfaite avec:  $80^\circ + 2.50 - 1.00$  (astigmatisme hypermétropique mixte).

### COMMENTAIRES

Les auteurs s'accordent à dire que:

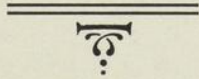
- 1° Les plaies du globe sont plus dangereuses lorsque le corps ciliaire est atteint; il faut craindre alors l'infection et l'ophtalmie sympathique.
- 2° On doit s'abstenir de sondage ou de refoulement des parties qui pourraient faire hernie, mais plutôt les exciser.
- 3° La suture ne doit comprendre que les lames superficielles de la sclérotique.
- 4° La plupart du temps il s'en suit un astigmatisme plus prononcé à la suite de la rétraction de la cicatrice.
- 5° Les résultats heureux sont en raison directe de la promptitude de l'intervention par les lavages, l'instillation de collyre à l'atropine et de suture de la plaie lorsqu'elle est suffisamment grande.
- 6° Dans les cas de plaies pénétrantes par corps étrangers, il va sans dire qu'il y a lieu d'extraire ceux-ci le plus tôt possible, qu'ils soient superficiels ou profonds, au moyen de l'électroaimant géant si le corps est magnétique.

### CONCLUSIONS

La phobie de l'ophtalmie sympathique ne doit pas nous induire à pratiquer une énucléation d'emblée dans les cas de péné-

tration du globe oculaire. Au contraire, il est du devoir de l'oculiste de se maintenir dans une expectative armée pour une période d'environ une semaine à quinze jours, comme l'enseigne le Professeur Morax.

J'insiste sur le fait que l'intervention prompte dans les deux cas rapportés plus haut, est le facteur qui a le plus contribué à cette heureuse issue. Elle a déterminé, non seulement la conservation d'un globe oculaire que ne saurait remplacer une prothèse si belle soit-elle, mais, ce qui est encore mieux, elle a procuré une vision presque voisine de la normale.



## NAEVO-CARCINOMATOSE GÉNÉRALISÉE ET VENIN DE COBRA

Par ERNEST PRUD'HOMME,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu et  
professeur agrégé à l'Université de Montréal.

Les nombreux médecins qui, le 23 novembre 1934, assistaient à la séance scientifique des médecins de l'Hôtel-Dieu, se rappelleront facilement, en lisant l'observation que je veux publier aujourd'hui, la figure réjouie d'une jeune femme de trente-quatre ans, toute heureuse de se prêter aux constatations visuelles de nos confrères et de leur dire la conviction profonde qu'elle avait d'être débarrassée d'une maladie cancéreuse qui l'avait mise à deux doigts de la mort.

Je veux parler du cas de Madame J. L. Le 22 mars 1933, cette patiente se présente à mon bureau pour une petite tumeur ulcérée, située sur le bord antérieur de la jambe droite. La malade me raconte qu'à sa connaissance, elle a toujours eu sur cette jambe un naevus, une petite tache de naissance du diamètre d'une pièce de dix sous.

Il y a sept ou huit mois, à la suite de traumatismes répétés à l'endroit de la tumeur, il s'est développé une petite ulcération qui n'a jamais guéri.

Un médecin consulté fit, à plusieurs reprises, des cautérisations au nitrate d'argent. L'application de maints onguents n'eut pour résultat que l'augmentation de volume de la tumeur et la persistance de l'ulcération.

L'examen me révèle une petite tumeur aplatie d'environ 1 centimètre de largeur par 4 ou 5 c.m. de longueur et dépassant de  $\frac{1}{2}$  c.m. le niveau de la peau voisine.

La surface de la tumeur, dans sa plus grande partie, est ulcérée et laisse s'échapper une sérosité presque purulente.

Nous appliquons un pansement antiseptique et conseillons à la malade de venir à l'hôpital pour se faire ôter cette tumeur. Le

lendemain, 23 mars 1933, nous pratiquons au bistouri, l'exérèse de la tumeur, que nous envoyons à monsieur le professeur Pierre Masson. Le 30 mars, il semble y avoir de la sérosité sous la peau de la cicatrice, nous faisons sauter les points et constatons dans la plaie, la présence de petites granulations bulleuses d'aspect plutôt louche.

Nos appréhensions sont justifiées par le rapport histologique de monsieur le professeur Pierre Masson, nous donnant deux jours plus tard le diagnostic de naevo-carcinome.

A ce moment, il est apparu à la cuisse droite un ganglion du volume d'une olive, — ganglion très douloureux. — Après consultation avec quelques collègues, nous dirigeons la malade vers le laboratoire du docteur Léo Pariseau, qui lui fait à deux reprises une séance de radio-thérapie (8 avril et 20 avril).

La cicatrisation est extrêmement lente, mais le 20 juillet la jambe est totalement guérie et il ne reste dans l'aîne qu'une très petite tumeur ganglionnaire, légèrement douloureuse.

Le 8 janvier 1934, la malade vient de nouveau consulter. Le ganglion est toujours aussi volumineux et douloureux. Nous conseillons à la malade de se faire opérer ce ganglion; elle nous promet de revenir quelques jours plus tard. Malheureusement, ce n'est que le 27 avril 1934 que nous la retrouvons à l'hôpital.

Depuis deux mois, il s'est développé, au niveau de la cicatrice opératoire, une tumeur qui présente alors le volume d'une orange. Cette tumeur est en partie sphacélée et répand une odeur de pourriture, ce qui a décidé la malade à revenir nous voir.

Il est aussi apparu sur l'épaule gauche une petite tumeur du volume d'une olive. Après consultation avec monsieur le professeur Pierre Masson qui examine la malade avec nous, nous décidons une nouvelle intervention.

Le 1er mai, à l'aide du bistouri électrique, nous faisons l'extirpation de la tumeur et nous enlevons même une large portion du périoste du tibia, puis nous laissons la plaie granuler, après avoir

fait par électro-coagulation une hémostase parfaite. Séance tenante, nous enlevons par le même procédé le ganglion inguinal.

Le rapport histologique de la nouvelle tumeur ainsi que celui du ganglion nous parvient après quelques jours et nous indique dans l'un comme dans l'autre cas, un naevo-carcinome.

Une dizaine de jours plus tard la malade fait une poussée de température à 105° avec frissons et vomissements. Le même phénomène se répète pendant 5 ou 6 jours et alors nous voyons apparaître à différents endroits plusieurs petites tumeurs.

Le 7 juillet, la température est redevenue normale et la plaie est totalement guérie, mais la malade retourne chez elle avec toute une floraison de petites tumeurs qui assombrissent un peu notre pronostic.

Vers le 10 août, la malade se plaint d'une douleur terrible dans la narine gauche qui est obstruée comme par un corps étranger. Elle éprouve de violents maux de tête.

Nous dirigeons la malade vers le dispensaire ophtalmique où le docteur Bousquet et le docteur Tessier pratiquent une biopsie.

Cette fois encore, le rapport anatomo-pathologique nous revient avec le diagnostic de naevo-carcinome. Le docteur Bousquet prescrit un antiseptique nasal et la malade retourne chez elle où nous continuons de la suivre. L'amaigrissement est considérable, la malade ne s'alimente plus et ne peut plus dormir. Elle pousse des cris et se plaint continuellement de sa tête. Son oeil droit est complètement obstrué par une tuméfaction qui part du nez et remonte jusqu'au front. Elle demande à mourir et nous ne parvenons à la soulager qu'à force de morphine. Vers la fin du mois d'août, la malade absorbe de 4 à 6 pastilles d'un demi-grain de morphine par 24 heures.

Le 27 août, nous décidons d'employer le venin de cobra et nous injectons à la malade cinq Unités Souris (U.S.) de venin. Le 29 août, nouvelle injection de 5 U. S., de même que le 1er septembre. Dès ce jour la malade nous dit que ses douleurs sont

diminuées, mais nous croyons à l'effet psychique du médicament bien plus qu'à son action analgésiante.

Le 5 septembre, nous revoyons la malade qui, cette fois, nous paraît considérablement soulagée. L'œil est désenflé et la malade commence à s'alimenter. Depuis, nous avons fait tous les dix jours, une injection de 5 U. S. de venin. La tumeur nasale s'est desséchée et la malade a la narine absolument libre. La tumeur de l'épaule et quelques autres dont trois sur le bras droit, cinq ou six dans le dos, et plusieurs sur les cuisses, sont complètement disparues. La malade a engraisé, peut circuler dans la maison et dort d'une façon convenable, généralement sans aucun médicament.

