Tome 67 — Numéro 3

MONTRÉAL, MARS 1938

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée en 1872)

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

PROCHAIN CONGRÈS

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD

OTTAWA — HULL

6 — 7 — 8 — septembre 1938.

SECRÉTARIAT
326 est, blvd St-Joseph
MONTRÉAL
Téléphone: LAncaster 9888

"CALCIUM A"

La THERAPEUTIQUE par les SELS MINERAUX et les VITAMINES

Le « Calcium A » présente un mode simple et efficace pour la thérapeutique par les sels minéraux et les vitamines... un supplément alimentaire qui enrichit le régime de calcium, de phosphore et des vitamines A et D.

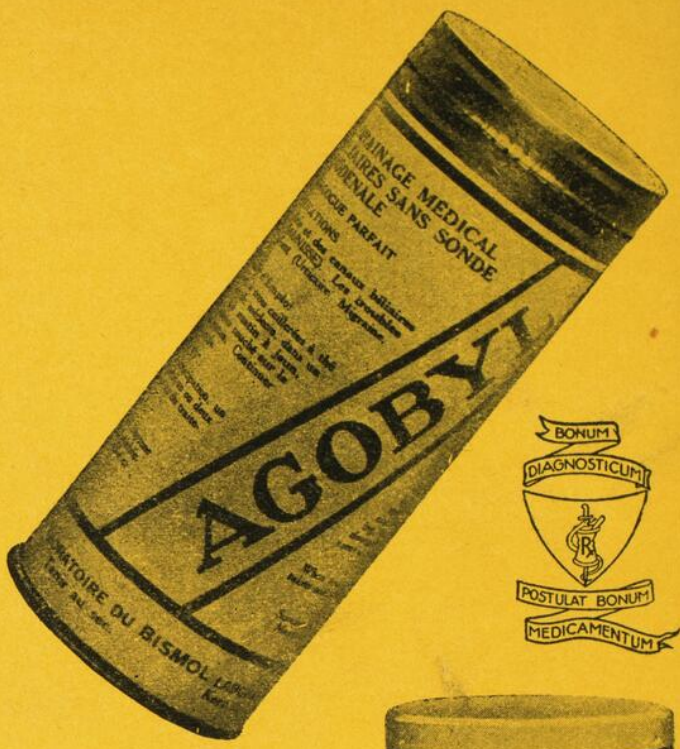
Le « Calcium A » est une excellente addition à presque tous les régimes et est un précieux supplément diététique au cours de la grossesse et de l'allaitement, dans la convalescence et les conditions qui exigent un apport plus considérable de calcium et de phosphore.

Chaque capsule « Calcium A » présente la teneur en vitamines A et D d'une cuillerée à thé d'huile de foie de morue du standard de la pharmacopée des Etats-Unis, XIe édition, et renferme en plus environ 70 milligrammes de sels organiques de calcium et de phosphore.

AYERST, McKENNA & HARRISON
LIMITEE
Biologistes et Pharmaciens
MONTREAL - - - - CANADA

L'Administration de l'"Union Médicale du Canada" remercie tous les annonceurs de leur bienveillante collaboration et les assure que son grand désir est de SERVIR les intérêts de la médecine canadienne-française et de coopérer au succès de ceux qui l'aident à réaliser cet idéal.

La Triade thérapeutique de la constipation



BONUM DIAGNOSTICUM
POSTULAT BONUM MEDICAMENTUM

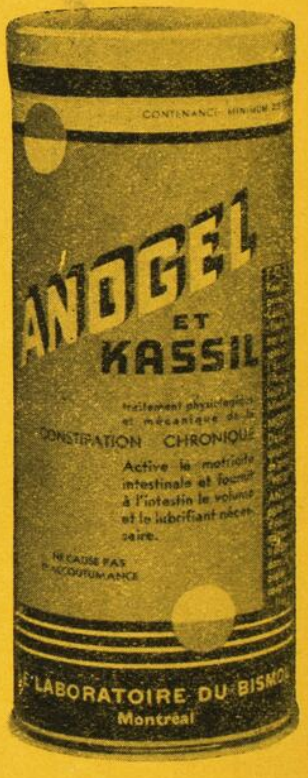
AGOBYL
Constipation par insuffisance hépatique

ANOGEL Simple
Constipation due à un résidu intestinal déficitaire

ANOGEL & KASSIL
Constipation opiniâtre invétérée d'origine mécanique ou fonctionnelle.

•

Echantillons et littérature envoyés sur demande à la profession médicale seulement.



LE LABORATOIRE DU BISMOL

99 Harbour, KINGSTON, B.W.I.

945, rue Côté
MONTRÉAL

45 Peddar, HONG-KONG

Représentants pour les États-Unis: **Geo. J. WALLAU Inc., 153 Waverly Place, N.-Y.**

DISTRIBUTEURS :

MONTREAL: La Cie Pharmaceutique DesBergers.
WINNIPEG et REGINA: National Drugs Limited.
VANCOUVER: B. C. Drugs Limited.
TORONTO: Drug Trading, National Drug & Chemical Co. Ltd.
CALGARY et EDMONTON: Alberta National Drugs Ltd.
HALIFAX et SAINT-JEAN: National-Canadian Drugs Ltd.

L'épreuve du Temps

« Ferro-Catalytic », présenté à la profession médicale seulement après que des épreuves cliniques sérieuses eurent prouvé sa valeur thérapeutique dans le traitement des anémies secondaires, a résisté à l'épreuve du temps, et chaque jour apporte une preuve nouvelle de son utilité. Les malades qui, pendant des années, ont été des demi-invalides à cause de l'anémie et qui ont été traités par différents modes thérapeutiques sans résultats évidents, ont bénéficié d'une façon étonnante du traitement par

FERRO-CATALYTIC

Sur votre demande nous vous enverrons avec plaisir des échantillons cliniques, des listes de formules et une échelle pour le dosage de l'hémoglobine.

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL.- CANADA

Une firme canadienne fabriquant des produits pharmaceutiques de haute qualité depuis 1899

CAPSULES
pour adultes
et
SIROP
pour enfants

SOMMAIRE

BULLETIN 1938 227

MÉMOIRE

Jean SAUCIER:
Paralysie des mouvements volontaires des globes oculaires dans toutes les directions. Paralysie dissociée de la motilité oculaire réflexe. Hémiplégie gauche. Syndrome d'origine vasculaire 229

RECUEIL DE FAITS

Albert LeSAGE et Gaëtan BARRY:
Un cas de pancréatite aiguë 235

J.-E. DUBE:
Abcès du poumon à flore microbienne mixte. Guérison spontanée . . 238

Alfred MOUSSEAU:
Réactions douloureuses du plexus solaire vis-à-vis l'infection et l'intoxication 242

Albéric MARIN:
La vaccino-chimio-pyrétothérapie de la syphilis nerveuse 249

Albert JUTRAS:
Les signes radiologiques du mucocèle appendiculaire 251

A. BELLEROSE et G.-E. PELOQUIN:
Tuberculose vs épithélioma du sein 253

A. PETTIGREW:
Septicémie post-abortum à staphylocoques blancs 256

Réal DORE:
Hypersympathicotonie-thyroïdectomie 260

René ROLLAND:
Leucémie aiguë chez un ouvrier manipulant du naphtol 262

C.-E. GRIGNON:
Coma diabétique. Réaction paradoxale à l'insuline. 264

REVUE GÉNÉRALE

C. LIAN et F. SIGUIER:
Les poussées aiguës de polyathéromatose 266

Adrien LAMBERT:
L'idroadénite 268

PETITE CLINIQUE

Roma AMYOT et Roland DECARIE:
Paralysie du membre supérieur par traumatisme de l'épaule . . . 270

ACTUALITÉS

A. LAQUERRIERE:
L'enseignement de la physiothérapie et du radiodiagnostic 275

Jean LeSAGE:
Faculté de Médecine de Paris: le professeur Maurice Chiray inaugure son enseignement à la chaire d'hydrologie thérapeutique 279

L. LAMOUREUX:
Intérêts professionnels. L'Alliance Médicale de la province de Québec . 283

Chirurgie du cerveau à la Faculté de Paris 284

MÉDECINE PRATIQUE

Eugène SAINT-JACQUES:
A propos de goitre 285

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHEMO

DESCHIENS

Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau
Forme ampoule • Forme sirop

SYNDROMES ANÉMIQUES

DESCHIENS, 6, RUE PAUL BAUDRY - PARIS (VIIIe)
REPRÉSENTANT : ROUGIER, 350, RUE LEMOINE MONTRÉAL (CANADA)

STANNO-SUFROL Crosnier

•

COMPRIMÉS DÉPURATIFS SOUFRÉS ANTISTAPHYLOCOCCIQUES

Pour le Traitement Efficace de la Furonculose
et des Affections à Staphylocoques.

COMPOSITION. — Association d'étain et son oxyde au soufre actif, à l'extrait de bardane stabilisé et à l'extrait splénique.

ACTION. — Arrête l'évolution de la maladie, supprime l'inflammation et la douleur, permet à l'œdème de régresser, assèche les foyers, favorise la résorption des bourbillons, évite les récidives.

INDICATIONS. — Anthrax — Phlegmons — Panaris — Abcès tubéreux — Acné — Folliculites — Pyodermites — Sycosis — Septicémies à Staphylocoques, etc.

Présentation strictement professionnelle en étuis de 40 comprimés et en flacons de 500.

LABORATOIRES CROSNIER, Montreuil - Paris

Dépositaires pour le Canada: **ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, Montréal.**

SOMMAIRE

(Suite)

ANALYSES 288

MEDECINE

Opérations injustifiées (p. 288). **Maladie d'Addison traitée: guérison clinique** (p. 288). **Manifestations rhumatismales déclanchées chez un tuberculeux par la collapsothérapie** (p. 289).

NUTRITION

L'insuline-protamine contre l'insuline ordinaire (p. 289).

PHTISIOLOGIE

Les images scissurales chez les cardiaques décompensés, leur fréquence et leur signification (p. 290). **Aspects radiologiques simulant la tuberculose pulmonaire, chez un cardio-rénal azotémique** (p. 290).

HYGIENE

Les tests de caractères en neuro-psychiâtrie infantile (p. 290). **Les rhumes. Maladie endémique** (p. 291). **Le problème du bruit** (p. 291). **Epidémie de fièvre typhoïde à Grava Rapids, Mich.** (p. 291). **Vingt-cinq ans de progrès en hygiène** (p. 292).

NEURO-PSYCHIATRIE

La quinine dans la myotonie et la prostigmine dans la myasthénie (p. 292). **Action du traitement de la polynévrite des alcooliques par la vitamine B (B_1)** (p. 293).

CHIRURGIE

Sur un mode de traitement des fistules post-opératoires. Rapport de M. Basset (p. 293). **Les signes cliniques rectaux et le chirurgien général** (p. 294).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

L'arthrodèse dans l'ostéo-arthrite de la hanche (p. 294).

GYNECOLOGIE

Injection intraveineuse d'hypophysine au cours de la césarienne (p. 295).

OBSTETRIQUE

Diabète et grossesse (p. 295). **L'emploi de la pituitrine, par voie intraveineuse, dans la troisième période du travail** (p. 296).

UROLOGIE

La Para-amino-phényl-sulfamide dans 44 cas de blennorrhagie (p. 296).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Lichen plan des paupières (p. 297). **Action dépilatoire de l'essence éthyl** (p. 297).

LABORATOIRE

Evaluation de la technique de fixation du complément dans la blennorrhagie (p. 297).

SOCIETES 298

Société Médicale de Montréal: Séance du 1 février 1938, (p. 298). **Société de gastro-entérologie de Montréal:** Séance du 31 janvier 1938, (p. 299). **Assemblée scientifique du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame:** Séance du 10 février 1938, (p. 302). **Assemblée scientifique du Bureau médical de l'hôpital Saint-Luc:** Séance du 27 janvier 1938 (p. 311).

NECROLOGIE 314

Le professeur Théodule Bruneau — A. Beauchamp — L.-G.-E. Boucher — Uldéric Jodoin — Valmont Martin — Zénon Malo — Lauréat Bouillé — J.-A. Girouard.

REVUE DES LIVRES 317

NOUVELLES 325

Nominations. — Elections chez les professeurs agrégés en médecine. — Conférence sur l'organisation des recherches médicales au Canada. — Radiations de l'œil humain. — Concours Casgrain-Charbonneau. — Musée Letulle, hôpital Boucicaut. Association de la Presse médicale française. — Bill d'anatomie en Saskatchewan.

Prométhée enchaîné

TEL EST LE CAS
DU MALADE
QUI SOUFFRE
SANS SOULAGEMENT

- de mictions fréquentes impérieuses et douloureuses
- de ténesme
- d'irritation périnéale

Dans les infections
GÉNITO-URINAIRES

NOM **PYRIDIUM** DÉPOSÉ

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

Donne un soulagement symptomatique rapide dans la cystite, la pyélonéphrite, la prostatite et l'uréthrite, tel qu'indiqué dans la littérature médicale.

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

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Emile Sergent, de Paris.
Professeur Maurice Roch, Genève.
Professeur Pierre Masson.

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

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint
Roma Amyot

Membres

A. Bertrand, E. Desjardins, R. Doré, M. Fauteux, L.-C. Favreau, A. Jutras, J. LeSage, P. Letondal, J.-A. Manseau, J. Saucier, L.-C. Simard, P. Smith.

BUREAU DE COLLABORATION

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

Produits Spéciaux des
LABORATOIRES LUMIÈRE

— 45, rue Villon, LYON —

ROUGIER FRÈRES — 350, rue LeMOYNE À MONTRÉAL (Canada)

Oléochrysos Lumière	L'or et le strontium. Suspension dans l'huile d'aurothiopropanol et sulfonate de strontium. Imprègne l'organisme lentement et régulièrement. Tuberculoses - Rhumatismes - Syphilis - Dermatoses.
Emgé Lumière	Médication hyposulfitique magnésienne. Prophylaxie et traitement de tous les troubles liés à un état d'instabilité humorale. ANTI-CHOC.
Allochrysine Lumière	Chrysothérapie de la tuberculose par voie intramusculaire.
Cryptargol Lumière	Antiseptique intestinal non toxique. Adultes: 4 à 6 pilules par jour. Enfants: 1 à 4 cuillerées à café de granulé par jour.
Cryogénine Lumière	Antipyrétique et Analgésique. Pas de contre-indication. Un à trois grammes par jour.
Borosodine Lumière	Calmant antispasmodique. Adultes: Solution, une demi-cuillerée à 2 cuillerées à café par jour. Enfants: Sirop, une demi-cuillerée à 4 cuillerées à café par jour.
Tulle Gras Lumière	Pour le traitement des plaies cutanées. Évite l'adhérence des pansements. Se détache aisément sans douleur, ni hémorragie. Active les cicatrisations.
Rhéantine Lumière	Vaccinothérapie antigonococcique par voie buccale, quatre sphérules par jour, une heure avant les repas.
Entérovaccin Lumière	Antitypho-colique polyvalent. Pour immunition et traitement de la fièvre typhoïde.
Allocaïne Lumière	Aussi active que la cocaïne. Sept fois moins toxique. Mêmes emplois que la cocaïne.
Opozones Lumière	Préparations organothérapiques à tous organes contenant la totalité des principes actifs des organes frais.
Persodine Lumière	Dans tous les cas d'anorexie et d'inappétence.
Hémoplase Lumière	Médication énergique de toutes les déchéances organiques, quelle qu'en soit l'origine. (Ampoules, Cachets, Dragées, Granulés).

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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

ADMINISTRATION

OFFICIERS

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

COMITÉ EXÉCUTIF

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

COMITÉ DE PUBLICITÉ

MM. A. LeSage, D. Marion, J.-A. Vidal.

Jacques-D. Clerk, publiciste.

COMITÉ DE PROPAGANDE

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

CORRESPONDANTS

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

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

SULFOCIDE

«PARA-AMINO-BENZENE-SULFAMIDE»
à l'usage exclusif du médecin.

INFECTIONS STREPTOCOCCIQUES & GONOCOCCIQUES

Infections puerpérales
Scarlatine
Septicémie
Erysipèle
Arthrites suppurées
Amygdalite aiguë
Impétigo chronique
Méningite
Otite moyenne
Gonorrhée

LITTERATURE ET ECHANTILLONS SUR DEMANDE

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE
MONTRÉAL

• L'Union Médicale •

(du Canada)

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

Fondée en 1872

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

•

OFFICIERS

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

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint
Roma Amyot

Membres

A. Bertrand, E. Desjardins, R. Doré, M. Fauteux, L.-C. Favreau, A. Jutras, J. LeSage, P. Letondal, J.-A. Manseau, J. Saucier, L.-C. Simard, P. Smith.

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 66

Drs Aumont (Gérard), Amyot (Roma), Archibald (Edward), Archambault (P.-R.), Attendu (Gérard), Baril (H.), Barry (Gaétan), Bélanger (Léopold), Belisle (L.-P.), Bellerose (A.), Benoît (E.-P.), Bernier (Alph.), Bertrand (Albert), Bertrand (A.), Bonin (Wilbrod), Boucher (S.), Bourgeois (Paul), Boutin (J.-R.), Cantero (Antonio), Chaput (Yves), Charron (Ernest), Delâge (Jean), DeMontigny (Gérard), Desjardins (Edouard), Doré (Réal), Dreyfus (Gilbert), Dubé (J.-E.), Dufresne (Eugène), Dufresne (Origène), Dufresne (Roger-R.), Facquet (J.), Farley (L.), Fauteux (Mercier), Favreau (L.-C.), Ferron (Maurice), Fortier (L.-E.), Fortier (Ls), Gagnier (L.), Gagnon (P..-A.), Gariépy (J.-U.), Gélinas (Henri), Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (Léon), Gratton (Armand), Hartmann (Henry), Jutras (Albert), Lafresnière (Gabriel), Lamoureux (Léopold), Lefrançois (Charles), Lemierre (A.), Lemieux (J.-Edouard), LeSage (Albert), LeSage (Jean), LeSage (Jules), Letondal (Paul), Leven (Roland), Lian (C.), Major Manseau (Willie), Marin (Albéric), Martel (J.-Alcide), Martin (Paul), Mercille, Millet (J.-A.), Mongeon (Léo), Morin (Gaspard), Morin (Paul), Mourgue (R.), Mousseau (J.-Alfred), Panneton (Philippe), Paquette (J.-P.), Pariseau (Léo), Parizeau (T.), Pilon (J.-Alcide), Pinsonneault (G.), Poirier (Paul), Poliquin (Paul-A.), Ravina, Riopelle (J.-L.), Roch (Sylvio), Roy (J.-N.), Saint-Jacques (Eugène), Saucier (Jean), Sergent (Emile), Simard (L.-C.), Simard (Raymond), Simard (Roland), Smith (Pierre), Sorrel (E.), Tétrault (Edouard), Winiphen (André).

POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE
STOVAINE
ANESTHÉSINE
EXt DE MARRONS
D'INDE PRAIS STABILISÉ

MIDY
LABORATOIRES MIDY
PARIS - FRANCE
MARQUE DÉPOSÉE

4
PRINCIPES ACTIFS

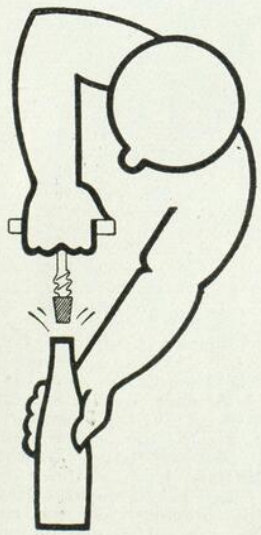
HÉMORROÏDES

LABORATOIRES MIDY, 67 AVENUE DE WAGRAM, PARIS, (France)

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

STOVÉDRINE

POMMADE NASALE
SOLUTION POUR PULVERISATIONS



CORYZA, ASTHME,
RHUME DES FOINS
SÉDATION IMMÉDIATE

STOVOCAINE
ÉPHÉDRINE
NATURELLE

DÉBOUCHE LE NEZ

LABORATOIRES LICARDY. 38, Boulevard Bourdon Neuilly s/Seine

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

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION

Des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

•

PRÉSIDENT HONORAIRE

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

DIRECTEUR-GÉNÉRAL

R.-E. VALIN,
165 est, ave Laurier, Ottawa.

•

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER

Donatien MARION,
326 est, boul. St-Joseph, Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

R.-E. VALIN
D. MARION
J.-A. JARRY,
J.-H. LAPOINTE
Chs VÉZINA
Arthur RICHARD

•

COMITÉ DU XVe CONGRÈS

J.-H. LAPOINTE,	Président	J.-R. BÉLISLE,	3e Vice-président	A. RICHARD,	Secrétaire
Chs VÉZINA,	1er Vice-président	R. LAROCHELLE,	4e "	J.-M. LAFRAMBOISE,	Trésorier
B.-G. BOURGEOIS,	2e "	A. GRANGER	5e "		

•

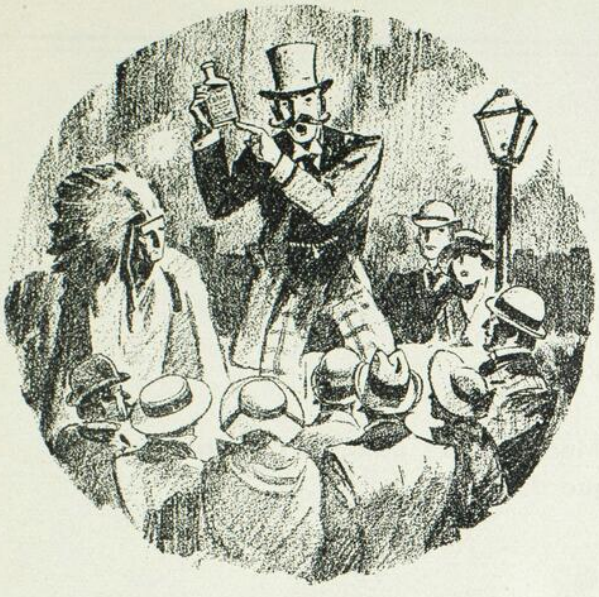
ANCIENS PRÉSIDENTS

J.-E. DUBÉ
P.-C. DAGNEAU
A. VALLÉE
R.-E. VALIN
J.-A. JARRY
Albert LeSAGE
Albert PAQUET

•

MEMBRES DU CONSEIL

BAUDOIN, J-A., Montréal . . . . . (1940)
BELISLE, J.-R., Hull . . . . . .
BERGERON, Arthur, Matane . . . . . (1940)
BERTRAND, F., Sherbrooke . . . . . (1940)
BIBAUD, B., Valleyfield . . . . . (1940)
BLAIS, E.-A., Edmonton . . . . . (1938)
BOURGEOIS, B.-G., 418 est, rue Sherbrooke, Montréal
CHARPENTIER, L.-A., Drummondville . . . . . (1938)
CHOLETTE, A.-M., 1451 est, boul. St-Joseph, Mtl (1938)
COLLIN, Donat, St-Boniface . . . . . (1938)
CREPAULT, A.-Z., Montréal . . . . . (1940)
DAGNEAU, P.-C., 4, rue Collins, Queébec . . .
DAUDELIN, Alph., Worcester, Mass. . . . . (1938)
DeBLOIS, Chs. Trois-Rivières . . . . . (1938)
DESMEULES, Roland, 496½, rue St-Jean, Québec . (1940)
DUBE, J.-E., 454 est, rue Sherbrooke, Montréal .
DUBE, L.-F., Notre-Dame du Lac . . . . . (1938)
DUMONT, C.-E., Campbellton, ... (1940)
FALCON, A.-J.-B, Pawtucket . . . . . (1940)
GAUDET, Richard, Sherbrooke . . . . . (1940)
GAULIN, J.-E., 545 King Edward Ave., Ottawa . . (1938)
GIROUARD, J.-A., 19 Union St., Willimentic, Conn. (1938)
GRANGER, Amédée, Canal Bank Bldg., N.-Orléans, La.
JARRY, J.-A., 7718, rue St-Hubert, Montréal . . .
JOBIN, J.-B., 75, rue Sainte-Anne, Québec . . . (1938)
LACASSE, G., Sénateur, Tecumseh . . . . . (1938)
LAFRAMBOISE, J.-M., Ottawa . . . . . .
LAMY, J.-L., 211 Stewart, Ottawa . . . . . (1938)
LANGEVIN, Stephen, 330 est, rue Sherbrooke, Mtl (1938)
LAPOINTE, J.-H., 163, ave Laurier, Ottawa . . .
LAPORTE, Pio.-H., Edmunston . . . . . (1938)
LAROCHELLE, J.-E., Manchester . . . . . (1940)
LAROCHELLE, R. Biddeford, Maine . . . . . .
LEBEL, M.-H., 3645, ave Laval, Montréal . . . . (1940)
LeSAGE, Albert, 260 Carré St-Louis, Montréal . .
MARION, D., 326 est, boul. St-Joseph, Montréal .
MATHE, P.-C., 450, rue Sutter, San Francisco . . (1940)
MAYNARD, Oswald, 73 West Pearl, Nashua, N.-H. . (1938)
MERCIER, O., 934, rue Cherrier, Montréal . . . (1940)
MILOT, J.-D., Stafford Road, Fall River, Mass. . . (1940)
PAQUET, Achille, 71, rue Ste-Anne, Québec . . . (1938)
PAQUET, Albert, 71, rue Ste-Anne, Québec . . .
PEPIN, J.-R., 410 ouest, rue Sherbrooke, Montréal . (1938)
PERRAS, J.-E., Hull . . . . . (1940)
PHENIX, Georges, Saint-Jean . . . . . (1940)
PIETTE, Edmond, Joliette . . . . . (1938)
PROVENCHER, Gustave, Montmartre, Saskatchewan (1938)
RICHARD, A., Ottawa . . . . . .
ROY, G.-E., Nicolet . . . . . (1940)
SAUCIER, Jean, Montréal . . . . . (1940)
SMITH, Pierre, Montréal . . . . . (1940)
ST-JACQUES, E., Montréal . . . . . (1940)
TASSE, C.-E., 15, Wall St., Worcester, Mass. . . . (1940)
TREMBLAY, Eugène, Chicoutimi . . . . . (1938)
TRUDEL, J.-B., Régina, Sask. . . . . (1938)
TRUDEL, J.-J., Winnipeg, Man. . . . . (1938)
VAILLANCOURT, Jos., 46, rue St-Louis, Québec . . (1938)
VALIN, R.-E., 165, ave Laurier est, Ottawa, Ont. .
VALLEE, A., 22, rue Ste-Anne, Québec . . . .
VEZINA, C., 31, rue Charlevoix, Québec . . . .
VIDAL, J.-A., 454 est, rue Sherbrooke, Montréal . . (1940)
VIGER, J.-A., Saint-Hyacinthe . . . . . (1940)
VOORHYES, R.-D., Lafayette, La . . . . . (1938)



CHARLATANISME VS PROGRÈS SCIENTIFIQUE

La **maison Schering** a tracé la voie dans le développement de la thérapeutique par les hormones sexuelles féminines. Elle offre au corps médical des produits œstrogéniques parfaitement stables et de composition chimique connue et définie.

Les **COMPRIMÉS DE PROGYNON-DH** facilitent l'administration de l'hormone œstrogénique par voie buccale. Au sujet de l'emploi de ce produit dans les troubles de la ménopause, Frank, Golberger et Salmon, du Service Gynécologique de l'Hôpital Mount Sinaï, à New-York, disent: « Cette forme de médication devrait se montrer beaucoup plus utile que l'administration par injection. » Selon d'autres cliniciens, on peut obtenir avec les Comprimés de Progynon-DH les mêmes résultats que par l'injection de l'hormone folliculaire.

INDICATIONS: Troubles de la ménopause, aménorrhées secondaires, dysménorrhée fonctionnelle, acné, nausées et vomissements de la grossesse, et certains cas de stérilité et d'oligoménorrhée. Dans les cas les plus graves on peut injecter intramusculairement le Progynon-B en solution dans l'huile de sésame.

SUPPOSITOIRES VAGINAUX AU PROGYNON-DH. Le traitement par l'hormone œstrogénique est une arme précieuse contre la vaginite infantile gonococcique, permettant de vaincre le microbe et d'obtenir un soulagement durable. Les Suppositoires Vaginaux au Progynon-DH pour adolescentes sont particulièrement utiles à cette fin, car ils permettent d'éviter les injections.

Dans les autres cas d'insuffisance d'hormone folliculaire, on peut employer les Suppositoires Vaginaux au Progynon-DH pour adultes.

Nous nous empresserons de répondre à toute demande de notices explicatives.

SCHERING (CANADA) LIMITED

Boîte Postale 358 (Place d'Armes) **MONTRÉAL, P. Q.**

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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

•

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

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

•

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

•

COLLABORATION: Seuls les travaux inédits sont acceptés.

•

MANUSCRITS: Les manuscrits doivent être dactylographiés avec double interligne.

TRAITEMENT PER OS
actif et commode des
INFECTIONS des VOIES RESPIRATOIRES

AMPHO-QUINTIVACCIN

(Traitement de la Coqueluche et de ses complications)

AMPHO-VACCIN PULMONAIRE

(Bronchites, Pneumonies, Broncho-Pneumonies, Grippe, Certains Asthmes)

Deux à trois ampoules par jour
À BOIRE dans un peu d'eau

●

Préparés par les laboratoires **A. D. RONCHÈSE - NICE**

Agents pour le Canada:

MILLET, ROUX & Cie, Limitée
1215, RUE SAINT-DENIS - - - MONTRÉAL

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

Nous n'acceptons pas des négatifs de clichés.
Chaque illustration doit porter au verso le nom de l'auteur et les photographies devront être claires, de préférence noires et sur papier glacé.

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

•

EXTRAITS: L'auteur peut obtenir des extraits pourvu qu'il signe la formule accompagnant la galée et qu'il en assume les frais.
Tous changements du texte de la galée entraînent des frais supplémentaires pour l'auteur.

•

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

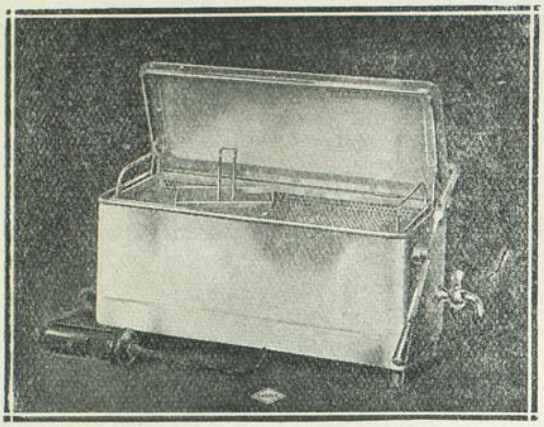
	4 pages	8 pages	16 pages	32 pages
100	$3.00	$ 5.00	$ 7.50	$12.50
200	3.75	6.00	11.00	18.00
500	5.50	10.50	17.00	26.50
1000	7.75	15.00	23.15	33.00

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

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

100	$ 5.00
200	6.50
500	11.00
1000	18.50

STERILISATION



EFFICACE
AUTOMATIQUE
ECONOMIQUE
POUR
Médecins et Hôpitaux

●

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

Installez un CASTLE "Full Automatic" entièrement automatique. Ils ne sont jamais en bas du point bouillant.

Ils maintiendront le degré de stérilisation sans qu'il soit nécessaire de tourner aucune clef.

Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.

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

WILMOT CASTLE COMPANY
Rochester, N. Y.

"CASTLE"

REPRESENTANTS EXCLUSIFS : **CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée, Montréal**

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

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

Générateurs à Thérapie Profonde 200 - 400 K. V.
Générateurs Combinés (Diagnostic - Thérapie)
Générateurs à Diagnostic (Haut Milliampérage)
Générateurs à Diagnostic (Condensateurs)
Générateurs à Diagnostic pour Praticien
Tables à Rayons-X (modèles de tous genres)
Fluoroscopes verticaux. Stéréoscope
Civière Radiographique Spéciale
Appareils à Haute - Fréquence
Escamoteurs de Cassettes
Ampoules à Rayons-X
Electro-Cardiographe
Accessoires.

▲ Littérature descriptive gracieusement fournie ▼

▼

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

REPRESENTANTS EXCLUSIFS

LAncaster 3292 MONTREAL 30 est, rue St-Paul

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

•

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

•

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

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

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

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

VITACRINE F.

Extrait ovarien	0 gr. 0162
Extrait mammaire	0 gr. 0162
Extrait placentaire	0 gr. 0162
Extrait cortico-surrénal	0 gr. 0244
Extrait hypophyse	0 gr. 0033
Extrait thyroïdien	0 gr. 0033
Extrait de germe de blé riche en Vitamine E	0 gr. 1706
Folliculine	20 Unités Standard

pour un comprimé.

TROUBLES de CROISSANCE, de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE

FATIGUE, ASTHÉNIES, SURMENAGE.

Dose Moyenne: 2, 4 ou 6 comprimés par jour au début des repas.

Vitacrine

LABORATOIRES A. DEFFARGE, Docteur en Pharmacie, BORDEAUX, France.

Dépositaire pour le Canada et les Etats-Unis

ANGLO-FRENCH DRUG CIE, 354 est, rue Sainte-Catherine, Montréal.

1270 Broadway, New-York City.

TRASENTINE

"CIBA"

(Chlorhydrate hydrosoluble de l'ester diéthylaminoéthylique de l'acide diphénylacétique)

ANTISPASMODIQUE

Agissant aussi bien sur la fibre nerveuse, comme l'atropine, que sur la musculature lisse, comme la papavérine.

Indiqué dans les états spasmodiques des organes végétatifs. Utilisable par voies orale et parentérale.

Comprimés Ampoules

PERANDREN

"CIBA"

(Première hormone orchitique synthétique, chimiquement pure)

L'essai du Perandren est recommandé dans les cas suivants:
Affections prostatiques, eunuchisme,
Troubles du développement sexuel,
Phénomènes de carence de nature physique et psychique,
Affaiblissement ou cessation prématurés de la fonction sexuelle.

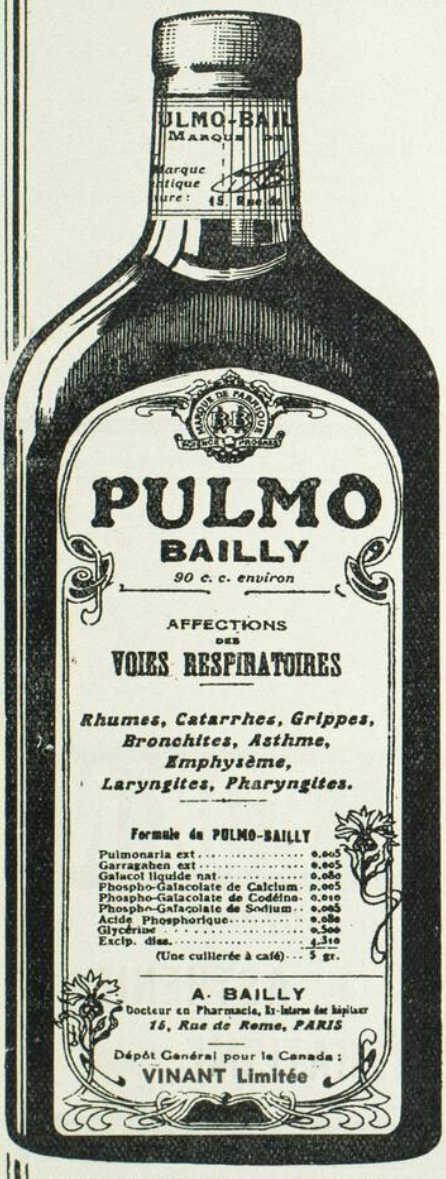
Ampoules

COMPAGNIE CIBA LTÉE, 759 Carré Victoria, MONTREAL.

PULMO-BAILLY

BASE ACTIVE : Phospho-Gaïacolate de Codéïne

Sa préparation réalisée par les procédés les plus perfectionnés de la technique moderne lui assure une composition et une action constantes et définies.



LE VIRUS GRIPPAL

en soi peu redoutable, est dangereux parce qu'il prépare le poumon à l'attaque et à l'infection des saprophytes habituels :

STAPHYLOCOQUES
PNEUMOCOQUES
STREPTOCOQUES
COCCO-BACILLES DE PFEIFFER

DANS UN ORGANISME DÉBILITÉ

LE PULMO-BAILLY

ASSURANT

1° **L'imprégnation antiseptique des voies pulmonaires**

2° **La tonification énergique de l'organisme**

RÉPOND PLEINEMENT

aux nécessités thérapeutiques du traitement complet, préventif et curatif des **Infections grippales, toux, laryngites, bronchites saisonnières et de toutes les affections broncho-pulmonaires.**

Dans la lutte contre la contagion et l'infection grippale le

PULMO-BAILLY

EST UNE ARME THÉRAPEUTIQUE COMPLÈTE ET EFFICACE

Adultes : 1 cuillerée à café au milieu des 2 repas

LABORATOIRES A. BAILLY - 15, RUE DE ROME - PARIS-VIIIe

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

TRÉPHONYL

SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE — FOIE FŒTAL — TRÉPHONES EMBRYONNAIRES

FLACONS - AMPOULES

SIROP

Anémies intenses

Convalescences

Déficiences organiques

Troubles de la croissance

Allaitement.

