

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872

Vol. LV

JUILLET 1926

No 7

BULLETIN

A PROPOS DE L'ELECTION DES GOUVERNEURS DU C. M. ET C., P. QUE., EN 1926.

Le Collège des médecins c'est notre corporation. C'est l'ensemble de tous les médecins ayant le droit d'exercer la médecine dans la province de Québec.

Il est gouverné par 21 gouverneurs, dont dix-huit élus par la profession et trois par les universités.

* * *

Quels sont les devoirs de ceux qui gouvernent?

S'il était possible de définir ces devoirs d'une façon catégorique et définitive, bien des malentendus disparaîtraient.

Malheureusement, la loi est brève et il faut la méditer longtemps pour bien la comprendre.

Ce qu'il y a de certain, c'est que la loi qui régit les médecins en cette province est une loi d'*utilité publique*.

Elle a été spécialement faite pour la surveillance immédiate des médecins, pour assurer leur formation scientifique dans les universités, pour surveiller leur moralité professionnelle, et pour garantir au public qu'il ne sera pas exploité par les porteurs de licence.

En retour, tout en comptant sur les qualités particulières du bon médecin, pour suffire à sa protection personnelle, elle lui donne des moyens efficaces de contrôle et de lutte légale contre les indésirables et les charlatans.

Voilà l'esprit de la loi.

* * *

Il en résulte évidemment que le but principal à poursuivre par les Gouverneurs du Collège c'est *l'idéal professionnel*, ce qui veut dire former des compétences par la surveillance immédiate des examens, par la répression des abus au sein même de la profession

et autour d'elle, par le maintien intégral de nos prérogatives provinciales en matière d'éducation et d'exercice professionnel.

A côté de ces devoirs primordiaux se greffent des devoirs secondaires d'administration.

Pour remplir leur tâche et poursuivre leur idéal, les gouverneurs élisent, tous les quatre ans, un Bureau exécutif dont l'unique officier, toujours en charge du Bureau, est le Registraire.

Le Registraire est responsable à l'Exécutif.

L'Exécutif, par son Président fait rapport annuellement à l'assemblée générale.

L'Assemblée générale approuve ou désapprouve, fait les suggestions qu'elle juge à propos, et la roue recommence à tourner ainsi tous les quatre ans.

* * *

Nous sommes à la fin d'une de ces périodes de quatre ans où il faut renouveler les mandats à nos gouverneurs, ou en élire de nouveaux.

La valeur de l'Exécutif dépendra du choix que nous ferons.

A la lumière des principes essentiels que nous venons de poser, il paraîtra à chacun d'une importance capitale de choisir comme représentant de son district le médecin le plus distingué, le plus remarquable *par ses qualités morales, intellectuelles et scientifiques*, ayant à son acquis un *passé intègre* et une *réputation sans tache*.

* * *

Il n'y a pas à dire, la profession médicale a reconquis ses droits, depuis vingt ans, dans notre province.

Nos Exécutifs ont généralement été à la hauteur de toutes les situations difficiles et embarrassantes qu'ils ont eues à traverser.

Ce qu'il y a surtout de remarquable dans leurs administrations c'est qu'ils n'ont rien détruit.

Au lieu de s'appliquer à refaire ils se sont appliqués à parfaire.

Ils ont ainsi profité de l'expérience du passé, et ils ont marché dans la voie du progrès.

* * *

D'aucuns pourtant s'en plaignent!

Comment pourrait-il en être autrement?

Perfectionne-t-on une association sans faire mal à quelqu'un?

Et de tous ceux qui se plaignent ou qui critiquent combien en est-il qui soient sans reproches?

Pour connaître les motifs de mécontentements parmi les médecins il faudrait mettre à jour le dossier de chacun, ce qui est impossible.

* * *

Sans doute, une critique honnête et de bon aloi est toujours nécessaire et fructueuse. Celle-là nous devons l'aimer et l'encourager.

Celle que nous dénonçons, c'est la critique ignorante et impudente qui, dès qu'elle apparaît, s'arme d'un fouet pour cravacher ceux qui sont à la tâche, à la peine, ou à l'honneur.

* * *

L'Exécutif actuel a droit à la confiance et à la reconnaissance de tous les médecins de la province de Québec.

Notre devoir est de soutenir son œuvre en mettant à sa disposition *le meilleur homme qu'il vous soit possible de choisir parmi les confrères de votre district.*

LA REDACTION.

CONTROLE SPÉCIFIQUE DE CERTAINES MALADIES CONTAGIEUSES PAR ACTION D'IMMUNITÉ (1)

*Par J. G. FITZGERALD, M.D., LL.D.,
Professeur d'Hygiène de Médecine préventive,
Directeur de l'Ecole d'Hygiène et des Laboratoires Connaught,
Université de Toronto.*

Je désire d'abord vous exprimer ma profonde appréciation de l'honneur que vous m'avez fait en m'invitant à venir parler à la Société Médicale de Montréal. Je suis très heureux en effet d'être au milieu de vous et je regrette seulement que, devant m'exprimer en français, ma gaucherie et mes hésitations vous mettent dans la nécessité de pratiquer trois vertus: la foi, l'espérance et la charité. Premièrement, foi de pouvoir me faire comprendre par vous; deuxièmement, espérance qu'avant ma prochaine visite j'aurai appris, par pratique et étude du français, à me rendre plus compréhensible, et finalement, charité envers celui qui s'est prévalu du fait que les membres de la profession médicale sont d'habitude dotés de cette vertu.

J'ai choisi comme sujet "Contrôle spécifique de certaines maladies contagieuses par action d'immunité". Le contrôle de ces maladies peut être effectué en certains cas par des moyens généraux ou par des moyens spécifiques. Les mesures d'ordre général employées pour diminuer les décès par les maladies dites contagieuses ou pour en diminuer l'incidence comprennent: notification, isolation, mise en quarantaine, désinfection, etc. Pour l'instant, je ne vous parlerai pas de ces mesures. Quelques-unes dont l'origine remonte à plusieurs siècles sont non seulement d'intérêt historique, mais aussi d'une importance pratique fort considérable.

Un examen préliminaire de la nature de ces maladies contagieuses ne nous occupera qu'un moment. Ces maladies qui ont été qualifiées précédemment d'infectieuses ou de contagieuses sont décrites dans ce rapport comme maladies communicables et possèdent, parmi d'autres, les caractéristiques suivantes :

- (1) Celles dues à des agents vivants;
- (2) Celles ayant une période définie et constante d'incubation;

(1) Soirée Médicale Canadienne, à la Société Médicale de Montréal, 20 avril 1926.

(3) En certain cas l'agent causatif de ces maladies est transmissible d'une personne qui le recèle à d'autres. Si les autres personnes ainsi infectées sont susceptibles, alors de nouveaux cas de la maladie se déclarent.

(4) Finalement, dans quelques-unes de ces maladies les agents causatifs ou produits de leur développement peuvent être employés à la préparation d'agents prophylactiques spécifiques nommés vaccins ou sérums.

On peut dire que le développement de la science de l'immunité active, ou vaccination, contre les maladies communicables a pris naissance dans l'œuvre d'Edward Jenner qui, en 1798, publia sa monographie classique, "Une Enquête sur les Causes et Effets de la Variolae Vaccinae". Elle marque l'origine de la Médecine spécifique préventive ou l'Immunologie, telle que la décrivait Flexner.

La très grande importance des observations fondamentales de Jenner n'a pas besoin d'être soulignée. Je voudrais cependant signaler que les termes *vaccination* et *immunité active* ne veulent pas dire une seule et même chose. Ainsi, un mot qui, dans son sens original Jennérien, était employé à décrire les effets de la matière obtenue d'un veau (c'est-à-dire *vacca*) a maintenant une signification générale ou générique; et, chaque fois qu'un nouveau procédé de vaccination spécifique contre une maladie communicable est introduit, dans sa description même le monde reconnaît sa dette envers Edward Jenner. Le résumé des observations de Jenner était ceci: l'agent vivant responsable de la causalité du mal pourrait, après modification biologique appropriée, être utilisé pour stimuler les cellules du corps humain ou celles de certains animaux pour créer des substances protectrices.

Remarquons que l'agent vivant causatif modifié était employé lui-même dans la première œuvre de Jenner. A cause de son importance une considération des principaux faits se rapportant à la vaccination contre la petite vérole (d'origine la vaccination Jennérienne) s'impose ici. Quand le virus vaccin est appliqué ou injecté dans la chair d'êtres humains, l'une ou l'autre de ces quatre réactions peut se produire :

I. Il peut s'ensuivre une crise de *vaccinia*, décrite encore comme une *réaction primaire* ou *absorption réussie*. Ce qui veut dire que l'individu étant sensible au virus vaccin, est passé par une crise de vérole de vache ou *vaccinia* et, par suite, est immunisé.

II. Le résultat peut être une attaque atypique de *vaccinia*, caractérisée par un intervalle d'incubation abrégée et par des

symptômes plus faibles et moins caractéristiques. Ceci est appelé parfois "vaccinoïde" ou une "réaction accélérée". On peut l'expliquer en disant que l'individu possédait une immunité incomplète et qu'à la suite de la "vaccinoïde" ou "réaction accélérée" il est devenu absolument immunisé.

III. L'individu peut faire preuve d'immunité complète en ne répondant à l'application du virus que par de légers symptômes, et au bout de 48 ou 72 heures presque rien ne restera comme traces de l'opération à l'endroit où le virus aura été appliqué. Ceci est appelé "réaction d'immunité ou réaction immédiate" et ainsi que le terme l'implique, indique que l'individu est immunisé ou insensible au virus vaccin et de là au virus variole.

IV. Rien qu'un léger trauma peut en résulter. Ceci arrive quand le virus est inerte ou qu'il a été retiré avant d'avoir pu pénétrer et se répandre dans l'épiderme. Aucune interprétation de l'état de sensibilité ou d'immunité des individus au virus vaccin ou au virus de la petite vérole n'est possible quand seul le trauma est observé. L'opération de la vaccination doit alors être répétée. Jenner croyait que la vaccination, ou une attaque de vaccinia, conférait une immunité permanente contre la variole. Maintenant nous savons que la vaccination peut devoir être répétée deux ou trois fois. Il est clair, en tout cas, que nous avons dans ce qui est appelé "réaction d'immunité" une forme de réponse qui est aisément et vivement mise en lumière chez les individus immunisés par l'application du virus vaccin. Nous n'avons pas besoin de rechercher ou de méditer quant à la période de protection conférée par la vaccination. Au premier doute il n'y a qu'à vacciner. Si le malade est encore protégé, une réaction immédiate suivra, autrement la "vaccinia" ou vaccinoïde se produira et dans l'une et l'autre opération la condition du malade a été déterminée et son immunité établie si elle ne l'était pas déjà.

Nous réalisons maintenant que la première et fondamentale caractéristique de la vaccination ou immunité active est que les cellules du corps de l'individu élaborent la protection conférée. C'est pourquoi l'immunité n'apparaît pas de suite. Cela se produit quelque peu lentement. La seconde caractéristique c'est que la période d'immunité est d'habitude largement prolongée, ou, dit d'une autre manière, c'est que l'état d'immunité persiste durant une période de temps très considérable d'habitude, quelquefois même pour toute la vie.

Je viens de faire le résumé de quelques faits connus sans doute de beaucoup d'entre vous, peut-être même de vous tous, mais je l'ai fait

parce que ces faits, n'étant pas appréciés quand la vaccination fut tout d'abord introduite en médecine, donnèrent lieu à des conceptions erronées qui servaient d'armes à ceux faisant opposition à la vaccination. L'autre point qui mérite d'être mentionné est celui-ci. Les grands progrès apportés à la technique de la vaccination et à la pureté et efficacité du remède, du virus vaccin, ont largement éliminé ces motifs raisonnables de critique qui existaient auparavant. Il faudrait ajouter que d'autres objections à la vaccination pourrait être soulevées à moins que le médecin n'accomplisse l'opération d'une manière recommandable et satisfaisante et à moins que toute précaution n'ait été prise par le malade, qui devrait prendre soin de la blessure de vaccination comme de toute autre blessure chirurgicale.

Les meilleures méthodes développées de nos jours sont probablement celles d'une scarification très légère ou piqure. Cette dernière méthode est la plus satisfaisante pour ceux qui en ont l'habitude. La scarification linéaire superficielle, quand on prend soin de ne pas faire saigner et où l'on n'endommage qu'une surface minimum d'épithélium, est pour beaucoup de médecins la méthode d'élection.

J'ai délibérément étudié la vaccination contre la vérole aussi longuement parce que par une telle étude on peut apprendre les principes étayant l'active immunité contre le mal et parce que c'est un fait que des milliers de cas de petite vérole se présentent chaque année et que chacun de ces cas est évitable et par conséquent inutile.

Il est remarquable que de 1798 jusqu'à 1880, quand Pasteur publia ses études sur la vaccination du "choléra-volant" aucun progrès n'avait été fait dans la science de l'immunité. Entre 1880 et 1885 Pasteur et ses élèves contribuèrent de façon notable au développement de la méthode de vaccination contre la rage qui est universellement connue comme le traitement Pasteur. Le virus antirabique est un virus atténué qui sert de vaccin. Le vaccin du charbon qui a été aussi développé par Pasteur fut le premier vaccin préparé par atténuation des cultures d'un spécimen de bactéries connues, le "Bacille du charbon". Ce dernier résultat qui conduisit au développement du vaccin typhoïde par Pfeiffer et Kolle et Wright encore, était basé naturellement sur les travaux de Pasteur durant cette période. Le développement du traitement Pasteur fut une contribution dramatique à la science de l'immunologie et une contribution dont le résultat sauva des milliers de vies.

La période qui va nous occuper ensuite fut celle dans laquelle prit naissance ce qu'on appela *immunité passive* ou prophylaxie temporaire spécifique ou prévention. Deux élèves de Pasteur nommés

Roux et Yersin établirent par leurs études les bases de ce progrès. En 1888 et en 1889 ces ouvriers de la science démontrèrent que le bacille de la diphtérie parvenu à l'état de bouillon produisait une toxine produit par les germes dans le milieu dans lequel ils s'étaient développés. Ces poisons sont connus sous le nom d'exotoxines. Presque immédiatement von Behring démontra que ces toxines que Roux avait fait connaître étaient responsables pour la production de symptômes d'infection bactérienne ou d'une invasion bactéricide qui pouvait être injectée sous forme modifiée ou même non modifiée en doses minimales dans certains animaux; et dans le sang de ces animaux des substances protectrices ou antitoxines apparaissaient alors. Bientôt les antitoxines diphtériques et tétaniques furent mises à l'essai et vers 1894 il avait été prouvé d'une manière concluante par Roux et ses collaborateurs que le sérum diphtérique ou antitoxine était non seulement précieux dans le traitement de cas diphtériques, mais pouvait être employé même spécifiquement comme préventif de ce mal par immunité passive. Des études ultérieures mirent bientôt en évidence que la vaccination ou immunité active (soit contre la petite vérole, l'anthrax, la rage ou autres infections bactériennes) différait de l'immunité passive dans les rapports essentiels suivants:

Dans la vaccination ou immunité active

1. Protection contre le mal apparaît quelque peu lentement, d'habitude dans la quinzaine suivant la vaccination.
2. La durée de l'immunité active est quelque peu prolongée, peut se maintenir toute la vie ou pour quelques années et dans des cas plutôt rares pour une année ou deux. (L'inconstance de la durée est un trait caractéristique dans la période de protection.)
3. Est parfait pour réprimer le mal dans un cas de protection publique aussi bien que dans un cas individuel.

Immunité passive

1. Protection conférée presque immédiatement durant les quelques minutes ou quelques heures qui suivent l'opération.
2. La durée de l'immunité est tout à fait temporaire. Elle ne dure que pour une courte période, la durée de sa persistance est plutôt constante, ordinairement de 10 à 21 jours ou plus.
3. D'habitude extrêmement utile et satisfaisant dans le cas de protection individuelle. Mais moins applicable dans le cas de protection publique.

Je ne ferai que vous citer la grande importance que le sérum diphtérique ou antitoxine a acquise durant les 30 dernières années

quant au traitement de la diphtérie. Avant que le traitement par sérum n'ait été introduit, un malade sur trois mourait de diphtérie. Maintenant si l'antitoxine de la diphtérie est administrée dès le premier jour où le mal s'est déclaré, moins qu'un pour cent de ceux qui en souffrant est à enregistrer comme cas mortel. L'immunité passive de contact par l'administration de l'antitoxine diphtérique est fréquemment indiquée et quand on y a recours on obtient invariablement une protection temporaire.

Non moins satisfaisants ont été les résultats qui suivirent l'emploi de l'antitoxine tétanique pour l'immunité passive contre le tétanos. Nous avons une preuve des plus satisfaisantes de son efficacité, si nous nous remémorons les bienfaits extraordinaires accumulés par son emploi continué parmi les armées en France pendant la guerre.

Le procédé idéal pour obtenir un contrôle spécifique de n'importe quelle maladie contagieuse (après avoir eu recours à toutes les autres méthodes en général) est la vaccination ou immunité active. Depuis longtemps nous savons qu'une certaine proportion d'êtres humains et de certains animaux sont réfractaires ou immunisés contre la diphtérie parce qu'ils ont dans le sang ce qu'il est convenu d'appeler antitoxine "naturelle". En 1894, Wassermann démontra que ceci était vrai dans le cas de certaines personnes qui n'avaient aucun précédent d'une attaque réelle de diphtérie et auxquelles l'antitoxine diphtérique n'avait jamais été donnée. Dans la même année, Roux fit un rapport, comme quoi il y avait de l'antitoxine diphtérique dans le sang de certains chevaux absolument normaux. Aucune explication plausible de ces faits intéressants ou explication basée sur une preuve déduite d'une expérience, n'a encore pu être obtenue.

Très naturellement, la présence de l'antitoxine dans le sang de certaines personnes nous conduit à l'introduction de méthodes aidant à découvrir les cas de susceptibilité ou d'immunité au mal.

En 1909, Romer prouva que dans le cas de personnes ayant de l'antitoxine naturelle dans le sang, l'injection intradermique de doses minimales de toxine diphtérique était suivie d'une réaction caractéristique. Cela nous amène trois ans plus tard à l'introduction de la réaction de Schick (1911-12). Ce test clinique a son utilité. La création de méthodes de vaccination contre la diphtérie fut la première mesure à prendre. La première substance immunisante employée fut la toxine diphtérique. En 1910, Dziergowsky s'immunisa lui-même par des injections répétées de toxine diphtérique.