La patiente nous avoue qu'elle a complètement oublié sa morphine; au lieu de 3 grains par jour, elle ne prend parfois qu'un quart de grain par semaine.

Depuis le début de ce traitement, il n'est apparu aucune nouvelle tumeur, et la malade se sent assez bien pour nous assurer qu'elle ne mourra pas de cette maladie.

Que penser devant une telle observation ?

1° Le diagnostic histo-pathologique fait par monsieur le professeur Pierre Masson: sur quatre biopsies différentes, dont deux de la tumeur de la jambe le 23 mars 1933 et le 1er mai 1934, un examen du ganglion inguinal fait le 1er mai 1934 et un examen de la tumeur nasale le 10 août 1934,

2° la constatation de visu faite par nombre de médecins de l'Hôtel-Dieu de la multiplicité des tumeurs qui nous autorisait à donner à la maladie le nom de naevo-carcinomatose généralisée,

3° d'un autre côté, la disparition de la plupart de ces tumeurs, l'apparence de guérison de la malade, qui ne manque pas d'étonner nos confrères, tout me permettait d'être très enthousiaste du résultat obtenu, et le venin de cobra entrainé, d'un seul coup, dans la thérapeutique de plusieurs de nos collègues.

Qu'est-ce donc que le venin de cobra ?

C'est le nom qu'on donne à la sécrétion élaborée par les glandes de serpents terrestres du genre *Naja*, et dont une variété porte le

nom de Cobra Capel, à cause d'une certaine conformation de leur cou qui se dilate en forme de parasol ou de chapeau.

A ceux qui seraient intéressés à l'élevage du cobra, je conseille de lire dans le numéro de l'*Illustration* du 3 novembre 1934, un article très intéressant dû à la plume de monsieur Z. W. N. Cazeef, où il fait l'historique d'une ferme anglaise établie aux Indes, où l'on fait en gros l'élevage des cobras. C'est la ferme de serpents de l'Institut Haffkine à Bombay, dont le directeur est le colonel S. Sokley (anglais).

C'est à l'opuscule publié par MM. Oliviers et R. Dumatras ainsi que MM. Charles Taquet et Em. Rousseau que j'emprunte les notes suivantes.

L'appareil venimeux des serpents comprend les glandes sécrétoires et les crochets. Chez les cobras, les glandes sont du volume d'une grosse amande et occupent un espace intermédiaire, en arrière des yeux de chaque côté de la mâchoire supérieure.

Les crochets ont, sur leur face convexe, une rainure qui sert de rigole au venin. Par la contraction de ses masséters, le cobra fait sourdre de ses glandes le venin qui coule dans la rigole des crochets; ces derniers remplissent l'office de poignards.

Même chez les serpents réputés non venimeux, la sécrétion de ces glandes est toxique, mais elle n'est pas dangereuse chez les serpents qui manquent des crochets inoculateurs.

Le venin de cobra, qui renferme du soufre et du zinc, n'est pas considéré comme étant de nature alcaloïdique, mais est rangé parmi les poisons de composition inconnue qu'on a dénommés les toxalbumines. Comme le dit M. Em. Rousseau, chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Paris, il est plus facile de déterminer l'action physiologique du venin, que d'en expliquer la nature. La toxine du venin de cobra est une neuro-toxine et elle se fixe surtout sur la cellule nerveuse.

A haute dose (morsures), la réaction locale est toujours faible, c'est-à-dire que la morsure n'est pas douloureuse, mais il se produit bientôt une anesthésie de la région mordue qui conserve cependant

ses réflexes et sa motilité, puis survient un engourdissement progressif du corps entier, avec syncopes et défaillances, une sorte de lassitude et de somnolence; la respiration est pénible et diaphragmatique, le pouls est accéléré et faible. Si la dose est mortelle, la mort survient dans un délai maximum de 7 heures.

N. B. — Le patient est conscient jusqu'à la fin.

En dose très faible, la réaction locale, rare et fugace, est suivie d'une excitation légère euphorique qui peut durer plusieurs jours.

C'est en 1929, que le docteur Monaelesser de New-York fit la première constatation relative à la valeur du venin de cobra.

Cette observation accidentelle devait induire le docteur Monaelesser à entreprendre des études qu'il fit sous la direction du professeur Calmette et en collaboration avec le docteur Ch. Taguet.

Grâce à MM. Oliviero et Dumatras, le titrage pondéral du pouvoir neuro-toxique des échantillons de venin devait être abandonné pour faire place au titrage biologique. Ces messieurs ont appelé Unité Souris (U. S.) la quantité minima de toxine de cobra nécessaire et suffisante pour tuer une souris de 25 grammes. Ils ont donné le nom de cobra-toxine à leur produit, et ce dernier est employé à la dose de 5 U. S. ou plus selon la réaction du sujet. On donne le nom de Seuil au titrage biologique nécessaire pour apporter une amélioration de l'algie ou de l'état général. Cette quantité peut varier de 5 U. S. à 15 U. S. ou 20 U. S.

Le venin de cobra a été employé à peu près dans toutes les maladies chroniques douloureuses et dans tous les genres de tumeurs avec des résultats variables selon les auteurs.

Nous nous permettons de signaler que tous s'accordent à attribuer au venin de cobra une action bienfaisante plus ou moins analgésiante chez les sujets.

D'autres admettent des guérisons de petites tumeurs. Un certain nombre croient à la valeur curative du venin de cobra même dans les cas de cancer généralisé.

Nous en étions à ce stage de nos convictions lorsque nous avons présenté notre patiente qui avait servi de sujet à notre pre-

mière expérience. Permettez-moi de fermer cette parenthèse, et de vous faire connaître le dernier chapitre de l'histoire de ma patiente.

Après une sédation de tous les phénomènes douloureux et la disparition de toutes les petites tumeurs à l'exception de deux ou trois sur un bras, au mois de janvier 1935, Madame J. L. fut prise d'une nouvelle récurrence, qui cette fois, ne fut nullement entravée par l'emploi du venin de cobra, même à la dose de 15 U. S. Le 10 mars 1935, ma patiente succombait à une cachexie cancéreuse complète autant qu'à une intoxication lente par les narcotiques, que je dus employer à des doses exagérées afin de calmer les douleurs terribles qu'elle eut à endurer.

Depuis, j'ai essayé personnellement l'emploi du venin dans une dizaine de cas avec des résultats à peu près nuls.

Un seul malade, souffrant de cancer du foie, et qu'un confrère de l'Hôtel-Dieu avait eu l'amabilité de me confier pour le soumettre à l'emploi du venin de cobra, me montra dès le début une amélioration notable au point de vue de la douleur. Chez ce malade dont le Seuil fut atteint à 10 U. S., le soulagement dura environ deux mois, puis le patient mourut de cachexie.

Dans deux cas de cancers du rectum, l'emploi du venin donné à 10 jours d'intervalle à la dose de 5 U. S. à 15 U. S. permit de réduire l'usage de la morphine à une quantité négligeable.

#### CONCLUSIONS :

a) Je dois dire, que chez ma première malade, le résultat obtenu fut très appréciable, puisque l'emploi du venin nous donna une survie d'au moins six mois.

b) Ce médicament eût peut-être assuré une guérison plus stable, s'il avait été employé dès le début des lésions.

c) En général, si nous ne devons pas envisager la possibilité d'une cure chez un patient, il ne faut pas se priver de l'emploi d'un médicament aussi précieux, qui par son action analgésiante, procure au malade une sensation de bien-être, une euphorie qui rendra moins tristes et pour le patient et pour sa famille, les dernières heures si pénibles qu'ont souvent à vivre les pauvres cancéreux.

## HISTOIRES D'OSTÉOPATHES ET DE CHIROPRACTIENS

Par LÉO-E. PARISEAU,  
Radiologiste de l'Hôtel-Dieu.

Entre osthéopathes et chiropraticiens les différences ne sont pas aussi grandes qu'on le croit. Il faut bien admettre, toutefois, qu'en général ceux-là sont un peu moins incultes que ceux-ci. Rendons donc à tout seigneur l'honneur qui lui revient, et commençons par un ostéopathe.