1 à 2 ampoules par jour dans ¼ de verre d'eau par voie buccale loin des repas.

1 cuillerée à potage (enfants 1 cuillerée à café) avant les trois principaux repas.

Laboratoires du Dr ROUSSEL,
97, rue de Vaugirard, **PARIS.**
Agents pour le Canada: **J. EDDÉ Ltée,** New Birks Bldg., **MONTRÉAL.**

PEPTO-KOLA ROBIN
PEPTONATE DE FER ROBIN
GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

NUCLÉARSITOL ROBIN

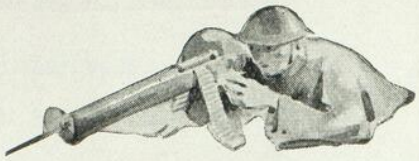
GRANULÉ - COMPRIMÉS - INJECTABLE

MALADIES DÉGÉNÉRATIVES ◆ ASTHÉNIE
TUBERCULOSE ◆ LYMPHATISME

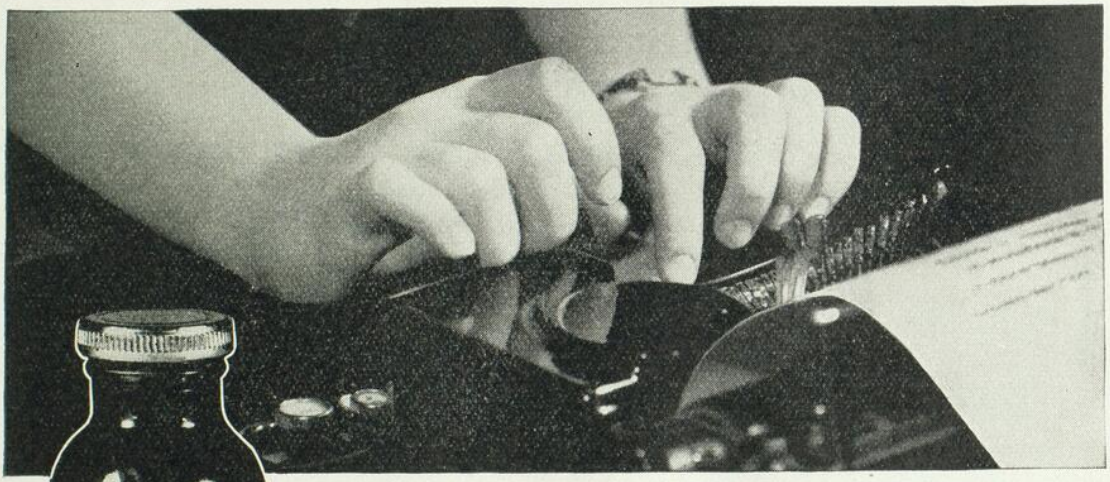
LABORATOIRES **ROBIN,** 13, Rue de Poissy, PARIS.

J. EDDÉ Limitée
Agent

"COMME UNE MITRAILLEUSE"



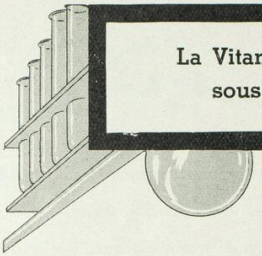
Minute après minute, heure après heure, le dactylographe fait entendre son clic! clac! "A grande vitesse" est l'ordre du jour dans la routine des bureaux. Le bruit incessant, l'engourdissante monotonie, la fatigue de la vue entraînent la tension nerveuse et la céphalée. Lorsque la douleur l'affole, la dactylographe vient vous consulter. L'efficacité, la sûreté et aucun danger d'accoutumance — qualités premières d'un analgésique — sont fournies par Bromo-Seltzer. Communiqués après communiqués dans la littérature médicale ont fait la preuve de ses constituants.



LES INGREDIENTS ASSOCIES QUI COMPOSENT BROMO-SELTZER amènent rapidement la sédation de la douleur et remontent les centres nerveux. Des doses minimes de Bromo-Seltzer produisent un maximum d'effet. Les citrates en font une boisson agréable et neutralisent l'acidité, si souvent associée aux maux de tête. Avant de le recommander à vos patients, faites-en vous-même l'essai. Votre expérience personnelle vous démontrera la rapidité et l'efficacité de Bromo-Seltzer dans le soulagement de la douleur. Sur votre demande nous vous adresserons des échantillons et de la littérature.

BROMO-SELTZER, LIMITED

TORONTO CANADA



La Vitamine Antinévritique Spécifique sous une forme Cristallisée Pure

INDICATIONS PRINCIPALES

Maintenant que la Vitamine B synthétique est obtenue sous une forme cristallisée pure — Betaxin — on peut se procurer à bon marché des quantités adéquates de cette diététique essentielle.

Il est prouvé que le Betaxin donné en petites doses est un adjuvant utile dans la diète des enfants et pendant la croissance. Au cours de la grossesse et de l'allaitement, principalement dans les vomissements incoercibles, une quantité libérale est requise. Betaxin est encore indiqué dans certains états caractérisés par une perte d'appétit, de l'atonie gastro-intestinale et faiblesse musculaire. Selon certains auteurs Betaxin peut rendre service dans les névrites (particulièrement dans la névrite alcoolique) les névralgies et autres désordres nerveux dus à l'avitaminose B.

Présentation: Comprimés de 0.1 mg., 0.5 mg. et 1 mg., en flacons de 50; comprimés de 5 mg., en flacons de 25. Ampoules de 1 mg. (-1c.c.) en boîtes de 10 et 100; ampoules de 10 mg. (-1c.c.), boîtes de 5.

Littérature sur demande.

BETAXIN

Marque de Chlorure de Thicmine

Vitamine B_1 Synthétique cristallisée

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Maison de confiance du médecin.

Bureau et Laboratoires: **Windsor, Ont.**

550aMC

"Je ne cours pas un aussi grand risque que vous pensez."
"Oui, si c'est vous qui avez chipé les Sweet Caps du patron !"

A votre disposition

Votre banque n'est pas seulement votre caissière et la dépositaire de vos capitaux d'épargne. Elle est en état de vous rendre d'autres services. Vos occupations et vos préoccupations d'ordre professionnel ne vous laissent guère le loisir de vous documenter au jour le jour sur les questions d'affaires. Vous n'en êtes pas moins tenu, à l'occasion, de résoudre certains problèmes financiers qui mettent en jeu vos intérêts. Recourez donc avec confiance au gérant de votre banque dont les avis désintéressés vous seront souvent utiles.

Banque Canadienne Nationale

Comment administrer l'

APICUR "ROCHE"

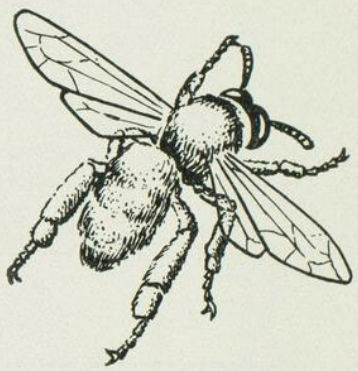
Solution stérile à 1‰ de venin d'abeille pur et complet

apithérapie des affections rhumatismales

Rhumatisme musculaire, Névrites, Affections articulaires rhumatismales

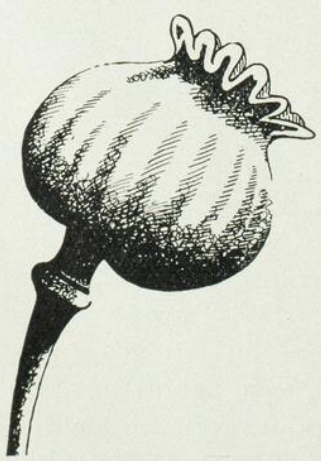
Par voie intracutanée dans la partie externe du bras ou au foyer de l'affection. On commence par 0.05 cc. (seringue à tuberculine, aiguille fine), on élève la dose jusqu'à 0.25 cc. sans dépasser 0.5 cc. On attend 3 à 5 jours entre les injections afin de laisser s'atténuer les manifestations secondaires, bénignes.

Une cure comprend de 5 à 8 injections (1 à 2 flacons-ampoules) et dure 3 à 4 semaines.



Conditionnement: un flacon-ampoule avec cape de caoutchouc de 1.2 cc. d'APICUR "ROCHE" ou bien: ONGUENT d'APICUR "ROCHE" pour applications locales. Tube de 20 gm.

Littérature et échantillons au service de Messieurs les Médecins



Hier morphine, aujourd'hui

PANTOPON "ROCHE"

Opium total, titré, injectable

ampoules — comprimés oraux
tab ettes hypodermiques — poudre (⅛oz.)
Pantopon "Roche" Sirop, flacons de 150 cc.

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL

NEURO-SÉDATIF SANS TOXICITÉ

pour la pratique courante

Dans la masse des préparations sédatives qui lui sont offertes, le praticien ne peut exercer en somme qu'un choix restreint.

La plupart de ces préparations, en effet, empruntent leur efficacité à un **barbiturique** de base; or, l'expérience montre chaque jour au praticien que ses « nerveux » de clientèle, à qui il prescrit une fois un barbiturique, s'y accoutument, s'en procurent à son insu, s'intoxiquent peu à peu et sont sujets parfois à des accidents très graves.

Depuis les découvertes de Zondeck et Bier, qui ont établi que le sommeil est déclenché par le brome des humeurs selon un mécanisme hormonal, le brome thérapeutique retrouve son ancienne faveur et l'on s'ingénie à préparer des composés bromés jouissant d'une telle propriété.

Seule la SED'HORMONE, à base d'un « Dibromocholestérol » de formule voisine de celle de la folliculine, a pu donner, à la dose de **quelques centigrammes** en brome, **sans bromisme ni aucun effet toxique,** les résultats suivants consacrés par l'expérience clinique:

1°. **CHEZ LES INSOMNIQUES,** rétablissement du sommeil dès le début de la cure, non par sidération comme avec les hypnotiques habituels, mais par remise en marche du rythme physiologique, spécialement à la **MENOPAUSE** et dans l'**AGE MUR.**

2°. Dans le **MAL COMITIAL,** par substitution progressive totale ou partielle du barbiturique habituel, espacement des accès avec détente des troubles psychiques.

3°. Chez les **PETITS NERVEUX, SURMENES, OBSEDES, ANXIEUX, NEVROPATHES,** sédation de l'énervement, des troubles sympathiques (angoisse, vertiges, migraines).

4°. **CURE des TOXICOMANIES** (morphine, cocaïne, barbituriques) par substitution progressive au toxique, lequel se fixe sur le noyau cholestérol.

5° **CHEZ l'ENFANT,** sédation des **Convulsions** de l'enfance, de **l'Instabilité** et de **l'Enurésie** d'origine centrale.

6°. Sédation du **MAL de MER.** — Diminution des premières douleurs de l'**ACCOUCHEMENT** (sans perturbation du mécanisme des contractions, ni intoxications du fœtus, à craindre avec les opiacés, la scopolamine et les barbituriques). — **ANESTHESIE de base** chirurgicale.

PRESCRIRE LA **SED'HORMONE** **A LA DOSE DE:**

2 à 6 Dragées — ou 1 à 3 Suppositoires par jour.

Chez l'enfant: 1 à 4 Dragées, ou 1 à 2 Suppositoires par jour.

Dans l'anesthésie de base obstétricale ou chirurgicale: 1 à 4 Suppositoires.

(Echantillons médicaux sur demande)

LABORATOIRES AMIDO,

A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4 Place des Vosges, Paris, IVe.

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

MOITIÉ { *de la dose*
de la quantité du médicament à éliminer

Administré par voie buccale, par voie rectale ou par voie intraveineuse, le NEMBUTAL, à dose de moitié moindre que tout autre barbiturique, a une action hypnotique rapide, mais de courte durée, et un effet sédatif prolongé. Dans un temps exceptionnellement court, il est assimilé et éliminé. C'est ce qui en fait le barbiturique de choix en chirurgie, obstétrique et médecine générale. — Information détaillée sur demande.

Laboratoires Abbott Ltée, 388 ouest, Rue St-Paul, Montréal

NEMBUTAL ABBOTT

BULLETIN

1938

La fusion du «Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord» avec l'«Union Médicale du Canada» est un fait nouveau. L'«Union Médicale du Canada» devient, par cette réorganisation, avec le concours du Bulletin, l'organe officiel de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Les Directeurs de ces deux grandes Revues de médecine ont cru qu'il était opportun, dans l'intérêt général et celui, primordial, de notre importante Association médicale, au double point de vue scientifique et économique, de conjuguer leurs efforts en vue de créer l'unité de pensée et d'action parmi les groupes français de médecins disséminés dans l'Amérique du Nord.

L'«Union Médicale», notre plus ancienne Revue de médecine au Canada, s'offrait d'assumer cette tâche avec les Directeurs du Bulletin, en s'autorisant d'une tradition qui compte plus de soixante-six années d'existence ininterrompue et d'inlassables activités. Nous continuerons, ainsi, de servir une Association Médicale que nous avons contribué à fonder, à maintenir et à stabiliser depuis 1902.

Nous réalisons, en même temps, le rêve du fondateur de ce journal: Rhéaume; c'est-à-dire une publication mensuelle pour tous les médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

A moins d'une telle entente, basée sur des concessions mutuelles, cela était irréalisable. Nous avons fait cette tentative en comptant sur la collaboration de toutes nos bonnes volontés et nos compétences, qui sont nombreuses mais disséminées. Une Revue Médicale mensuelle est notre seul terrain de ralliement dans l'intervalle des congrès.

Notre nouveau Bureau de direction comptera donc, à l'avenir, parmi ses membres, des délégués des principaux districts de la province de Québec et d'Ontario, tandis que nous aurons des membres correspondants dans le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Ecosse, les provinces de l'Ouest, la Nouvelle-Angleterre et la Louisiane. Nous allons compléter incessamment l'organisation définitive de notre Bureau.

Nous aurons, aussi, en France, un correspondant officiel qui tiendra nos lecteurs au courant du mouvement médical français.

Le docteur P. Desfosses, secrétaire de «La Presse Médicale», a bien voulu nous offrir son active collaboration à la demande, toujours spontanée, du professeur Sergent, notre nouveau membre d'honneur à Paris. Nous les en remercions tous deux, et nos lecteurs nous en sauront gré.

Nous pouvons, aussi, compter sur l'important concours de notre éminent collègue, de Genève, le Professeur Roch, dont les sympathies canadiennes nous sont bien connues.

Il est bien entendu que nous allons coopérer étroitement avec l'Association dans l'organisation des Congrès, dont nous publierons les rapports et les discussions dans le plus bref délai possible.

En conclusion, l' « Union Médicale du Canada » devient, avec le Bulletin, l'organe de toute la profession médicale française de l'Amérique du Nord et non celui d'un groupe, quoi que l'on en dise.

Nous comptons sur l'appui et l'encouragement de tous.

Notre Revue n'est pas une entreprise commerciale, c'est une idée, une tradition, un « status » de la médecine française en Amérique du Nord *que nous nous efforcerons de perfectionner au fur et à mesure des progrès accomplis dans nos différents centres.*

Le Bureau de Direction,

Albert LeSAGE,
Rédacteur en chef.

R.-E. VALIN,
Directeur de l'A.M.L.F.A.N.

LES VACANCES

Les vacances, mots magiques qui évoquent chez chacun de nous la nostalgie de celles qui sont passées, le désir ardent de réaliser celles qui sont à venir. C'est surtout durant un rude hiver que le mirage des jours ensoleillés nous empoigne et nous laisse tout rêveurs.

Et oui, déjà en janvier, nous osons parler de vacances. Pour nous médecins, la difficulté de réaliser nos projets est telle que souvent les vacances restent à l'état d'ébauche.

Pourtant, si nous voulons nous en donner la peine, un projet qui joindrait l'utile à l'agréable, offrirait la solution de nos difficultés. Pourquoi cette année ne pas faire de nos vacances un voyage d'étude d'autant plus profitable qu'il sera agréable.

Le congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord aura lieu cette année le 6, 7 *et* 8 *septembre à Ottawa et Hull. Les assises passées de l'Association sont trop connues pour qu'il nous faille insister sur la haute valeur des congrès. D'ailleurs, un programme des plus intéressants, en train d'être parachevé, vous fournira l'occasion d'apprécier tout l'intérêt scientifique du congrès d'actualités médicales de* 1938.

Ce que nous voulons tout particulièrement souligner dès maintenant, ce sont les attraits de la capitale du Dominion et de la ville de Hull, qui en font un endroit idéal pour un séjour de vacances.

Ceux qui connaissent la Capitale et la Ville voisine en savent tous les charmes et il est inutile d'insister pour qu'ils y reviennent. C'est aux autres, à ceux qui n'ont jamais eu l'occasion de visiter Ottawa et Hull, que nous nous adressons.

Pensez à Ottawa-Hull en organisant vos vacances. Bientôt nous vous fournirons des détails sur le pittoresque respectif de ces deux villes qui rendront encore plus attrayant ce projet de voyage pour septembre 1938.

« LA VACANCE DE CETTE ANNEE...
LE CONGRES OTTAWA-HULL »

MÉMOIRE

PARALYSIE DES MOUVEMENTS VOLONTAIRES DES GLOBES OCULAIRES DANS TOUTES LES DIRECTIONS. PARALYSIE DISSOCIÉE DE LA MOTILITÉ OCULAIRE RÉFLEXE. HÉMIPLÉGIE GAUCHE. SYNDROME D'ORIGINE VASCULAIRE.

Par **Jean SAUCIER,**
des hôpitaux Notre-Dame et Ste-Justine.

L'intérêt de cet article réside entièrement dans la lecture de l'observation clinique et la discussion des hypothèses pathogéniques. Celles-ci seront forcément résumées et envisagées en bloc car elles se retrouvent pour la plupart dans le mémoire de mon maître Alajouanine à qui nous devons le démembrement des paralysies des mouvements associés des globes oculaires (1). Ce mémoire qui date déjà de 1931 n'a rien perdu de son actualité puisque rien d'essentiel n'est venu s'ajouter à cette pénétrante étude au cours des années qui ont suivi(2).