Bien qu'elle soit satisfaisante dans le cas d'animaux, cette méthode est peu faite pour un usage général dans le cas de vaccination d'enfants contre la diphtérie. En 1907 et 1908 Theobald Smith proposa qu'un mélange exactement neutralisé de toxine diphtérique et d'antitoxine soit employé comme agent actif d'immunité contre la diphtérie. Il avait employé lui-même de tels mélanges sur des cobayes et il pensait qu'on pouvait les employer sur des êtres humains. En 1913, von Behring fut le premier à employer la toxine-antitoxine de diphtérie sur des êtres humains comme méthode de vaccination contre la diphtérie. La même année, Park, Banzhaf, Zingher et Schroeder commencèrent leurs travaux à New-York avec les mélanges de toxines-antitoxines diphtériques. De nombreux mélanges ont été préparés par Banzhaf, Park et ses collègues ont immunisé des milliers d'enfants. Leurs travaux ont éveillé l'émulation de beaucoup d'autres, qui, par la suite, ont réuni leurs efforts sur une large échelle pour obtenir le contrôle communal par la vaccination des cas de diphtérie, efforts qui sont une source d'activité permanente dans tous les départements d'Hygiène Publique. Durant ces dernières années on a prêté une attention toute particulière à la question du choix de l'agent le plus satisfaisant à employer en vaccinant les gens contre la diphtérie. Il y a cinq ans, Glenny et ses coopérateurs à Londres signalèrent que la toxine diphtérique, qui est traitée par la formaline et la chaleur et conséquemment perd une grande partie mais non pas toute sa toxicité, pouvait être employée dans la vaccination contre la diphtérie. Deux ans plus tard, Ramon de l'Institut Pasteur à Paris présenta sa réaction de floculation et durant l'année qui suivit présenta sa toxine diphtérique modifiée qu'il désigna par le terme d'*anatoxine*. En quoi l'anatoxine de Ramon diffère-t-elle de la toxoïde de Glenny ? La première (anatoxine) est absolument non-toxique et d'après Ramon sa puissance à stimuler l'antitoxine (qui est la puissance vaccinante) quand on l'injecte chez un homme ou chez des animaux peut être évaluée par sa puissance floculante qui est aisément vérifiée par la réaction de Ramon.

Mon collègue le professeur Maloney des Laboratoires Connaught a développé davantage notre connaissance de l'anatoxine comme vaccin contre la diphtérie. Quels sont les avantages de l'anatoxine diphtérique sur les mélanges toxine-antitoxine diphtériques ?

Anatoxine

1. Absolument non-toxique.
2. Ne contient aucun sérum de cheval et par conséquent chacun de ceux qui ont été vaccinés est réfractaire au sérum de cheval.
3. L'immunité se développe très rapidement, en 6 ou 12 semaines. (Ceci est basé sur des expériences faites sur des animaux.)
4. La durée de l'immunité produite par l'anatoxine non déterminée d'un manière absolue, est évaluée à des mois, peut-être même des années.

Toxine-antitoxine mélanges

1. Légèrement toxique.
2. Contient une légère quantité de sérum de cheval et par conséquent maintes personnes répondent à l'effet du sérum de cheval quand on leur donne des injections de toxine-antitoxine.
3. L'immunité se développe moins rapidement (apparemment).
4. La durée de l'immunité par la toxine-antitoxine a été évaluée à de nombreuses années. Certaines personnes peuvent être protégées pour la vie.

L'importance relative de l'anatoxine et des mélanges toxine-antitoxine reste encore, sous certains points de vue, à être affirmée. Nous ne savons pas encore si une plus large proportion d'enfants vaccinés développeront une immunité absolue par l'emploi de l'anatoxine plutôt que par celui des mélanges toxine-antitoxine ou si le cas contraire se produira. Il est pour l'instant impossible d'affirmer dans quelle proportion ceux qui ont été vaccinés soit à l'anatoxine, soit au mélange toxine-antitoxine perdront ultérieurement leur immunité et dans quelle proportion ils la conserveront indéfiniment.

L'anatoxine préparée aux Laboratoires Connaught depuis un an et demi, a été employée à la vaccination de milliers d'enfants dans toutes les parties du Canada. C'est à Windsor, Ontario, et à Regina, Saskatchewan, que le plus grand nombre d'enfants ont été vaccinés. Depuis septembre dernier plus de dix mille enfants, rien que dans ces deux villes, ont été vaccinés contre la diphtérie.

Les points suivants sont les points essentiels par rapport à l'emploi de l'antitoxique :

DOSE: On donne 2 doses de 0.5 c. c. (8 minims) à quatre semaines d'intervalle. La dose est la même pour tous, enfants et adultes. Aux enfants de moins d'un an, on donne la moitié de chaque dose. On fait les injections dans le tissu sous-cutané. L'immunisation prend de 6 à 8 semaines à se développer après la dernière dose d'anatoxine.

REACTIONS: L'expérience actuellement acquise démontre que l'injection d'anatoxine ne provoque aucune réaction chez les enfants de moins de six ans; on a observé de très rares réactions chez les enfants de moins de 8 ans. Des réactions, soit locales marquées soit même générales, peuvent survenir chez les enfants plus âgés et chez les adultes. 25% des enfants de plus de huit ans donnent une réaction locale constituée par un peu de rougeur qui ne provoque aucun ennui. Un petit nombre de ces enfants plus âgés de même qu'une proportion élevée des adultes donnent une réaction locale marquée et même une réaction générale. Ces réactions consistent en une induration et une rougeur d'un diamètre de plusieurs pouces autour du site de l'injection avec malaise, mal de tête et fièvre. Ces symptômes disparaissent après deux ou trois jours.

EPREUVES DE REACTEURS: Il existe maintenant une méthode qui permet de reconnaître ceux qui vont donner des réactions marquées à la suite de l'injection de l'anatoxine. Elle consiste en une injection intradermique, faite avec une seringue convenable et une aiguille fine de 1/10 de 1 c. c. de la toxine diphtérique diluée spécialement pour cet usage qui accompagne chaque envoi. Cette ampoule porte une étiquette verte qui se lit comme suit: "Epreuve des Réacteurs". Peuvent recevoir l'anatoxine toutes les personnes qui ne présentent aucune rougeur locale évidente (diamètre inférieur à un demi-pouce) dans les trois jours, qui suivent cette injection. On recommande au contraire de ne pas donner l'anatoxine aux personnes qui présentent une réaction plus développée que celle que l'on vient de lire.

En ce qui concerne les soi-disant réactions, les faits suivants peuvent être mentionnés. Dans n'importe quelle sorte de vaccination un corps étranger protéique est injecté dans l'individu soumis à une immunisation active. Pareillement le traitement par sérum de n'importe quelle maladie contagieuse, traitée comme telle, nécessite l'introduction analogue parentéralement d'un protéique étranger. Certaines personnes y sont sensibles et on remarque alors des troubles locaux ou généraux chez ces personnes. Le mécanisme de ces réactions n'est pas compris. Comme on l'a signalé on peut déterminer à l'avance quels seront ceux qui réagiront sous l'effet de l'anatoxine par la méthode de mon collègue, le professeur Moloney.

Mais il est à propos de faire sur ce point une observation générale. Les jeunes enfants sont moins aptes à réagir aux protéiques étrangers que les adultes. De plus, la petite vérole, la diphtérie, la scarlatine et la rougeole sont des maladies essentiellement infantiles dans les communautés où ces maladies sont endémiques et où la vaccination n'est pas pratiquée. D'où il découle qu'il n'est que logique de vacciner contre la petite vérole, la diphtérie, et la fièvre scarlatine pendant les six premières années de la vie quand les sujets

seront les plus sensibles; et quand ils seront le moins en état de réagir aux protéïques étrangers et avant qu'ils ne commencent à aller à l'école.

Fièvre Scarlatine: Notre connaissance touchant à l'étiologie de la fièvre scarlatine a enfin été placée sur une base solide. Bien que suspectant le streptocoque ou plutôt une espèce analogue comme agent étiologique on n'avait pu prouver qu'il soit la cause de cette maladie jusqu'à il y a deux ans et demi. George et Gladys H. Dick de Chicago produisirent définitivement une fièvre scarlatine expérimentale chez des humains volontaires et susceptibles par l'injection d'une toxine soluble de *Streptocoque Scarlatinae*. Ceci fut suivi quelques six mois plus tard par une autre publication des Dick dans laquelle ils décrivent la réaction cutanée, comme procédé pour déterminer la susceptibilité ou l'immunité à la fièvre scarlatine. C'est ce qu'on appelle le "Dick Test". Un travail antérieur de Grabitschewsky à Moscou publié il y a vingt ans dans le *Russky Vrach* et celui de Moser à Vienne bien que très suggestifs n'étaient pas concluants. Schultz-Charlton il y a huit ou neuf ans, décrivait le phénomène du blanchissement mais il fut réservé à Mair en 1923 d'en donner l'interprétation exacte. Beaucoup de bactériologistes pendant ces cinq dernières années, ont étudié les espèces diverses de streptocoque isolés des cas de fièvre scarlatine. Les résultats de ces recherches, aussi bien que ceux de Dick et Dochez, ont démontré d'une manière concluante que ces espèces forment un seul groupe. Les Dick démontrèrent que le *strptococcus scarlatinae* crée une exotoxine tout comme le fait bacille de diphtérie. La production satisfaisante d'une antitoxine contre la fièvre scarlatine fut achevée par Dochez aussi bien que par les Dicks et par d'autres. Le résultat de tous ces travaux récents sur la fièvre scarlatine a créé la possibilité d'entreprendre un contrôle spécifique de cette maladie.

Les résultats du Test Dick, obtenus sur des milliers d'individus, ont prouvé que l'âge de la plus forte susceptibilité à la fièvre scarlatine correspond à l'âge de susceptibilité à la diphtérie. C'est-à-dire que la plus grande proportion de sujets susceptibles est relevée parmi les jeunes enfants.

L'immunisation passive de ceux exposés à la fièvre scarlatine par l'injection de 2 c.c. de fièvre scarlatine antitoxine a donné des résultats extrêmement probants. Dès maintenant le contrôle immédiat de l'invasion épidémique de cette maladie peut être entrepris avec l'assurance que de tels efforts résulteront en un succès absolu. Cette protection naturellement n'est que temporaire. Cependant elle

est efficace durant une période de 10 à 21 jours. Puisque les résultats du Test Dick peuvent être observés au bout de vingt-quatre heures, il est possible d'affirmer assez rapidement si ceux qui ont été exposés à l'infection requièrent une vaccination, si toutefois le temps le permet. Le procédé de vaccination contre la fièvre scarlatine peut être accompli par l'injection d'une série de doses de fièvre scarlatine toxine. Naturellement une période de 10 à 30 jours doit s'écouler après la dernière injection avant que l'immunité n'apparaisse. Cette vaccination peut requérir d'être entreprise en liaison avec l'immunisation passive déterminant le contrôle d'une invasion de la maladie.

La durée de l'immunité active produite par l'injection de la toxine de la fièvre scarlatine n'est pas encore connue. Chez certains individus elle peut être toute passagère tandis que chez d'autres elle peut persister pour des mois ou des années. Il faudrait insister que grâce au Test Dick, à cette époque de vaccination par la toxine et d'immunisation passive par l'antitoxine, on peut arriver à réprimer absolument la fièvre scarlatine. Tous ceux qui ont été vaccinés contre la fièvre scarlatine devraient être soumis au Test Dick deux ou quatre semaines après la dernière injection de toxine afin de bien s'assurer de leur immunité. De plus ces personnes peuvent requérir d'autres Tests Dick de façon que la période de protection puisse être déterminée.

Les résultats les plus satisfaisants ont été obtenus dans le traitement de la fièvre scarlatine par l'antitoxine. La première administration de doses de 15 à 30 c.c. de ce sérum est indiquée dans les cas les plus graves aussi bien que dans les cas moins sérieux de cette maladie. Les cas traités de cette manière ont été en quantité trop insuffisante pour que nous puissions arriver à quelque conclusion quant à l'effet, si toutefois il existe, de cette antitoxine sur les complications ou séquelles de la fièvre scarlatine.

Ce très bref sommaire des récents progrès de la science étiologique et des méthodes touchant à la répression de la fièvre scarlatine peut à peine vous faire apprécier le travail accompli dans ce domaine, mais le temps ne me permet pas un plus ample développement de ce sujet aujourd'hui.

Degwitz, il y a six ans, publia le résultat d'études établissant que l'administration du sérum d'une rougeole convalescente pouvait conférer une protection passive contre cette maladie. Le sang du convalescent devrait être pris huit ou quinze jours après la disparition de la fièvre et des doses de 5 à 10 c.c. sont indiquées; le sérum peut être injecté de manière sous-cutanée ou intramusculaire. Les

difficultés à obtenir en quantité ce sérum de convalescents humains s'opposent à un emploi très répandu de ce procédé.

A cause de la grande importance du sujet, il sera fait mention du travail de Calmette et de ses collaborateurs dans la vaccination contre la tuberculose. Comme vous le savez une espèce bovine de *B. tuberculose*, développé sur un médium spécial, est employé comme vaccin. Il est connu comme B. C. G. (Bilié-Calmette-Guérin). Il est plus que probable que dans les années à venir des travaux seront effectués à ce sujet à Montréal (ou ailleurs au Canada); ce qui nous permettra d'affirmer l'importance de cette arme nouvelle et additionnelle dans notre lutte contre la tuberculose.

Enfin, je désire encore vous exprimer mon appréciation de votre amabilité à m'inviter à être parmi vous ce soir, et surtout je désire vous remercier bien sincèrement.

PNEUMONIE

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

*Par le Docteur J. E. DUBE,
Professeur de Clinique médicale à l'Université de Montréal.
Médecin de l'Hôtel-Dieu.*

L'épidémie de grippe, commencée il y a quelques mois, semble actuellement à son déclin. Sans avoir eu des conséquences aussi meurtrières qu'en 1918, cette maladie a tout de même causé bien des deuils.

L'influenza, qui n'est après tout qu'une fièvre légère avec ou sans irritation des voies respiratoires supérieures, guérit toujours après quelques jours lorsque les malades ont soin de s'aliter dès le début de l'affection, car ce n'est pas la grippe qui tue: ce sont ses complications, toujours !

J'ai eu dans mon service clinique de l'Hôtel-Dieu plusieurs grippés entrés au cours de pneumonie: 2 femmes, salle Saint-Patrice, 5 hommes salle Saint-Joseph. Tous étaient gravement atteints puisque 5 sont morts: 1 femme et 4 hommes. Les 2 femmes avaient 68 ans; chez les hommes un seul avait 51 ans, le plus jeune avait 18 ans. Tous, moins deux, ont été autopsiés et dans chaque cas le lobe pulmonaire était en hépatisation grise. Chez plusieurs il y avait des signes objectifs de broncho-pneumonie et, dans un cas, pneumonie double. Nous avons été frappés, dès le début, mes assistants et moi, de la gravité des symptômes cliniques présentés par les malades. Notre attention fut particulièrement attirée sur la marche rapide et envahissante des lésions pulmonaires. Il nous est rarement donné de recevoir à l'hôpital des cas de pneumonie au début. Ils nous arrivent généralement au cours des sixième et septième jours, quelquefois après avoir été sous traitement médical chez eux, assez souvent sans avoir vu le médecin. Aucun de nos malades n'a présenté de pleurésie purulente secondaire.

Je voudrais profiter de cette mauvaise série de malades pour parler du pronostic dans la pneumonie et de son traitement.

Pronostic dans la Pneumonie

La pneumonie est une maladie grave et la mortalité reste élevée, malgré les tentatives de traitements divers conseillés de toutes parts. Lorsque le diagnostic est posé, l'entourage du malade est

anxieux, tout comme celui-ci, d'apprendre si la maladie est grave et quels en seront les résultats; ce qui vient à dire que le médecin doit s'efforcer dès le début de la maladie d'étudier son patient au double point de vue de l'étendue des lésions pulmonaires, et de la résistance de son cœur, ainsi que de l'état fonctionnel de son foie et de ses reins.

Il est important de tenir compte de l'âge du malade. Passé 50 ans, la pneumonie est toujours grave parce qu'il arrive trop souvent malheureusement qu'elle frappe un organisme présentant du côté du cœur, du foie ou des reins une déficience qui l'empêchera de lutter victorieusement. C'est à cet âge, en effet, que l'on rencontre le plus d'artério-scléreux compliqués d'hypertension et de néphrite chronique. C'est à cet âge aussi que l'alcoolique ordinaire présente un foie insuffisant. Cependant, il arrive que des personnes, âgées de 70 ans et plus, en triomphent; leur secret réside dans le fait qu'au cours de leur longue vie elles n'ont jamais fait d'abus d'alcool ou commis d'excès alimentaires et qu'en plus elles avaient eu la bonne fortune d'échapper aux maladies graves de l'enfance, de l'adolescence ou de l'âge adulte qui laissent, comme la scarlatine, la chorée, le rhumatisme inflammatoire et la typhoïde, soit au cœur, soit au foie ou soit au reins, des lésions graves qui diminuent considérablement leur capacité fonctionnelle.

J'ai eu la bonne fortune de voir au cours de l'hiver une personne âgée de 78 ans faire une pneumonie de la base gauche avec autant de facilité que si elle avait eu 30 ans. Chez les jeunes, cette maladie présente généralement moins de gravité, excepté chez les alcooliques, les intoxiqués par le tabac, les surmenés et chez les débiles par affections du cœur ou des reins. J'ai coutume de dire à mes élèves que j'aime mieux traiter une pneumonie chez un vieillard buveur d'eau que chez un jeune homme buveur de whisky.

La pneumonie peut passer inaperçue aux deux extrémités de la vie: chez certains vieillards affaiblis, sans résistance, qui ne toussent ni ne crachent et chez qui la fièvre est si peu élevée qu'elle n'est pas remarquée. Ils meurent de faiblesse, comme on dit souvent, alors qu'en réalité ils sont les victimes du pneumocoque. Le jeune enfant souvent turbulent tousse, et si le médecin ne l'examine pas soigneusement tous les jours, il ne constatera pas les signes stéthacoustiques de la pneumonie qui surviennent chez lui quelques jours seulement après le début et l'on dira que le petit malade n'a eu qu'une bronchite. Quelquefois, la pneumonie méconnue se complique d'une pleurésie purulente qui ne passera sûrement pas sans attirer l'attention du médecin.

L'observation quotidienne de la température, du pouls et de la tension artérielle est très importante au point de vue du pronostic. Une fièvre élevée est toujours un signe de défense à moins qu'elle ne s'élève au-dessus de 104° F. La fièvre, chez le malade âgé, est d'un bon pronostic car, je le répète, les vieux qui meurent de pneumonie ne font pas ou peu de fièvre; ils se laissent terrasser sans se défendre.

Le pouls doit être régulier, ferme, et ne pas dépasser 130 à la minutes. La respiration ne doit pas dépasser 30 ou 35. Le pouls à 140 et plus indique la défaillance cardiaque. La respiration à 40 et plus indique que la maladie s'étend à un lobe voisin ou envahit l'autre poumon. La rapidité du pouls et de la respiration indique parfois aussi une intoxication profonde.

L'observation de la tension artérielle au cours de la pneumonie fournit des renseignements précis au point de vue du pronostic. D'après Mackenzie, si la tension maxima exprimée en millimètres de mercure est supérieure au pouls exprimé en chiffres, le pronostic sera favorable. Par exemple, si la tension maxima est à 135 et le pouls à 120, la maladie évolue vers la guérison. Ce serait le contraire si le pouls était à 130 et la tension systolique à 110. Il faut que l'écart entre la tension maxima et le pouls soit au moins de 10. Cohen, de Philadelphie, a tenté de montrer que la tension minima comparée au nombre de respirations pouvait également aider à formuler le pronostic. Il faut que la tension minima reste supérieure au chiffre de la respiration. Par exemple si la tension maxima est à 50, la respiration ne doit pas dépasser 40.

J'ai, depuis quelques années, constaté chez tous mes pneumoniques que la loi de Mackenzie présentait une importance indéniable. Elle n'est pas infaillible bien, entendu, mais c'est tout de même l'étude de la tension artérielle faite dès le début de la pneumonie qui permettra de trouver une défaillance cardiaque peut-être avant que la rapidité exagérée du pouls ne l'indique. J'ai pu ainsi agir plus promptement et plus vigoureusement sur le cœur et parvenir à remonter la tension maxima à un chiffre plus élevé que le pouls.