### L'AFFAIRE HOLLIDAY

Voici copie d'une lettre m'invitant à comparaître pour la défenderesse, Lady Reid:

Montréal, le 18 octobre 1927

ELLIOTT & DAVID  
BARRISTERS AND SOLICITORS  
*Re: Holliday vs. Reid*

Cher Monsieur,

Nous avons une cause fixée au 20 courant dans laquelle le Dr Holliday "osteopath" est demandeur contre le Succession Reid.

Le Dr. Holliday réclame de la Succession Reid la somme de \$1500 pour traitements.

Nous avons examiné le Dr. Holliday au préalable, et il prétend que ses traitement consistent à replacer les muscles et les os, et que par ce procédé il obtiendrait une circulation parfaite. Il ajoute de plus que si l'un des organes est attaqué, il attribue ce mal à la débilité, perte de sang, et la nervosité, et que s'il réussit à donner de la vie à cet organe ainsi affecté, son patient ressent un grand soulagement.

La question en litige est de savoir si le procédé employé par le Dr. Holliday constitue une pratique de la médecine; si, oui, le Dr Holliday n'a pas le droit de réclamer en justice, vu qu'il n'a obtenu aucune licence du Collège des Médecins.

Nous avons communiqué avec le Dr Gauvreau, le Secrétaire du Collège des Médecins, et il nous a suggéré de vous demander de bien vouloir comparaître jeudi le 20 courant devant le juge Bond, parce qu'il considère que cette cause serait un "test case" et que si la Cour en vient à la conclusion que le Dr Holliday pratique la médecine, et n'a aucun droit de réclamer des honoraires devant la Cour, ceci appuierait beaucoup les prétentions du Collège des Médecins.

Voudrez-vous avoir l'obligeance de nous faire savoir dès demain si vous serez libre jeudi le 20, et si vous serez prêt à témoigner.

Vos dévoués,

ELLIOTT & DAVID.

\* \* \*

L'heure venue, je comparus. Ai-je bien servi la cause de mes confrères ? Aurais-je pu faire mieux ? Ce serait à voir. Toujours est-il que je recevais le 11 avril 1928 la lettre suivante :

Cher Monsieur,

Vous vous rappelez avoir été témoin dans la cause de Holliday vs. Reid, l'automne dernier.

Il s'agissait de ce médecin ostéopathe qui réclamait des honoraires. Comme vous avez dû le voir par les journaux, nous avons eu jugement sur le principe qu'un médecin ostéopathe qui pratique la médecine ne peut réclamer d'honoraires.

Comme je crois que cette question vous intéresse, je me permets de vous envoyer ci-inclus une copie du jugement.

J'espère que cela vous sera agréable.

Votre dévoué,

LÉON FARIBEAULT, K.C.

\* \* \*

La lecture du jugement en question me réservait quelques satisfactions et une légère désillusion. Ne faisant point de politique médicale et n'étant candidat à aucune charge, je puis, sans trop me

nuire, publier textuellement le paragraphe où l'Honorable Justice Bond a soin de dire qu'il ne fonde pas sa décision sur ma déposition. Le voici:

« Dr. Leo Pariseault, (sic) a duly registered practitioner, a witness called on behalf of the defence, gave a lengthy explanation, according to his views, of the Plaintiff's method, pointing out how the "system", "diagnosis", "explanation" and "treatment" all point to what is generally recognized as the "practice of medicine". He emphasizes the point, in cross-examination, that treatment of local pain by the application of massage or manipulation at some remote point indicates philosophy, and so a system and a treatment. »

On comprend que les avocats du demandeur aient fait tout en leur pouvoir pour réduire à néant l'effet de mes paroles. Aussi bien n'ai-je pas été trop surpris de rencontrer dans le jugement de M. Bond le paragraphe suivant: « Objection was taken to the evidence of this witness on the ground that the necessary definitions applicable to the present case were to be found within the terms of the Quebec Medical Act, and should not be sought elsewhere; and for the purposes of my decision I do not rely upon the evidence of Doctor Pariseault, however interesting, because I think that sufficient material as to the facts and the method of operation of the plaintiff can be found in his testimony and the exhibit filed on his behalf. »

Ce qui revient à dire que le savant magistrat a trouvé ma thèse « intéressante », mais qu'il a cru bon d'appuyer ses décisions sur les seuls aveux du demandeur, fort compromettants pour lui si on les examine à la lumière de notre Loi médicale.

M. Bond a donc débouté Holliday, lui refusant les honoraires réclamés, et mettant à sa charge tous les frais de la cause.

Voilà un « test case » fort important puisqu'il en découle qu'aucun « irrégulier », fut-il chiropraticien ou ostéopathe diplômé, n'a le droit de réclamer devant les tribunaux.

Holliday a dû faire grise mine, mais le ban et l'arrière-ban des charlatans ne se sont pas émus outre mesure. C'est tant pour chaque

séance de pelotage hiératique. La privation du droit de recours aux tribunaux ne les punit guère, allez.

Le jugement « No 1122 de la Cour Supérieure de Montréal » n'en reste pas moins précieux pour nous, médecins. J'y relève un paragraphe qui prête à commentaires. « En l'absence de provisions contraires », dit M. Bond, « les lois de la province de Québec permettent à tous de réclamer l'assistance des tribunaux. Cependant elle peut être refusée à ceux qui n'en sont pas dignes ("unworthy"), comme il ressort de l'inscription gravée sur le fronton du nouveau palais de justice: « *Frustra legis auxilium quaerit qui in legem committit* ».

Le trop présomptueux Holliday fut... frustré. Son juge décida qu'il avait bel et bien pratiqué la médecine et que cela ressortait des aveux contenus dans le passage suivant de sa déposition:

« Q. — Will you tell me what kind of services were rendered in a general way ?

« A. — When he was in ailment and sickness, I looked after him in all kinds of ways, and not only that, I staid with him as a friend. He begged of me, one time he was paralyzed, and they sent for me and took me out of church (shocking! shocking!) to look after him.

« Q. — Those charges for services are \$5.00 for almost every date ?

« A. — Yes, I should have had \$25.00 there.

« Q. — Was it for treatment ?

« A. — Osteopathic treatment.

« Q. — What did this treatment consist of ?

« A. — Adjustment of muscle and bone; it is correcting of circulation; when there is any disease we attribute the disease to loss of tone in any part; loss of blood getting to that part; loss of nerve supply; and if you can produce life to that part, you will

give him relief; you will reduce temperature, and chase germs out of the system, and that is osteopathy.

« Q. — Did you prescribe any remedies ?

« A. — No, we do not prescribe drugs.

.....

« Non, nous ne donnons jamais de drogues à nos patients », dit l'éminent *docteur*. Mais quand le juge lui demande ce que c'est au juste que l'Osteopathie il produit et fait classer sous l'étiquette « *exhibit P1* » une brochure qui contient son credo scientifique. Or, tenez-vous bien, on y relève ceci: L'ostéopathie accepte et utilise tout (sic) ce qui a été démontré avoir quelque valeur (sic) dans la soi-disant (sic) science médicale ».

Et nous nous gênerions avec ces gens-là, et avec les chiropraticiens, qui sont cent fois plus entreprenants et qui font litière des notions médicales les plus positives ?

Allons donc ! Souvenons-nous de ce « *Frustra legis auxilium quaerit . . .* ». Non seulement ceux qui pratiquent la médecine (ou une médecine) sans y être autorisés par le B. P. M. sont automatiquement privés des secours de la Loi, mais encore la violent-ils. *Ce sont des hors-la-loi.*

« Nous sommes hors la loi parce que vous avez fait une loi pour vous et contre nous », ripostent les chiros.

En réalité la Loi Médicale est une loi d'utilité publique. Elle a été établie pour le peuple et dans une large mesure contre les médecins à qui elle impose de bien lourdes obligations (études très poussées, code déontologique fort sévère, etc., etc.) A plus forte raison est-elle et doit-elle demeurer hostile à des bandes d'esbrouffeurs qui voudraient jouir d'un maximum de privilèges sans donner à la société un maximum de garanties.

Comme en 1928, ils vont se présenter à Québec les mains pleines de signatures. Ils en auront aligné quelques milliers de plus pour justifier les privilèges additionnels qu'ils réclament cette fois.