Observation.

Il s'agit d'une célibataire âgée de 39 ans, Ga... Ve..., qui fut admise dans le service du Pr. Benoit en novembre dernier, pour:

1. hémiplégie gauche,
2. cardiopathie post-rhumatismale mal compensée,
3. hypertension artérielle,
4. troubles de la motilité oculaire.

Quelques jours après son arrivée, le hasard des consultations m'a amené auprès d'elle, et devant la symptomatologie oculaire très spéciale qu'elle présentait, j'ai demandé que l'on me permît de la faire passer en neurologie où je pourrais l'observer plus à loisir. Avant de décrire le syndrome oculaire, qui est en somme le thème principal de cette observation, je crois essentiel de rappeler brièvement le passé médical de la malade, dont les divers épisodes ont graduellement amené le tableau qu'elle nous offre aujourd'hui.

Depuis l'âge de 9 ans, elle a fait à peu près tous les ans jusqu'en 1927 des poussées de rhumatisme polyarticulaire aigu qui furent apparemment assez bien supportées. En réalité, ces épisodes infectieux répétés ont atteint profondément le cœur de la malade, puisqu'en 1930, elle fit une première crise de décompensation cardiaque. Apparemment encore, après trois mois de repos, les choses se passèrent comme si tout était rentré dans l'ordre.

En 1932, sans prodromes, elle fit une hémiplégie gauche, intéressant la face et les membres. Elle ne perdit pas connaissance. Le membre inférieur revint à la normale en trois mois et le membre supérieur reprit environ 75% de ses activités. A la face, la paralysie disparut dans les mêmes proportions qu'au membre supérieur. Dans les quelques semaines qui suivirent, la malade remarqua que son œil droit déviait légèrement, mais elle ne peut se rappeler le côté de la déviation. Elle assure qu'à ce moment, elle ne présentait pas de diplopie. Peu à peu cette déviation oculaire disparut et le calme se rétablit jusqu'en mars 1935. A ce moment, elle se plaignit de diplopie pour la première fois. Cette diplopie dura deux mois, puis disparut graduellement pour ne jamais revenir dans la suite. Les

(1) Th. Alajouanine et R. Thurel. Révision des paralysies des mouvemens associés des globes oculaires. Revue Neurologique. I. (125-169) fév. 1931.

(2) Ce mémoire contenant les références bibliographiques essentielles sur cette question, j'omettrai d'indiquer les références qui y sont déjà signalées.

choses prenaient encore une fois bonne tournure, lorsqu'en juin de la même année, s'installa un ptosis à peu près complet de l'œil droit, mais peu à peu, en deux mois environ, celui-ci rétrocéda de moitié et laissa la paupière droite en demi-occlusion comme nous la voyons aujourd'hui. Cet épisode de 1935 n'apporta pas de modifications au niveau des membres.

En août 1937, s'installa graduellement en deux mois, une parésie importante du membre inférieur gauche tandis qu'en octobre les mêmes phénomènes parétiques envahissèrent le membre supérieur du même côté; au début de novembre, en quelques jours la paupière gauche était en ptosis complet. La malade fut admise à l'hôpital à ce moment. Lorsque je l'ai vue pour la première fois, elle présentait au surplus une paralysie du regard dans toutes les directions. Cette paralysie s'est installée graduellement depuis le mois d'août dernier et persiste encore aujourd'hui. La paralysie du membre inférieur gauche a diminué au point que la malade peut maintenant faire quelques pas; au membre supérieur, l'amélioration est moins marquée mais peut s'évaluer à 40%; quant au ptosis gauche il a disparu dans une proportion de 90%.

Telle est l'histoire de cette malade dans ses données essentielles et selon l'ordre d'apparition chronologique des faits.

Il paraît logique de faire débuter l'examen somatique par une description de l'aspect clinique du cœur. Le Dr Jules Prévost, qui s'est intéressé à la malade, a examiné celle-ci récemment et résume ci-après ses constatations: « pancardite d'origine rhumatismale; symphyse cardio-hépatique; asystolie hépatique. Hypertrophie cardiaque dans tous les diamètres. Au palper, frémissement cataire avec roulement de Flint. A l'auscultation, double souffle aortique à la base; à la pointe, constatations habituelles de maladie mitrale. Double souffle crural de Duroziez. Pouls capillaire. Bradyarythmie extrasystolique. Tension artérielle: 170/90. Hypertrophie du foie et douleur à sa palpation. Réflexe hépato-jugulaire très caractéristique. » Les poumons et les organes de la cavité abdominale, le foie excepté, ne présentent rien d'anormal.

Cette description oriente d'ores et déjà vers les déductions pathogéniques qu'imposeront les données tirées de l'examen neurologique, surtout lorsque l'on sait que les diverses épreuves de laboratoire n'ont rien ajouté à l'enquête clinique. En effet, les voici: urée sanguine, 0.46 gm. au litre; glycémie, 1.02 gm. au litre; hématogramme normal; urines normales; B. W. du sérum sanguin et du l c.r. négatifs; radiographies du crâne essentiellement normales; ponction lombaire, très mal supportée; épreuve manométrique, normale; albuminorachie, 0.22 gm. au litre; 3 lymphocytes par mm.c.; courbes colloïdales, normales.

Après la ponction lombaire, la malade a fait une crise de décompensation cardiaque aiguë et je n'ai pas cru prudent d'ajouter à mon enquête les renseignements qu'aurait pu apporter une encéphalographie.

Au point de vue neurologique, il s'agit essentiellement d'une hémiplégique gauche banale, présentant comme épiphénomène un syndrome oculaire inusité, qui fait tout l'intérêt de l'observation.

Il n'existe rien de notable à l'inspection des membres et du tronc: pas d'atrophie musculaire, pas de fibrillations, pas de désordres circulatoires cutanés ou muqueux. La force segmentaire est manifestement amoindrie au niveau des membres gauches, plus cependant au membre supérieur qu'à l'inférieur, plus pour les fléchisseurs que pour les extenseurs qui sont à peine touchés. La sensibilité, aussi bien superficielle que profonde, est partout parfaitement conservée. La réflectivité tendineuse est nettement exagérée du côté gauche; il n'existe cependant pas de phénomènes cloniques du pied ni de la rotule. Les cutanés abdominaux sont abolis. Les cutanés plantaires sont en extension bilatérale. Les diverses épreuves cérébelleuses sont parfaitement exécutées à droite, et même à gauche, en dépit des difficultés qu'offrent des membres parésiés.

Les nerfs craniens retiendront plus longuement notre attention. La première paire est indemne. La seconde est également normale: il n'existe pas d'hémianopsie et le fond d'œil est normal. Les paires III, IV et VI seront étudiées ensemble afin de faciliter la description puisqu'il s'agit d'une paralysie du regard dans toutes les directions:

Vue de face, en position assise, la malade ne présente pas de strabisme. Ses globes oculaires paraissent normaux. La paupière droite est en demi-occlusion, recouvrant l'iris jusqu'à la limite inférieure de la pupille; la paupière gauche recouvre l'iris jusqu'à la limite supérieure de la pupille. L'ordre de relever les paupières à leur maximum n'amène pas de changement de la paupière droite alors qu'à gauche l'ascension palpébrale est à peu près complète. La répétition de cet ordre amène cependant une fatigue rapide de la paupière gauche et après une dizaine d'ascensions elle n'arrive plus à dépasser la limite supérieure de l'iris.

L'ordre donné à chaque œil isolément de regarder à droite et à gauche, en haut et en bas n'est suivi d'aucun mouvement des globes oculaires, sauf pour le muscle droit interne gauche qui obéit très légèrement, mais ce début d'excursion est à peine notable.

Les deux yeux étant maintenant étudiés ensemble, l'ordre est donné de regarder en haut: à droite, le globe et la paupière ne bougent pas; à gauche, le globe demeure immobile, mais la paupière se relève à peu près normalement. Les plis frontaux apparaissent symétriquement. Dans l'ordre de regarder en bas, le globe droit ne s'abaisse pas mais dévie très légèrement en dedans; le globe gauche ne s'abaisse pas davantage mais dévie très légèrement en dehors. Dans les ordres de regarder à droite et à gauche les mouvements sont à peu près nuls; peut-être existe-t-il une légère prédominance des droits externes? Le regard commandé dans les directions obliques demeure sans réponse. L'ordre de converger ne peut s'exécuter, aussi bien dans la convergence directe que dans les convergences vers le haut et vers le bas.

Les modifications de position de la tête par rapport au tronc ou dans l'espace ne déclanchent pas de mouvements réflexes des globes oculaires.

L'occlusion des paupières contre résistance n'amène pas la réponse réflexe habituelle d'élévation avec divergence légère. Les globes demeurent immobiles.

La recherche du réflexe cornéen, — lequel existe au niveau des deux cornées, — ne provoque pas de mouvement appréciable des yeux.

Les pupilles sont rondes et régulières. Leur diamètre est normal: elles ne sont ni myotiques ni mydriatiques. Elles réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation.

Les réflexes naso-palpébral, optico-palpébral et cochléo-palpébral sont normaux.

L'audition est excellente. L'épreuve de Barany pratiquée par le Dr Lucien Gélinas élimine la participation labyrinthique.

Au repos, la musculature faciale ne présente rien de notable. Lorsque la malade sourit, sa bouche est un peu déviée à droite. L'ouverture des lèvres contre occlusion forcée se fait plus facilement à gauche qu'à droite. L'occlusion des yeux, par contre, est plus facilement vaincue à droite. Les sourcils sont froncés également des deux côtés. Les plis frontaux sont également distribués.

Le trijumeau, moteur et sensitif, est indemne. Les paires craniennes restantes n'offrent rien à signaler.

En résumé, cette malade présente une énorme cardiopathie post-rhumatismale et un syndrome neurologique essentiellement caractérisé par une hémiplégie gauche intéressant la face dans le domaine du facial inférieur, par un demi-ptosis droit, par une paralysie volontaire du regard dans toutes les directions et par une paralysie de plusieurs mouvements réflexes de la motilité oculaire.

Interprétation physio-pathologique:

Les paralysies du regard dans une direction déterminée sont fréquentes. Les paralysies du regard volontaire dans toutes les directions se rencontrent assez rarement, en

dehors de l'ophtalmoplégie nucléaire progressive, des cas de diplégie faciale cérébrale avec paralysie du regard et de l'ophtalmoplégie pseudo-nucléaire ou pseudo-bulbaire décrite sous le nom de syndrome de Tiling-Wernicke, tous syndromes que le neurologiste et l'oculiste n'ont pas l'occasion d'observer bien fréquemment. Exceptionnellement l'encéphalite épidémique, la syphilis et la sclérose en plaques peuvent offrir à un moment de leur évolution un tableau qui réalise la paralysie du regard volontaire dans toutes les directions.

La paralysie totale du regard, portant également sur la motilité volontaire et sur la motilité réflexe est tellement exceptionnelle que les quelques exemples qui en furent publiés ne sont pas exempts de critique et peuvent s'interpréter différemment.

Alajouanine et Thurel signalent les cas de Cantaloube, de Bollack et de Gilbert Ballet et considèrent que leurs exemples ressortissent soit aux ophtalmoplégies nucléaires complètes, soit à la myasthénie.

Les paralysies du regard portant sur la motilité volontaire et sur un nombre assez considérable de mouvements réflexes, — comme c'est le cas pour la malade qui fait l'objet de mon observation, — nécessitent pour leur production des lésions situées tout près des noyaux oculo-moteurs d'où partent et où aboutissent les divers chiasmas de fibres qui unissent les centres et les noyaux régissant les diverses manifestations de l'activité volontaire et réflexe des globes oculaires.

Ma malade offre un tableau qui comporte un syndrome de Weber (atteinte parcellaire du MOC droit avec hémiplégie gauche) ; les paralysies oculaires observées chez elle nécessitent la participation lésionnelle des deux faisceaux longitudinaux postérieurs et de la commissure blanche postérieure, car on sait que la paralysie des mouvements de latéralité à droite et à gauche est déterminée par une lésion des faisceaux longitudinaux postérieurs, le droit pour les paralysies vers la droite, le gauche pour les paralysies vers la gauche; les paralysies des mouvements verticaux ou de l'élévation seulement, avec abolition ou non de la convergence sont causées par des lésions de la commissure blanche postérieure.

Il est logique de présumer que les lésions qui ont créé chez ma malade sa première hémiplégie gauche de 1932 sont les mêmes que celles qui reproduisent aujourd'hui la même hémiplégie, accompagnée cette fois, de paralysies oculaires. On se souvient que la malade remarqua en 1932, lors de sa première hémiplégie gauche, que son œil droit fut dévié pendant quelques semaines. Il est bien probable qu'elle fit alors un syndrome de Weber où l'élément MOC fut très discret. Son histoire de rhumatismes à répétition oriente dès 1932 vers une étiologie vasculaire: petites embolies ou thromboses. Le recul de près de cinq années depuis cette première manifestation hémiplégique permet d'éliminer tous les processus pathologiques aigus et subaigus; il permet de ne pas nous attarder longtemps aux états tels que l'ophtalmoplégie nucléaire progressive, à la myasthénie et aux tumeurs.

Kissel et Grimaud (3), se basant sur le nombre de cas rapportés dans la littérature médicale où il est question de paralysies des mouvements associés des yeux portant à la fois sur la motilité volontaire et sur une partie de la motilité automatico-réflexe croient que l'étiologie vasculaire de tels syndromes n'est pas habituelle alors que leur origine néoplasique est au contraire très fréquente, 56% des cas; par ordre de fréquence décroissante viennent ensuite l'encéphalite épidémique et la sclérose en plaques, puis enfin, les désordres vasculaires, — une dizaine d'observations en tout. Ces auteurs insistent sur le contraste de cette rareté avec la fréquence des paralysies dissociées du regard dans les syndromes pseudo-bulbaires, — 77% des cas.

---

(3) P. Kissel et R. Grimaud. Syndrome pseudo-bulbaire; paralysie des mouvements de latéralité des yeux vers la gauche; parésie verticale du regard. Remarques sur les motilités volontaire et réflexe des globes oculaires. Revue Neurologique. II. (101-104) juillet 1933.

L'encéphalite épidémique et la sclérose en plaques ne s'intègrent manifestement pas dans l'anamnèse de ma malade. L'éventualité d'une tumeur qui progresserait très lentement, et qui siégerait au niveau de la calotte ponto-pédonculaire est difficilement admissible. La marche des événements s'y oppose et les *circumfusa* neurologiques orientent ailleurs. Une bonne encéphalographie, — selon la technique non encore publié de William Cone, — qui mettrait parfaitement en évidence les contours du quatrième ventricule et de l'aqueduc de Sylvius trancherait la difficulté, du reste, toute théorique. L'état général de ma malade ne m'a pas permis de lui imposer cette recherche trop dangereuse dans les circonstances, et qui n'eut très probablement apporté qu'un renseignement négatif. On sait d'ailleurs que les néoplasmes de la fosse postérieure traduisent leur présence de façon très précoce, et c'est là en somme, le meilleur argument pour ne pas accorder foi à l'hypothèse tumorale.

* * *

Cette observation illustre la possibilité de l'existence au cours d'un état lésionnel vasculaire, — c'est celui qu'il faut admettre par élimination, — de paralysies du regard volontaire dans toutes les directions, associées à des paralysies dissociées de la motilité réflexe. Chez ma malade, les réactions oculo-vestibulaires sont normales, ou à peu près; les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation; les réflexes naso-palpébral, optico-palpébral et cochléo-palpébral sont conservés. Par contre, les modifications de position de la tête par rapport au tronc ou dans l'espace ne déclanchent pas les mouvements réflexes habituels des globes, et l'occlusion des paupières contre résistance n'amène pas l'élévation synergique réflexe normale.

Il ne semble pas qu'il faille incriminer ici les centres des mouvements volontaires et réflexes ni les noyaux oculo-moteurs, à l'exception peut-être du noyau du MOC droit ou des fibres efférentes du même MOC dans leur trajet intrapédonculaire. Je l'ai déjà dit, une lésion bilatérale des chiasmas moteurs (f. l. p. et commissure blanche postérieure) rend bien compte de la presque totalité des symptômes observés. Il faut cependant admettre que cette lésion, malgré la massivité de son expression clinique, est encore relativement élective puisqu'elle permet la persistance de certains réflexes oculaires alors qu'elle s'oppose à la manifestation de certains autres.

Dans un carrefour aussi exigu que les faisceaux longitudinaux postérieurs et la commissure blanche postérieure on se demande comment certaines fibres provenant des tubercules quadrijumeaux antérieurs et des noyaux vestibulaires ont pu être respectées, et pourtant elles le sont puisque la malade a des réactions pupillaires normales et que les réflexes oculo-vestibulaires sont conservés.

* * *

Quoi qu'il en soit de la difficulté d'expliquer intégralement la persistance de certains réflexes oculaires alors que d'autres sont disparus, il semble démontré que le syndrome que présente ma malade est conditionné par des lésions supranucléaires pédonculaires intéressant tout particulièrement la région droite et gauche de la calotte et secondairement le pied du pédoncule droit. Il est peu probable que la calotte protubérantielle soit profondément touchée, si elle l'est. Pour qu'elle le soit, il faudrait invoquer à ce niveau la participation des paramédianes, mais on sait, depuis les travaux de Foix (4), que les ramollissements consécutifs à l'atteinte des paramédianes probutérantielles ne frappent pas la calotte. Par ailleurs, les circonférentiellles courtes et longues ne peuvent avoir été atteintes à ce niveau puisqu'il n'existe aucune évidence clinique pour le démontrer.

Il paraît plus satisfaisant d'incriminer les paramédianes pédonculaires qui se détachent du pédicule artériel rétro-mamillaire et dont

(4) Charles Foix et Pierre Hillemand. Les artères de l'axe encéphalique jusqu'au diencéphale inclusivement. Revue Neurologique. II. (706-739) déc. 1925.

le groupe postérieur constitue les paramédianes pédonculaires. Les plus externes s'enfoncent à travers la partie interne du pied qu'elles irriguent, puis vers la région de la calotte, les unes en dedans, les autres en dehors du noyau rouge. Il faut admettre qu'une perturbation des paramédianes pédonculaires rend assez bien compte des symptômes chez ma malade et explique la non-participation des voies oculo-vestibulaires. Il est plus difficile d'expliquer l'intégrité de certaines connexions des tubercules quadrijumeaux antérieurs avec les noyaux des MOC, notamment la persistance des réflexes pupillaires.