Je constate que les médecins ne tiennent pas toujours compte de la quantité des urines des 24 heures. Non pas qu'il faille toujours craindre la néphrite aiguë au cours de la pneumonie, comme nous l'avons constaté chez un de nos malades mort quelques heures après son arrivée, dans le délire et en état d'anurie complète. L'autopsie révéla la présence de néphrite aiguë. Le total des urines de la journée indique si le rein fonctionne bien ou non. Un individu normal doit uriner au moins 500 c.c. par 24 heures, afin de permettre

au rein d'éliminer la totalité des déchets qu'il a pour fonction de retirer du sang; il ne faut pas perdre de vue qu'il sera menacé d'urémie s'il en passe une quantité moindre.

La quantité des urines est en général commandée par la quantité d'eau ingérée. Donc, si l'individu normal boit peu, il urindra peu.

Que dire alors du malade qui est souvent assoupi et parfois dans le délire, du malade qui souffre de dyspnée et qui n'a pas à sa portée l'eau qu'il faut pour étancher sa soif? Bref, il ne faut pas oublier que le rein du pneumonique doit éliminer plus de déchets qu'à l'état normal et qu'il est beaucoup plus en danger de devenir impuissant à accomplir cette tâche s'il ne passe pas plus de 500 c.c. d'urine par 24 heures. Et j'ajoute: que l'eau est le meilleur diurétique connu, qu'il faut en donner beaucoup aux fébricitants: pneumoniques et autres, et non pas recourir aux diurétiques médicamenteux tels que théobromine, etc., qui n'ont d'indications que lorsque les malades présentent des œdèmes comme chez les cardiaques et les rénaux.

Le pneumonique doit donc boire beaucoup d'eau prise par petites quantités et souvent. Ceci m'amène à parler du traitement de la pneumonie.

Existe-t-il un traitement spécifique de la pneumonie? Non! La mortalité en est tellement considérable dans le monde entier (près de 150,000 aux Etats-Unis seulement chaque année) qu'il serait désirable qu'il y en eut un. Les bureaux de médecins sont inondés de prospectus et annonces mirobolantes que leur adressent les maisons de commerce. Les journaux de médecine publient même de temps à autre des articles de réclame à propos de tel sérum qui guérit la pneumonie. Je ne veux pas dire que des tentatives sérieuses n'ont pas été faites par des savants biologistes des deux mondes et que les vaccins anti-catharraux à base de pneumocoques et autres microbes, hôtes habituels des infections pulmonaires, ne donnent pas des résultats remarquables dans les infections légères des bronches et surtout à titre de préventifs. Ce que j'ose affirmer, c'est qu'aucun sérum n'est encore capable d'avorter la pneumonie dans sa marche et d'accomplir pour cette maladie grave le miracle que le sérum de Roux fait chaque jour dans la diphtérie.

Existe-t-il une chimiothérapie spécifique de la pneumonie? Non, aucun médicament ne possède vis à vis de celle-ci les avantages des arsenicaux vis à vis la syphilis et des sels de quinine vis à vis la fièvre intermittente, entr'autres. Certains auteurs ont prétendu que la quinine pouvait rendre d'énormes services en détruisant les

toxines du pneumocoque. Ils ont montré que les animaux résistaient mieux à l'infection pneumococcique s'ils recevaient au préalable des doses de quinine et que ces mêmes animaux infectés toléraient des doses de ce médicament assez considérables pour les tuer en état de santé. Ce sont là des données qui recevront ou non confirmation; pour le moment, je n'oserais pour ma part me servir de quinine à hautes doses dans le traitement de mes malades.

En attendant ce traitement spécifique tant désiré, nous devons nous efforcer de bien observer chez nos malades l'état du poumon, des reins et surtout du cœur engagés dans la lutte qui dure neuf long jours. Faut-il attendre que le pouls indique la faiblesse du myocarde pour stimuler ce dernier? que la respiration monte à 40 et plus pour exercer par des applications sur le thorax une influence heureuse sur le poumon malade? Faut-il attendre que le malade soit en état d'anurie pour provoquer une diurèse salutaire? Non, évidemment. Le médecin-traitant doit donc dès le début de la pneumonie utiliser des stimulants diffusibles qui s'éliminent facilement afin de maintenir le cœur dans un état satisfaisant. L'huile camphrée à 10% et donnée à hautes doses, soit 10 c.c. et plus, matin et soir, en injections hypodermiques donne toujours d'excellents résultats.

Lorsque la tension artérielle maxima exprimée en millimètres est plus basse que le pouls, j'ajoute une injection intraveineuse de 25 centigramme de caféine faite à midi et à minuit chaque jour jusqu'à amélioration, pour continuer ensuite avec l'injection de midi seulement. Une injection hypodermique de Spartéine 10 centigrammes (2 grains) associée à la strychnine 2 milligrammes ($1/30$ grain) faite aux mêmes heures pourrait peut-être remplacer la caféine.

Peut-on donner la Digitale dans la pneumonie? On en donnait toujours autrefois. Aujourd'hui, elle serait dangereuse pour quelques-uns et utile pour les autres. Tous sont d'accord cependant pour admettre que l'Ouabaïne administrée en injections intraveineuses ($1/2$ milligramme par jour) ou encore sous la forme de solution au millième par la bouche à la dose de 20 à 30 gouttes trois fois par jour est préférable à la Digitale pour tonifier le myocarde.

Doit-on calmer le point de côté? Faut-il diminuer les quintes de toux? Pouvons-nous faciliter l'expectoration dans la pneumonie? Le point de côté est parfois si intense qu'une piqûre de morphine de $1/8$ ou $1/4$ de grain devient nécessaire. L'effet moral sera plus grand chez le malade si cette piqûre est faite locodolenti. La toux est utile

car elle fait suite au réflexe bronchique provoqué par les sécrétions qu'il faut rejeter au dehors. Un pneumonique doit donc tousser et cracher, à telle enseigne que le malade secoué par une toux sans expectoration ne se porte pas aussi bien que celui qui tousse et crache avec abondance. Il faut beaucoup de discrétion dans l'administration de potions calmantes, permettre les opiacées rarement et avoir soin de les associer à des hypersécréteurs tels que les ammoniacaux. Le malade qui boit beaucoup urine bien et crache plus facilement.

Les ventouses appliquées sur le thorax sont très utiles. Elles exercent sans aucun doute par irritation locale un effet salutaire sur le poumon malade. Certains auteurs pensent même que le sang épanché dans les tissus sous chaque ventouse exerce en se résorbant un effet anti-toxique comme dans l'auto-hémothérapie.

Il me semble que les malades se trouvent bien des enveloppements thoraciques. Les uns les emploient chauds en les répétant toutes les trois heures, les autres les préfèrent froids, renouvelés aussi souvent.

Le pneumonique souffre souvent d'insomnie. Faut-il provoquer le sommeil et comment ? Il n'y a guère que la morphine donnée à doses homéopathiques, c'est-à-dire à 1/20 ou 1/12 de grain qui donne des soulagements. Des doses plus élevées seraient dangereuses en provoquant un sommeil trop profond. Les bromures et les autres hypnotiques ne donnent guère de résultats satisfaisants. En dissolvant $\frac{1}{4}$ de grain de morphine dans 2 cuillerées à soupe d'eau on peut donner une cuillerée à thé, c'est-à-dire 1/32 de grain de demi-heure en demi-heure jusqu'à effet.

Comment doit-on nourrir un pneumonique ? La diète lactée est tout indiquée lorsqu'elle est bien tolérée à raison d'un grand verre de lait toutes les deux heures et demie. Dans le cas contraire il faut recourir au gruau, au bouillon, au café, au thé, etc. Doit-on donner de l'alcool sous forme de cognac, de whisky, etc, aux pneumoniques ? Oui, lorsque le malade y est habitué, et lui en donner deux, quatre ou six onces par jour. Chez les abstinents, l'alcool n'est pas nécessaire.

Faut-il exposer un pneumonique à l'air extérieur jour et nuit ? Oui et non ! Pendant les chaleurs de l'été, lorsque le thermomètre marque 60° F. au moins, le malade peut avoir sa fenêtre ouverte ou encore mieux passer les 24 heures sur un balcon si une porte-fenêtre permet d'y rouler son lit. Mais cette méthode de traitement à l'air pur est, à mon point de vue, dangereuse pendant les mois d'hiver. Quelle est la garde qui restera auprès d'un malade pour le faire boire et l'alimenter lorsque la température de sa chambre

est à 40° par exemple ? Comment pourra-t-elle appliquer les ventouses et faire les enveloppements thoraciques ? Comment fera-t-elle les injections d'huile camphrée et comment lui donner son bassin de lit sans le découvrir et l'exposer au refroidissement ? Quel est le médecin qui entrera dans cette chambre sans son paletot, son chapeau et ses gants ? Comment examinera-t-il son malade à cette basse température ? A mon point de vue, il faut au cours des froids de l'hiver traiter les pneumoniques comme les autres malades dans une chambre bien chauffée au moment de sa toilette, des traitements, de l'examen du médecin et n'ouvrir les fenêtres que lorsque le malade bien couvert peut respirer l'air du dehors sans danger. La garde-malade ou une personne de la famille, habillée de façon à supporter le froid, doit rester auprès du malade pour l'empêcher de se découvrir. Il ne faut pas d'ailleurs exagérer, au détriment du malade souvent hyposténique, l'influence de l'air extérieur, surtout s'il est froid, et le croire indispensable dans le traitement de la pneumonie.

Il est prouvé maintenant que l'atmosphère d'une chambre de malade n'est jamais trop pauvre en oxygène ni trop chargée en acide carbonique pour être irrespirable. En effet, ce qui fatigue dans l'air confiné, c'est le manque de circulation d'air et c'est ce que la fenêtre ouverte provoque. Un éventail électrique rendrait le même office. J'ai eu dernièrement dans mon service une cardio-rénale en état d'urémie avec œdème des deux bases pulmonaires, par conséquent respirant mal et demandant constamment la fenêtre ouverte. Un petit éventail électrique j'acé au pied du lit et actionné jour et nuit lui procura le même soulagement sans l'exposer au refroidissement.

Voici, aussi courtes que possible, les quelques observations des malades dont j'ai fait mention ci-dessus:—

Obs. 1.—Adrien L., 17 ans, messenger. Entré le 14 mai, parti 25 guéri. Malade depuis le 12 mars, fut pris de frissons et point de côté en revenant de son travail. Le lendemain fut incapable de se lever. A son entrée on constata une hépatisation du lobe inférieur gauche. La fièvre tomba à la normale deux jours après son arrivée.

Obs. 2.—Lorenzo B., 23 ans, journalier. Entré le 25 mars 1926, mort le 29 mars. Malade depuis le 16 mars. Il tomba subitement malade le 16 et le médecin constata qu'il souffrait de pneumonie. Tout alla bien jusqu'à hier alors qu'il se sentait plus faible, aux prises avec dyspnée intense, frissons et devint délirant. A l'examen, on constata une fièvre à 102 4/5, un pouls à 110, une pression artérielle à 135 sur 80. Poumon droit matité à la base avec râles crépitants de retour. Poumon gauche, matité, souffle tubaire, râles crépitants: pneumonie en évolution. Huile camphrée, enveloppements thoraciques, etc., etc., améliorèrent l'état du

malade. La tension artérielle remonta à 145/90 où elle resta jusqu'à la veille de sa mort. Le pouls varia de 110 à 120. Présence d'albumine dans ses urines. La résultante polynucléosique était de plus de 30,000, c'est-à-dire excellente. Malgré la bonne tension artérielle, l'excellence du pouls et la résultant polynucléosique favorable; l'étendue des lésions aux deux poumons, le mauvais état du rein, le délire faisaient prévoir la mort qui arriva quatre jours après son entrée à l'hôpital. L'autopsie révéla une hépatisation des lobes inférieurs des deux poumons. Très léger épanchement du côté gauche.

Obs. 3.—Madame H. C., entrée le 4 mai, morte le 5. Cette malade toussait un peu depuis un an et avait perdu du poids. Dernièrement la toux augmenta et s'accompagna de fièvre et elle dut s'aliter. Son état s'aggrava considérablement quelques jours avant d'entrer à l'hôpital. A l'examen on constata un état général très mauvais, température 99 2/5, pouls à 120, pression artérielle 145/50, respiration à 40. Dyspnée très marquée. A l'examen des poumons on constata matité à la base droite, râles humides dans les deux poumons avec souffle tubaire et frottements pleuraux à la base droite. La malade souffrit donc de broncho-pneumonie avec foyer d'hépatisation à la base droite. Les crachats ne contenaient pas de bacilles de Koch. Albumine dans les urines. La résultante polynucléosique à plus de 13,000 était passable. Le traitement d'huile camphrée, enveloppements thoraciques, etc., etc., n'eurent aucun effet. L'état de la malade s'aggrava et elle mourut le lendemain. A l'autopsie on constata une hépatisation grise du lobe inférieur droit. Léger épanchement de la plèvre droite. Epanchement séreux du péricarde, lésions discrètes de néphrite chronique.

Obs. 4.—André L., 37 ans, typographe. Entré le 19 mai 1926. Malade depuis le 15 mai alors qu'il fut pris d'un frisson accompagné de point de côté à droite. A son arrivée il avait une température à 100-3/5, un pouls à 112, respiration à 50, tension artérielle 146 sur 100. L'examen du poumon révéla l'existence d'une hépatisation des lobes moyen et supérieur du côté droit. A gauche signes de bronchite et frottements pleurétiques à la base. Les bruits du coeur sont sourds et masqués par les frottements de la plèvre. Tympanisme abdominal très marqué. Buveur de bière. L'âge du malade, la température, le pouls, la tension artérielle nous faisaient espérer que le malade guérirait malgré l'étendue des lésions pulmonaires. Il mourut le lendemain matin au cours d'une syncope malgré le traitement institué: l'huile camphrée, les enveloppements thoraciques, etc. L'autopsie révéla une hépatisation grise des deux lobes supérieurs droits et des signes de bronchite grave avec début de pleurésie à gauche.

Obs. 5.—Adjutor M., 33 ans, forgeron. Entré le 18 mai à 4 h. p.m., mort une heure après. Malade depuis le 12 mai, la maladie débuta par frisson, fièvre, courbatures, point de côté et toux. A son arrivée il était délirant et anurique. Il était alcoolique depuis plusieurs années. Solution d'huile camphrée, etc. Le malade mourut une heure après son entrée, au cours de vomissements. On consta à l'autopsie hépatisation grise du

lobe supérieur gauche. Foie hypertrophié et néphrite chronique hypertrophique.

Obs. 6.—Ls-Philippe F., 51 ans, avocat. Entré le 9 mars, mort le 4 avril. Ce malade, alcoolique avéré depuis plusieurs années, fut pris de bronchite légère après refroidissement. Après quelques jours de repos chez lui, sortit par un temps froid et dut reprendre le lit avec frissons, fièvre. Fut pris d'un point de côté à droite. Rentra dans le service quelques jours après dans un état très grave accompagné de délire, fièvre 100-3/5, pouls à 120, P.A. 95 sur 60, respiration 52. A l'examen on trouva hépatisation du lobe moyen supérieur du côté droit. L'huile camphrée matin et soir, la caféine en injections intraveineuses le midi et à minuit. L'eau en assez grandes quantités avec six onces d'alcool par jour amènent une amélioration marquée. La fièvre tomba à la normale quelques jours après en même temps que l'état général s'améliorait. Le délire était disparu, la pression artérielle était montée à 104 sur 64. Cette amélioration ne dura que quelques jours. La fièvre remonta, la tension artérielle s'abaissa, les signes stéthacoustiques indiquaient toujours hépatisation dans le moyen supérieur droit. Mort le 4 avril. Autopsie montra hépatisation grise du lobe supérieur droit. Congestion des deux bases et un peu de liquide dans le péricarde. Hypertrophie rénale.

Obs. 7.—Madame T., 68 ans. Entrée à l'hôpital le 19 mai. Elle dit qu'elle est malade depuis le 9 courant après un refroidissement au cours de son travail. Elle dit avoir eu deux attaques de pneumonie au cours des deux dernières années. L'apparence générale est assez bonne. La température à 99, pouls à 110, P.A. 120/65, respiration 44. L'examen des poumons révèle la présence d'une hépatisation au sommet gauche avec râles de congestion aux deux bases. Cette malade nous arrive à la fin de son affection pulmonaire. Les ventouses, l'enveloppement thoracique et l'huile camphrée finirent de la remettre sur pied.

Tous ces malades sont rentrés dans le service après plusieurs jours de maladie. Quelques-uns seulement avaient vu leur médecin. Quelques-uns étaient des surmenés et l'abus des boissons alcooliques contribua à aggraver la maladie chez les hommes.

En résumé, nous avons eu au cours des mois de février, mars, avril et mai une épidémie de grippe assez grave si on en juge par le nombre des complications pulmonaires que nous avons eu à traiter à l'Hôtel-Dieu et les chiffres statistiques suivants fournis par M. le docteur S. Boucher, directeur du Service de Santé de la Ville de Montréal :

	1925	1926
Broncho-pneumonie	233	245
Pneumonie	194	246

Il est regrettable de constater que dans tous les cas, les pneumoniques n'arrivent qu'après plusieurs jours de maladie; quelques-uns continuent de travailler jusqu'à défaillance, d'autres ingurgitent des drogues réputées infaillibles telles que bromo-seltzer ou bromo-quinine, etc., qui sont à base d'acétanilide ou anti-fibrine, si dangereuses pour le cœur.

Le pronostic si important à établir dans la pneumonie est basé sur l'observation de la fièvre, des rapports du pouls et de la tension artérielle, sur le nombre de respirations, sur l'étendue des lésions pulmonaires, sur l'élimination bronchique et rénale.

La gravité de la pneumonie augmente en général avec l'âge. Le surmenage, l'abus de l'alcool, du tabac, la rendent mortelle chez les jeunes.

Il n'existe pas de traitement spécifique de la pneumonie. Il faut éviter de nuire aux malades en leur donnant des antithermiques et des opiacées à hautes doses. Toute l'attention doit se porter sur le cœur du malade. L'huile camphrée, la caféine, l'ouabaïne, la strychnine sont indiqués. L'alcool doit être continué aux alcooliques. Le traitement à l'air pur toujours facile pendant la saison d'été doit être employé avec précaution pendant l'hiver. Les hypotendus supportent mal l'air froid. Les malades sont soulagés si l'on a soin d'amener la circulation de l'air par un éventail électrique. L'oxygène en inhalations ou en injections sous-cutanées rend de grands services lorsque la dyspnée est intense.

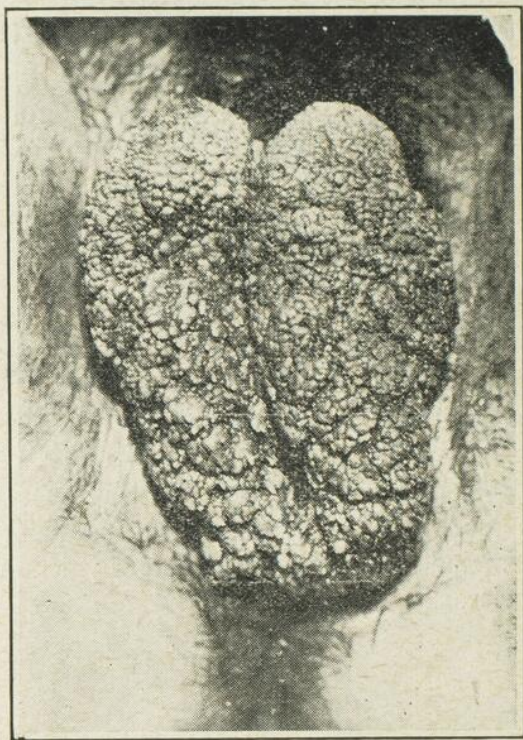
Il n'existe donc pas de formule thérapeutique unique de la pneumonie. Le médecin traitant doit par conséquent appliquer à chacun de ses malades une thérapeutique hygiéno-diététique et excitante appropriée.