Ayons confiance. L'histoire se répétera. Ils reviendront bre-douille, quels que soient les maîtres de l'heure.

Le ministre David, sur la plupart des questions, doit bien penser comme l'avocat David. Et puis, n'est-ce pas? MM. Taschereau et ses acolytes estiment que nous avons de très nombreux et très lourds devoirs à remplir envers la société. Quelque chose me dit qu'ils ne songent aucunement à restreindre nos droits, nos privilèges. Et puis, enfin, advenant un grand chambardement qui porterait au pouvoir MM. Duplessis et Gouin, il est fort peu probable que ces messieurs se tourneront contre nous. Ils ont promis de s'attaquer au *désordre* établi, et je ne sache pas qu'ils aient, au cours de leur ardente campagne, dénoncé les médecins.

L'histoire se répétera, vous dis-je. A condition toutefois que nous n'ayons pas l'air de nous f . . . de ce qui pourrait arriver.

Il s'est fait d'assez bon travail il y a huit ans, et il s'est dit d'excellentes choses. Je doute fort, cependant, que l'on puisse trouver dans les journaux médicaux de l'époque quelque chose de plus au point que le court article publié par le Devoir dans son « Bloc-notes » du 21 février 1928. Les lecteurs du Journal de l'Hôtel-Dieu me sauront gré, j'en suis sûr, de le reproduire ici :

*Ensuite?* Un groupe d'hommes demande à Québec l'incorporation en association civile des chiropraticiens, ce qui équivaldrait à la reconnaissance de leur métier et en ferait une sorte de profession médicale. L'une des raisons alléguées par ces gens au soutien de leur projet de loi, c'est qu'il existe aux Etats-Unis, dans certains états, ainsi qu'en Ontario et ailleurs, une législation analogue. Cette raison n'en est pas une bonne. Ce n'est pas parce qu'on a cru devoir faire, dans tel Etat ou telle province, une profession ou un métier fermé de telle ou telle occupation que nous devons suivre ce précédent. Il ne faut pas calquer servilement ce qui se fait aux Etats-Unis ou en Ontario. Nous avons un corps professoral, une Faculté dont les diplômés soignent les malades. Devons-nous laisser s'ériger tout à côté une nouvelle profession dont l'étude sera d'un tiers moins longue, offrira beaucoup moins de garanties sérieuses et dont le fond

de toute la théorie, c'est qu'on peut guérir n'importe quel malade en lui frictionnant la colonne vertébrale ? La vérité, c'est que légaliser l'existence de l'occupation des chiropraticiens, reconnaître ici l'enseignement et la pratique de la chiropraxie, permettre la fondation d'écoles où on l'enseignerait, à côté de nos universités, ce serait agir tout comme si, à côté du corps professoral des avocats, on permettrait de se constituer une association dont les membres après trois mois d'étude de l'acte des lettres de change, auraient droit de pratiquer devant les tribunaux civils, sous prétexte qu'ils sont des spécialistes en législation commerciale et qu'au fond tout se ramène, dans le droit, à des actes commerciaux. Ou encore c'est comme si on laissait se former à côté du notariat une association dont les membres auraient le droit de rédiger et de recevoir des actes authentiques. Ce serait un beau méli-mélo. Que les masseurs restent masseurs.\* Mais qu'on en fasse des sortes de médecins qui prétendent guérir de tous maux par l'imposition des mains et le malaxage de l'épine dorsale — de la syphilis et du cancer aux maladies mentales les plus délicates et les plus graves, — nos législateurs québécois ne devront pas le permettre. Le bon sens et le sens commun s'y opposent. »

.....

*Ensuite ?* se demandait le rédacteur de cette note en 1928, et il posait la question à ses lecteurs — Le Journal de l'Hôtel-Dieu la pose aujourd'hui à nos législateurs.

.....

Feu le ministre Perron voulait qu'on épargnât les ostéopathes et qu'on ne leur fit nulle peine, même légère. Il les estimait supérieurs aux chiropraticiens, et, sur ce chef il ne se trompait pas. Son erreur était de croire que la distance qui sépare un médecin d'un ostéopathe est moins grande que celle qui existe entre ce dernier et un chiropraticien.

Il nous faudra bien, un de ces jours, remettre les choses au point. Pour l'heure occupons-nous de ceux qui, non contents de

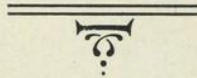
---

\* N. de la R. — Les chiropractes se défendent d'être de simples masseurs.

faire florès voudraient dresser une corporation de guérisseurs à côté de la nôtre, ériger des écoles contre les nôtres, et se faire proclamer nos égaux par une décision des deux chambres.

Le docteur Fishbein, rédacteur du « Journal of the American Medical Association », dans un livre où il démontre l'inanité de certains systèmes pseudo-médicaux, ferme son chapitre sur les chiropraticiens avec le paragraphe suivant: « It has been said that osteopathy is essentially a method of entering the practice of medicine by the back door. Chiropractic, by contrast, is an attempt to arrive through the cellar. The man who applies at the back door at least makes himself presentable. The one who comes through the cellar is besmirched with dust and grime, he carries a crowbar and he may wear a mask. » (« The Medical Follies », page 98 — New York, Boni and Liveright, 1925.)

Le masque que portent ces messieurs pour impressionner nos législateurs, nous allons l'arracher.



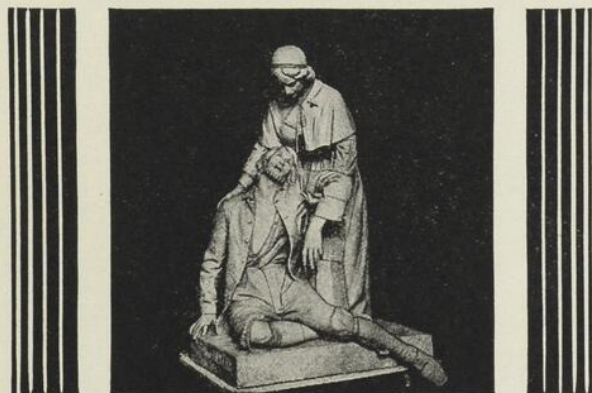
Numéros 1-2-3-4-5-6

Quatrième année

**LE JOURNAL**

... de ...

**L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL**



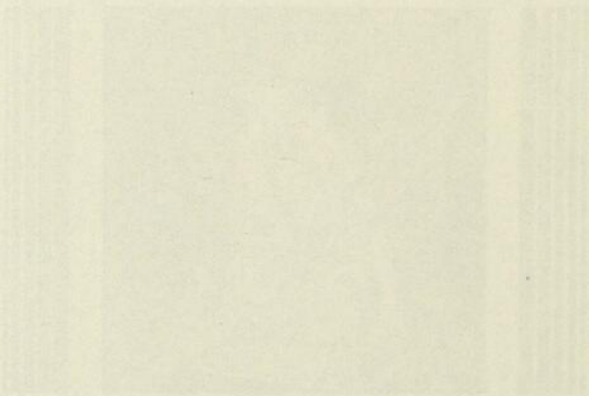
MONTRÉAL

1935

LE JOURNAL

de la Presse

L'HOTEL-DIEU DE MONTREAL



## TABLE DES MATIÈRES

pour l'année 1935

*Table alphabétique par noms d'auteurs*

## B

Pages

## BADEAUX, FRANÇOIS :

Radiothérapie du zona ophtalmique et de l'herpès cornéen . . . 138

Réflexions sur les kystes dermoïdes de l'orbite . . . . . 333

## BOURGAULT, EDMOND :

Méthode de traitement sanglant des fractures . . . . . 15

Traitement des phlébites par anesthésies temporaires de la  
chaîne sympathique lombaire . . . . . 212

## BOURGEAU, PAUL-E. :

Contribution à la thérapeutique anti-asthmatique . . . . . 194

## BRUNET, ADRIEN :

En marge de deux cas de fièvre ondulante . . . . . 113

## C

## CHAREST, GUSTAVE :

Substances azotées non protéiques du sang . . . . . 157

## D

## DESJARDINS, ÉDOUARD :

A propos d'un cas d'ulcère duodénal perforé . . . . . 124

En marge de trois cas de péritonite tuberculeuse . . . . . 284

DUBÉ, JOSEPH-EDMOND :	Pages
<i>Au fil de ma clinique.</i> — Les variations de la tension artérielle au cours de la néphrite chronique .....	1