A tout événement, l'explication vasculaire que je propose répond à la très grande majorité des faits. Une telle distribution lésionnelle réalise un syndrome de la calotte pédonculaire très spécial où l'élément *Bénédikt* est complètement absent malgré la très grande proximité des organes dont la lésion en déclancherait l'extériorisation.

En résumé, cette malade présente un syndrome qui ne peut être que vasculaire, se manifestant par une hémiplégie gauche avec syndrome de Weber parcellaire et une paralysie des mouvements volontaires des globes oculaires dans toutes les directions tandis que la motilité oculaire réflexe demeure partiellement indemne. L'atteinte des paramédianes pédonculaires rendrait compte de la majorité des faits.

RECUEIL DE FAITS

UN CAS DE PANCRÉATITE AIGUË

Par **Albert LeSAGE** et **Gaëtan BARRY**,
Médecins de l'hôpital Notre-Dame.

Le pancréas a pris une telle importance, depuis quelques années, en pathologie médico-chirurgicale, à cause de la place qu'il occupe dans le vaste estuaire gastro-duodénal où se déversent les canaux hépatiques, que nous sommes surpris du nombre restreint de cas rapportés dans nos hôpitaux. Est-ce oubli, de notre part? car on doit d'abord y penser; est-ce erreur? Nous l'ignorons; mais nous devons saisir toutes les occasions de poser cette question chaque fois qu'un fait nouveau, même incertain, nous met en présence de cette éventualité.

Nous avons eu l'occasion, en décembre 1937, d'en observer un cas dans notre service, à l'hôpital Notre-Dame, que nous avons diagnostiqué et traité comme tel avec un résultat satisfaisant.

Observation. Il s'agit d'une femme de 32 ans, admise dans notre pavillon pour des troubles digestifs caractérisés par une sensation de boule à l'épigastre accompagnée de crampes, de nausées et de vomissements répétés, survenus il y a deux jours à la suite *d'un repas très copieux*. La douleur, paroxystique à son entrée, siège au creux épigastrique; elle est tenace, constante, et irradie à gauche et en arrière jusqu'aux vertèbres lombaires.

Cette femme est une obèse.

L'examen général n'offre, d'ailleurs, aucune particularité, sauf au carrefour pancréatico-duodénal. Entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic, la pression profonde provoque une douleur vive irradiant d'arrière en avant et de droite à gauche jusqu'à la deuxième lombaire. Cette exploration fait apparaître des nausées, même des vomissements, et un état syncopal.

A ce niveau, on perçoit un battement aortique, une légère défense musculaire, une hyperesthésie et un aspect cyanotique local de la peau.

La température oscille entre 98 2/5 et 101° durant les six premiers jours.

Présence de *lipase* dans les urines, de *graisses* et de *fibres musculaires* dans les selles.

La recherche de la *diastasurie* révèle *256 unités.*

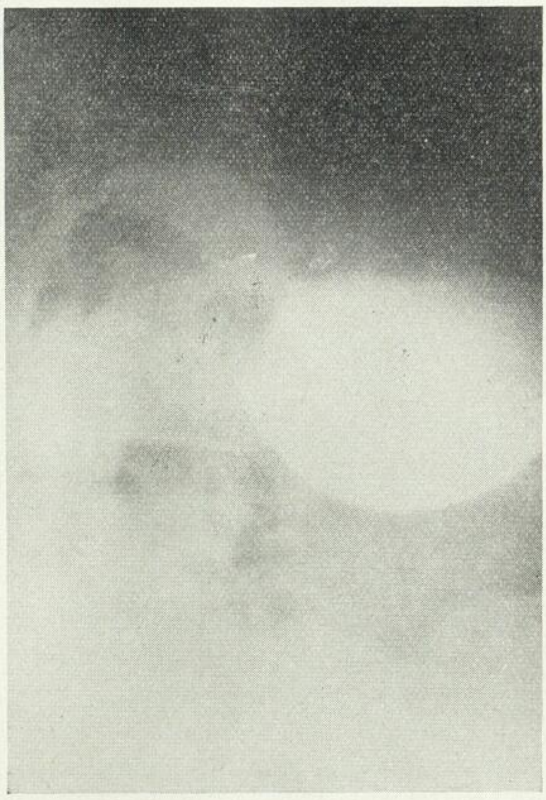


Fig. I

Toutes ces recherches incriminent de plus en plus le pancréas. Nous cherchons à préciser notre diagnostic en nous adressant à la radiographie en vue d'explorer l'estomac, le cadre

duodénal et la vésicule. En voici le rapport: « La vésicule est faiblement colorée, il semble qu'on y distingue des calculs, sans oser l'affirmer »..., « quant à l'estomac, le remplissage est normal, le fond est au-dessus des crêtes iliaques,... point douloureux à gauche surtout en dehors de l'estomac, mais empiétant sur la partie externe de la portion verticale..... » « En position debout, il existe une très légère saillie sur la petite courbure en bas de la portion verticale, avec, peut-être, parfois, une stricture, en face, sous la grande courbure;

Fig. II

l'antre pylorique donne l'impression d'être refoulé en haut à sa partie droite; *le cadre duodénal est extrêmement large.*

« En décubitus et en procubitus, on ne voit pas la saillie de la petite coubure, l'antre pylorique a encore l'air repoussé en haut mais moins. Le *cadre duodénal continue à être anormalement large.* Après 2 heures, l'estomac est vide de moitié. On ne voit plus la saillie de la petite courbure, l'antre et le duodénum ont le même aspect.

«...En somme, estomac se vidant lentement, sans stase, présentant une anomalie de forme de l'antre et du duodénum, comme dans *les tumeurs du pancréas*, et une petite déformation... La partie gauche du transverse dessine une courbe, comme si elle était repoussée en bas par une masse supérieure ».

(Laquerrière).

L'examen du sang révèle une légère hyperglobulie: 5,150.000 gl. r., 10,000 gl. bl., ni hyperglycémie ni glucosurie provoquée.

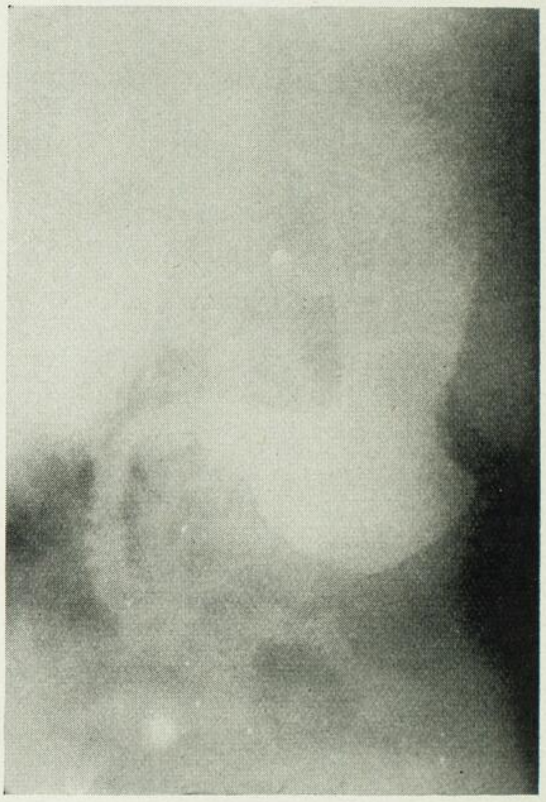


Fig. III

DIAGNOSTIC: Si nous faisons le compte des signes relevés chez cette malade, voici ce que nous trouvons:

1) Douleur paroxystique, vive, tenace au creux épigastrique, à la suite d'un repas copieux, accompagnée de vomissements répétés.

2) Irradiation et persistance de la douleur à gauche vers l'angle costo-lombaire, puis en arrière au niveau de la 2ème lombaire.

3) Hyperesthésie cutanée de la région xiphoïdienne et douleur syncopale à la pression profonde.

4) Lipase urinaire.

5) Diastasurie élevée: 265 unités nohlgemuth.

6) Hyperglobulie légère.

7) Elargissement du cadre duodénal.

8) Cholécystite calculeuse probable.

9) Présence de graisses *et de fibres musculaires* dans les selles.

Ces signes correspondent à ceux que l'un de nous a déjà étudiés en 1934 (1).

Nous croyons qu'il s'est agi, dans ce cas-ci, d'une crise de *pancréatite aiguë œdémateuse,* relativement légère, secondaire à un excès alimentaire chez une obèse souffrant déjà de lithiase biliaire très probable.

La glace, une diète sévère, un repos prolongé en ont favorisé l'évolution.

Les signes énumérés plus haut ont peu à peu disparu; la diastasurie s'est abaissée à 64 unités, et la malade a pu quitter l'hôpital le 40ème jour sans éprouver d'autres malaises.

Mais on ne doit pas compter sur une guérison définitive, en pareil cas, car le pancréas, au moment de son départ, est encore gros et le cadre duodénal est plus élargi qu'à l'état normal. (voir fig. III)

Un nouvel excès alimentaire peut déclancher une nouvelle crise, beaucoup plus grave, celle-là: pancréatite hémorragique avec ou sans stéato-nécrose.

La malade doit en être informée.

Telle est la conclusion pratique de cette observation.

(1) Syndromes pancréatiques aigus, par A. et J. LeSage, rapporteurs — 23ième Congrès Français de Médecine, Québec 1934.

ABCÈS DU POUMON A FLORE MICROBIENNE MIXTE. GUÉRISON SPONTANÉE

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

Observation.

Rolande L., âgée de 19 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 5 novembre 1937, pour de la toux, de l'expectoration, haleine fétide, fièvre et point de côté.

15 jours auparavant, la malade avait été opérée pour amygdales hypertrophiées et remplies de pus. Dès le lendemain la patiente présente de la fièvre et se plaint d'une forte douleur au côté gauche de la poitrine. De retour chez elle, après cinq jours d'hospitalisation, la fièvre et la douleur continuent en même temps qu'apparaît une toux persistante et, plus tard, une expectoration légèrement nauséabonde. Son médecin, après avoir pratiqué sans résultat une ponction exploratrice, la fait hospitaliser.

Antécédents héréditaires: excellents; père, mère, 3 frères, 3 sœurs vivants et bien portants.

Antécédents personnels: on relève une typhoïde à l'âge de 9 ans et, plus tard, une scarlatine. Menstruations normales.

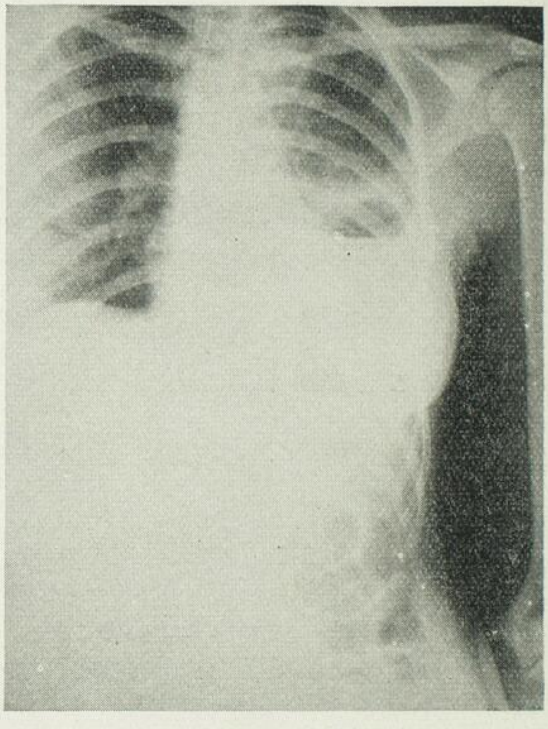
La malade, à son entrée, n'a pas de céphalée ni troubles nerveux. Vue excellente, rien aux oreilles et au rhino-pharynx; aucun symptôme du côté du cœur, du tube digestif et des voies urinaires. Son appétit est encore assez bon, seules la toux et l'expectoration fétide l'ennuient et inquiètent sa famille.

A première vue, cette jeune fille, toujours souriante, ne paraît pas gravement atteinte. La température, cependant, est 100° F., le pouls 120 et la respiration 40.

L'examen des poumons permet de constater rien de particulier à l'inspection et à la palpation. On trouve, cependant, une légère matité, avec râles, à la partie moyenne et à la base du poumon gauche. Rien de particulier à la région antérieure des poumons.

Le cœur est rapide mais régulier et ne présente aucun souffle valvulaire. La tension artérielle est de 110/75.

Rien aux organes abdominaux. Pas d'œdème aux membres inférieurs et les réflexes sont normaux.



Radiographie No I

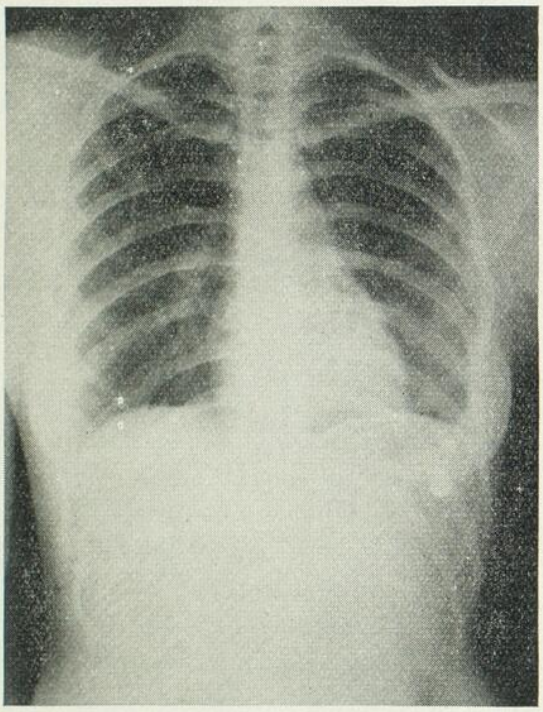
Le 6 novembre, temp. 104 2/5° F. La scopie montre une opacité dans la partie moyenne du poumon gauche. Il y a alors matité dans la région axillaire.

Le 8 novembre, temp. 103 2/5° F. Les crachats sont légèrement teintés de sang et leur odeur est plus fétide, au point qu'il est nécessaire d'isoler la patiente des autres malades de la salle.

Le 10, la malade tousse et expectore abondamment un pus fétide. Elle se sent soulagée. Temp. 102° F., et le 11 la température est de 103 2/5° F.

Le 12, les quintes de toux continuent fréquentes et avec expectoration. Température 102° F.

La malade, traitée depuis le début par les lavements créosotés et une potion expectorante, est maintenant placée chaque jour dans la position ventrale sur le bord du lit, le thorax abaissé, de façon à permettre le drainage de



Radiographie No II

l'abcès pulmonaire dans la trachée. Chaque fois, la malade tousse et expectore abondamment.

Une radiographie, faite le 15 novembre, montre un abcès dans le poumon gauche avec niveau liquide.

La température, grâce à ce traitement postural, s'abaissa rapidement jusqu'au 18 novembre, alors qu'elle devient normale. La toux et l'expectoration, de moins en moins nauséabonde, diminuent graduellement jusqu'à cessation complète. Le pouls toujours élevé et variant de 120 à 130, s'abaisse à la normale vers la même date.

Une deuxième radiographie, faite le 1er décembre, montre un poumon complètement cicatrisé.

La malade quitte l'hôpital le 7 décembre en pleine convalescence. Quinze jours plus tard elle est tout à fait rétablie.

Analyses de laboratoire

Urines: Traces légères d'albumine.

Crachats: Les 9 et 12 novembre, contiennent, tétragène et streptocoques. Flore microbienne mixte et très abondante. Absence de bacilles de Koch.

Commentaires

Les abcès du poumon n'ont pas toujours une évolution aussi heureuse, bien entendu. Car, si le diagnostic est relativement facile à faire lorsqu'il y a point de côté, fièvre, toux et haleine fétide, avec en plus l'aide d'une radiographie, il n'en est plus de même pour le pronostic qui varie suivant que l'analyse des crachats révèle la présence de pneumocoques, streptocoques, pneumobacilles de Friedlander, d'amibes, de germes anaérobies, de spirochètes. Le pronostic varie également suivant l'âge et la résistance du malade, son milieu, les soins et les attentions qu'il reçoit et le traitement.

Ma jeune malade était dans les meilleurs conditions à ce sujet, et les bons soins, qui lui furent prodigués à l'hôpital, contribuèrent certainement à sa guérison.

L'abcès du poumon survient le plus souvent après une intervention sur des amygdales infectées, comme dans le cas de Rolande L., ou après une avulsion dentaire.

« Le Journal de Médecine de Lyon », dans son numéro du 20 décembre 1936, publiait un article très documenté intitulé « Les Classifications Anatomiques des abcès du Poumon », par MM. Victor Cordier, Pierre Croizat et Jean Gonnet, de Lyon, dont voici quelques extraits: « On a souvent souligné la curieuse destinée des abcès pulmonaires: bien installés dans la nosologie par Laënnec, ils passent au rang de rareté clinique jusqu'au début de ce siècle, puis, subitement, pour des raisons mul-

tiples, deviennent une vedette de la pathologie pulmonaire. L'épidémie de grippe, la vague d'amibiase amenée par la guerre, la fréquence de leur découverte radiologique, l'introduction de la bronchoscopie, l'avènement de diverses chirurgies audacieuses, tout a contribué à les multiplier d'abord, ensuite (et probablement surtout) à les faire mieux connaître... » « Le dogme de la rareté de l'abcès du poumon fut admise sans conteste et confirmé par Andral, Grisolle, Trousseau. »

...« Avec Dieulafoy le fait est érigé en loi, la pleurésie interlobaire domine la pathologie des suppurations broncho-pulmonaires. La pleurésie interlobaire est la règle, l'abcès du poumon, l'exception. Tel est l'aphorisme classique sur lequel vécurent, jusqu'en 1920, plusieurs générations médicales à la suite du maître illustre qui l'avait émis. Tripier lui-même les considérait comme exceptionnels... »

J'ai connu Dieulafoy, j'ai entendu ses lumineuses leçons cliniques et pendant plusieurs années j'ai fait des diagnostics de pleurésies interlobaires en m'appuyant sur la symptomatologie clinique décrite par ce grand Maître. Chaque fois que je voyais un malade souffrant d'un point de côté « très aigu » avec fièvre, toux et dont l'examen permettait de déceler dans l'un des poumons une matité suspendue entre deux sonorités, je faisais invariablement un diagnostic de pleurésie interlobaire. Et, plus d'une fois, ces malades guérirent après la grande vomique habituelle d'un pus infecte.