UN CAS DE PAPILLOMES GÉANTS DES GRANDES LÈVRES (1)

*Par le Docteur N. FOURNIER,
Professeur agrégé,*

Chargé de la Clinique externe d'Urologie de l'Hôpital Notre-Dame.

J'ai l'honneur de vous apporter la photographie de deux masses papillomateuses géantes, présentant l'aspect de deux choux-fleurs implantés symétriquement sur le bord des grandes lèvres d'une fille



de 22 ans. Cette patiente, vue pour la première fois le 15 mars dernier, a remarqué cette tumeur 2 mois plus tôt et admet, d'après ses relations intimes, la possibilité d'une infection vénérienne. Le Wassermann de son sang est négatif. Vu le volume considérable de ces tumeurs, il nous a été impossible de faire une recherche clinique complète de l'infection blennorrhagique. De couleur rouge:

1.—Communication faite à la Société Médicale de Montréal, à sa séance du 4 mai 1926.

sombre sur leur face externe, rosée, sur leur face interne, ces masses papillomateuses dégageaient une odeur repoussante due sans doute à la fermentation du mélange d'urine et de sécrétions vaginales qui les imprégnaient. L'opération s'est faite par l'excision des pédicules avec ciseaux et curette tranchante suivie de fulguration de leur base d'implantation avec le courant Oudin, et cette femme pouvait quitter l'hôpital 15 jours plus tard, à peu près guérie.

Les papillômes, crêtes de coq, ou condylômes acuminés sont des tumeurs bénignes, constituées par un gonflement exagéré des papilles vasculaires du derme, avec un épaissement proportionnel du corps muqueux de Malpighi. La malpropreté, les écoulements blennorrhagiques ou simplement leuorrhéiques en sont la cause habituelle. Ils sont auto-inoculables.

DE L'UTILITÉ DE LA DIATHERMIE DANS LE TRAITEMENT DU RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

Par le Docteur N. FOURNIER,
Professeur agrégé,

Chargé de la Clinique externe d'Urologie de l'Hôpital Notre-Dame.

Je voudrais, par 3 observations concises, vous démontrer l'utilité de la diathermie dans le traitement du rhumatisme blennorrhagique. L'urétrite blennorrhagique chez l'homme n'est pas toujours une affection bénigne, comme certains le pensent. Durant les saisons humides et froides, surtout chez les miséreux, toujours après l'envahissement de l'urètre postérieur, très probablement à travers les vésicules séminales et la prostate, les gonocoques franchissent les limites du système uro-génital et se disséminent dans le sang: c'est la septicémie. Portés dans tous les recoins de l'économie ils s'attaquent à nombre de systèmes, entr'autres aux articulations, au cœur, à la plèvre, aux nerfs, aux yeux et à la peau. De ces complications métastatiques, le rhumatisme est la plus fréquente, sous forme de simples myalgies ou de talalgies, de ténosites et d'arthrites avec tendance à l'ankylose. Loin de conférer l'immunité, le rhumatisme blennorrhagique laisse, à celui qui en est atteint une fois, une grande tendance à la même complication en cas de nouvelle urétrite blennorrhagique postérieure. Symptômes: survient chez un porteur d'urétrite, ne s'accompagne pas de sueurs ni de température élevée, n'est pas mobile comme le rhumatisme poly-articulaire aigu; une, deux, trois articulations — jamais plus — sont envahies; ne réagit pas à l'influence du salicylate de soude. Le pronostic est grave.

Observation No 1.—Juillet 1925. Homme de 27 ans, rhumatisme poly-articulaire depuis 8 jours, urétrite depuis 3 semaines. Articulations métatarso-phalangiennes droites et gauches, les deux genoux, la malléole droite, les articulations métacarpo-phalangiennes sont gonflées et douloureuses, température 101. Urines troubles dans les deux verres, écoulement urétral avec gonocoques, prostate et vésicules séminales gonflées et infiltrées. Traitement: lavage des vésicules séminales rendu impossible par l'obstruction d'un cordon déférent; injections intraveineuses d'acri flavine non tolérées; neuf injections intraveineuses de sérum Cano sans produire d'effet favorable le laissent au contraire très affaîssé. Enfin nous nous immobilisons par des gouttières plâtrées, nous appliquons la diathermie sur

la prostate et les articulations malades, et dès ce moment l'amélioration s'annonce, marquée, progressive et aboutit en peu de temps à une restauration complète des jointures.

Histoire antérieure: en 1918, première urétrite blennorrhagique sans rhumatisme. En 1922, deuxième urétrite avec rhumatisme à la malléole gauche. En 1923, troisième urétrite avec rhumatisme aux deux pieds et à un genou. En 1924, quatrième urétrite avec rhumatisme à une hanche et aux deux pieds.

Observation No 2.—A. H., homme de 21 ans, arthrite et périarthrite du genou droit depuis un mois, urétrite depuis 1½ mois. Genou gonflé, douloureux, rouge, immobile dans la demi-flexion; température 101. Ecoulement urétral avec gonocoques, urines troubles dans les deux verres, vésicule séminale gauche gonflée. Traitement: lavage des vésicules séminales avec acriflavine 1/1000 suivi de 3 injections intraveineuses de la même solution produisent une amélioration passagère; mais après 4 ou 5 jours, reprise des accidents. Nous immobilisons par une gouttière plâtrée. Vingt jours après, la mobilisation de l'articulation réveille les symptômes fébriles. Alors nous faisons de la diathermie alternativement sur la prostate et le genou, et dès le lendemain nous constatons une amélioration marquée avec guérison définitive dans les semaines suivantes.

Observation No 3.—Homme de 32 ans vu le 5 février 1926, service du Professeur LeSage, pour urétrite postérieure aiguë et rhumatisme polyarticulaire de 8 jours. Talalgie double; les deux cou-de-pieds, les deux genoux et le poignet gauche sont pris. Ecoulement urétral purulent examiné à plusieurs reprises ne laisse pas voir de gonocoques, prostate et vésicules séminales normales au toucher, urines troubles dans les deux verres, température vespérale 101. Traitement: du 6 au 12 février, lavage des vésicules séminales avec injections intraveineuses et application de gouttières plâtrées sans effet; du 12 au 23 février, auto-hématothérapie sans résultats; du 23 février au 8 mars, diathermie sur la prostate et les articulations malades, désinfection de l'urèthre avec mercurochrome 220 donnent guérison de l'urétrite et des arthrites avec restauration de tous les mouvements articulaires. Mais les grandes oscillations thermiques persistant, en plus, des symptômes cardiaques graves se dessinant à la pâleur du malade, à son angoisse précordiale et à l'irrégularité de son pouls, nous avons cru prudent d'appeler à notre secours M. le Professeur LeSage qui a bien voulu se charger de traiter cette grave complication. Avant de terminer, je tiens à reconnaître publiquement le mérite de mon assistant le Dr Lucien Sylvestre qui a été l'initiateur de cette méthode de traitement précieuse dans mon département.

LES RAYONS X EN DERMATOLOGIE

*Par le Docteur ALBERIC MARIN,
Assistant à la clinique de Dermato-syphiligraphie de
l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.*

Le traitement des dermatoses par les différents agents physiques devient de plus en plus en vogue. La bonne réputation de ceux-ci grandit de jour en jour; elle n'est pas due à cette sorte d'engouement dont furent l'objet plusieurs méthodes nouvelles, qui tombèrent par la suite dans un oubli bien justifié.

La physiothérapie a conquis à juste titre une situation sérieuse et des plus enviables. Depuis un quart de siècle ses indications vont s'étendant à mesure que l'on en connaît mieux les modes d'action et que diverses expériences en ont précisé les techniques d'application.

Qu'il s'agisse de la chaleur, du froid, de l'électrologie, de rayonnements de longueur d'onde plus ou moins courte — allant des infrarouges aux "gamma" du Radium — les observations sont maintenant innombrables, prouvant que ces médications ont remporté des succès éclatants là où les procédés médicamenteux et chirurgicaux avaient échoué ou obtenu des résultats contestables.

Hâtons-nous toutefois de dire — et ceci afin d'éviter toute mésentente — que les thérapeutiques médicamenteuse et chirurgicale ne sont pas mises au rancart par la physiothérapie. Elles ne sont que remises à leur place.

En effet, il faut bien l'avouer l'on demandait beaucoup trop à la chimie lorsqu'on la chargeait, par exemple, de guérir ou d'écarter les conséquences funestes d'une maladie de Bowen. Cette dyskératose lenticulaire et en disques n'en continuait pas moins, et le malade s'acheminait vers l'épithéliomatose généralisée, aboutissant fatal de cet état précancéreux.

On demandait aussi beaucoup trop à la chirurgie quand on exigeait l'exérèse des tumeurs du mycosis fongoïde, erreur désormais historique.

On pourrait citer bien d'autres cas où les topiques les plus divers et les interventions chirurgicales les plus variées sont d'une inefficacité notoire. Mentionnons les teignes, les sycosis, les épithéliomas, le lupus de Willan, le lupus érythémateux, les chéloïdes, certains botryomycomes, les leucémides où tour à tour échouent la matière médicale et d'illusoires traitements chirurgicaux. Fort nombreuses

sont les maladies cutanées devant lesquelles, il y a quelques années encore, on était désarmé ou à peu près et qui aujourd'hui sont maîtrisées par les agents physiques.

Et il n'est plus un dermatologiste qui ne conçoive l'importance de plus en plus grande que prennent ceux-ci en dermothérapie. A tel point qu'il lui faut être un clinicien doublé d'un physiothérapeute guidé par l'histologie normale et pathologique.

Mais il faudra être réservé dans l'emploi de ces moyens nouveaux et ne pas leur demander plus qu'ils ne peuvent donner. On devra toujours être d'un éclectisme de bon aloi et obéir à ce que commandent les circonstances.

C'est parce que certains électro-radiologistes ont agi inconsidérément que la physiothérapie est injustement tombée en discrédit chez plusieurs médecins.

Les différentes radiations (rayons "gamma", Roentgen, ultra-violets, infra-rouges), l'étincelage, l'effluation, la diathermie, l'électrolyse, l'ionisation, l'igni-puncture, la cryothérapie, etc., ont leurs indications précises, parfois impérieuses.

Tel agent sera exigé, à l'exclusion de tout autre, dans certains cas, alors qu'ailleurs on devra compléter les bons effets de l'un par l'adjonction d'un autre.

La cryothérapie sera de mise pour le lupus érythémateux.

L'électrolyse est utilisée dans l'hypertrichose, dans le noeov-carcinome. L'igni-puncture et les scarifications constituent le fond du traitement du lupus tuberculeux.

Les ultra-violets seront d'une haute utilité dans les affections dues aux bacilles de Koch. Tout récemment, nous avons eu nous-même l'occasion de montrer à la Société française de Dermatologie, en collaboration avec MM. Louste et Thibault, une guérison complète par les ultra-violets d'un ulcère tuberculeux de la muqueuse commisso-suro-jugale. Il s'agissait d'une large ulcération anfractueuse, déchiquetée, suppurante, horriblement douloureuse avec au centre et au pourtour des grains jaunes de Trélat. Un Ziehl nous révéla la présence de nombreux bacilles. De plus, un fragment de cette lésion tuberculisa rapidement le cobaye.

Des irradiations locales en vinrent à bout. Ceci est d'un haut intérêt si l'on songe aux échecs presque constants où aboutissent ici les caustiques et les manœuvres chirurgicales.

*
* *

Nous ne nous occuperons dans cette étude que de Roentgen-thérapie, qui occupe incontestablement une place prépondérante. Elle est, en effet, au premier plan à cause du très grand nombre d'affections qu'elle peut traiter heureusement. Elle a contribué pour une très large part aux progrès de l'art médical moderne. Elle a aussi dans quantités de maladies détrôné les thérapeutiques médicamenteuse et chirurgicale de postes qu'elles usurpaient.

Les Rayons X nous sont maintenant moins mystérieux. A la période de tâtonnements et de déboires des premiers temps a succédé des jours brillants, maintenant que sont à peu près mises au point la dosimétrie, la filtration et la qualité du faisceau ridant employé.

Sans entrer dans le détail de la physique et de la technique de ce rayonnement, il ne serait peut-être pas superflu d'en rappeler quelques notions, bien que notre intention soit surtout d'en indiquer sommairement les principales applications.

Un transformateur de haute tension, bobine d'induction ou circuit magnétique fermé, donnera aux bornes de l'ampoule radiogène une différence de potentiel allant, selon les cas, de 80,000 à 200,000 volts.

Le faisceau cathodique, issu de l'émission thermo-électronique dans le cas du tube à vide ou à la suite de phénomènes plus complexes dans le cas du tube à gaz, bombardera de ses électrons l'obstacle qui lui est opposé. Ceux-ci cheminent à des vitesses fantastiques et ces vitesses sont d'autant plus grandes que la source d'énergie est plus élevée.

L'anti-cathode, lors du brusque arrêt de l'électron en mouvement, devient le point de départ de vibrations de l'éther. Ce nouveau rayonnement vibratoire, et non pas corpusculaire comme le faisceau cathodique, sera le rayonnement Roentgen.

Ces vibrations sont émises sous forme d'ondes qui seront d'autant plus courtes que la violence des électrons lancés sur l'anti-cathode aura été plus grande. Plus brève est la longueur d'onde, plus puissant est le pouvoir de pénétration.

La pénétration de ce rayonnement est donc, en définitive, fonction de la différence de potentiel aux bornes de l'ampoule. Plus le voltage est élevé, plus le rayon est dur. Plus la tension s'abaisse, plus augmente la longueur d'onde du rayonnement vibratoire issu de l'anticathode et la pénétration en est d'autant diminuée.

L'intensité du rayonnement est liée, dans le cas de tubes à pure émission électronique, au nombre des électrons libérés par le chauffage du filament cathodique.

L'intensité d'action est en rapport inverse avec le carré de la distance. Il arrivera quatre fois moins de rayons à un plan donné, si l'on double la distance, toutes autres choses étant égales.

L'absorption est en rapport inverse avec le degré de pénétration du faisceau considéré. Un très haut voltage sera le générateur de rayons très durs qui atteindront les plans profondément situés au corps humain. Si le faisceau mollit, par suite d'une basse tension, les rayons mous qui le constituent sont arrêtés par les assises épidermiques superficielles.

Les radiations modifient les tissus qui les absorbent. Les tissus qu'elles traversent sans s'y arrêter ne sont pas modifiés par elles, du moins de façon sensible.

Un faisceau de rayons durs descendra donc jusqu'aux régions profondes, sans causer de modifications notables au tégument qu'il aura préalablement traversé, s'il est convenablement filtré.

Le degré de pénétration d'un faisceau est en rapport direct avec l'épaisseur du filtre.

La filtration est d'une très haute importance, car l'anticathode n'émet pas que des rayons monochromatiques. Selon la différence de potentiel employé, il y aura, il est vrai, une gamme de plus en plus riche en rayons durs mais contenant tout de même quantité de rayons mous qu'il faudra éliminer par des filtres plus ou moins épais, composés de métaux plus ou moins denses, le tout calculé suivant l'effet que nous voulons obtenir. En dermatologie, nous emploierons presque constamment la radiothérapie modérément pénétrante. Les rayons pénétrants seront surtout réservés aux épithéliomas spino-cellulaires et aux baso-cellulaires exubérants ou térébrants.

Il serait, en effet, inutile et même dangereux de recourir à un rayonnement dur pour traiter une lésion cutanée superficielle, puisque ainsi qu'il a été dit précédemment, ce rayonnement s'en irait modifier les plans profonds qui l'absorberaient et n'influencerait pas les sus-jacents, qu'il ne ferait que traverser. Ainsi donc pour traiter une tumeur profonde il faudra une tension donnant 40 centimètres d'Étincelle Equivalente au Spintermètre à pointes. En interposant un filtre de zinc ou de cuivre, doublé d'aluminium à cause du rayonnement secondaire, on obtiendra un faisceau très dur qui remplira l'office demandé. Au contraire, dans le cas d'une lésion en surface, on devra réduire la différence de potentiel. Nous n'aurons ainsi que des rayons modérément pénétrants. On utilisera, s'il est nécessaire, une filtration à l'aluminium qui arrêtera les rayons les

plus mous, dont plusieurs sont nocifs et ne possèdent aucune vertu thérapeutique.

Comme on le voit, la radiothérapie pénétrante et la modérément pénétrante ont chacune leurs caractéristiques et leurs indications bien précises.

Ces quelques jalons posés, abordons maintenant les principales dermatoses que l'on peut traiter avec la Roentgentherapie. Le nombre en est imposant. Nous ne parlerons ici que de celles qui réellement retirent quelque bénéfice du traitement roentgénien. Si nous en croyions quelques auteurs, cette liste s'allongerait indéfiniment, car certains traitent par les Rayons X absolument tout ce qui leur tombe sous la main.

C'est là un grave défaut dont il faudra bien se garder.

Nous nous excusons d'avance de ne pas donner doses, filtres et techniques, car ce serait véritablement trop allonger cette étude. Voyons donc quelles ressources on peut tirer de ces radiations.

Epithéliomas

"Les différents éléments cellulaires présentent une sensibilité inégale à l'action d'une certaine dose de radiations et l'on désigne sous le nom d'*action élective* ce pouvoir des Rayons X et des rayons du Radium d'agir sur certaines cellules, sans action apparente sur les cellules voisines." (S. Laborde.)

Les cellules cancéreuses dont l'activité karyokinétique est très grande sont, à cause de ces mitoses incessantes, douées d'une véritable radio-sensibilité, infiniment plus prononcée que celle des tissus normaux. Bergonié l'a noté dans l'une de ses lois.

On considérait il n'y a pas très longtemps que les épithéliomas spino-cellulaires étaient radio-résistants. Darier lui-même est revenu de cette erreur. Les spino-cellulaires guérissent par les radiations, si celles-ci sont très pénétrantes. Les succès d'autrefois étaient dus surtout au fait qu'on employait un faisceau non sélectionné.

La conduite à tenir diffère selon que l'on a affaire au genre baso-cellulaire ou au spino-cellulaire. Le métatypique peut être assimilé au spino-cellulaire en ce qui concerne son mode de traitement.

L'épithélioma atypique, surtout le pagetoïde et le plan cicatriciel sont très sensibles. Ce sont des ulcérations superficielles, qui doivent être traitées comme telles. L'histologie pathologique nous enseigne qu'ils s'enfoncent peu dans le derme, qu'ils évoluent plutôt en surface. L'ulcus rodens, avec sa tendance à creuser, demandera une dose plus

forte et un filtre plus épais en raison de sa tendance à fuser vers la profondeur.

Dans ces trois types la méthode de choix consiste à faire précéder l'irradiation d'un grattage soigneux de la lésion, selon la méthode couramment utilisée par notre maître Belot.

Le raclage enlèvera les croûtes, les tissus nécrosés. Les petites perles épithéliomateuses seront abrasées. Le cancer deviendra une lésion cutanée peu profonde dès que l'on aura écarté ces débris, et il sera alors possible de la traiter par la modérément pénétrante étincelle équivalente moyenne et faible filtration.