DUBÉ, JOSEPH-EDMOND, RIOPELLE, JOSEPH-LUC et LEGAULT, JEAN-PAUL :	
Epithélioma latent de l'oesophage. — Métastases viscérales et de la colonne vertébrale. Compression de la moëlle et paraplégie .....	170

## G

GAUTHIER, PIERRE-PAUL :	
Vaccins et sérums .....	178

## H

HINGSTON, DONALD-A.:	
Pierre-Zéphyr Rhéaume .....	263

## J

JOUBERT, LOUIS DE G. :	
Plaies pénétrantes du globe oculaire par instruments tran- chants ou contondants .....	367
Un cas de variété de mastoïdite de Bezold .....	294

## L

LARIVIÈRE, PAUL :	
Evolution depuis 16 ans de deux cas d'encéphalite épidémique	76
Syndrome neuro-anémique. Polynévrite neuro-anémique avec mélancolie .....	228



## P

PARISEAU, LÉO-E.:	Pages
Bravo, M. le Recteur .....	69
Histoires d'osthéopathes et de chiropraticiens .....	379
Les fistules branchiales .....	276
Michel Sarrazin (suite) .....	44
Trois grands micrographes du dix-septième siècle: Leeuwen- hoek, Malpighi et Swammerdam .....	315
PELLERIN, ROLAND :	
Les céphalées d'origine nasale .....	306
PILON, ALCIDE :	
Considération sur deux cas d'encéphalopathie saturnine simu- lant les tumeurs cérébrales de l'enfant .....	299
L'inconscient, le subconscient et le conscient .....	91
POIRIER, PAUL :	
Cardiopathies syphilitiques et leur traitement .....	350
Forme dissociée de la maladie de Von Recklinghausen .....	254
PRUD'HOMME, ERNEST :	
Naevó-carcinomatose généralisée et venin de cobra .....	372

## R

RÉDACTION, LA :	
Avertissement .....	137
Bienvenue à deux nouveaux confrères .....	68
L'indemnité aux médecins .....	202
Notre Supérieure est décorée .....	67
Pierre Masson à l'Académie de Médecine .....	265
Lettre de M. LeSage à M. Taschereau .....	133

---

RIOPELLE, JOSEPH-LUC :	Pages
(En collaboration avec Dubé et Legault):	
Epithélioma latent de l'oesophage .....	170

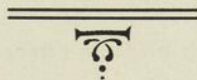
ROBERT, PAUL :	
La biopsie. — Conférence de M. le Professeur Pierre Masson	149

## S

SERGENT, ÉMILE :	
Tuberculose et traumatisme .....	205

## T

TROTTIER, ERNEST :	
Quelques considérations sur un cas de fracture du crâne ..	105



*Table des articles par ordre alphabétique*

A	Pages
ACADÉMIE DE MÉDECINE :	
Pierre Masson à l'Académie de Médecine ( <i>Masson</i> ) .....	265
ANOMALIE ARTÉRIELLE :	
Un cas d'anomalie artérielle ( <i>Lefebvre</i> ) .....	344
ANTIGÈNE MÉTHYLIQUE :	
Le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'antigène méthylique ( <i>Legendre</i> ) .....	258
ASTHME :	
Contribution à la thérapeutique antiasthmatique ( <i>Bourgeau</i> )	194
AVORTON :	
L'avorton de Roentgen ( <i>Léopard</i> ) .....	197
B	
BARBIER :	
Un barbier qui se croit médecin ( <i>Léopard</i> ) .....	66
BIOPSIE :	
La biopsie. Conférence de M. le Professeur Masson ( <i>Robert</i> )	149
BRANCHIALE (FISTULE) :	
Un cas de fistule branchiale ( <i>Pariseau</i> ) .....	276
BRUCELLOSE :	
En marge de deux cas de fièvre ondulante ( <i>Brunet</i> ) .....	113
BUERGER :	
Sur trois cas de maladie de Buerger ( <i>Nadeau</i> ) .....	29

	C	Pages
<b>CANCER :</b>		
Naevo-carcinomatose généralisée et venin de cobra ( <i>Pru-</i> <i>d'homme</i> ) .....		372
Le diagnostic du cancer du rein ( <i>Mercier</i> ) .....		355
<b>CARDIOPATHIES :</b>		
Cardiopathies syphilitiques et leur traitement ( <i>Poirier</i> ) .....		350
<b>CÉPHALÉE :</b>		
Les céphalées d'origine nasale ( <i>Pellerin</i> ) .....		306
<b>CHIROPRACTIENS :</b>		
Histoires d'ostéopathes et de chiropraticiens ( <i>Pariseau</i> ) .....		379
<b>CORPS ÉTRANGER :</b>		
Considérations sur un cas de corps étranger intra-bronchique: Clou à double pointe ( <i>Matthieu</i> ) .....		249
<b>CRÂNE :</b>		
Quelques considérations sur un cas de fracture du crâne ( <i>Trottier</i> ) .....		105
<b>D</b>		
<b>DENTAIRE :</b>		
Kératite interstitielle et infection dentaire ( <i>Legrand</i> ) .....		102
<b>DERMATOLOGIE :</b>		
Forme dissociée de la maladie de Von Reckinghausen ( <i>Poirier</i> ) .....		254
<b>DUODÉNUM :</b>		
A propos d'un cas d'ulcère duodéal perforé ( <i>Desjardins</i> ) 124		
<b>E</b>		
<b>ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE :</b>		
Evolution depuis 16 ans de deux cas d'encéphalite épidé- mique ( <i>Larivière</i> ) .....		76
<b>ENCÉPHALOPATHIE :</b>		
Considérations sur deux cas d'encéphalopathie saturnine simu- lant les tumeurs cérébrales de l'enfant ( <i>Pilon</i> ) .....		299

ÉPISPADIAS :	Pages
Une technique personnelle pour la cure de l'épispadias féminin ( <i>Mercier</i> ) .....	84
<b>ÉPITHÉLIOMA :</b>	
Epithélioma latent de l'oesophage ( <i>Dubé, Riopelle et Legault</i> )	170
<b>F</b>	
<b>FIÈVRE ONDULANTE :</b>	
En marge de deux cas de fièvre ondulante ( <i>Brunet</i> ) .....	113
<b>FISTULE :</b>	
Un cas de fistule branchiale ( <i>Pariseau</i> ) .....	276
<b>FRACTURE :</b>	
Méthode de traitement sanglant des fractures ( <i>Bourgault</i> ) ..	15
Quelques considérations sur un cas de fracture du crâne ( <i>Trottier</i> ) .....	105
<b>G</b>	
<b>GASTRONOMIE:</b>	
Pour vous, gourmets ( <i>Léopard</i> ) .....	329
<b>GLOBE OCULAIRE :</b>	
Plaies pénétrantes du globe oculaire par instruments tranchants ou contondants ( <i>Joubert</i> ) .....	367
<b>H</b>	
<b>HERPÈS CORNÉEN :</b>	
Radiothérapie du zona ophtalmique et de l'herpès cornéen ( <i>Badeaux</i> ) .....	138
<b>I</b>	
<b>INCONSCIENT :</b>	
L'inconscient, le subconscient et le conscient ( <i>Pilon</i> ) .....	91
<b>INTÉRÊTS PROFESSIONNELS :</b>	
L'indemnité aux médecins ( <i>La Rédaction</i> ) .....	202
<b>INTRA-BRONCHIQUE:</b>	
Considérations sur un cas de corps étranger intra-bronchique: clou à double pointe ( <i>Mathieu</i> ) .....	249