Puis, j'ai vécu la terrible épidémie de grippe de 1918 avec ses fréquentes suppurations pulmonaires, et plus tard j'ai assisté au début des succès de la radiologie dont nous ne saurions plus nous passer dans l'examen du poumon.

« Les abcès du poumon sont devenus plus fréquents et la pleurésie interlobaire exceptionnelle », disent ces mêmes auteurs.

Ils croient très acceptable la classification moderne des abcès du poumon des Américains Aschner et Lilienthal: « La bronchectasie; l'abcès bronchectasique; l'abcès extrabronchique; la pneumonie suppurée. »

Paul Savy, dans son *Précis de Pratique Médicale*, p. 594, dit: « Qu'il serait avantageux d'englober sous l'étiquette « Abcès du poumon » toutes les suppurations intrapulmonaires, quel que soit l'agent pathogène en cause. »

Cet auteur ajoute avec raison: « Que c'est la vomique évacuatrice et la radiographie qui représentent les éléments du diagnostic; les signes fonctionnels généraux et physiques ne permettent en général que de reconnaître l'existence d'une pneumopathie aiguë mais non pas de l'abcès lui-même. »

Le diagnostic différentiel est à faire, toujours d'après Savy, « entre les pneumopathies aiguës, la gangrène pulmonaire, la pleurésie interlobaire, le cancer du poumon, le kyste hydatique, la tuberculose pulmonaire, la dilatation des bronches. »

L'évolution de la maladie, les caractères de l'expectoration et la radiographie permettent généralement d'établir, tôt ou tard, le diagnostic véritable.

Le traitement que j'ai prescrit chez ma malade, en dehors des soins habituels des pneumopathies, a consisté dans l'emploi de lavements créosotés: 30 gouttes de créosote dans 100 c. c. de lait chaud, bien émulsionné, administré matin et soir; et le drainage de l'abcès par le traitement postural. J'aurais sûrement employé les injections de chlorhydrate d'émétine, si les crachats avaient contenu des amibes ou même si la guérison de l'abcès avait retardé. Je n'ai pas eu besoin non plus du sérum anti-gangréneux ni des arsénicaux qui m'ont donné d'excellents résultats chez d'autres malades où ils étaient indiqués. L'emploi des autres vaccins n'est guère conseillé. Je n'ai pas eu recours non plus au drainage bronchoscopique très conseillé dans certaines formes d'abcès de longue durée.

Voici, pour terminer, ce que Savy écrit sur le traitement chirurgical des abcès du poumon:

« Le *traitement chirurgical* est — en dehors de la *pleurotomie* pour empyème surajouté —

représenté par des interventions variables mais dont le pourcentage global de mortalité est encore de 31 p. 100 (Eggers 1928).

« Le *pneumothorax artificiel* est contre-indiqué en général, car il favorise l'apparition du pyo-pneumothorax gangréneux. Il n'est véritablement utile que si l'abcès est bien drainé par la bronche, profondément situé et entouré d'un parenchyme peu densifié.

« La *phrénicectomie,* strictement limitée aux lésions de la base, s'accompagne souvent d'hémoptysies graves et de poussées infectieuses pulmonaires.

« La *thoracoplastie extra-pleurale* n'est indiquée que dans le cas d'abcès superficiel, bien drainé et sans poussées aiguës; de même en ce qui concerne le décollement extra-pleural.

« La *pneumotomie* et la *lobectomie* sont des opérations très graves.

« Quant à la thérapeutique *bronchoscopique,* elle est assez utilisée en Allemagne et en Amérique: à l'aide du bronchoscope, on aspire les sécrétions purulentes du foyer et on peut l'irriguer avec des antiseptiques. »

C'est également l'opinion du Professeur Emile Sergent, et il l'a défendue, avec la clarté et la précision qui lui sont familières, au cours d'une leçon clinique faite il y a quelques années déjà à l'hôpital Royal Victoria, à Montréal, sur l'invitation de son ami, le Prof. Edward Archibald. La discussion, qui eut lieu alors entre ces deux Maîtres de la médecine et de la chirurgie des voies respiratoires, est encore bien vivace dans ma mémoire; car, ce fut là l'expression vivante de la pensée du grand clinicien français, dont l'ambition a toujours été de créer, à Paris, l'Institut anti-tuberculeux Médico-Chirurgical où les graves problèmes du traitement de la tuberculose pulmonaire seraient discutés par des médecins et des chirurgiens d'expérience avant de préconiser une intervention chirurgicale.

RÉACTIONS DOULOUREUSES DU PLEXUS SOLAIRE VIS-A-VIS L'INFECTION ET L'INTOXICATION [1]

Par **Alfred MOUSSEAU, F.R.C.P. (Canada)**,
Professeur Agrégé à l'Université de Montréal.
Chef de la Consultation de Gastro-entérologie à l'hôpital Notre-Dame.

En présence d'un malade souffrant depuis plusieurs mois de douleurs au creux épigastrique, il est assez naturel de penser à l'existence d'une lésion organique.

Le caractère de la douleur, son horaire, des renseignements précis d'ordre clinique et radiologique sur les diverses fonctions de l'estomac, du foie, de l'intestin, permettent le plus souvent d'établir le diagnostic.

Dans ces conditions, une affection chronique avouée, confirmée par l'examen sérologique, en l'occurence, une syphilis, conduira logiquement la clinique à interpréter ce syndrome douloureux et tenace comme relevant, soit d'une forme quelconque de syphilis gastrique, soit du tabes.

Dans le cas où le diagnostic de ces précédentes affections ne peut être rigoureusement soutenu, il reste l'opportunité d'interroger le sympathique abdominal, en particulier, le plexus solaire qui, en dehors de toute affection tabétique, peut avoir à souffrir, pour son propre compte, de l'infection tréponémique. Une intoxication concomitante, s'ajoutant à l'infection syphilitique, peut faire apparaître des manifestations cliniques très variables, susceptibles d'embrouiller le syndrome douloureux au point d'en fausser l'interprétation et de conduire à l'intervention exploratrice.

Récemment, une requête du service de Dermato-Syphiligraphie au service de Gastro-entérologie, nous mit en face d'un cas réunissant les manifestations cliniques variées décrites plus haut. Une surveillance quotidienne et attentive du malade, transporté dans notre service, nous a amené à des conclusions que nous soumettons à votre dissussion.

1. Travail présenté à la Société de Gastro-entérologie de Montréal, séance du 31 janvier 1938.

Observation.

E. D., âgé de 36 ans, marié, sans enfant, fait son entrée à l'hôpital Notre-Dame le 21 juillet 1936 et en sort le 24 août 1937.

Au cours de ses 13 mois d'hospitalisation, il passe successivement de la médecine à la chirurgie, du service de Chirurgie au service de Syphiligraphie, pour revenir un peu plus tard, après quelques jours de congé à domicile, dans ce service de Syphiligraphie; comme dernière étape, il passe 7 semaines dans notre service de Gastro-entérologie.

Faisons brièvement l'histoire de ses stages successifs dans les différents services de l'hôpital:

1*er Stage*: Son entrée en médecine, motivée, la première fois, par des douleurs au creux épigastrique avec irradiation dorsale et vomissements périodiques, un amaigrissement de 20 lbs en 6 mois, fait porter, en raison d'une azotémie de 0.63 ctgr., le diagnostic, peut-être hardi, de néphrite azotémique. Pour des raisons que j'ignore, on omet tout examen radiologique de l'estomac et de la vésicule biliaire.

Conditions associées: un B. W. + + + +, fortement positif, et une hernie inguinale scrotale droite. Après quelques traitements au Muthanol qui n'influencent nullement la formule sérologique, on dirige le malade dans le service de Chirurgie pour y être opéré de sa hernie dont il se plaint beaucoup: douleur qui, cependant, n'avait compté pour rien dans sa venue à l'hôpital.

2*ème Stage*: En Chirurgie (50 jours) du 19 août au 9 octobre 1936.

Opéré le 25 août pour hernie, le malade continue à souffrir et à tel point que le chirurgien décide un blocage des splanchniques. Comme il soupçonne chez ce malade un nervo-

sisme exagéré, il n'utilise la Nupercaïne que pour les boutons dermiques et déjà le malade se plaint de douleurs aux points d'injection, et de nausées. Nous plaçons, dit le chirurgien, nos aiguilles, et nous injectons 3 c.c. d'eau distillée dans chaque aiguille: ces quantités faibles déclanchent une crise de cyanose, d'agitation et de nausées, mais sans altération du pouls. Les aiguilles sont alors enlevées. Devant la crise présentée par ce soi-disant malade, dit le chirurgien, nous n'hésitons pas à déclarer que c'est un hypothalamique avéré pour lequel nous conseillons un traitement rééducationel, nonobstant la thérapeutique anti-luétique qu'il faudra mettre en action. Et le malade est alors remis en liberté le 9 octobre après un stage de 50 jours dans le service de chirurgie où l'on ne ménagea pas la médication calmante.

3*ème Stage*: Son séjour à domicile ne devait pas être de longue durée. Trois semaines plus tard, il rentre de nouveau à l'hôpital, cette fois dans le service de Dermato-Syphiligraphie où il demeure tout près de 4 mois, soit 112 jours.

Venu au dispensaire consulter pour vomissements et douleurs épigastriques, on pensa, étant donné ses antécédents syphilitiques, à des crises gastriques tabétiques. Admis dans le service de Dermato-Syphiligraphie le 30 octobre 1936, son poids n'est alors que de 105 lbs; sa P. A. 110/60; on note une anémie relative: 3.600.000 gl. r.; azotémie 0.24; glycémie 1 gr 36; des urines normales. L'examen du liquide céphalo-rachidien donne une réaction de B. W. très positive + + + + avec 0.8 c.c. (antigène alcoolique) + + + + avec 0.4 c.c. (antigène cholestériné). L'examen chimique et cytologique du liquide céphalo-rachidien = Albumine 0.30 ctg.; Lymphocy. 7; gomme + + + +.

On institue un traitement anti-lutéique d'abord par le Novar et le Stovarsol. Ce traitement n'améliore pas la réaction sérologique. On continue quand même de le traiter activement. A cause de douleurs tenaces et rebelles dans la loge rénale droite, on fait appel à l'urologiste. Une cystoscopie ne révèle rien. L'examen des urines après division: *Rein droit*: cellules épithéliales: *Rein gauche*: sang. Examen bactériologique négatif. Une pyélographie est ensuite pratiquée. Résultats: il y a beaucoup de gaz dans l'abdomen: les deux bassinets sont globuleux. Comme ce malade continue de souffrir beaucoup de son estomac et qu'il en est arrivé à un état de dénutrition avancée, par suite d'une intolérance gastrique presque absolue vis-à-vis des liquides et des solides, une requête est adressée à l'un des services de médecine. On opine alors pour des crises gastriques du tabes et l'on prescrit une réhydratation du malade par du sérum glucosé tout en recommandant de poursuivre le traitement anti-lutéique. Pendant ces quatre mois, le malade absorbe une quantité assez importante de morphine, de Pantopon et de bromures. Malgré cela, l'état général du malade s'améliore quelque peu et il en profite pour demander un autre congé. Il quitte l'hôpital le 22 février 1937, le B. W. étant encore positif, malgré l'intensité et la bonne conduite du traitement anti-spécifique.

4*ème Stage*: en Dermato-Syphiligraphie. Entré le 2 avril 1937; départ le 30 juin 1937. Motif d'admission: tabes gastrique. A son entrée on se préoccupe d'abord de calmer ce malade qui présente les mêmes douleurs gastriques qu'auparavant. Morphine, Sédol, Pantopon sont généreusement administrés; et malgré cela, il continue de souffrir.

Une requête est alors adressée au service de Gastro-entérologie. Nous tentons de l'examiner; mais il est dans un tel état de déchéance physique et morale douloureuse, son agitation est si grande, que l'examen physique ne nous permet pas de conclure en faveur d'un trouble nerveux fonctionnel ou organique de l'estomac. Nous nous bornons à demander un examen radiologique du tube digestif. Les conclusions sont les suivantes:

« L'estomac est très long et très hypotonique. Le pylore est net. Le bulbe est gros mais non déformé. Le reste du duodénum présente des segments étroits et des segments très

larges. L'estomac se vide très mal à cause d'une grosse gêne dans la région duodéno-jéjunale (suite probable de ptose gastrique). Le foie est très gros. » Dr Léonard.

Le régime ordinaire des ptoses est prescrit et en partant du service de Dermato-Syphiligraphie, ce malade est encore recommandé aux syphiligraphes, étant donné la forte positivité de sa réaction sérologique. Nous réservons, cependant, notre opinion sur leurs conclusions (tabes) puisqu'en réponse à la requête qui nous est faite, nous inclinons vers un diagnostic de solarite.

Deux mois s'écoulent en Dermato-Syphiligraphie, au cours desquels on pratique divers traitements: diathermie, malariathérapie, Novar, Muthanol, Tryparsamide,Dmelcos, Sulfoleum; et surtout, on ne lésine pas sur la médication calmante que réclame son état de souffrance continuelle. Devant l'inefficacité des traitements institués et la persistance des douleurs gastriques, ce malade est dirigé dans le service des Voies Digestives. C'est à ce moment que nous pratiquons un examen plus attentif, plus minutieux.

5*ème* Stage: Gastro-entérologie. Du 30 juin au 24 août 1937.

Dans notre réponse à la requête des Syphiligraphes dans laquelle nous proposions le transfert du malade chez nous, nous écrivions ceci: « Avons l'impression que ce malade, tout en étant imprégné de syphilis, ne présente pas les signes du tabes, encore moins ceux de la paralysie générale. Etant donné ses troubles de distension gastrique, révélés lors du dernier examen radiologique, nous accepterions ce malade dans notre service pour quelque temps. »

Examen clinique: Le malade est recroquevillé sur lui-même. Facies souffreteux, teint sub-ictérique, absence complète de pannicule adipeux, peau sèche, ichtyosique. Hypothermie. Pouls 90. Etat général très mauvais. Poids, 97 lbs. Aucune adénopathie; langue propre. Dentition bonne.

Poumons: Rien de pathologique. *Cœur*: Bruits atténués; aucune lésion orificielle. P. A. 85/65.

Le foie déjà reconnu comme gros aux Rayons X, deux mois auparavant, ne le paraît plus; la rate n'est pas hypertrophiée.

Examen de l'abdomen: Le ventre est rétracté. A la palpation, superficielle cependant, les parois présentent une certaine souplesse. A la palpation profonde, l'abdomen se défend de partout, et particulièrement au niveau des *différents plexus nerveux*: *solaire, iliaque, reno et lombo-aortique*. A l'enfoncement profond du pouce, dans les angles costo-iliaque droit et gauche, on réveille *une douleur* qui

Fig. I. Avant le traitement: état de dislocation gastrique.

nous paraît exagérée par suite de la nervosité du malade. Les régions sous-costales droite et gauche se défendent à la palpation. Il est impossible de percevoir aucun des segments du gros intestin, si ce n'est le sigmoïde qui est contracturé, et nous paraît d'un tout petit volume. Le ventre nous paraît vide, mais rempli de douleurs. Absence d'hémorroïdes internes ou externes. Le toucher rectal reste difficile par suite du spasme de la région.

L'examen du système nerveux, fait en vue de rechercher les stigmates de la syphilis, révèle que les réflexes rotulien, achiléen et plan-

taire sont normaux. Absence d'Argyll-Robertson. Signe de Romberg négatif. La démarche, rendue difficile par suite du long jeûne, n'est cependant pas celle d'un tabétique; le langage, affaibli par l'inanition, est bien articulé. Un B. W. avec le sang est encore très positif. Une céphalée temporale et de l'insomnie accompagnent cet état.

Le même syndrome douloureux de la région épigastrique existe, accompagné de vomissements, parfois bilieux, parfois muqueux. L'analyse des urines révèle de l'urobiline.

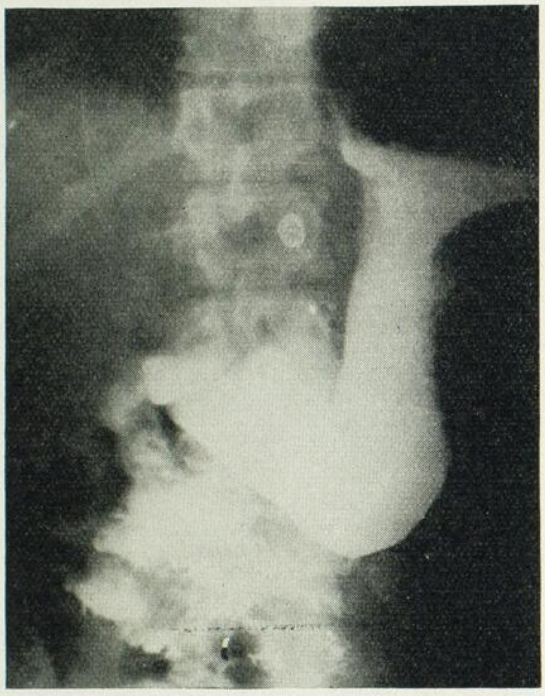


Fig. II. Deux mois et demi après le traitement: le fond de l'estomac est relevé de 12 centimètres.

L'épreuve de la galactosurie est cependant négative. L'azotémie et la glycémie restent dans des limites normales. On enregistre ni hématémèse, ni mélæna.

Impression générale qui se dégage de l'examen clinique: profonde intoxication. L'état de maigreur due à une intolérance gastrique presque absolue, les douleurs d'abord localisées aux différents plexus, l'irradiation capricieuse et presque généralisée à l'abdomen, nous incitent à croire qu'il y a un grand bouleversement dans le système nerveux central et végétatif. Le système sympathique abdominal nous semble plus profondément atteint.

Commentaires

En nous remémorant l'antécédent le plus important de notre malade, sa syphilis, qui n'a jamais régressé malgré la multitude et la persistance des traitements anti-luétiques et les heures de souffrance qui ont nécessité des doses considérables de calmants, (morphine et ses dérivés), on peut supposer que cette infection syphilitique s'est trouvée compliquée d'une intoxication thérapeutique: infection et intoxication réunies, pouvant, de par l'intermédiaire des systèmes vagues et sympathiques, expliquer ces fâcheuses répercusions gastriques.

Pour en arriver *à de telles conclusions*, il faut que la thérapeutique instituée ait fait ses preuves, qu'elle ait, de ce fait, éliminé les lésions organiques auxquelles un semblable syndrome douloureux pouvait se rattacher et qu'elle ait reçu des examens radiologiques l'attestation de ses résultats. La thérapeutique anti-luétique n'a d'abord apporté ici aucune amélioration. La syphilis est restée à la base de cette cœlialgie primitive et des différentes manifestations de dystonie végétative. Il semble, cependant, que cette *irritation du plexus solaire* n'est cependant pas due uniquement à la syphilis, puisque le traitement spécifique ne l'a pas améliorée; mais, à notre avis, elle est due plutôt à une intoxication médicamenteuse associée, puisqu'une thérapeutique par « abstention » l'a fait disparaître.