Si, au contraire, on néglige le râclage, la couche de croûtes, de tissus nécrosés et de perles constituera un obstacle à la pénétration de rayons modérément pénétrants et force le thérapeute à recourir inutilement à un faisceau plus dur qui, sans nécessité aucune, lésera les plans sous-jacents. La quantité à donner sera d'emblée assez considérable. D'ordinaire, ces épithéliomas guérissent fort bien avec des doses variant de 3000 R à 4000 R. Ils laissent une cicatrice, souple, non adhérente, blanchâtre. Les résultats sont vraiment remarquables et des plus esthétiques.

L'épithélioma baso-cellulaire à forme bourgeonnante et exubérante sera lui aussi râclé. On en enlèvera le plus possible.

Mais étant donné parfois la grande épaisseur des tissus néoplasiques, persistant même après le grattage, il faut traiter cette tumeur avec un rayonnement beaucoup plus dur afin de l'irradier convenablement. Là un doigté très délicat est nécessaire. Faute de quoi l'on risque la radionécrose des parties molles, et même l'ostéoradionécrose, laquelle peut devenir d'une extrême gravité.

La variété térébrante du baso-cellulaire en est décidément la plus néfaste. Elle est, du reste, une forme souvent inopérable.

Au massif facial, par exemple, le néoplasme est destructif au point que souvent l'on peut loger un gros œuf dans la cavité qu'il a creusée. Les os propres du nez, le maxillaire supérieur, l'arcade zygomatique sont en partie détruits. Les sinus sont pris.

C'est là un très mauvais cas pour toute espèce de thérapeutique.

On ne peut s'attendre à ce que la Roentgenthérapie en obtienne des résultats aussi brillants qu'ailleurs. Elle n'est fréquemment que palliative, mais doit tout de même être faite.

Dosage et filtration de rayons pénétrants seront méticuleusement observés et les irradiations seront renouvelées ou arrêtées selon les indications spéciales à chacun des malades.

Quant à l'épithélioma spino-cellulaire cutané, il est uniquement du ressort de la radiothérapie pénétrante.

Alors que dans les formes superficielles du baso-cellulaire on ne s'adresse qu'à une étincelle équivalente modérée, ici l'on recourt à des sources donnant des différences de potentiel d'environ 200,000 volts. Une telle tension est indispensable pour obtenir un faisceau de rayons assez durs pouvant irradier la néoplasie dans sa totalité, avec filtres de zinc ou de cuivre. C'est que ce cancer est plongeant et infiltre profondément les tissus circumvoisins. Tandis que le baso-cellulaire a plutôt une tendance à s'étaler, à proliférer en surface — nous en exceptons la variété térébrante — le spino-cellulaire pousse des prolongements vers la profondeur, qu'il envahit en diffusant çà et là des îlots cancéreux. Les globes épidermiques, selon quelques auteurs, seraient aussi un obstacle à la pénétration des rayons de trop grande longueur d'onde. De plus, les cellules cancéreuses du spino-cellulaire, déjà plus différenciées que celles du type basal que l'on observe dans le baso-cellulaire, sont peut-être moins sensibles.

Quoi qu'il en soit, à part cette radio-résistance alléguée par certains, la loi du carré des distances à laquelle est soumise la marche des radiations trouve ici une application, en raison de l'infiltration si marquée de l'épithélioma typique.

L'adénopathie satellite, qui l'accompagne presque contamment, doit être irradiée, cela va de soi. Ceci est d'une importance capitale. Autrement ces ganglions, bourrés de cellules cancéreuses, seraient le point de départ de métastases.

Nous n'avons parlé jusqu'ici que du cancer cutané. L'épidermoïde de la langue, il faut le dire tout de suite, rétrocede rarement devant la Roentgentherapie. Certains succès ont été rapportés, mais jusqu'à nouvel ordre, l'on doit estimer que les échecs ont été trop nombreux pour que ce mode de traitement soit à recommander.

La chirurgie, dans certains cas, a obtenu des guérisons. La Curietherapie, croyons-nous, quand elle est appliquée précocément, peut juguler cette terrible chose qu'est le cancer de la langue. Des statistiques, de plus en plus nombreuses et émanant des sources les plus autorisées, permettent les plus grands espoirs. Nous ne pourrions cependant affirmer avec Sabouraud "qu'on ne doit plus mourir d'un cancer de la langue depuis l'avènement du Radium", car nombre d'insuccès ont démolé cette prétention de certains curiethérapeutes trop présomptueux.

La forme métatypique de l'épithélioma (mixte ou intermédiaire) doit être traitée comme s'il s'agissait d'un spino-cellulaire. Elle est

en effet douée d'une radio-résistance plus grande que le baso-cellulaire tant à cause de son type cytologique que de son allure infiltrante. Comme dans le typique les cellules cornées des globes épidermiques quand elles existent sont peut-être un sérieux obstacle à la bonne pénétration des rayons.

Nous nous permettrons d'ajouter — bien que n'ayant pas le loisir de développer ce sujet — que le traitement radiothérapique est nettement supérieur au traitement chirurgical.

L'exérèse, en effet, à moins d'être faite très largement, à une assez grande distance de la masse néoplasique perçue cliniquement, surtout dans le cas du spino-cellulaire dont on ne sait pas très bien où il s'arrête, l'exérèse ne présente aucune garantie en dépit des grands délabrements qu'elle occasionne.

Le chirurgien oubliera des travées ou des cellules cancéreuses qui seront le siège de récidives ou de métastases.

Et pour ce qui a trait aux ganglions déjà gorgés de cellules tumorales, quel est l'opérateur qui peut raisonnablement affirmer qu'il les a tous enlevés avec leurs lymphatiques ? Il est bien souvent des ganglions, cliniquement imperceptibles, qui sont déjà infestés et sont autant de nids d'où essaimera la néoplasie.

Les régions sous-maxillaires, angulo-maxillaires, cervicales sont tellement riches en ganglions que nul ne peut être certain de l'avoir complètement nettoyée. Les récidives sont le plus souvent impitoyables. De plus, l'intervention chirurgicale donne le coup de fouet à un cancer torpide jusque là. La radiothérapie, au contraire, guidée par la clinique et l'histo-pathologie, grâce à une méthode judicieusement choisie, atteint les cellules néoplasiques, à quelque profondeur qu'elles soient situées, stérilise les ganglions de la région suspecte et tout le territoire incriminé.

Mycosis fongoïde

Le Mycosis fongoïde, que l'on a rangé provisoirement parmi les hématodermies, est un autre succès de la radiothérapie. Cette dermatose, quand elle en est au stade tumeurs, relève uniquement des Rayons X. Au stade érythrodermie pré-mycosique elle peut être améliorée par les Rayons Ultra-violets, ainsi que nous l'avons montré avec M. Louste en novembre 1925. Mais quand les tumeurs sont constituées la Roentgenthérapie seule doit être utilisée, car aucun topique, aucune médication interne, aucune intervention chirurgicale ne peut apporter le plus léger palliatif à cette maladie.

L'histoire des débuts du traitement de cette affection par les radiations intéressa le corps médical canadien. En effet, le premier cas qui ait été traité heureusement fut une Canadienne-française de Montréal, madame B., que Belot irradiia, en 1901, à l'hôpital S.-Louis, alors qu'il était le chef du Laboratoire d'Electro-Radiologie de Brocq.

Cette malade, ayant de volumineuses tumeurs au visage, avait été opérée par un chirurgien de Montréal, quelques années auparavant. Il lui avait enlevé une énorme bosse siégeant à la joue, qui la gênait considérablement, qui évidemment récidiva, accompagnée de plusieurs autres. Découragée, devant l'insuccès de la chirurgie et d'une multitude d'autres traitements, cette femme s'en vint finalement à Paris pour consulter Brocq. C'était aux premiers temps de la Roentgenthérapie. Le grand dermatologiste, sachant l'inanité de toutes les médications connues, conseilla à Belot l'irradiation, à titre d'essai. A leur grande surprise, ils virent en très peu de temps, les tumeurs fondre et disparaître. Ce fut l'objet de la première observation publiée d'un Mycosis fongoïde rétrocedant devant les Rayons X.

Elle est désormais devenue classique et figure, avec photographies, dans plusieurs traités, entr'autres dans un ouvrage allemand de Kienbock. Cette brave dame est passée à la postérité. C'est là un point d'histoire que nous avons cru intéressant de rapporter.

Le Mycosis fongoïde donc, qui est rebelle, tout à fait, irrémédiablement à toute autre thérapeutique, cède de façon remarquable devant les rayonnements. Souvent, une douzaine de jours après la première attaque, les tumeurs ont disparu sans laisser de trace. Et le prurit inextinguible, que rien ne pouvait calmer, cesse lui aussi, au plus grand soulagement des malades, parfois le jour même de l'application.

Cette érythrodermie et ces tumeurs sont, chacun le sait, essentiellement récidivantes. Les Rayons X n'en préviendront pas le retour. Il ne peut être question de guérison définitive. Mais ils ont cette supériorité marquée sur le traitement médicamenteux d'agir sur prurit et tumeurs alors que celui-ci est tout à fait inopérant.

De son côté, l'exérèse chirurgicale est à éliminer complètement, sinon le malade serait sans cesse sous le bistouri. Et comme ces récidives surviennent en toutes régions le malade deviendrait en peu de temps couvert de multiples cicatrices, avec un tégument profondément délabré.

Il est à l'hôpital S.-Louis toute une collection de malades qui durent déjà depuis longtemps, dont quelques-uns depuis une quinzaine d'années, et qui se présentent au service de Physiothérapie lorsqu'ils ont une nouvelle poussée.

Les Rayons X, sans débarrasser les malades du Mycosis, le font très souvent disparaître pendant de longues périodes, le calment toujours et rendent supportable une existence qui autrefois était des plus lamentables pour ces malheureux.

Maladie de Hodgkins

Cette maladie, que de très nombreux travaux d'hématologistes et d'histo-pathologistes ont sortie du groupe confus des affections ganglionnaires, n'est pas à proprement parler une maladie de la peau. Elle intéresse cependant le dermatologiste par son prurit très fréquent et ses lésions de grattage consécutives.

Elle mérite une mention dans ces pages.

La Roentgenthérapie améliore incontestablement le malade, faite à petites doses souvent répétées et convenablement filtrées.

Ces irradiations amènent une régression rapide des masses ganglionnaires. Dans le cas d'adénopathie médiastinale avec signes de compression, ceux-ci rétrocedent et le malade peut de nouveau respirer librement.

Comme lorsqu'il s'agit du Mycosis, le malade ne peut espérer être définitivement guéri par les radiations. Aucun traitement connu ne peut du reste en arrêter l'évolution fatale. De nombreuses observations cependant tendent à démontrer que la radiothérapie prolonge l'existence des porteurs de lymphogranulomatose maligne.

Des survies assez appréciables ont été notées.

Cette thérapeutique bien que palliative seulement vaut assurément d'être appliquée, puisqu'elle recule l'échéance du Hodgkins.

Leucémies

Ici l'emploi des Rayons X donne des succès notoires. Non seulement disparaissent les masses ganglionnaires, splénique, les manifestations cutanées (leucémides diverses) mais de plus le pronostic en est éclairci par la physiothérapie.

La plupart des auteurs répètent, surtout si le traitement a été entrepris dès le début, que les radiations sont le meilleur moyen que l'on connaisse.

Les différents organes hématopoïétiques, ganglions, rate et diaphyse des os longs dans le cas de la leucémie myéloïde, sont irradiées.

Les séances seront forcément nombreuses et convenablement espacées. Technique, dosage et filtration varient selon le cas.

Des observations très intéressantes ont été publiées à ce sujet où des leucémiques avérés vivent déjà depuis de nombreuses années grâce à la Radiothérapie. A chaque récurrence, ils sont irradiés. L'irradiation précoce est des plus importantes. Il est dorénavant admis que l'on doit recourir aux Rayons X, dès le diagnostic posé, et ne plus perdre un temps précieux en s'égarant vers d'autres modes de traitement.

Il est vraiment remarquable de constater combien la radiothérapie réduit rapidement les hyperplasies ganglionnaires, les tumeurs et les infiltrations, tout en modifiant la formule leucocytaire.

Il faudra même se méfier de cette brusque résorption et ne traiter que prudemment le malade. Ce serait autrement l'exposer à des accidents.

La médication par la benzène, l'opothérapie médullaire, le sérum hématopoïétique, l'arsénothérapie, comptent chacune d'assez beaux succès à leur actif.

Mais les radiations l'emportent indubitablement, si elles sont faites assez tôt.

La rétrocession des symptômes dans certains cas a semblé si définitive que d'aucuns n'ont pas hésité à prononcer le mot de guérison.

(A suivre)

COCAINISATION DU GANGLION SPHENO-PALATIN DANS UN CAS DE ZONA OTITIQUE (1)

Par le Docteur FRANÇOIS BADEAUX,
Assistant du Dr A. Lassalle,

Attaché à la Clinique d'Ophthalmologie et d'Oto-rhino-laryngologie
de l'Hôtel-Dieu.

Le zona est un sujet d'actualité, si l'on considère les travaux entrepris au point de vue étiologique et pathogénique.

Je ne m'arrêterai pas à vous parler de ces questions si bien traitées par nos maîtres Sicard, Achard et Ramond. Je ne ferai qu'effleurer la symptomatologie, en relatant l'observation d'une malade de la clinique du Dr Lassalle à l'Hôtel-Dieu.

Toutefois, avant de nous arrêter sur un point pratique, le traitement, définissons le zona tel que compris aujourd'hui. C'est une maladie infectieuse aiguë parfois épidémique, conférant l'immunité, avec cette caractéristique symptomatique d'une éruption localisée et unilatérale du type érythémato-vésiculeux, maladie qui vraisemblablement reconnaît à son origine un virus filtrant.

Voilà donc la définition du zona.

Les douleurs du zona à la période du début et d'état, tout comme les algies post zostériennes, sont d'une tenacité et d'une intensité souvent intolérables.

Les premiers à nous le laisser savoir, ce sont nos malades. Quels médicaments en "ine" n'ont-ils pas absorbés, quels cataplasmes ne se sont-ils pas appliqués, quelle piqûre n'ont-ils pas reçue !

Aussi devons-nous chercher à les soulager du mieux possible. Et c'est dans ce but que je relate cette observation.

Observation.—Le 3 mars dernier, une dame de 35 ans vient à la clinique du Dr Lassalle nous consulter, demandant soulagement pour des douleurs intolérables ressenties depuis 2 jours dans la région occipito-cervicale gauche et dans l'oreille du même côté. En plus, torticolis à gauche.

Les douleurs sont atroces, l'empêchent de dormir, et portent sa tête à gauche. C'est une sensation de cuisson à la peau que tout frôlement exagère.

Je laisse la malade raconter son histoire de cas.

(1) Observation présentée au Dimanche du Praticien, le 18 avril 1926.

La maladie actuelle débuta quelques jours avant le nouvel an dernier, par des démangeaisons du conduit de l'oreille gauche. Examinée, on ne trouva rien. Entre temps, la malade nota des croûtelles recouvrant une gouttelette de pus sur le pavillon.

En février 1926. — Elancements d'oreilles et douleurs à la mastoïde. Elle absorbe médicament sur médicament sans soulagement, note que les douleurs lui font exécuter des mouvements involontaires vers la gauche.

La malade s'inquiète, pense à la chorée.

Le 28 février.—Au toucher, elle remarque une glande douloureuse sous-occipitale gauche qu'elle badigeonne de teinture d'iode.

Fait très intéressant à noter, car il met en mémoire l'adénite primitive de Ramond et justifie la théorie de celui-ci, c'est-à-dire qu'il y a deux sortes d'adénopathie: une adénopathie de la période primitive du début, de la période d'état, qui serait vraiment due au virus zostérien, et une adénopathie de la fin de la période d'état qui est concomitante, qui évolue parallèlement à la suppuration des vésicules. C'est une adénopathie due à des germes d'infection secondaire. Nous verrons plus tard cette adénopathie secondaire survenir chez notre malade.

Le lendemain, le 26 mars, apparition d'une vésicule à gauche, au cou, région de la 3^e cervicale, vésicule qui cause beaucoup de prurit et que la malade traite au H²O².

Le 27, apparaissent sur la mastoïde et le long du cou d'autres placards érythémateux, surmontés de vésicules groupées en bouquet et tendant à la fusion.

Le 2 avril.—Les vésicules crèvent, laissant écouler un liquide purulent; d'autres, que la malade perfore elle-même, donnent un liquide citrin limpide.

Puis apparaissent quelques glandes le long du sterno-cléido-mastoïdien, adénopathie secondaire.

C'est alors que la malade se présente à l'hôpital.

Examen.

Cou.

La tête inclinée à gauche atténue la douleur.

Eruption *unilatérale* typique du zona: placards érythémato-vésiculeux, région cervicale gauche, et sur la mastoïde du même côté.

La pression des apophyses épineuses des vertèbres cervicales est très douloureuse, surtout au grand nerf d'Arnold.

La malade ne rapporte aucune histoire de traumatisme ni d'effort.

Oreille.

Eruption sur le pavillon.

Le tympan ne présente rien, sauf un peu de rétraction. Ce qui s'explique par l'histoire d'O. M. Sup. aiguë traitée et guérie à l'âge de 27 ans, mais qui a toujours laissé depuis une légère surdité.

A la loupe de 14 dioptries, le long de la paroi postérieure du conduit on aperçoit quelques vésicules sur base érythémateuse. Explication des démangeaisons intenses d'oreille. Pas de nystagmus spontané, pas de bourdonnements, pas de vertiges. Babinski, Weil et Romberg négatifs. Légère surdité. V. C. O. G. = 15 pieds. Wéber latéralisé à gauche. Schwabach n'est pas prolongé. Rinne négatif. Aucune douleur profonde à la mastoïde. Pas d'effacement du sillon rétro-auriculaire.

Enfin, aucun signe de mastoïdite. Les rayons X donnent des cellules mastoïdiennes saines comme à droite, pas même de voile douteux. Les vertèbres sont normales.

Donc, aucune signe de compression pouvant donner une éruption zostériforme.

Nez.

Un peu de rhinite hypertrophique congestive qui diminue après attouchement à la cocaïne à 5%, additionnée de quelques gouttes d'adrénaline au millième. Cependant la tête des cornets moyens et inférieurs reste un peu framboisée.

Palais normal. Dents saines. La *langue* ne présente rien, ce qui arrive souvent dans le zona otitique incomplet.

Wassermann = — — —.

Température est de 99°.

Anorexie depuis quelques jours.

Examen pulmonaire excellent.

Nous avons donc tous les symptômes du zona: maladie infectieuse avec 1° douleurs avec cuisson, 2° éruption, 3° adénopathies primitive et secondaire.

Il nous resterait l'examen du liquide céphalo-rachidien pour rechercher la lymphocytose. Seulement, on ne la trouve qu'en autant que le pôle interne du ganglion rachidien est pris, car celui-ci baigne dans le liquide céphalo-rachidien. La malade s'oppose à toute piqûre.

Le diagnostic est assez facile; Achard n'a-t-il pas montré des cas de zona sans éruption ou lymphocytose ?

Nous pouvions penser à l'herpès, mais la présence de température, d'adénopathie primitive, les douleurs atroces, la localisation unilatérale et restreinte nous suffisaient.

L'eczéma n'est jamais si douloureux, ni ne présente une éruption identique.

L'impétigo se reconnaît à ses croûtes. Le favus de même.