	Pages
<b>K</b>	
<b>KÉRATITE :</b>	
Kératite interstitielle et infection dentaire ( <i>Legrand</i> ) . . . . .	102
<b>KYSTE DERMOÏDE :</b>	
Réflexions sur les kystes dermoïdes de l'orbite ( <i>Badeaux</i> ) . . . . .	
<b>L</b>	
<b>LEEUWENHOEK :</b>	
Trois grands micrographes du dix-septième siècle: Leeuwen- hoek, Malpighi et Swammerdam ( <i>Pariseau</i> ) . . . . .	315
<b>M</b>	
<b>MASSON :</b>	
Pierre Masson à l'Académie de Médecine ( <i>La Rédaction</i> ) . . . . .	265
<b>MASTOÏDITE :</b>	
Un cas de variété de mastoïdite de Bezold ( <i>Joubert</i> ) . . . . .	294
<b>MÉLANCOLIE :</b>	
Syndrome neuro-anémique. Polynévrite neuro-anémique avec mélancolie ( <i>Larivière</i> ) . . . . .	228
<b>MICROGRAPHES :</b>	
Trois grands micrographes du dix-septième siècle: Leeuwen- hoek, Malpighi et Swammendam ( <i>Pariseau</i> ) . . . . .	315
<b>N</b>	
<b>NÉCROLOGIE :</b>	
Pierre-Zéphyr Rhéaume . . . . .	263
<b>NÉPHRITE CHRONIQUE :</b>	
Les variations de la tension artérielle au cours de la néphrite chronique ( <i>Dubé</i> ) . . . . .	1
Néphrite chronique toxique — Urémie avec convulsions ( <i>Legault</i> ) . . . . .	38

NEURO-ANÉMIE :	Pages
Symptôme neuro-anémique. Polynévrite neuro-anémique avec mélancolie ( <i>Larivière</i> ) .....	228
<b>NEZ :</b>	
Les céphalées d'origine nasale ( <i>Pellerin</i> ) .....	306
<b>O</b>	
<b>OESOPHAGE :</b>	
Epithélioma latent de l'oesophage ( <i>Dubé, Riopelle et Legault</i> )	170
<b>ORBITE :</b>	
Réflexions sur les kystes dermoïdes de l'orbite ( <i>Badeaux</i> ) ..	
<b>OSTÉOPATHES :</b>	
Histoires d'ostéopathes et de chiropraticiens ( <i>Pariseau</i> ) ..	379
<b>P</b>	
<b>PÉRITONITE :</b>	
En marge de trois cas de péritonite tuberculeuse ( <i>Desjardins</i> )	284
<b>PHLÉBITE :</b>	
Traitement des phlébites par anesthésies temporaires de la chaîne sympathique lombaire ( <i>Bourgault</i> ) .....	212
<b>POLYPEPTIDES :</b>	
Substances azotées protéiques du sang ( <i>Charest</i> ) .....	157
<b>PSYCHIATRIE :</b>	
L'inconscient, le subconscient et le conscient ( <i>Pilon</i> ) .....	91
<b>R</b>	
<b>RADIOTHÉRAPIE :</b>	
L'avorton de Roentgen ( <i>Léopard</i> ) .....	197
Radiothérapie du zona ophthalmique et de l'herpès cornéen ( <i>Badeaux</i> ) .....	138
<b>REINS :</b>	
Le diagnostic de la tuberculose rénale ( <i>Mercier</i> ) .....	237
Le diagnostic du cancer du rein ( <i>Mercier</i> ) .....	355

## S

## SARRAZIN, MICHEL :

Michel Sarrazin (*Pariseau*) ..... 44

## SATURNISME :

Considérations sur deux cas d'encéphalopathie saturnine simulant les tumeurs cérébrales de l'enfant (*Pilon*) ..... 299

## SÉRUMS :

Vaccins et sérums (*Gauthier*) ..... 178

## SUBSTANCES AZOTÉES :

Substances azotées non protéiques du sang (*Charest*) ..... 157

## SYMPATHIQUE :

Traitement des phlébites par anesthésies temporaires de la chaîne sympathique lombaire (*Bourgault*) ..... 212

## SYPHILIS :

Cardiopathies syphilitiques et leur traitement (*Poirier*) ..... 350

## T

## TECHNIQUE :

Une technique personnelle pour la cure de l'épispadias féminin (*Mercier*) ..... 84

## TENSION ARTÉRIELLE :

Les variations de la tension artérielle au cours de la néphrite chronique (*Dubé*) ..... 1

## THÉRAPEUTIQUE :

Contribution à la thérapeutique anti-asthmatique (*Bourgeau*) 194

Le traitement de la tuberculose par l'antigène méthylique (*Legendre*) ..... 258

## TRAUMATISME :

Tuberculose et traumatisme (*Sergent*) ..... 205

## TUBERCULOSE :

En marge de trois cas de péritonite tuberculeuse (*Desjardins*) 284

Le diagnostic de la tuberculose rénale (*Mercier*) ..... 237

Le traitement de la tuberculose par l'antigène méthylique (*Legendre*) ..... 258

Tuberculose et traumatisme (*Sergent*) ..... 205

BIBLIOTHÈQUE  
SANTÉ-QUEBEC

## U

## ULCÈRE DUODÉNAL :

A propos d'un cas d'ulcère duodéal (*Desjardins*) ..... 124

## URÉMIE :

Néphrite chronique toxique — Urémie avec convulsions  
(*Legault*) ..... 38

## V

## VACCINS :

Vaccins et sérums (*Gauthier*) ..... 178

## VON RECKLINGHAUSEN :

Forme dissociée de la maladie de Von Recklinghausen  
(*Poirier*) ..... 254

## VENIN DE COBRA :

Naevo-carcinomatose généralisée et venin de cobra (*Pru-  
d'homme*) ..... 372

## Z

## ZONA OPHTALMIQUE :

Radiothérapie du zona ophtalmique et de l'herpès cornéen  
(*Badeaux*) ..... 138

Un assortiment complet de LIVRES MÉDICAUX ET SCIENTIFIQUES,  
comportant les dernières éditions et les ouvrages les plus  
récents en provenance des Editeurs suivants:

F. Alcan - J. B. Baillière & Fils - G. Doin & Cie - Expansion  
Scientifique Française - Gauthier Villars - A. Legrand  
N. Maloine - Vigot Frères - Masson & Cie

se trouve chez

J. EDDÉ Limitée, Edifice New Birks, — MONTRÉAL

BIBLIOTHÈQUE  
HÔTEL-DIEU

---

---

---

---

▼

C'est un fait bien connu qu'à dose thérapeutique l'alcool est un antipyrétique et un stimulant diffusible. Il est surtout indiqué chez les alcooliques atteints d'une affection aiguë, dans les infections à forme adynamique avec asthénie cardiaque et dans la pneumonie.

●

Dans les  
cas où le médecin jugera  
nécessaire d'administrer l'alcool  
sous forme d'eau-de-vie, le

**COGNAC MONNET**

se recommande particulièrement à  
son choix. Le médecin est assuré  
de prescrire alors un produit  
vraiment supérieur.

▼

---

---

---

---



# PROVEINASE

## MIDY

“ RÉGULATEUR DE LA  
CIRCULATION VEINEUSE ”

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE



LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY  
New Birks Bldg. MONTREAL

2 à 4 comprimés par jour.

LABORATOIRES MIDY,  
67 AVENUE DE WAGRAM, PARIS, XVII<sup>E</sup>

J. EDDÉ LIMITÉE, ÉDIFICE NEW BIRKS  
AGENT GÉNÉRAL POUR LE CANADA

### La Pneumonie est facilement classifiée

**D**IAGNOSTIC — pneumonie! Pneumonie à pneumocoque? la séro-thérapie est-elle indiquée? la réponse à ces deux questions dépend du type de pneumocoque en cause.

Le médecin peut faire appel au séro-diagnostic types I et II, de *Lederle* dit « Rapid Typing », groupes pour lesquels il est possible de se procurer une séro-thérapie « Council Accepted ». L'examen microscopique pratiqué sur un échantillon de crachats du malade mêlés à une quantité déterminée de sérum spécifique décèle des modifications tout à fait caractéristiques de la capsule; c'est la réaction de Neufeld qui permet l'identification du type de pneumocoque en jeu. Ces modifications consistent en un gonflement de la capsule avec limites très bien découpées.

Le tout en un instant! Et la séro-thérapie peut être faite sur le champ. Des photos du groupement capsulaire typique sont fournies sur les feuillets d'instructions qui accompagnent chaque boîte *Lederle*.

(Si la réaction est négative, les recherches pour identifier le type de pneumonie peuvent être poussées plus loin. La maison *Lederle* possède des sérums capables de classer 29 types de pneumonie, mais l'emploi au complet de la série est considérée habituellement comme relevant des techniciens spécialisés.)