Il est vrai que des affections comme le *tabes* et les *gastro-radiculites* auraient pu expliquer ces douleurs violentes et ces vomissemens fréquents à forme émétisante.

Le *tabes* avait d'abord été l'affection soupçonnée; et alors les douleurs tabétiques sont lancinantes, fulgurantes, térébrantes ou constrictives. Elles n'avaient pas, chez notre malade, ce caractère. Elles n'avaient pas ce début et cette fin brusque qu'on rencontre chez les tabétiques. L'absence du signe de

Westphal et du signe d'Argyll-Robertson et des troubles trophiques à grand fracas, plaidait contre cette affection. On remarquait bien quelques troubles trophiques de la peau, mais ils étaient plutôt dus à une déshydratation par les vomissements qui, eux non plus, n'apparaissaient pas brusquement pour disparaître de la même façon; aucune zone d'anesthésie à distribution radiculaire et pas de troubles moteurs du nerf oculaire, tels que: strabisme, diplopie, ptose ou mydriase.

Un autre syndrome douloureux actuellement bien connu, mais différent du tabes, plus par son expression clinique que par sa base pathogénique, et qui pourrait porter à discussion, c'est celui des *gastro-radiculites* d'origine syphilitique. Les gastro-radiculites d'origine syphilitique qui se manifestent par des douleurs variables, sans horaire précis, sans vomissements importants, présentent des irradiations dorsales, intercostales et lombaires. Une thérapeutique anti-spécifique est seule capable de combattre efficacement ces douleurs qui résistent à tous les traitements digestifs. Chez notre malade, la thérapeutique anti-spécifique est demeurée, comme nous le savons, tout à fait inefficace; ceci nous porte à croire qu'un autre élément que la syphilis est entré en ligne de compte pour neutraliser l'effet du traitement spécifique contre la douleur.

La syphilis gastrique peut revêtir plusieurs aspects anatomo-cliniques. La gastrite syphilitique, atrophique ou hypertrophique, les hyperplasies fibreuses diffuses avec leurs trois principaux aspects clinico-radiologiques: sténose, biloculation, linite; les formes sclérogommeuses qui ont de si grandes analogies avec les néoplasies donnent lieu à un syndrome douloureux que l'examen radiologique se charge d'éliminer, comme il l'a fait pour notre cas.

L'ulcère syphilitique aurait pu être ici soupçonné. L'aspect clinique s'y opposait: pas de gastrorragies fréquentes et abondantes ni le rythme annuel et journalier si net des ulcères. Absence de signes radiologiques. En outre, les troubles végétatifs diffus et la localisation élective, maxima au plexus solaire, sont des manifestations importantes qu'on trouve rarement dans l'ulcère. La prise de liquide ou d'aliments ne faisait, chez notre malade, qu'accroître les douleurs soi-disant gastriques.

Le premier examen radiologique avait montré une atonie considérable du muscle gastrique pouvant faire penser à une *gastrite syphilitique* du type hyposthénique mais pour affirmer un tel diagnostic de gastrite, il aurait fallu s'appuyer sur l'examen gastroscopique [1] que nous n'avions pas pu pratiquer. L'hypothèse d'une telle affection aurait pu se soutenir, mais, si elle a existé, elle n'a pu qu'être associée à l'élément neuro-végétatif. La *ptose gastrique*, à elle seule, est-elle capable d'entretenir une douleur aussi persistante et conduire à un état de déchéance physique aussi avancée? Oui. C'est possible. Mais si la ptose déclanche de véritables tiraillements en position debout, elle est très soulagée par le clinostatisme, à moins que la ptose ne soit fixée ou encore compliquée d'une lésion ulcéreuse de la région pylorique et d'adhérences concomitantes. Le caractère de la douleur présentée par notre malade s'opposait à celui que l'on rencontre ordinairement dans ces cas de ptose. La dislocation gastrique importante qu'il présentait n'a jamais été soulagée par la position horizontale; bien qu'il ait été facile de mettre en évidence la mobilité gastrique par la manœuvre de Chilaiditi. Nous montrerons, plus loin, à l'aide de radiographies, ce que le traitement institué a apporté d'amélioration à cet estomac disloqué.

Pouvait-il s'agir *d'aortite abdominale?* Nous ne soulevons cette hypothèse que pour la rejeter aussitôt. Quand le tréponème lèse les tuniques de l'aorte, il imprime à l'affection une allure grave et souvent dramatique: on relève des troubles tensionnels des membres inférieurs qui correspondent à une augmentation de volume du vaisseau, parfois

1. L'hôpital Notre-Dame a, depuis ce temps, fait l'acquisition d'un gastroscope que nous utilisons désormais pour l'étude des maladies de l'estomac.

à des hémorragies intestinales importantes et à de l'asyncronisme des pouls radiaux et fémoraux. Nous n'avons remarqué rien de tel. Quand il s'agit de diagnostic différentiel, ce serait une faute que de ne pas faire entrer en ligne de compte certains *états vésiculaires* douloureux, de même que certaines *pancréatites chroniques,* à cause du voisinage immédiat du glanglion semi-lunaire: *l'appendicite chronique* en empruntant le trajet des voies lymphatiques peut créer un état douloureux du carrefour sous-hépatique dû à de la périviscérite. Ici l'évolution de la maladie fait rejeter ces différentes hypothèses.

Après avoir éliminé la possibilité de ces multiples affections organiques, nous en sommes arrivés à considérer notre cas comme étant l'expression d'une altération fonctionnelle du sympathique abdominal, en particulier du plexus solaire et de ses branches.

L'affection syphilitique, associée à l'intoxication thérapeutique, réclamant à son tour une médication calmante, devenue toxique elle-même, n'a-t-elle pas fini par constituer une triple affection, susceptible de léser *électivement* le système vago-sympathique de notre sujet? N'avons-nous pas vu certaines infections tuberculeuses à localisation surrénale, péritonéale ou polynévritique même? Quand nous savons combien sont nombreux les cas de sympathicotonie, de vagotonie, de dystonie totale qui répondent à des syphilis acquises ou héréditaires, pourquoi ne nous serait-il pas permis de soulever ici l'hypothèse d'une atteinte particulière du système organo-végétatif par le tréponème?

Mais tout travail clinique — pour prétendre à une valeur relative de certitude, doit s'appuyer sur un contrôle anatomique ou sur les résultats de la thérapeutique.

Pour prouver que les données cliniques sont bien sous la dépendance de la donnée étiologique, nous avons mis en œuvre le seul moyen que nous avions à notre disposition: l'épreuve thérapeutique, l'intervention chirurgicale n'ayant pas été jugée opportune.

Le malade a d'abord été privé de toute médication calmante ou autre. L'épreuve fut des plus rudes; et malgré les récriminations et les pleurs du sujet, nous lui avons administré de l'eau distillée sous la peau en guise de morphine, et quelques grains de « mica panis » par la bouche. Seules quelques doses de bromure et d'atropine furent données, *mais à de rares intervalles.* Nous n'avons pas oublié de l'hydrater fortement et de le sustenter rapidement par une alimentation solide et graduellement abondante.

Une amélioration sensible est remarquée vers le 15ème jour de son entrée dans notre service. C'est alors qu'est tenté, de nouveau, pour être d'ailleurs vite abandonné, un traitement par le Muthanol, dans le but d'améliorer la réaction sérologique; mais la syphilis ne régresse pas davantage, alors que l'état général s'améliore graduellement et que la cœlialgie et les vomissements disparaissent à tout jamais.

Le malade est resté 7 semaines dans notre service; à son départ, il avait engraissé de 17 livres et était devenu, depuis quelques jours, le serviteur dévoué de ses voisins de salle et portait belle humeur.

Une radiographie est faite avant son départ, pour comparer l'état de l'estomac à celui que nous avions trouvé 3 mois auparavant:

1*er mai* 1937: « Estomac très long et très hypotonique. Les contractions sont très faibles. Parois assez souples. Courbures non déformées. Pylore net. Bulbe très gros mais non déformé. Le reste du duodénum présente des segments étroits et des segments très larges. L'estomac se vide très mal à cause d'une gêne dans la région duodéno-jéjunale. Le foie est gros. » (Dr Léonard). (Fig. I).

15 juillet, 1937. « L'estomac est orthotonique. Les parois et courbures paraissent normales. L'aspect que présente l'estomac est celui d'un estomac qui aurait *été fixé* ou *relevé par une opération.* Le pylore est assez net.

Le bulbe est encore gros mais n'est pas bien net. L'estomac se vide en temps normal. (Dr Léonard). (Fig. II).

Une galactosurie montre l'absence de galactose; les urines: présence d'urobiline. Le B. W. est encore très positif dans le sang.

Conclusions

Ce malade dont vous avez suivi le long calvaire douloureux, fut en état de crise gastrique presque continue pendant un an. Des vomissements répétés l'avaient conduit à un état de déchéance physique et morale avancé. Il fut impossible de déceler la moindre lésion organique. Cependant, il finit par guérir, sinon de sa syphilis, du moins de ses douleurs. — Nous restons avec la conviction intime que ses crises gastriques étaient sous la dépendance d'un état d'hyperexcitabilité du système neuro-végétatif, dû à une infection tréponémique, associée à une intoxication médicamenteuse. Cette contribution toxique aida fortement à l'« ébranlement du cerveau abdominal ». Si le traitement anti-syphilitique a été inefficace, nous pouvons l'attribuer à une arsenio-bismutho-résistance qu'il eût fallu peut-être respecter davantage: « il y a des maladies compliquées de médicaments. » Si les éléments épigastriques et végétatifs eussent été uniquement sous la dépendance de l'infection syphilitique, le traitement spécifique eut amené, semble-t-il, une guérison, tout au moins une amélioration.

La thérapeutique par abstention médicamenteuse que nous avons instituée dès le début, légitime notre interprétation de ce cas.

« *Il existe des réactions nerveuses, des infections, des intoxications* dont l'ascension des germes et des toxiques le long des filets nerveux du sympathique ou du vague, explique l'apparition. »

La prédominance de la douleur au niveau des différents plexus abdominaux, para-vertébraux et la méconnaissance des irradiations de la douleur dans les organes avoisinants, conduit souvent à des erreurs de diagnostic. Quand le diagnostic de certaines gastralgies chez des syphilitiques offre d'aussi grandes difficultés que celles que nous avons rencontrées, il est bien permis d'attribuer ces douleurs au tabes; mais il faut aussi se rappeler « qu'il existe en dehors du tabes des crises gastriques douloureuses qui sont conditionnées par un état d'excitation des plexus nerveux abdominaux, en particulier le plexus solaire, crises qu'il ne faut pas confondre avec les affections organiques de l'estomac ».

Il est nécessaire de connaître cette forme de gastralgie pour la traiter comme il convient.

LA VACCINO-CHIMIO-PYRÉTOTHÉRAPIE DE LA SYPHILIS NERVEUSE [1]

Par **Albéric MARIN**

La syphilis nerveuse, il semble oiseux de le redire, ne répond pas au traitement ordinaire anti-luétique. Le novarseno-benzol, le bismuth, le mercure seuls ne peuvent que rarement enrayer la marche fatale de la tréponémie, lorsqu'elle envahit les centres nerveux. Ces médicaments, même donnés à haute dose, n'empêcheront pas l'évolution de la maladie.

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

A part la malariathérapie qui jusqu'à ces derniers temps était considérée comme le moyen le plus puissant, il existe, quand elle ne peut pas être inoculée, des vaccins pyrétogènes qui tout en étant d'un rendement inférieur au paludisme sont toutefois d'un certain appoint. Nous avons noté personnellement, après beaucoup d'autres, que l'administration simultanée de vaccins et d'arsenic améliorait certains cas de syphilis nerveuse.

Dans la Paralysie Générale, par exemple, l'on voyait parfois les signes démentiels s'atténuer et même disparaître si l'on soumettait le malade à une cure de 15-20 injections de Dmelcos ou de Pyrifer et autant de piqûres de Stovarsol ou de Tryparsamide (le vaccin et l'arsenic étant donnés le même jour).

Mais cette méthode est loin d'être constamment efficace et rencontre beaucoup d'échecs.

D'autre part la supériorité de la chimio-pyrétothérapie est désormais bien connue. L'association médicamenteuse et pyréxique présente de multiples avantages que nous avons passés en revue dans le précédent numéro de « L'Union Médicale. »

Seulement, il y manque le choc protéinique et il est certain que celui-ci, par un mécanisme encore mystérieux, libère un principe curatif.

Nous avons pensé que la combinaison vaccins-médicaments-chaleur, conjuguant différents efforts thérapeutiques, en exalterait le rendement: le vaccin produit un choc humoral, la haute température fragilise le tréponème, rend plus perméables les méninges, sensibilise les centres nerveux, le médicament apporte son action spécifique.

Ceci nous a amené à traiter un cas de Paralysie Générale par la *vaccino-chimio-pyrétothérapie.*

Observation.

A. L., 48 ans, comptable, est admis dans notre service de Dermato-Syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame (Dossier 8599) le 16 octobre 1937.

Son entourage a noté chez lui depuis quelques mois des troubles mentaux qui vont en s'accentuant. Son caractère est instable: il est tantôt facilement irritable, tantôt porté au larmoiement. Sa mémoire des faits récents est diminuée.

A l'examen, on constate:

Etat général satisfaisant. Poids: 116 lbs.

Cœur et poumons normaux. P.A. 134/82

Présence du signe d'Argyll-Robertson. Réflexes tendineux paresseux.

Pas de tremblement des extrémités, ni des lèvres, ni de la langue.

Pas de dysarthrie franche, mais légère difficulté à prononcer certains mots d'épreuve. Le malade est nettement euphorique et quelque peu mégalomane.

Son auto-critique est diminuée.

Sa formule sanguine est bonne.

Urée: 0.46, Glycémie: 1.06.

Sang: Wassermann: xxxx xxxx Kahn: xxxx

---

1. Grâce à la générosité de M. Charbonneau, président de la Maison Casgrain-Charbonneau et à la gracieuse autorisation du Conseil d'Administration de l'hôpital Notre-Dame, un Centre de Pyrétothérapie a été créé à l'hôpital Notre-Dame. Nous leur en sommes vivement reconnaissants.

Liquide céphalo-rachidien: Albumine: 0.40 (le 19 oct. 1937) Lymphocytose: 39, Gomme: xxxx, Wassermann: xxxx (0.02) xxxx (0.02), Globuline: xx, Or-colloïdal: 5555555-543, Benjoin: 2222222221.

Du 26 octobre au 6 novembre, il reçoit 3 novarseno-benzol (0.30, 0.45, 0.60).

Du 10 novembre au 1er décembre, il est soumis au traitement vaccino-chimio-thérapique 3 fois par semaine, il lui est injecté le même jour, mais à quelques heures d'intervalle, une ampoule de Dmelcos et un gramme de Stovarsol: (en tout 10 grammes de Stovarsol et 10 Dmelcos).

Mais comme il accuse de petits ennuis oculaires et sur l'avis de l'optalmologiste (Dr P. Panneton) nous remplaçons le Stovarsol par le Muthanol seul jusqu'au 1er janvier 1938, au rythme de 2 ampoules par semaine.

A ce moment son état psychique s'est amélioré. Il est moins exubérant. Il perçoit plus clairement sa situation. Une nouvelle ponction lombaire est faite qui montre des réactions meilleures du côté de l'Or-colloïdal, du Benjoin, de la Globuline et de la Lymphocytose.

Liquide céphalo-rachidien: (le 17 déc. 1937) Albumine: 0.40, Lymphocytose: 7, Gomme: xxxx, Wassermann: xxxx (0.02) xxxx (0.02), Or-colloïdal: 5555553210, Benjoin: 2221022210, Globuline: x

Du 2 janvier 1938 au 9 février, il est soumis à la pyrétothérapie. En 8 séances il subit 50 heures d'une température à 105°. De plus, entre chaque séance de pyrétothérapie, il reçoit simultanément à certains jours intercalaires du Dmelcos et du Muthanol (8 de chacun).

Ce traitement est très bien supporté, sans accident. Il engraisse même jusqu'à 134 livres. Sa pression artérielle a quelque peu baissé: 126/72. Son état psychique est revenu à la normale.

Une nouvelle ponction lombaire montre un progrès remarquable à tous les points de vue.

Liquide céphalo-rachidien: (le 14 février 1938)

Albumine: 0.30, Lymphocytose: 6, Gomme: xx, Wassermann: xxxx (0.04) xxxx (0.02), Globuline: douteuse, Or-Colloïdal: 4433332100 Benjoin: 2210021000.

Sang: Wassermann et Kahn: fortement positifs.

Commentaires

Ainsi donc, voici un malade atteint de paralysie générale avec signes somatiques et psychiques et chez qui les réactions sérologiques sont très positives. Il est à peu près certain que le traitement ordinaire par le 914 et le Bismuth aurait été chez lui tout à fait inopérant. La P. G. aurait continué d'évoluer implacablement. Il est juste de croire qu'en un an, malgré le traitement médicamenteux, il aurait sombré dans le gâtisme.

La vaccino-chimiothérapie d'abord donnée seule, puis combinée à la pyrétothérapie améliore son état général, ramène ses facultés intellectuelles à la normale et modifie profondement ses réactions liquidiennes. Il est à présumer que celles-ci deviendront négatives sous peu si le malade suit le traitement ambulatoire que nous lui avons conseillé.

La malariathérapie aussi a de bons résultats, mais plus tardivement. D'ordinaire ce n'est qu'au bout d'une année, en moyenne, que nous voyons les signes liquidiens s'amender de façon aussi frappante.

Chez près de 150 malades que nous avons impaludés, une seule fois il nous a été donné d'observer un bouleversement aussi profond. Ceci nous incite à poursuivre des recherches dans cette voie.

LES SIGNES RADIOLOGIQUES DU MUCOCÈLE APPENDICULAIRE [1]

Par **Albert JUTRAS,**
Radiologiste à l'Hôtel-Dieu.

Quand l'appendice iléo-cœcal est obstrué près de sa base et quand la muqueuse du segment distal conserve ses propriétés de secrétion, il s'y produit une accumulation plus ou moins abondante de mucus: c'est ce qu'on entend par mucocèle appendiculaire. Celui-ci atteint des dimensions variables qui vont jusqu'au volume d'une tête d'enfant (Nash).