Anastomoses des deux branches terminales du facial avec l'auriculo-temporal et la branche auriculaire du plexus cervical.

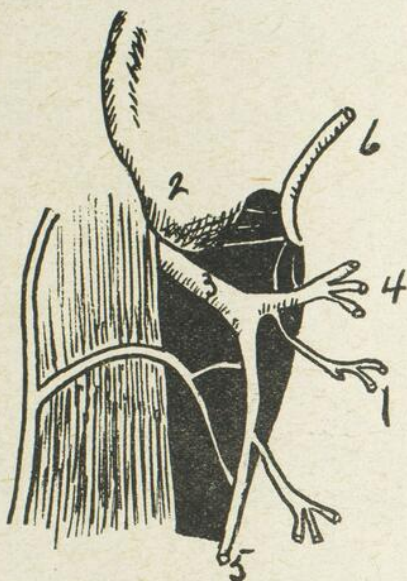
La malade est envoyée au Dr Léo Parizeau et soumise au traitement des rayons X.

Une première et unique dose forte de rayons, filtrés à travers 5 m.m. d'aluminium et d'un filtre additionnel de cuivre épais, est administrée localement.

Puis, par la suite elle est soumise à l'héliothérapie artificielle à la lampe au mercure. Elle reçoit en trois fois une dose très voisine

de la dose d'érythème. Nous adjoignons localement la poudre de talc et d'acide borique, un sédatif ordinaire au besoin et un laxatif.

Le 17 mars.—Les vésicules sèchent, le torticolis est disparu dès la séance des Rayons filtrés. Une très forte démangeaison du conduit, des douleurs par crises et une céphalée hémicranienne persistent. La chaîne des ganglions cervicaux est toujours douloureuse à la pression seulement, surtout la deuxième paire, le grand d'Arnold.



- 1) Branche de l'os maxillaire inférieur — 2) Lobule — 3) Facial —
 4) Sa branche temporo-faciale — 5) Sa branche cervico-faciale —
 6) Nerf auriculo-temporal — 7) Deux filets anastomotiques pour la
 branche temporo-faciale — 8) Branche auriculaire du plexus cervi-
 cal, avec 9) rameau anastomotique pour la branche cervico-faciale.

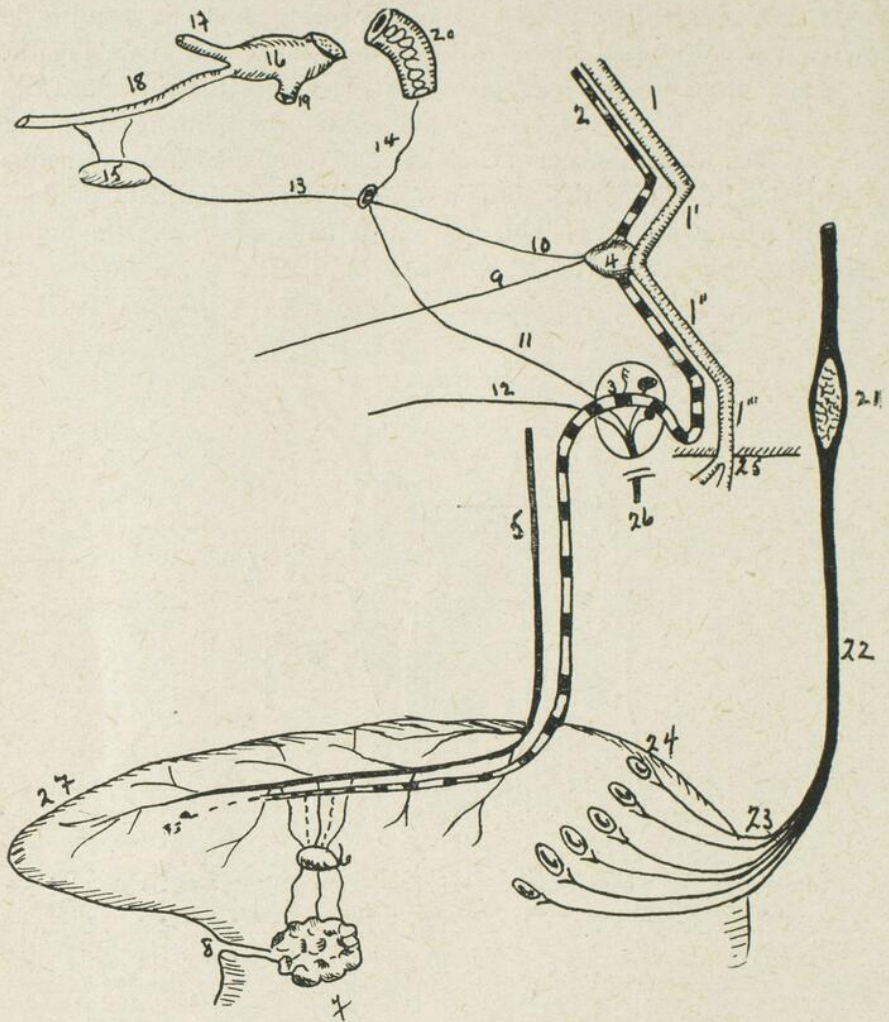
Jusqu'à maintenant la malade n'a rien remarqué du côté de la langue, aucune éruption douloureuse, aucune ulcération.

Pas d'embarras du langage.

23 mars.—Le trijumeau vient compliquer le tableau clinique déjà assez chargé, toutes les émergences du nerf sont douloureuses à la pression. Le réflexe cornéen est très sensible, otalgie.

A noter encore, la contraction du frontal ne donne presque pas de rides à gauche. Les sourcils du même côté s'élèvent moins qu'à droite. Le sillon naso-jugal est moins net dans le rire. Rien à la bouche. Nous avons affaire à une parésie du nerf facial, tel qu'il arrive souvent dans les cas de zona otitique.

Il est curieux de voir une parésie du facial après avoir noté au début un torticolis, probablement dû à une irritation de la bronche.



L'intermédiaire de Wrisberg dans ses rapports avec le facial et le lingual et le ganglion sphéno-palatin.

1) Nerve facial, avec 1', 1'', 1''', ses trois segments dans l'aqueduc de Fallope; 2) Intermédiaire de Wrisberg; 3) Cercle du tympan; 4) Ganglion géniculé; 5) Nerve lingual; 6) Ganglion sous-maxillaire; 7) Glande sous-maxillaire, avec 8) canal de Wharton; 9) Petit nerf pétreux superficiel; 10) grand nerf pétreux superficiel; 11) Grand nerf pétreux profond; 12) Petit nerf pétreux profond; 13) Nerve vidien recevant les grands nerfs pétreux superficiel et profond; 14) Branche du sympathique plexus carotidien se rendant au ganglion sphéno-palatin par nerf vidien; 15) Ganglion sphéno-palatin; 16) Ganglion de Gasser; 17) Nerve ophtalmique; 18) Nerve maxillaire supérieur; 19) Nerve maxillaire inférieur; 20) Carotide interne; 21) Ganglion d'Andersch; 22) Nerve glosso-pharyngien; 23) Ses branches terminales à la base de la langue en arrière du V lingual; 24) V lingual; 25) Trou stylo-mastoïdien; 26) Nerve Jacobson; 27) Langue.

motrice du plexus cervical, qui innerve le sterno-cléido-mastoïdien en même temps que le spinal. Les vésicules sont desséchées mais ont laissé des cicatrices blanches, opaques, sur base pigmentée. Nous savons que cette pigmentation est un indice de perturbation du sympathique.

Ce qui porte Sicard à faire de la lésion primitive une lésion ganglio-radiculo-médullo-sympathique.

Il n'y a plus de douleurs spontanées du cou, et la peau, au lieu d'être hypersensible, est hyposensible à la chaleur et à la douleur sur tout le territoire innervé par le plexus cervical et davantage au centre des cicatrices.

Le 29 mars.—Devant les douleurs persistantes d'oreille, nous décidons de faire une application de cocaïne à 10% au ganglion sphéno-palatin gauche. Un tampon imbibé est placé sous la queue du cornet moyen. Instantanément la malade nous manifeste sa joie, tout est disparu: otalgie et céphalée.

Seules, les apophyses cervicales sont sensibles à la pression forte. Durant une semaine la malade ne s'est pas plainte, elle a pu dormir et vaquer à son ménage avec plaisir.

Le 3 avril, sentant revenir un peu de douleur, elle nous demande une nouvelle application que nous faisons sans hésiter.

A noter aussi que la parésie faciale a disparu, de même que l'hypersensibilité du trijumeau.

Depuis nous n'avons pas revu la malade.

Que devons-nous conclure de là ?

Que si la cocaïne à 10% en application sur le ganglion sphéno-palatin fait disparaître les douleurs causées par l'atteinte de l'intermédiaire de Wrisberg, et aussi la parésie du facial irrité par son contact intime avec l'intermédiaire, soit par continuité ou par compression, nous pourrions peut-être réussir à analgésier les ganglions rachidiens.

Et nos efforts devraient tendre vers cette fin.

Quelle voie la cocaïne a-t-elle suivie ?

Un regard sur le schéma expliquera mieux que toute description.

Un point que je ne voudrais pas passer sous silence, c'est la preuve que le zona est épidémique, bien que faiblement contagieux.

Durant l'année, nous avons observé 8 à 10 cas de zona à l'hôpital et sur ce nombre 7 entre février et avril.

Souhaitons que les bactériologistes, un jour prochain, trouvent le virus filtrant du zona, ainsi que ceux du trachôme, de l'encéphalite épidémique et de la conjonctivite de Parinaud.

REVUE HISTORIQUE

HISTOIRE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL (1)

Par le Professeur L.-D. MIGNAULT,
Secrétaire de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

Chapitre I

Les fondateurs

L'on voyait dernièrement dans le bas de la rue Saint-Urbain une vieille maison; elle a été le berceau de notre Faculté, car c'est dans cet immeuble que se sont réunis en 1843 les fondateurs de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

Ils n'étaient pas nombreux: il y avait d'abord le Docteur Francis Thomas Arnoldi, le président, le docteur Badgely, le secrétaire, et puis les docteurs Pierre Munro, William Sutherland et J. McNider.

Ce dernier avait alors 27 ans, et il était porteur d'un diplôme de l'Université d'Edimbourg. Membre du Bureau médical du Montreal General Hospital, et l'un des fondateurs de la Maternité de Montréal, il était chargé du cours d'obstétrique. Il s'est retiré au bout d'une année, probablement pour des raisons de santé, puisqu'il est mort en 1846, victime de la tuberculose pulmonaire.

Nos ancêtres n'avaient pas des agences de publicité comme leurs descendants, mais ils savaient se servir des journaux pour se faire connaître. Nous voyons dans *La Minerve* de 1843 un avis signé Badgely annonçant l'ouverture des cours, et informant le public que l'Ecole possède une bibliothèque d'au delà de mille volumes, un laboratoire de chimie et un "set" (sic) d'instruments de physique et un commencement de musée anatomique et pathologique.

Les honoraires d'une année académique en une seule langue sont de 6 livres et 5 chelins, environ \$25.00; et ceux qui suivent l'enseignement dans les deux langues doivent déboursier deux livres de plus.

L'horaire n'était pas compliqué. Il ferait la joie de l'Exécutif actuel de la Faculté, et spécialement de notre excellent confrère le docteur Parizeau.

(1) Nous commençons aujourd'hui la publication d'un mémoire du plus haut intérêt que nous devons à la plume du Secrétaire, témoin averti de tous ces faits. La lecture en est attrayante.—N. D. L. R.

A 9 hrs a.m.—Dr Arnoldi fils: Accouchements et maladies des femmes et des enfans.

A 10 hrs a.m.—Matière médicale et thérapeutique: Dr Sutherland.

A 11 hrs a.m.—Principes et pratique de la Chirurgie: Dr Munro.

A 2 hrs p.m.—Anatomie et physiologie: Dr Horace Nelson.

A 3 hrs p.m.—Pathologie générale et spéciale et pratique de la Médecine: Dr Badgely.

A 8 hrs p.m.—Chimie et pharmacie: Dr Sutherland.

L'enseignement clinique se donnait au dispensaire qui était ouvert tous les jours, probablement à midi. Les citoyens de Montréal venaient alors, comme aujourd'hui, se faire traiter gratuitement et abuser, comme ils le font encore trop souvent, de la charité de la profession médicale.

C'est le 29 mars 1845 que la loi constituant en corporation l'Ecole de Médecine et de Chirurgie reçut la sanction du Gouverneur général. Quelques jours plus tard eut lieu la première réunion des médecins dont les noms paraissent dans la Charte — c'est-à-dire les docteurs Arnoldi, Gadgely, Munro, Sutherland et Horace Nelson. Le premier ordre du jour étant l'élection des officiers, M. Arnoldi fut choisi comme président et M. Bagdely comme secrétaire-trésorier.

Quelques détails maintenant sur ces fondateurs.

Le docteur Arnoldi était le fils du docteur Daniel Arnoldi qui est venu se fixer à Montréal dans les premières années du dix-neuvième siècle.

Je me suis laissé dire que la famille était d'origine allemande et que, étant passée en Italie, son nom primitif *Arnold* est devenu *Arnoldi*. En tout cas nous avons que Arnoldi père fut médecin de la prison de Montréal pendant bien des années, et il paraîtrait que Félix Poutré en simulant la folie eut l'idée de l'asseoir un jour sur un poêle chaud, et ce symptôme d'aliénation a dû confirmer le diagnostic.

Nous savons maintenant que le nommé Félix Poutré simulait la folie de connivence avec les autorités pour cacher sa trahison et échapper à la vengeance de ses compatriotes.

Pour revenir aux Arnoldi, nous voyons dans le récit de la bataille de Saint-Eustache que le père et le fils accompagnaient, en qualité de chirurgiens, la petite armée de Sir John Colborne, et qu'ils ont fait une autopsie sur les restes du docteur Chénier.

Le docteur Thomas Arnoldi est demeuré président de l'Ecole jusqu'à sa démission en 1849, lorsqu'il est devenu professeur de Médecine légale à l'Université McGill. Il n'a occupé cette chaire

apparemment que pendant une année, et nous le retrouvons plus tard à Toronto où il est mort vers 1864.

Singulier personnage que le docteur Badgely ! A peine est-il élu secrétaire qu'il démissionne, non seulement comme secrétaire, mais comme professeur, et le docteur William Sutherland lui succéda.

Puis, comme l'Ecole voulait remplacer le démissionnaire et en même temps nommer un professeur de Matière médicale, il fut résolu d'annoncer pour ces deux chaires un concours qui aurait lieu le 1er août 1845.

Or la veille du jour fixé le Conseil s'assembla pour formuler les questions qui devaient être posées aux candidats et recevoir les avis des concurrents, et M. Badgely leur signifie qu'il a l'intention de se présenter au concours pour la chaire qu'il venait d'abandonner.

L'Ecole reçut l'enfant prodigue à bras ouverts et il est resté membre de la Corporation jusqu'en 1849 lorsqu'il s'est retiré avec MM. Arnoldi et Sutherland. Comme Arnoldi, il a enseigné la Médecine légale une année à McGill, et puis il s'est retiré.

Pierre Munro est le seul des fondateurs que j'aie connu. Il descendait d'une famille distinguée d'Ecosse, les Munro de Foulis. Son ancêtre a dû venir au Canada peu après la conquête, et probablement dans l'armée. Marie Munro, sa fille ou sa petite fille, épousa en 1805 le dernier marquis de Lotbinière, et se trouve ainsi la bisaïeule du doyen actuel de la Faculté, le docteur Louis de Lotbinière Harwood.

Pendant bien des années, le docteur Munro fut le médecin de la communauté de l'Hôtel-Dieu. C'est grâce à son influence que les professeurs et élèves de l'Ecole ont été admis aux salles de l'Hôpital en 1850.

Le docteur Munro était un excellent chirurgien, mais dans ses premières années de service, le chloroforme n'était pas encore connu. Il fallait opérer très rapidement pour épargner autant que possible la souffrance au patient, qui était souvent lié à la table.

Un des premiers assistants du docteur Munro était feu Sir William Hingston. Celui-ci a toujours parlé avec admiration des connaissances anatomiques du chef, de son dévouement et de l'habileté qu'il déployait dans les circonstances les plus difficiles.

Ce dernier des fondateurs de l'Ecole est mort au mois d'avril 1882; il demeurait alors rue Saint-Denis, près de la rue Emery.

Ceux qui l'ont connu mieux que moi me disaient qu'il avait toujours conservé sa foi religieuse, qu'il avait toujours pratiqué sa religion sans ostentation mais avec beaucoup de piété.

Le docteur Horace Nelson était le fils du docteur Wolfred de Saint-Denis. En '37 il n'avait que 16 ans, et j'ai appris de sa sœur, qui est demeurée bien des années à Montréal, que lorsque les troupes de Wetherall, après la bataille de Saint-Charles, eurent repris Saint-Denis, il avait été arrêté trois fois par des huissiers qui désiraient prouver leur zèle pour la cause des vainqueurs. Sa mère, qui connaissait le colonel Wetherall, obtint son élargissement, et comme leur demeure avait été incendiée avec celles de quelques autres chefs de la révolte, la famille s'était réfugiée à Montréal.

Le docteur Wolfred était anglican; mais Madame Nelson, née de Fleurimont, a élevé ses enfants dans la religion catholique.

Le jeune Horace est allé rejoindre son père à Plattsburg après son retour des Bermudes. L'amnistie de 1847 permit au docteur Wolfred Nelson de revenir se fixer à Montréal; sa maison occupait le site actuel du bureau de *La Presse*. En 1854, il est devenu maire de la ville et a vécu jusqu'en 1862.

Le docteur Horace s'est retiré de l'enseignement en 1847. Il est mort comme son père en 1862, laissant un fils, Wolfred, médecin aussi.

Le concours du 1er avril 1845 joignit à la corporation le docteur J. G. Bibaud, qui, comme le docteur Munro, est resté membre du Conseil jusqu'à sa mort en 1881. Fils et frère de deux écrivains distingués, le docteur Bibaud avait reçu une large part du talent familial. Il succéda au Dr Nelson comme professeur d'Anatomie et conserva sa chaire jusqu'à sa mort. Sous des circonstances plus favorables, il se serait créé, avec ses dons naturels, une situation enviable dans le monde scientifique.

Le docteur Sutherland est resté secrétaire de l'École jusqu'à sa démission en 1849.

Je me rappelle qu'il demeurait au coin de la rue Dorchester et de l'avenue Union. Il devint en 1850 professeur de Chimie à l'Université McGill; et, plus heureux que ses confrères qui avaient abandonné l'institution qu'ils avaient fondée, il a conservé sa chaire jusqu'en 1867. J'ai souvent entendu dire qu'il possédait à un haut degré le don de la parole et que ses leçons étaient très appréciées. Il avait une forte clientèle parmi les Canadiens-français, et il savait se faire aimer et estimer de tous ses patients, riches ou pauvres. Il est mort de phthisie pulmonaire en 1872.

L'École a nommé le même jour le Dr Régnier comme démonstrateur d'Anatomie, position qu'il a conservée jusqu'en 1856. Je trouve dans les procès-verbaux du temps qu'il est souvent question

de lui, et son chemin pendant ces onze années n'a pas été parsemé de roses. Comme le fils du meunier, il ne pouvait plaire à tout le monde; mais son chef le Dr Bibaud s'est toujours déclaré satisfait de ses services.

Chapitre II

Les débuts de l'École de Médecine

La charte imposée par la Législature imposait des obligations et des devoirs assez sérieux aux membres de l'École.