Le recours précoce à cette technique est essentiel, si l'on veut réduire par la séro-thérapie le taux moyen de mortalité.

**LEDERLE LABORATORIES, Incorporated**  
1396 ouest, rue Ste-Catherine, MONTRÉAL, Qué., PL. 3968

**iodaseptine  
cortial**

TUBERCULOSE  
PULMONAIRE CHRONIQUE

ADÉNOPATHIES  
DE L'ENFANCE

RHUMATISMES  
CHRONIQUES

SUPPRESSION DE LA BOULEURNE  
EN IODISME ET INTOLÉRANCE

LABORATOIRES  
CORTIAL  
15 B<sup>is</sup> PASTEUR  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

RHUMATISMES  
AIGUS

**iodaseptine  
salicylée** UNIT

L'ACTION DE L'IODE A L'EFFET SALICYLÉ

DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...

**SEPTICEMINE**

ENTRAÎNE UNE CHUTE DE TEMPÉRATURE SANS CHOC

40  
39  
38  
37.5  
37  
NI RÉACTION

LABORATOIRES CORTIAL · 15 · BOUL · PASTEUR · PARIS

Uniques distributeurs pour le Canada: MILLET ROUX & LAFON Ltée

**OUVERT DURANT L'HIVER**

MANOIR  
SAINTE  
**MARGUERITE**  
LAC MASSON P.Q.  
SITUE DANS LES LAURENTIDES  
ALTITUDE 1800 PIEDS

INSTRUCTEUR · DE · SKIS

INFORMATION AU MANOIR TEL. No 20  
OU HA 1633 · MONTREAL

Café St-Jacques

TOUT LE CONFORT DE LA VILLE AU MANOIR STE-MARGUERITE

**Yoghourt**  
(lait fermenté)

*Les Produits Laitiers*

**ORBIS**

**Fromages**  
à la crème

*sont délicieux !*

Le Yoghourt est l'aliment complet à base de lait par excellence. Il constitue un désinfectant remarquable de l'intestin à cause de la présence de certains bacilles, le Bulgare en particulier, qui détruisent les fermentations intestinales.

On le recommande régulièrement aux personnes souffrant de maladies des voies

digestives ou de troubles provenant de ces maladies.

Les autorités médicales reconnaissent que les produits "yoghurés" (yoghourt, fromage à la crème **ORBIS**) devraient passer dans l'alimentation quotidienne de notre population.

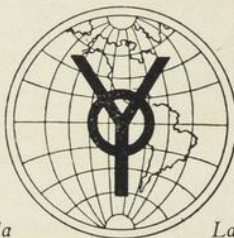
**LES PRODUITS LAITIERS ORBIS, Ltée**

(Organisation 100%)

canadienne-française)

Lieu de fabrication

6740, rue de Gaspé  
CR. 7878



Bureau Technique

316, Edifice Amherst  
HA. 4747

*Distribution à domicile par la*

*Laiterie Canadienne Limitée.*



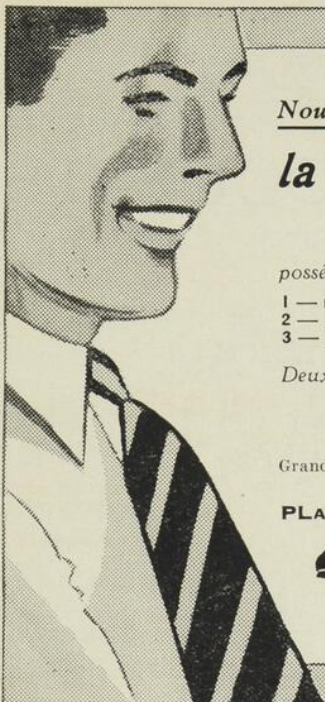
**CARRIÈRE & SÉNÉCAL LIMITÉE**

*Optométristes-Opticiens à l'Hôtel-Dieu*

(Ajustement des yeux artificiels)

**271 RUE SAINTE-CATHERINE EST, MONTRÉAL**

Tél. LANcaster 7070



Nous vous présentons

## la cravate aux mille nœuds

possédant les avantages exclusifs et brevetés suivants:

- |                       |                                   |
|-----------------------|-----------------------------------|
| 1 — reste fixe        | 4 — possède une résistance et une |
| 2 — ne se froisse pas | souplesse remarquables            |
| 3 — sera durable      | 5 — pointe tout soie              |

Deux qualités et deux prix:

MIRATEX ..... **.50**

MIRACLE ..... **1.00**

Grand choix de dessins inspirés des créations européennes  
et américaines.

PLATEAU 5151

— rez-de-chaussée

# Dupuis Frères

MONTREAL

*Nous télégraphions  
des fleurs dans toutes  
les parties du monde.*

Bureau 1253  
Ordre 1366  
Résidence **BE**lair 1918

## Angéline Germaey

Artiste-Fleuriste



4051, RUE ST-DENIS, Coin Duluth

MONTREAL, Qué.

\* Tél. MArquette 6262

# SARRAZIN & CHOQUETTE

## PHARMACIENS



OUVERTE JOUR ET NUIT

·:~] *Nous envoyons chercher les ordon-* ]~:·  
*nances à domicile 24 heures par jour.*

ARTHUR SARRAZIN  
Bachelier de l'Université de  
Montréal, boursier en matière  
médicale et chimie  
1919, 1920

LUC CHOQUETTE  
Docteur de l'Université de  
Paris, bachelier de l'Uni-  
versité de Montréal

921 rue Ste-Catherine, Est - - Montréal

### 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

Fondé en 1890

G. VANDELAC, jr.

ALEX. GOUR

DIRECTEURS DE FUNÉRAILLES  
SALONS MORTUAIRES

120 RUE RACHEL EST, - - MONTRÉAL

Tél.: BElair 1717

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. Joubert*  
LIMITÉE

**F. H. PHELAN**

MARCHAND DE CHARBON INDÉPENDANT  
à la tonne ou au wagon

Anthracite Gallois — Anthracite Ecossais

ANTHRACITE SCRANTON

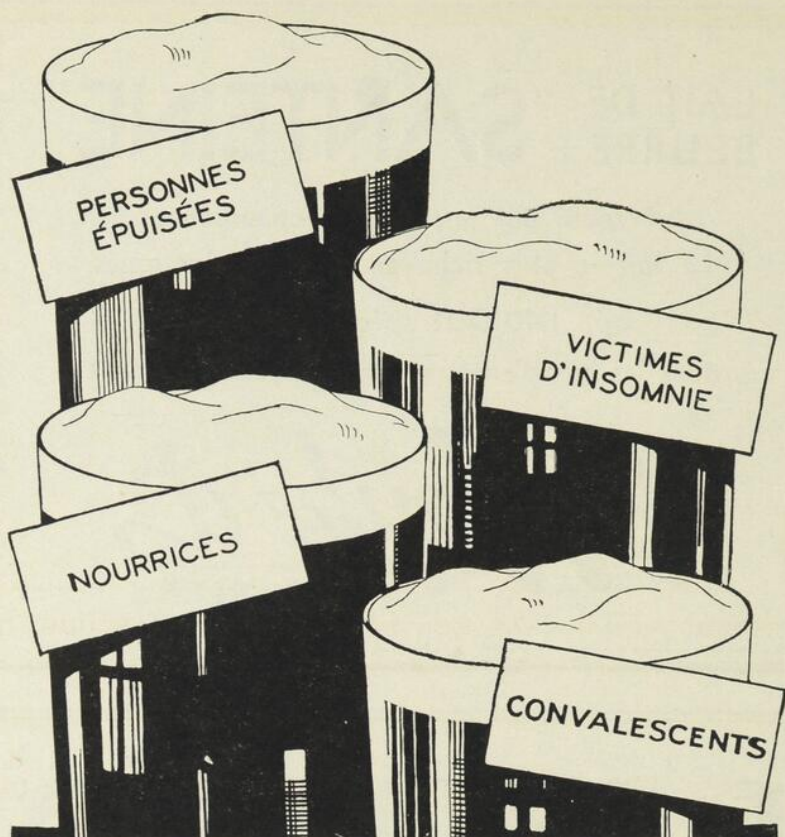
"Buckwheat" et petites variétés.

Charbon bitumineux de première qualité.