D'abord, tous étaient personnellement responsables des dettes de l'institution. Par conséquent, un membre qui n'avait rien pouvait échapper à la visite de l'huissier, tandis que son confrère plus fortuné était exposé à recevoir le papier timbré.

Puis, l'École devait donner en français et en anglais 120 leçons d'une heure au moins, sur chaque branche de la science médicale, ce qui imposait aux professeurs deux leçons par jour pendant l'année académique: une en français le matin, l'autre en anglais l'après-midi ou vice versa. Il y avait deux salles de cours dans l'édifice scolaire et le procès-verbal les désigne sous les noms de "upstairs" et "downstairs".

Soit dit sans orgueil, un enseignement bilingue serait encore facile *chez nous*, mais je doute fort que ce serait possible chez nos voisins de la rue Université.

La charte permettait à l'École d'accorder à ses gradués un certificat, qui donnait droit à la licence pour pratiquer la médecine, qui était émise par le Gouverneur Général.

Nous verrons que ce privilège ne dura pas longtemps puisqu'en 1847 l'on fonda le Collège des Médecins et Chirurgiens, et désormais la licence *ad practicandam* n'était accordée qu'*aux porteurs d'un diplôme universitaire*.

Les petites causes ont souvent de grands effets; et cette clause dans la charte du Collège a paralysé pendant plus de quarante ans les efforts de l'École. Elle l'a mise dans une position toujours gênante, souvent humiliante, et quelquefois, comme en 1883, dans une situation tellement dangereuse que tout semblait perdu.

Il est vrai qu'après 1867 la délicatesse et la générosité de nos amis de Cobourg ont beaucoup mitigé la situation, mais notre affiliation avec eux, toute inoffensive qu'elle était, et si nécessaire à notre existence, a fourni à nos adversaires une arme formidable, comme nous le verrons plus loin.

Enfin, pour revenir à la charte, l'École devait formuler des

règlements pour ses membres et ses élèves, et les soumettre à l'approbation du Gouverneur en Conseil.

Ces règlements une fois approuvés avaient, pour ainsi dire, force de loi, et toute infraction était punissable d'une amende n'excédant pas 25 shillings (environ \$5.00), mais il faut ajouter que cette pénalité n'a jamais été imposée.

Nous trouvons ces *pouvoirs primitifs* dans les chartes de beaucoup d'universités anglaises, et si je ne me trompe il peut être encore exercé à l'Université McGill.

Les procès-verbaux de l'Ecole, rédigés en anglais par le docteur Sutherland, offrent beaucoup de choses intéressantes à lire.

Ainsi au mois de mai 1845, le Secrétaire est chargé d'acheter un cadeau, dont la valeur ne doit pas dépasser quatre livres (\$16.00) et l'offrir à M. Scott, qui a présenté le projet de loi d'incorporation à la Législature.

Je crois que ce M. Scott est le même qui, en 1837, avait fait tout en son pouvoir pour dissuader ses concitoyens, à Saint-Eustache, d'opposer une résistance armée aux troupes de Colborne. Je crois même que sa maison a été détruite pendant le combat; mais en tous cas, si c'est le même M. Scott, ce ne serait pas étonnant qu'il aurait été favorable à la requête du Dr Arnoldi et de ses collègues.

L'Ecole a prié les Gouverneurs du Montreal General Hospital d'admettre les élèves et les professeurs à deux salles pendant l'année académique, et en même temps le docteur Horace Nelson est chargé d'user de l'influence de son père auprès de Mgr Bourgette (sic) pour obtenir la même faveur des Religieuses de l'Hôtel-Dieu. Si ces démarches ont réussi, le procès-verbal n'en fait pas mention.

Les professeurs de ces jours attachaient une grande importance à la dissection, et outre la salle commune ils avaient deux ou trois petites pièces où ceux qui désiraient disséquer en "petit comité" pouvaient parfaire leurs études.

Or, l'Hôpital anglais leur envoyait souvent des cadavres, mais l'Ecole se plaignait respectueusement que ces sujets avaient été tellement mutilés, probablement par les autopsies, qu'ils étaient presque inutiles.

A ce propos, il est bon de se rappeler que les cimetières n'étaient pas très loin des écoles. Le champ mortuaire des catholiques se trouvant sur le Carré Dominion, et celui des protestants sur le Carré Dufferin, et si les sujets des hôpitaux faisaient défaut l'on organisait une "expédition" à l'un ou l'autre de ces deux endroits. Il y avait aussi le cimetière militaire sur le chemin Papineau, et j'ai entendu

dire que plus d'un guerrier d'Albion, voire même une fois un général authentique, a fait après la mort un voyage qui n'était pas prévu par le Code militaire.

Au mois de mars 1846, il y a eu une émeute au sujet de l'élection du maire et l'Ecole se plaint que la foule en délire a brisé des vitres, etc., et réclamé une indemnité auprès des autorités civiques. S'ils avaient eu, comme nous au 1er mars 1900, des boyaux d'incendie, ils n'auraient pas souffert de dommages.

Enfin le gardien de l'Ecole, un Irlandais, reçoit une allocation de *dix dollars* par mois, "en raison, dit le procès-verbal, de l'importance de ses fonctions". Je me demande ce qu'on lui aurait accordé si ses fonctions n'avaient pas été importantes.

L'année académique 1845-46 prit fin le 18 avril, et le procès-verbal rapporte avec un orgueil pardonnable que plusieurs membres du Parlement se sont associés au Conseil pour assister à l'examen des gradués.

Deux candidats se présentèrent: M. A. P. Barlow et Charles Brown, citoyens de l'Etat du Vermont.

L'épreuve, dit encore le livre des minutes, a duré depuis 4 heures jusqu'à 6 heures 30 p.m., et tout le monde s'est déclaré très satisfait des réponses des futurs médecins. Ce serait peut-être manquer de charité de soupçonner que l'auditoire avait faim, et pensait qu'il était temps d'aller souper ou dîner.

Une semaine plus tard, c'est-à-dire le 25 avril, les membres du Parlement en question et le Conseil se sont réunis de nouveau, avec le même résultat, pour l'examen de MM. Wm. Ellsworth et Brock Carter.

Ce fut alors le tour du Secrétaire. Il reçut l'ordre de dresser un certificat *en latin*, expliquant la nature des épreuves subies, et les raisons de l'octroi du certificat.

Je sais qu'à sa place j'aurais été chercher au grenier le dictionnaire Français-Latin de mes jours de collège, et je pense bien que si le Dr Sutherland, en bon presbytérien qu'il était, n'a pas consulté son pasteur, il a dû passer quelques mauvais quarts d'heure sur le document en question.

Est-ce la fatigue de cette rédaction, ou n'y avait-il rien d'assez important à consigner dans les minutes, le livre des procès-verbaux est muet du 12 mai 1846 jusqu'au 20 septembre 1849.

J'ai dû, par conséquent, pour combler ce vide, avoir, par l'entremise de mon confrère et ami le docteur Albert Laramée, recours aux journaux du temps.

(à suivre)

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

IX^e CONGRES

Montréal, 21-22-23-24 Septembre 1926

Le Comité Exécutif du IX^{ème} Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord a l'honneur de vous annoncer que le congrès se réunira à Montréal en septembre prochain. Le nombre imposant des délégués étrangers et l'importance des travaux qui seront présentés et discutés en ont rendu obligatoire la prolongation, de sorte que le congrès siégera quatre jours au lieu de trois, les 21, 22, 23 et 24 septembre 1926.

Toutes les séances auront lieu à l'hôtel Windsor, à l'exception de celles du matin qui seront consacrées à la clinique, chaque service d'hôpital organisant à son gré un programme distribué, la veille, aux congressistes.

Pour assurer le bon fonctionnement du congrès et pour permettre aux membres inscrits de présenter des travaux, le Comité Exécutif, de concert avec les Présidents de Section, a résolu de faire des séances particulières pour chacune des sections qui ne siégera pas en séance plénière. Elles auront lieu dans des salles spécialement affectées à cette fin.

Les séances plénières, où se feront l'exposé et la discussion des rapports, auront lieu l'après-midi dans l'ordre suivant:

- 1° Médecine;
- 2° Chirurgie et Spécialité de la Tête;
- 3° Intérêts professionnels;
- 4° Tuberculose.

Seule, la séance plénière de la Syphiligraphie aura lieu le 4^{ème} jour, à 9 heures A.M.

Nous sommes heureux d'annoncer qu'un très grand nombre de sommités médicales étrangères, venant des Etats-Unis, de l'Amérique Centrale, de l'Amérique du Sud et de la Belgique, viendront nous rendre visite. Mais la France y fera surtout sa très grande part: près de quinze médecins la représenteront, dont voici les noms et les titres:

Le professeur Marcel Labbé, professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de Médecine;

M. Antonin Clerc, professeur agrégé et médecin des hôpitaux;

M. Grégoire, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris;

M. Marcel Pinard, médecin des hôpitaux;

M. André Moulouquet, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux;

M. Ameuille, médecin des hôpitaux de Paris;

M. J.-B. Logre, ancien chef de clinique psychiatrique, médecin de l'Infirmierie spéciale de la Préfecture de Police;

M. Emile Sergent, représenté par son chef de clinique M. Francis Bordet, qui présentera le rapport de son maître;

M. Léon Bernard, professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine;

M. Edouard Rist, médecin des hôpitaux de Paris;

M. J. Parisot, professeur agrégé à la Faculté de Nancy;

M. Jacqueros de Leysin, Suisse;

M. Armand-Delille, médecin des hôpitaux;

M. Weill-Hallé, médecin des hôpitaux de Paris.

Voici maintenant quel sera le rapport générale du congrès :

Section de Médecine: Insuffisance ventriculaire.

Rapporteurs: M. Antonin Clerc: du rôle de l'électrocardiographie dans le diagnostic de l'insuffisance ventriculaire; M. J. E. Dubé et M. R. R. Pépin (Montréal: Traitement et prophylaxie de l'insuffisance ventriculaire.

Section de Chirurgie: Traitement chirurgical de l'ulcus gastrique et de l'ulcus duodénal et de leurs complications.

Rapporteurs: M. Grégoire (Paris): (Titre du rapport encore inconnu); M. Chs Vézina (Québec): De la conduite à tenir dans les hémorragies et du rôle de l'infection dans les ulcères gastro-duodénaux.

Section d'Hygiène Sociale:

1° Prévention sociale de la tuberculose.

Rapporteurs: M. Ameuille (Paris): (Titre du rapport inconnu); MM. A. Rousseau et L. Guérard (Québec); M. E. Sergent, représenté par M. Bordet (Paris): Des modes d'infection de la tuberculose; M. Laberge (Montréal): Rapport sur les logements dans la ville de Montréal.

2° Prophylaxie de la syphilis infantile.

Rapporteurs: M. M. Pinard (Paris): Le diagnostic et le pronostic de la syphilis infantile; MM. G. Archambault et Alb. Marin (Montréal): Le traitement de la syphilis infantile; M. S. Langevin (Montréal): (Titre du rapport encore inconnu).

Section des Spécialités de la Tête: Interprétation des états vertigineux.

Rapporteurs: M. A. Moulouguet (Paris): Les vertiges d'origine oculaire; M. P. E. Bousquet (Montréal): (Titre du rapport encore inconnu); M. A. Brousseau (Québec): Interprétation des vertiges au point de vue neurologique.

Intérêts professionnels: L'hôpital et le praticien.

Rapporteurs: M. A. Vallée (Québec): (Titre du rapport encore inconnu); M. P. A. Robichaud (Montréal): (Titre du rapport encore inconnu); M. N. Fournier (Montréal): (Titre du rapport encore inconnu).

Afin de permettre aux congressistes de connaître plus intimement tous ces maîtres étrangers, il y aura tous les midis des déjeuners d'honneur où l'on pourra retenir sa place à l'avance moyennant la somme de (1). Ces déjeuners seront donnés sous les auspices,

le 1er jour, de la Société Médicale de Montréal;

le 2ème jour, des Hôpitaux;

(1) Les prix en seront connus plus tard.

le 3ème jour, de la Ville de Montréal;
le 4ème jour, du Comité Exécutif.

Les soirées seront employées de manière à rendre aussi attrayante qu'instructive la neuvième réunion des médecins de langue française de l'Amérique du Nord. Successivement, il y aura séance éducationnelle avec invitation spéciale au public montréalais, où prendront la parole M. le Dr (2), de Paris, et M. le Docteur Léo Pariseau, de Montréal; le banquet traditionnel, auquel les dames sont invitées; enfin, une réception offerte aux congressistes par le Président et le Comité Exécutif du Congrès.

Il y aura un Comité de Dames spécialement chargées de recevoir celles qui viendront au congrès et de leur faire parcourir un programme de distractions et de promenades dont les détails seront inscrits au programme général.

A l'occasion du congrès, les compagnies de transport ont consenti un rabais sur le prix de passage d'aller et de retour. Pour bénéficier de cette réduction, il faut payer le prix complet du billet d'aller et se munir d'un certificat de congrès (Convention Certificate), qui sera fourni par l'agent au point de départ. Le certificat devra ensuite être présenté au siège du congrès à Montréal, où un représentant des Compagnies de transport l'endossera, permettant ainsi d'obtenir le taux réduit pour le retour. Cette réduction ne s'applique pas aux voitures "Pullman".

Le prix du Congrès est fixé à **six dollars**.

De plus, nous comptons que les médecins canadiens saisiront avec empressement l'occasion qui leur est offerte de faire partie de l'Association des Médecins de Langue Française de France (Section Canadienne) en versant un dollar de plus, soit **sept dollars**. Ils deviennent ainsi **membres actifs** de cette association et reçoivent tous les deux ans les rapports officiels de ses congrès. Ce surplus n'est pas obligatoire pour l'inscription au prochain Congrès de Montréal.

Nous tenons aussi à vous faire savoir que le texte des rapports sera distribué avant le Congrès aux médecins inscrits à l'époque de sa publication pour leur permettre d'en prendre connaissance et de les discuter aux assemblées plénières. Un deuxième rapport général sera ensuite envoyé contenant la discussion des rapports généraux, toutes les communications particulières et les discussions de chaque section.

Il y a donc intérêt pour tous les membres de la profession médicale à **s'inscrire** dès maintenant.

Pour tout renseignement supplémentaire, vous êtes prié de vous adresser au secrétaire du Congrès, le Dr Roméo Boucher, Casier postal 183, Station Outremont, Montréal, qui se mettra volontiers et le plus rapidement possible à votre disposition.

Pr ALBERT LeSAGE,
Président.

Pr GUSTAVE ARCHAMBAULT,
Secrétaire Général.

(2) Non encore choisi.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ACTES DU COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRUR- GIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC

Province de Québec
District de Montréal
No 108

COUR SUPÉRIEURE

Tancrède C. Gaboury,

Appelant,

vs

Le Collèges des Médecins et Chirurgiens de la Province
de Québec,

Intimé.

MEMOIRE DE L'INTIME

Le chapitre 213 des Statuts Refondus de la Province de Québec (1925) contient la loi intitulée "Loi Médicale de la Province de Québec". C'est une loi publique. Elle a pour objet de régulariser l'exercice de la médecine, et d'assurer au public toutes les garanties que comporte le progrès des sciences médicales.

La Loi a confié au Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec le soin de faire observer les dispositions de cette législation, qui possède un caractère d'intérêt public. Le législateur a cru qu'il pouvait compter sur l'esprit professionnel des médecins diplômés, pour assurer à son œuvre une application conforme à ses intentions.

L'article 77 de cette loi permet de citer devant les tribunaux ceux qui exercent la médecine sans être porteurs de diplômes officiels. Le diplôme décerné à la suite d'études longues et d'épreuves difficiles est la garantie que l'Etat exige touchant la compétence professionnelle du corps médical.

La loi, d'autre part, et logiquement, devait offrir au Collège des Médecins les moyens d'atteindre ceux de ses membres qui violent ses statuts, ou qui agissent d'une façon dérogatoire à la dignité professionnelle.

L'article 61 de la loi a créé un Conseil de discipline dans le but de faire observer les règlements et les règles de la déontologie médicale. La déontologie, d'après Larousse, est la science qui traite des devoirs à remplir.

Les règlements du Collège (chapitre VI), approuvés par le Lieutenant-Gouverneur en conseil, énumèrent les cas où un médecin aura commis un acte dérogatoire à la dignité professionnelle, c'est-à-dire à la déontologie médicale.

...“VI. *Le fait de consultations avec des charlatans ou des rebouteurs, et de s'entendre avec des charlatans ou des rebouteurs pour le traitement de maladies.*”

Quelles circonstances ont amené le Collège des Médecins à traduire l'appelant Gaboury devant le Conseil de discipline? Remarquons qu'on lui reproche d'avoir violé les règlements de son Ordre. Il n'est pas accusé d'avoir exercé illégalement la médecine.

S'est-il allié ou s'est-il entendu avec un charlatan pour le traitement de maladies? C'est la question.

Il existe un nommé Lozéphir Marcoux qui n'est pas médecin, et qui a été condamné plusieurs fois par les tribunaux pour exercice illégal de la médecine. Il traite les maladies avec un emplâtre. Cet emplâtre, d'après lui et aussi d'après l'appelant Gaboury, a la vertu de guérir le cancer. C'est l'opinion exprimée par l'appelant dans son témoignage au cours du procès Marcoux, et aussi dans son témoignage devant le Conseil de discipline. Nous croyons pouvoir faire observer qu'il est notoire pour le public cultivé, et même pour le public qui lit, que le cancer est une maladie restée incurable en dépit des efforts de la science. Les savants les plus illustres, les institutions scientifiques les mieux organisées, tant au point de vue matériel qu'au point de vue des compétences, ont tous échoué devant la tâche. Les recherches se poursuivent avec plus d'obstination que de succès.

Qui est Marcoux? Par un chercheur scientifique assurément. Il n'a même pas trouvé tout seul son emplâtre, qui est le produit de l'imagination fertile et pratique d'une brave campagnarde.

Qui est le Dr T. Gaboury ? Il nous dit que depuis onze ans il est employé public — préposé à la distribution des plaques d'automobiles.

Il est admis que tous deux sont intéressés à l'exploitation de l'emplâtre Marcoux.

Ce sont là les circonstances qui ont amené la condamnation de Marcoux par les tribunaux, et la comparution du Dr T. Gaboury devant le Conseil de discipline.

Est-il possible de croire qu'il y a là autre chose qu'une entreprise commerciale fondée sur le charlatanisme ?

Hatzfeld et Darmesteter, dictionnaire français, définit le charlatan: "Celui qui exploite la crédulité publique".

Le Conseil de discipline, composé de membres du Collège réputés pour leur compétence professionnelle et leur probité, et ayant aussi en vue le souci de l'intérêt public, a cru que le Dr T. Gaboury s'est associé avec Marcoux pour exploiter la crédulité publique. Il ne s'est pas prononcé à la légère. Il a fondé sa décision sur des documents et des admissions :

1° Sur un jugement de la Cour de Circuit, prononcé le 3 décembre 1925, condamnant Marcoux à l'amende pour exercice illégal de la médecine. A cette date Marcoux et Gaboury étaient associés pour l'exploitation de l'emplâtre.

2° Sur un jugement du Magistrat Aimé Marchand, prononcé le 21 décembre 1925, condamnant Marcoux à l'amende pour exercice illégal de la médecine. A cette date, encore, Gaboury et Marcoux étaient associés pour l'exploitation de l'emplâtre.