HUILE À CHAUFFAGE

315, RUE COLBORNE, - - MONTRÉAL

Téléphone : MARquette 1270 et 1279



*Dow*

**CROWN  
STOUT**

CHEZ TOUS LES EPICIERS LICENCIES

1F

ENCOURAGEZ NOS IMPRIMEURS!

IMPRIMEURS - LITHOGRAPHES

*Thérien Frères*  
LIMITÉE

GRAVEURS - IMAGIERS  
ÉDITEURS - RELIEURS



« L'imprimerie est l'artillerie de la pensée »

334, RUE NOTRE-DAME EST. MONTRÉAL — TÉL. HARBOUR \*5288

FINANCE

ADMINISTRATION

ASSURANCES

**Guardian Finance & Investments Co.**  
AGENTS FINANCIERS

*Spécialité : Assurances contre les risques professionnels*

266 RUE ST-JACQUES OUEST . . . . . MONTRÉAL

GASTON RIVET, Gérant.

Tél. MARquette 2587

*Renseignez-vous auprès de vos confrères et demandez nos conditions.  
Près de 300 médecins sont nos clients satisfaits.*

*Demandez notre brochure " L'INVENTAIRE DE LA MAISON ".  
Elle vous sera envoyée sans frais sur demande.*

## TABLE DES ANNONCEURS

	Page		Page
Abbott Laboratories .....	XII	Herdt & Charton .....	XVI
Anglo-French Drug .....	III	Hudson-Grenier .....	XXVIII
Antiphlogistine .....	IV	Ilford X-Ray Films .....	XI
Association Jeanne-Mance .....	VII	J. J. Joubert .....	XXV
Banque Canadienne		Lechasseur Limitée .....	VIII
Nationale .....	Couvert, 2	Lederle Laboratories .....	XIX
Banque Provinciale du Canada .....	VII	Manoir Ste-Marguerite .....	XXI
Bière Dawes .....	XXVI	Merck & Co. ....	XIII et couvert, 4
Bilhuber-Knoll .....	XIII	Millet, Roux & Lafon .....	XIV et XXI
Canada Drug Co. ....	VI	Mowatt & Moore .....	IX
Canada Starch Co. ....	VIII	Nadeau (Laboratoire) .....	I
Carrière & Sénécal .....	XXII	Oxygène du Canada (Compagnie) .....	IV
Casgrain & Charbonneau .....	XV	Phelan, F. H. ....	XXV
Ciba (Compagnie) .....	II	Pizzagalli .....	IX
Cognac Monnet .....	XX	Rougier Frères .....	XVII
Duckett, J. A. ....	VI	Sarrazin & Choquette .....	XXIV
Dupuis Frères .....	XXIII	Société d'Administration et de	
Eddé, J. ....	XIX et XXIII	Fiducie .....	II
Elastoplast .....	XVIII	Thérien Frères Limitée .....	XXVII
Fleischmann (Levure) .....	V	Vandelac (Geo.) .....	XXIV
Gernaey, Angéline, fleuriste .....	XXIII	Victor X-Ray .....	X et XI
Guardian Finance Co. ....	XXVII	Yoghourt Orbis .....	XXII

*Quartiers généraux du*

# TERRAPLANE-HUDSON

VENTES et SERVICE

Prenez rendez-vous avec nous pour examiner nos magnifiques modèles 1936, automobiles Terraplane et Hudson . . . . venez les essayer . . . . tenez le volant vous-même pour vous rendre compte pourquoi ces voitures surpassent celles de leur catégorie.

Si vous possédez un auto Hudson, Terraplane ou Essex, venez consulter nos spécialistes au sujet du service ou réparations.

*Distributeurs*

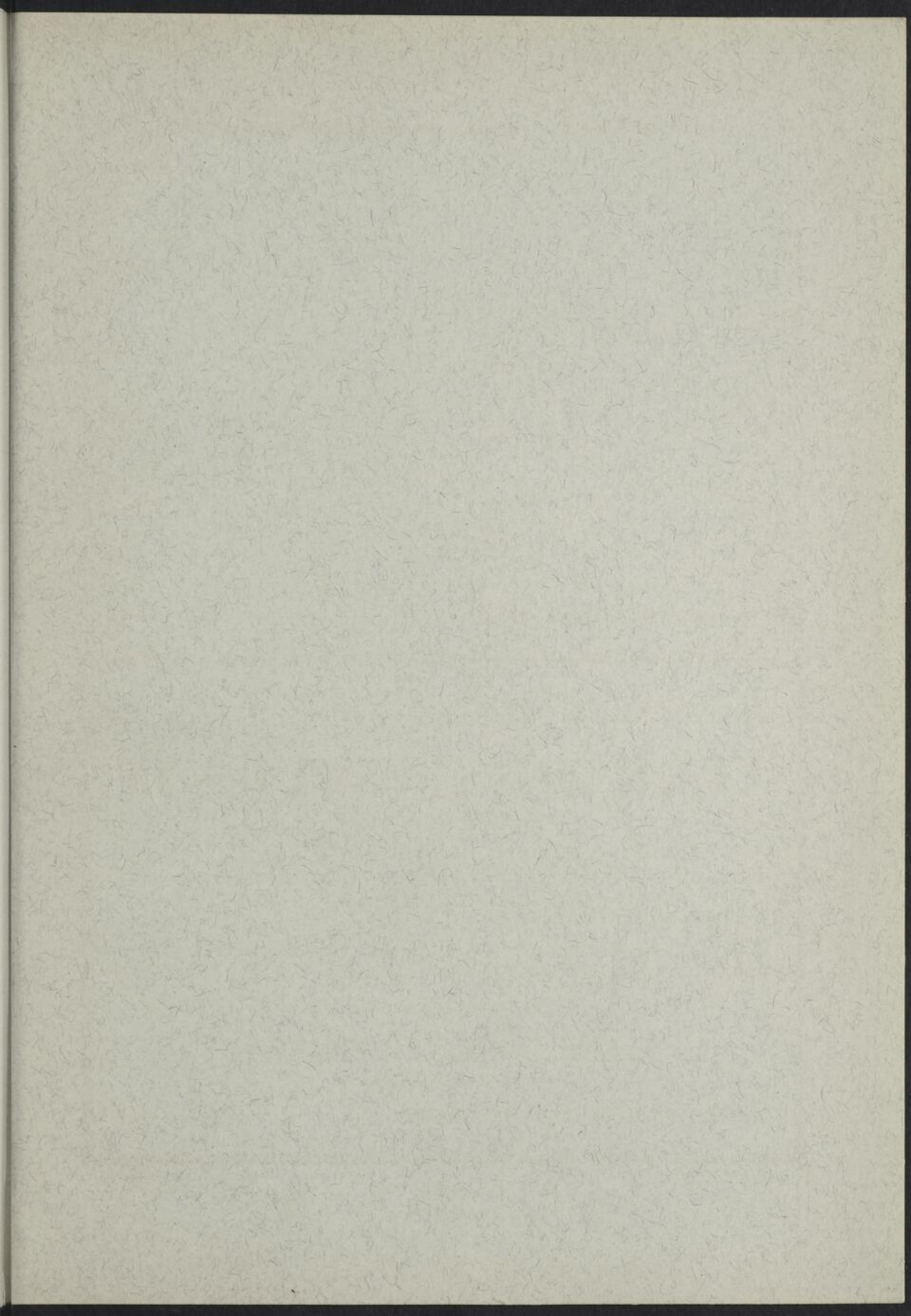
## HUDSON-GRENIER

Motors Limited

2087 RUE STE-CATHERINE OUEST

Fitzroy 6383

THÉRIEN FRÈRES LIMITÉE, MONTRÉAL





Monohydrochlorure de phénylazo-alpha-alpha-diamino-pyridine

### PYÉLITE - CYSTITE

**L**E soulagement rapide des symptômes douloureux dans les infections urinaires et leur traitement.

D'innombrables recherches cliniques et pharmacologiques, faites avec le Pyridium et rapportées dans des journaux médicaux, ont été reçues de milliers de praticiens. Tous s'accordent à dire que le Pyridium *per os* donne des résultats extrêmement rapides.

# MERCK & CO. LIMITED

*Fabricants de produits chimiques*

MONTREAL, P. Q.