3° Sur une déclaration de l'appelant, confirmant, devant le Conseil de discipline, ce qu'il a dit devant le juge, dans son témoignage au procès Marcoux, appert du procès-verbal de la séance du Conseil de discipline.

4° Sur la déclaration du Dr T. Gaboury, faite devant le juge, savoir :

"Le docteur Gaboury a témoigné qu'il était membre du Collège "des médecins et chirurgiens, qu'il avait exercé la médecine pendant "plusieurs années dans le comté de Pontiac; que depuis onze années "il était employé civil; que dans Pontiac il avait connu une femme "qui guérissait le cancer et que, rencontrant le défendeur Marcoux "à Montréal il apprit de lui qu'il était propriétaire d'un emplâtre "breveté qui avait la propriété de guérir le cancer; il se joignit à "lui et fondèrent cet hôpital dont la spécialité est de traiter le cancer "par cet emplâtre. L'hôpital est la propriété d'une compagnie

“légalement constituée, dans laquelle le défendeur et le docteur “Gaboury détiennent chacun 25% des actions. Il continue son emploi “civil, et le soir, il exerce la médecine à cet hôpital. Marcoux y “prend la qualité d’infirmier et de garde-malade à salaire. Il y a “un médecin le jour.”

“Il ressort de la preuve à notre avis, (dit le Juge Archambault) “que le défendeur exploite son emplâtre sous la couverture du “docteur Gaboury.”

5° Sur la *Gazette Officielle* du 21 mars 1925, contenant la constitution en corporation de l’Hôpital Gaboury, Limitée, où l’on voit que Tancrede Gaboury, médecin, et Lozéphir Marcoux, bourgeois, sont requérants dans la demande d’incorporation.

Il va de soi que l’incorporation d’un hôpital ne donne pas à cet être fictif le droit d’exercer la médecine. Dans l’espèce actuelle, cette incorporation ne donne pas à Marcoux, bourgeois, le droit de traiter le cancer. Le Dr Gaboury avait ce droit.

Pouvait-il, sans violer les règles de la déontologie et les prescriptions de la plus élémentaire dignité professionnelle, s’associer et persister à rester associé avec un individu qui était condamné par les tribunaux de son pays pour exercer illégalement la même profession que lui-même et dans le même établissement ?

Ne devait-il pas, au contraire, s’employer à faire respecter la loi, et à sauvegarder sa propre dignité ?

Dans les circonstances mentionnées plus haut, il semble que le souci de l’intérêt public devait l’engager à ne pas exploiter la misère morale et physique de malheureux atteints d’un mal tragique.

Quand un tribunal déclare que Marcoux exploite son emplâtre sous la couverture du Dr T. Gaboury, peut-on admettre que le Conseil de discipline a erré en trouvant ce dernier coupable d’avoir manqué à la dignité professionnelle ?

Le verdict du Conseil de discipline est-il déraisonnable ? Il est fondé sur l’appréciation de faits certains. Les membres du Conseil étaient bien placés pour apprécier ces faits. Leur probité n’est pas mise en doute. Leur décision ne devrait pas être infirmé.

Nous demandons que l’appel soit rejeté avec dépens.

Montréal, le 17 mai 1926.

(Signé) ST-GERMAIN, GUERIN & RAYMOND,
Avocats de l’intimé.

(Vraie copie)

ST-GERMAIN, GUERIN & RAYMOND,
Avocats de l’intimé.

SOCIÉTÉS

Société Médicale de Montréal

Séance du 3 novembre 1925

Présidence du Dr Derome

Lecture d'une lettre du docteur S. Boucher sur l'opportunité de la mise en pratique d'un système de distribution gratuite de sérum anti-diphthérique chez les pauvres, ainsi que les résolutions proposées par le Comité chargé d'étudier la question.

Après discussion et considération, la résolution suivante est adoptée:

"Les membres de la Société Médicale de Montréal réunis en assemblée générale, considérant qu'un système de distribution gratuite de sérum "antidiphthérique chez les pauvres et des méthodes de prévention Schick "test et immunisation par la toxine-antitoxine viendrait à propos pour "enrayer les ravages que causent les maladies contagieuses par l'impos- "sibilité dans laquelle se trouvent certaines gens de payer le coût du "sérum, il est résolu de recommander la distribution de ce sérum par la "Cité, à condition toutefois qu'un contrôle soit établi, afin que les indi- "gents seuls bénéficient de ce service gratuit".

Présentation de malades et de pièces anatomiques:

a) **Accident primaire du pouce;** b) **Chancrelle phagédénique.**—M. le professeur Gustave Archambault.

L'auteur présente deux malades, le premier atteint d'un chancre du pouce, localisation rare de l'accident primaire qui ne fut diagnostiqué que tardivement, les traitements locaux ayant échoué à enrayer une infection de l'organe. L'auteur insiste sur la rareté de la localisation de la lésion. Le second malade souffre d'une énorme chancrelle phagédénique ayant envahi et en partie détruit la verge, le scrotum et le pubis. Une biopsie prélevée montre sous le microscope des bacilles de Ducrey, des spirochètes et des cellules épithéliales envahissantes avec présence de globes cornés montrant bien qu'il peut s'agir d'un épithélioma. L'auteur demande l'avis des médecins sur ce cas.

DISCUSSION: M. Léger rapporte deux cas de chancre du pouce dont furent porteurs deux médecins. Il insiste sur les risques toujours possibles que les médecins courent, les deux lésions étant d'origine professionnelle.

M. Bellerose rappelle comment le premier malade présenté par Monsieur Archambault s'étant d'abord adressé en chirurgie, il le lui adressa en dermatologie.

M. Fournier félicite l'auteur et souligne qu'une lésion circonscrite des doigts qui ne cède pas aux traitements ordinaires devrait nous faire penser à un accident spécifique.

M. Derome remarque que l'examen biopsique rappelle classiquement l'épithélioma pavimenteux avec présence de globes cornés.

Travaux originaux et techniques:

a) Quelques mots sur les vomissements infantiles.—M. Daniel Longpré.

Si on veut qu'elle soit efficace la thérapeutique des vomissements infantiles devra nécessairement reposer sur un diagnostic étiologique précis et être dirigée contre la cause même du vomissement. La suralimentation devra disparaître, si on veut faire disparaître les vomissements qu'elle cause, même si ces vomissements n'ont aucun mauvais effet sur l'état général de l'enfant. Et chez le nourrisson au sein, on n'aura qu'à espacer les tétées, c'est-à-dire à faire diminuer la sécrétion lactée en supprimant autant que possible, l'excitation des glandes mammaires par la succion de l'enfant. L'hypoalimentation est une cause beaucoup plus fréquente des vomissements, et les vomissements qu'elle occasionne sont beaucoup plus graves que ceux qui sont dus à la suralimentation. On n'aura qu'à donner suffisamment à boire au bébé pour voir ces vomissements disparaître ainsi que tous les symptômes qui les accompagnent. L'intolérance pour les graisses, cause fréquente des vomissements infantiles, est, elle aussi relativement facile à traiter. Par exemple, si l'enfant est au sein, en espaçant les tétées on donnera à l'estomac le temps de "digérer" les graisses qu'il aura la plupart du temps reçus en excès avant qu'il n'en reçoive une nouvelle ration et tout rentrera dans l'ordre. La sténose hypertrophique du pylore donne des symptômes très bien définis et répond à une thérapeutique non moins bien définie: opération de Fredet-Rounded, qui consiste à sectionner le sphincter sans attaquer la muqueuse du conduit: ou bien, repas épais donné à des intervalles de pas moins de quatre heures.

DISCUSSION: M. Ricard: Chez l'enfant qui est mort de coqueluche, l'autopsie a-t-elle été faite?

M. Longpré: Non; mais l'enfant présentait tous les symptômes de sténose congénitale du pylore.

M. Tassé: Dans les cas de vomissements par spasme du pylore, la teinture de belladonne, telle que recommandé par Ribadeau-Dumas, a donné de bons résultats: cette méthode aurait-elle été employée? Quand à la faible dilution du lait, tel que le veut le docteur Longpré, M. Tassé doute que le bébé puisse absorber une telle nourriture.

M. Longpré: Il est admis qu'un enfant doit absorber une certaine quantité de calories par jour. C'est une question de calculs sur la quantité de calories que peuvent contenir les aliments.

b) Du rôle des épines viscérales dans l'asthme.—M. le professeur Albert LeSage.

Le docteur LeSage rapporte quelques observations qui tendent à démontrer l'influence d'une épine viscérale sur l'apparition des crises d'asthme: épine naso-pharyngienne, dentaire, intestinales (vers et appendicite). Ces irritations à distance sensibilisent le système vago-bulbaire et provoquent peu à peu des troubles fonctionnels caractérisés souvent par un choc hémoclasique et dont l'asthme est une manifestation évidente. Comme conclusion, dans tous les cas d'asthme recherchons l'épine viscérale et tâchons de la faire disparaître. Nous désensibilisons peu à peu le système vago-bulbaire et nous rétablissons ainsi l'équilibre.

LES TROUBLES INTESTINAUX

dus à la saison chaude ou au changement des conditions d'existence sont facilement subjugués par

L'EMULSION ANGIER

L'huile spéciale émulsionnée atteint tous les angles de l'intestin, y arrête la fermentation et putréfaction, lubrifie et nettoie le tractus tout entier. Toute activité bactérienne est arrêtée, l'inflammation locale disparaît et les selles deviennent normales quant à leurs caractères et à leur fréquence. Ce résultat s'obtient en donnant une ou deux cuillerées à table d'Emulsion Angier dans une tasse d'eau chaude trois fois par jour.

Prière de noter la facilité de dissolution de cette huile émulsionnée.

Echantillons gratuits sur demande.

Distributeurs canadiens :

Wingate Chemical Company Limited
Montréal, Canada.

Angier Chemical Company
Boston 34, Massachusetts

Sal Hepatica

Laxatif et Eliminateur

Efficace dans toutes circonstances de paresse intestinale provenant d'un facteur fonctionnel du foie, et de la circulation.

Sal Hepatica nettoie entièrement le canal alimentaire.

*Echantillons à l'usage
des médecins*

Bristol-Myers Co.
NEW YORK

DISCUSSION: M. Derome: L'auteur a mentionné les calculs comme cause prédisposante d'asthme. Cependant M. Derome se souvient d'un cas de calculs ayant eu des crises d'asthme, même après l'ablation de ces calculs.

M. Bourgois: Dans le cas rapporté par M. Derome, c'était une cholédocotomie qui fut faite: la vésicule avait été laissée en place. Peut-être aurait-il mieux valu faire l'ablation de celle-ci également.

LEON- GERIN-LAJOIE, M.D.

Le Secrétaire.

Présidence de M. Léo Pariseau

Séance du 2 mars 1926

1.—Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière et de l'avant-dernière assemblée.

2.—Correspondance: nil.

3.—Nomination d'un assistant-secrétaire:

M. le Secrétaire explique aux membres la nécessité des services d'un assistant-secrétaire et propose à cette charge M. Daniel Longpré. Aucune autre nomination ne se faisant, M. le Secrétaire demande que M. Longpré soit élu immédiatement afin qu'il puisse rentrer en fonction. Approuvé unanimement.

4.—Présentation d'appareils:

Un appareil à fabriquer l'oxygène instantanément pour injections hypodermiques.—M. le Professeur Albert LeSage.

L'auteur présente un nécessaire à fabriquer l'oxygène instantanément, en explique le fonctionnement, les usages nombreux et termine en faisant une démonstration pratique.

DISCUSSION.—M. le prof. Asselin rappelle les expériences faites au laboratoire de l'Université de Montréal avec cet appareil; il souligne brièvement la pathogénie de l'hématose et explique comment l'oxygène en injection hypodermique parvient à raviver les intoxiqués par oxyde de carbone, en la circonstance des cobayes.

M. Desrochers: Comment s'appelle l'appareil; où peut-on se le procurer?

M. LeSage: c'est le Salvoxyl.

M. L. Pariseau: Les règlements de la Société interdisent de dévoiler le nom du commanditaire. Il rappelle la pureté du produit ainsi fabriqué.

5.—Travaux originaux et techniques:

a) La chronoradiographie du coeur: résumé du travail lu à Cleveland en décembre 1925.—M. Léo Pariseau.

Après avoir passé en revue les phases de recherches à travers lesquelles les radiographes sont passés pour photographier le coeur à une période déterminée de son fonctionnement, l'auteur nous explique le fonctionnement d'un appareil de sa fabrication qu'il a adapté à l'électrocardiographe, par lequel il peut déterminer exactement le moment précis

du déclanchement de son appareil par rapport à la contraction cardiaque. A l'aide de dessins, de schémas, d'électrocardiogrammes et de l'appareil même, M. Pariseau nous fait assister à toutes les étapes qu'il a franchies pour atteindre son but. Le fonctionnement de l'appareil avec l'aide d'un assistant termine la démonstration.

b) Cholécystostomie et cholécystectomie.—M. le prof. O. F. Mercier.

L'auteur ne présente que la première partie de son travail, qui est celle de la technique opératoire. A l'aide de transparents il fait défiler devant nous les différentes étapes des deux opérations, et les diverses méthodes de certains auteurs. Il compare les résultats obtenus par l'une ou l'autre méthode et conclut que la cholécystostomie, bien que moins mutilante, semble donner une mortalité plus élevée.

DISCUSSION.—M. le prof. Rhéaume préconise la dépéritonisation en doigt de gant, de la vésicule, dans la cholécystectomie, afin d'avoir plus de péritoine pour la péritonisation viscérale.

M. le prof. Bourgeois félicite l'auteur. Toutes les techniques sont à peu près bonnes suivant les cas à opérer. Cependant, les statistiques de mortalité par cholécystectomie et celles par cholécystostomie ne sauraient être mises en regard, car la cholécystostomie est certainement moins mutilante que la première, mais elle est employée dans les cas beaucoup plus graves.

M. Léo Pariseau félicite l'auteur et l'invite à s'inscrire à nouveau.

6.—Affaires de routine :

Le docteur Pariseau lit la circulaire signée "Un Comité de Médecins soucieux des intérêts professionnels" et demande à l'assemblée de donner son opinion sur la lettre, se réservant le droit de donner la sienne comme membre de la Société Médicale et non pas comme président.

Le docteur Boulet, président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, prend alors la parole et explique le but du Comité des Cours de Perfectionnement, section de la province de Québec, dont il est également président. Il s'inscrit en faux contre les avancés de cette circulaire anonyme qui a subi un choc sérieux à l'Assemblée du Comité des Cours de Perfectionnement dans l'après-midi du même jour. Il ne croit pas cependant qu'on doive attacher trop d'importance à une lettre anonyme.

Le docteur Pariseau, comme membre et non pas comme président de la Société Médicale, attaque fortement l'auteur de l'article et souscrit entièrement aux idées du Président du Collège des Médecins et Chirurgiens. Il croit qu'une mise au point par le Comité des Cours de Perfectionnement dans les journaux médicaux de la Province devrait suffire pour anéantir les avancés de ce "Comité" qui, paraît-il, ne serait constitué que d'un individu.

Il invite l'auteur, s'il est dans la salle, ou des membres de ce Comité de médecins soucieux des intérêts professionnels, à prouver leurs avancés. Aucun membre ne s'étant levé il demande l'assentiment des membres présents, qui manifestent par des applaudissements leur approbation des idées émises par le Président.

Il est ensuite alors définitivement décidé de fixer au 20 avril prochain la date de la Soirée Médicale Canadienne; le Secrétaire écrira au Comité Central des Cours de Perfectionnement afin de retenir pour cette date, si possible, le docteur A. Brousseau, de Québec, et le docteur F. G. Fitzgerald, de Toronto, pour venir nous causer de leur spécialité respective.

• La séance est levée à 11 heures 15.

Le secrétaire :

LEON GERIN-LAJOIE, M.D.

— O —

Pour ceux qui ont l'aversion du liquide petrolatum pur

La délicatesse du palais de ceux qui ont une aversion pour le liquide petrolatum ordinaire est la seule raison d'existence d'une émulsion de liquide petrolatum.

L'agar qu'elle contient n'a pas d'importance. Ce fait a été prouvé par le Laboratoire chimique de l'Association Médicale Américaine qui a analysé les principales émulsions de liquide pétrolatum sur le marché et n'en a pas trouvé une ayant plus de 1.5% d'agar desséché. Pour avoir l'équivalent d'une dose normale U. S. P. d'agar il faudrait prendre une chopine d'émulsion.

Les malades incapables de prendre le liquide petrolatum pur trouveront dans la CREME DE NUJOL un produit agréable au goût et facile à prendre. Contrairement aux autres principales émulsions analysées par l'Association Médicale Américaine, la Crème de Nujol ne contient pas de benzoate de soude ni aucun artifice de conservation.

L'Isopropylpropénylbarbiturate d'Amidopyrine (Allonal) en Neuro-Psychiatrie

Par le Docteur Henri MOUNOT
(Thèse de Bordeaux, 1925)

Après les travaux si intéressants de MM. Tellier et Beyssac (Association des Dentistes du Rhône, février 1924, et "Province Dentaire", 1924, No 2, mars-avril) et de M. Petiteau, (thèse de Lyon, 1924), concernant surtout l'utilisation de l'Allonal en pratique stomatologique, après les mises au point de M. Mallein-Gérin (Concours Médical, 24 février 1924, p. 415-416, et 27 avril 1924, p. 1021-1022) et de M. Chausset (Travail du Laboratoire de Thérapeutique de la Faculté de Lyon, 1925) qui ont démontré le rôle important que joue l'isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine dans le traitement des algies de toute origine et en particulier dans les douleurs empêchant le sommeil, voici M. Mounot qui vient d'étudier l'action de ce médicament en neuro-psychiâtrie.

Etablissant, d'après la pratique de M. le Prof. Sabrazès, l'utilité de cet analgésique renforcé dans le zona, et reprenant, dans es services de MM. les Prof. Abadie, Carles, Casset et Perrens, l'expérimentation indiquée par MM. Combemale, Courteville et Nayrac, chez les malades habituels des services de neurologie et d psychiâtrie, M. Mounot constate, après le Prof. Pouchet, que la toxicité de l'Allonal est nulle aux doses thérapeutiques (un à quatre comprimés par 24 heures); il a vu, dans un cas (observation IX) que ce médicament a été parfaitement toléré alors que salicylate, éther acétylsalicylique et analgésine avaient provoqué des vomissements.

L'action sur la circulation paraît tout à fait négligeable, car l'auteur n'a jamais constaté de modification de la fréquence du pouls, ni de la tension artérielle; l'analgésie est rapidement obtenue, suivie d'une action sédative manifeste et progressivement d'un sommeil calme, physiologique, avec réveil parfait, non suivi d'impotence cérébrale.

Sans doute, en pratique psychiâtrique, l'allonal n'a pas les indications précises du somnifène, si bien mises en valeur par les travaux de MM. les Prof. Crouzon, Claude, Cestan, Laignel-Lavastine, et de MM. les Drs Condomine, Marie, G. Robin, Levet, Quercy, Riser, Courjon, etc., (voir surtout thèses Dodard-des-Loges, Rone, Pavlovitch), mais il peut néanmoins rendre de grands services dans la mélancolie et l'excitation anormale. En neurologie, en revanche, ses indications sont très nettes: Ce médicament semble être vraiment "le spécifique des insomnies douloureuses": l'allonal est bien accepté, parfaitement toléré et il agit dans de bonnes conditions, aussi bien d'ailleurs que dans les algies symptomatiques de lésions graves, que dans les névralgies de toute origine qui se rencontrent tous les jours dans la pratique médicale.