La surdistension amincit les parois de l'organe au point de les rompre. Le liquide gélatiniforme se répand alors dans le péritoine voisin qui se protège en créant des cloisons membraneuses.

Histologiquement, cette formation présente les réactions colorantes métachromatiques du tissu muqueux embryonnaire, c'est pourquoi on la qualifie aussi de pseudo-myxome.

Cliniquement, elle offre des caractères à la fois tumoraux et inflammatoires. Elle peut être confondue avec les autres tumeurs malignes ou bénignes de la fosse iliaque droite et plus spécialement avec le cancer et le tuberculome du cœcum ainsi qu'avec une grosse adénopathie.

Quel est l'apport des rayons X dans l'identification du processus?

Réfutant Meyer et Rockstroh qui estiment le radiodiagnostic du mucocèle appendiculaire sans valeur, Akerlund [2] à la faveur de deux observations personnelles, décrit comme suit le syndrome radiologique de cette affection:

1° — imperméabilité de l'appendice au repas et au lavement opaques;

2° — masse arrondie, boudinée, piriforme ou reniforme, à contours bien tranchés et d'une densité voisine des autres organes abdominaux;

3° — la tumeur se laisse mobiliser et se montre indépendante du foie et du rein droit;

4° — A la périphérie extérieure de l'image, il existe des dépôts calcaires formant une coque opaque qui rappelle certains aspects de la cholécystite calcifiante.

Nous espérons contribuer à l'étude de cette question par l'histoire que voici.

Observation.

P. M., homme, 35 ans, se présente le 28 mars 1935 à l'Institut du Radium pour des douleurs dans la fosse iliaque droite et pour faire établir la nature d'une tuméfaction qu'il reçoit dans cette zone.

Antécédents personnels: rien de notable.

Histoire de la maladie: vers l'âge de 20 ans, syndrome appendiculaire (vives douleurs au côté droit et vomissements) qui rentre dans l'ordre après 8 jours de repos et de glace sur l'abdomen.

Dans les années qui suivent, les douleurs réapparaissent par intermittences. Les crises se rapprochent et s'intensifient depuis 3 ans. L'impression tactile d'une masse dans la fosse iliaque droite remonte à 6 ou 7 ans. Constipation habituelle. Pas d'autre trouble digestif.

Examen clinique: négatif, sauf tumeur ronde, lisse, indolore, mobile, du volume d'un pamplemousse dans le quadrant inférieur droit de l'abdomen. Pression artérielle: 120/65; poids, 150 livres; température, 98° F; pouls 78; respiration, 18.

Laboratoire: B. W., urines, formule sanguine, azotémie, glycémie, n'offrent aucun renseignement positif d'importance.

Examen radiologique: par lavement baryté. La colonne opaque franchit tous les segments coliques sans rencontrer d'obstacle et sans révéler d'aspect anormal jusqu'à la moitié inférieure de l'ascendant. Celui-ci et le cæcum

1. Travail de l'Institut du Radium (Dr J.-E. Gendreau, Directeur), et de l'Hôtel-Dieu de Montréal, Service des Drs Paré et Roux.

2. Akerlund Ake — Acta Radiol., 1937; 17, 594-601.

sont refoulés en haut et en dedans et circonscrivent par leur bord externe une tumeur arrondie, mobile, à limites définies, légère et uniforme, mesurant environ 10 cm. de diamètre et située dans l'étage supérieur de la fosse iliaque droite. Les clichés d'évacuation montrent l'aspect échevelé des plis de la muqueuse; ceux-ci s'adaptent plus ou moins à la convexité supéro-interne de la masse.

L'appendice iléo-cæcal ne se laisse pas imprégner par le baryum. L'examen subséquent des radiographies décèle en outre, un liséré de calcium sur la marge inféro-externe de l'image arrondie.

Fig. 1

Dessin schématique montrant en A la masse du mucocèle qui refoule en haut et en dedans le cœco-ascendant; en B, le liséré opaque sur le contour externe et inférieur.

Diagnostic: tumeur du mésentère ou appendicite à forme tumorale.

Opération et suites: (Drs Paré et Roux): 13 avril 1935. A l'emplacement habituel de l'appendice, se trouve une tumeur ronde, mollasse, encapsulée, de la grosseur d'une orange, de couleur blanche, d'aspect gélatiforme, attachée au mésentère et prenant contact avec le cæcum. Clivage; exérèse; drainage.

Le lendemain soir, la température atteint 101 1/5° F; le pouls 120; la respiration 24. Le patient vomit, souffre et s'agite. Dans les jours qui suivent, l'état s'aggrave et le ventre se gonfle malgré la morphine, la glace, les lavements, les lavages d'estomac, l'hydratation artificielle, etc...

16 avril 1935. Nouvelle intervention pour obstruction et éventration: entérostomie et réfection de la paroi.

19 avril 1935. Décès par péritonite; vérification nécropsique.

Examen microscopique (24 avril 1935). Mucocèle appendiculaire avec pseudo-myxome péritonéal, (J.-L. Riopelle).

Commentaires

L'examen anatomo-pathologique ne laisse aucun doute sur la nature de la tumeur que nous avions reconnue, d'après les données radiologiques et préalablement à l'opération, comme extrinsèque à la muqueuse colique.

Comme cela se passait une année avant la publication d'Akerlund, notre attention n'a pas été attirée sur la possibilité d'un mucocèle appendiculaire. En revisant les clichés et le protocole d'examen, nous y trouvons tous les éléments du syndrome radiologique:

1° — absence d'opacification de l'appendice;

2° — masse arrondie à bords nets;

3° — mobilité et indépendance;

4° — dépôts linéaires de calcium sur le bord externe.

Aux signes déjà cités par Akerlund, nous proposons d'ajouter les suivants que nous avions enregistrés:

a) — compression du cæcum avec intégrité de la paroi;

b) — aspect en tourbillon des plis de la muqueuse colique.

Cet ensemble doit rester dans la mémoire des radiologistes. Il acquerra probablement de l'importance avec l'accumulation d'observations analogues.

(Ce travail a été présenté à la Société de Gastro-Entérologie de Montréal, séance du 31 janvier 1938. Voir discussion page 299.

TUBERCULOSE vs ÉPITHÉLIOMA DU SEIN [1]

Par

A. BELLEROSE, chirurgien et **G.-E. PELOQUIN**, interne

Hôpital Notre-Dame.

Histoire de la malade:

Madame B., 32 ans, mariée depuis dix ans, mère de neuf enfants vivants, enceinte de deux mois, se présente pour « cancer » du sein gauche.

Il y a huit mois, en mai 1937, la patiente au cours de sa toilette, sent une petite tumeur dans son sein gauche, tumeur de la grosseur d'une noisette, mobile, indolore.

En janvier 1938, la patiente vient consulter parce que la tumeur a augmenté de volume et devient douloureuse depuis trois semaines; adénite axillaire gauche douloureuse, il y a deux semaines, d'une durée de six jours.

Dans les antécédents personnels et héréditaires, on ne trouve rien de spécial, sauf une rougeole en bas âge et une grippe le printemps dernier.

Aucune histoire de tuberculose n'a pu être dépistée.

Examen clinique:

Apparence générale bonne. Teint coloré. Pas d'amaigrissement.

Pouls et température normaux tout le temps de l'hospitalisation. Pas d'adénopathie cervicale, thyroïde normale.

Thorax:-Cœur, rythme et bruits normaux. T.A. 125/70. Poumons: Lobe inférieur droit: Légère augmentation des vibrations, sonorité un peu diminuée, respiration rude. Pas de râles, ni craquements.

Abdomen: ventre, volume normal. Foie: pas hypertrophié, ni abaissé. Reins: non palpables. Rate non percutable. Pas de zone sensible.

Membres: rien à noter.

Examen local: sein gauche.

On remarque un sein gauche légèrement augmenté de volume, avec coloration un peu rouge au quadrant supéro-externe où on palpe une tumeur douloureuse de la grosseur d'une orange, de consistance dure, forme irrégulière, libre à la peau et aux plans profonds; aucun ganglion axillaire palpable.

Examen de laboratoire:

Chimie du sang: Urée 0 gr 28
Glycémie 1 ”

Cytologie du sang en date 7-1-38:

G.R.	3,200,000
G.B.	8,000
H.	72%
V.G.	1

Cytologie du sang en date 25-1-38:

G.R.	4,500,000
G.B.	8,000
H.	65%
V.G.	0.7

Formule leucocytaire: normale.

B.W.: négatif.

Analyse des urines. Traces d'albumine.

Rapport opératoire:

Le 10-1-38, nous décidons d'opérer la malade. Diagnostic: Epithélioma probable. Etant donné le doute sur la nature de la lésion, nous demandons un examen histo-pathologique de la tumeur pendant l'opération.

Douze minutes plus tard, le Docteur Simard nous affirme la nature tuberculeuse de la lésion. Exérèse de la tumeur et fermeture sans drainage. — Guérison per primam.

Rapport histo-pathologique: *sein*, infiltration inflammatoire chronique granulomateuse limitée aux lobules et aux canaux galactophores, renfermant de nombreuses cellules géantes de macrophagie et des cellules géantes de type Langhans. Il s'agit vraisemblablement de galactophorite chronique.

24-1-38. — Rapport radiologique par le Docteur Laquerrière.

1. Travail présenté à l'Assemblée du Bureau Médical de l'Hôpital Notre-Dame, séance du 10 février 1938. Discussion, voir page 308 du présent numéro.

Scopie — Course diaphragmatique gauche un peu diminuée, les sommets s'éclairent mal à la toux.

Graphie — Taches en traînées floues autour du hile gauche, à droite, entre le hile et le diaphragme, petites taches arrondies et taches multiples en traînées floues.

En résumé, séquelle de primo-infection paraissant en voie d'évolution nouvelle.

24-1-38. — Réponse à une requête en médecine par le Docteur Prévost:

Réaction inflammatoire au niveau de la bronche inférieure droite. Etant donnée la nature bacillaire de la tumeur enlevée, nous croyons qu'il s'agit ici d'une bacillose latente du lobe inférieur droit.

Bacille de Koch négatif dans les crachats.

Commentaires

La tuberculose mammaire est une affection plutôt rare comparativement à la tuberculose pulmonaire, rénale, osseuse; Morgen, de New-York, en a relevé 450 cas rapportés dans la littérature médicale.

Jeanneney en a réuni 156 cas publiés. De 1904 à 1915 à la Clinique Mayo, de toutes les affections du sein, on rapporte un pourcentage de 1 à 1.5 de tuberculose mammaire. La tuberculose du sein est-elle si rare que l'on a cru dans le passé; un certain nombre de cas diagnostiqués mastites chroniques, épithélioma ne sont-ils pas en realité des mastites tuberculeuses?

En 1829, Cooper a, le premier, décrit la tuberculose du sein. Lancereaux, en 1860, a établi le premier diagnostic basé sur l'examen histo-pathologique et sur la présence du B. K. dans les tissus affectés.

Dans la littérature, on rapporte deux formes de tuberculose mammaire: une forme primaire où il n'y aurait aucun autre foyer tuberculeux, latent ou actif, ailleurs que dans le sein; une forme secondaire avec symptômes évidents de tuberculose dans quelque autre organe.

Il est probable que dans plusieurs cas étiquetés mammites tuberculeuses primaires, le foyer coexistant aurait été méconnu.

Ely a publié un cas de tuberculose primaire chez une femme dont le sein aurait été infecté au contact d'un objet contaminé par le B. K.

Fricke rapporte un cas où le mari aurait contaminé directement le sein de sa femme avec le bacille tuberculeux.

Dans la plupart des cas, le bacille mis en liberté au niveau d'un autre foyer, atteint la glande mammaire par la voie sanguine.

L'adénite axillaire précède souvent l'apparition du nodule tuberculeux dans le sein; du système lymphatique hilaire puis axillaire, le bacille de Koch atteindrait rapidement la glande mammaire.

Par contiguité des tissus, le bacille tuberculeux se rend au sein en partant d'une côte ou du sternum atteints de tuberculose. Le traumatisme joue ici le même rôle que pour les autres localisations tuberculeuses.

Cette affection apparaît le plus souvent entre l'âge de 20 à 40 ans, chez la femme mariée, à l'époque de lactation ou de la gestation. Quelques cas de tuberculose mammaire chez l'homme sont rapportés.

La symptomatologie au début est peu caractéristique, elle ressemble à celle de plusieurs autres affections mammaires. Une petite masse est d'abord perçue dans le sein, masse indolore, mobile, de consistance ferme, l'adénite axillaire peut précéder ou accompagner l'apparition de cette petite tumeur.

Plus tard, la douleur se fait sentir, la peau devient tendue et rouge au voisinage de la masse qui augmente de volume; une ou plusieurs fistules peuvent s'ouvrir et laisser écouler un pus épais, jaunâtre.

Au début, une telle évolution peut nous faire penser à l'adéno-fibrome, à la mastite chronique ou à l'épithélioma.

La mastite tuberculeuse a une évolution lente, le seul symptôme initial est une petite tumeur, non douloureuse accompagnée souvent de rétraction du mamelon; la tumeur peut adhérer aux plans profonds et à la peau; autant de signes qui rendent le diagnostic difficile et le chirurgien perplexe.

Le diagnostic est basé sur les faits suivants: adénite axillaire précédant l'apparition de la tumeur dans le sein, la plupart du temps douloureuse, foyer tuberculeux dans un autre organe, enfin, à la phase ultime, fistulisation au niveau du sein avec B.K. positif dans le pus, et surtout l'examen histo-pathologique.

Le stade de la maladie, son étendue nous guide dans le genre d'intervention. Au début, une exérèse de la tumeur suffit; la mamectomie totale avec ou sans évidement de l'aisselle est indiquée lorsque la lésion est très avancée.

Conclusions

Il s'agit ici d'une malade ayant présenté une mammite tuberculeuse secondaire à une tuberculose pulmonaire qu'on était loin de soupçonner, étant donné le bon état général de la malade, et l'absence d'histoire antérieure de tuberculose.

La douleur au niveau du sein, l'adénite douloureuse passagère sont les seuls caractères qui ont mis en doute le diagnostic d'épithélioma posé antérieurement, et qui nous ont poussés à demander un examen histopathologique d'urgence pendant l'intervention. Examen qui, à notre avis devrait être demandé plus souvent, et qui parfois permettrait des interventions conservatrices.

SEPTICÉMIE POST-ABORTUM À STAPHYLOCOQUES BLANCS

Par **A. PETTIGREW,**
Chirurgien à l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

Dans toute la littérature médicale nous ne trouvons que de rares cas de septicémie à staphylocoques d'origine utérine. L'observation que nous rapportons nous a semblé intéressante à cause de sa rareté, de son comportement clinique et surtout à cause de son heureux dénouement: la patiente ayant recouvré la santé.

Observation.

Fernande B., 21 ans, sans profession, entre le 5 mai 1936 dans le service de chirurgie à l'hôpital de l'Enfant-Jésus.

Elle présente un état infectieux grave à la suite de manœuvres abortives récentes.

Ces manœuvres datent de 11 jours; elles ont été pratiquées, après un retard de règles de 2 mois et ½, par une sage-femme qui se servit, à maintes reprises, de tiges d'acier.

Durant deux jours surviennent quelques petites métrorragies suivies de gros caillots rouges.

Le 3 mai, la température est à 102° F., elle voit le médecin depuis deux jours et s'alite. Les frissons se répètent et les métrorragies sont abondantes. L'état général est très grave, la patiente est d'une pâleur cireuse, les traits sont tirés, le pouls est à 120, la température est à 101 et 3/5 F. et les frissons se répètent.

Examen: au toucher, l'hymen est perméable à deux doigts, les pertes sanguines sont malodorantes, le col utérin est entr'ouvert, l'utérus est augmenté de volume et en rétroversion. On sent une petite masse dans le cul-de-sac postérieur; les annexes ne laissent percevoir aucune particularité. La mobilisation utérine est un peu douloureuse, le palper abdominal donne de la douleur dans les fosses iliaques.

Après hésitation sur le type d'intervention, on fait un curettage immédiat, on ramène des portions placentaires.

L'hémorragie est abondante et nécessite l'emploi de pituitrine et de pitergine, on laisse une mèche dans le col utérin. Le lendemain, la température est à 103° F., l'état général est le même, les pertes sanguines sont taries.

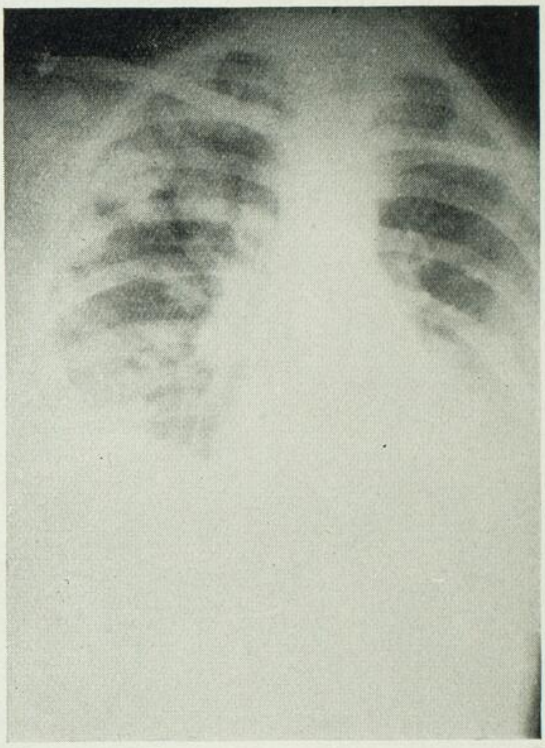


Fig. 1

Radiographie prise au début des symptômes pulmonaires.

Une hémoculure est faite et nous revient, après 48 heures, fortement positive d'un staphylocoque blanc.

Trois jours après la température a baissé d'un degré, mais la patiente présente du ballonnement abdominal, puis la température monte jusqu'à 104° F., pour descendre à 102° F., avec rémission matinale, de 2 degrés.

Une seconde hémoculture est faite le 12 mai et revient positive d'un staphylocoque blanc.

Le 26 mai, la température est à 101° et 102° F., la patiente est très pâle et très faible: on lui fait une transfusion à la Scannell de 250 c.c. Il y a chute de température à 99° F., mais elle remonte à 102° F., le lendemain et se maintient en oscillations.

La malade est affaissée, la diaphorèse est abondante; elle accuse des douleurs à la gorge, tousse, le facies est rouge, elle se plaint d'une douleur à l'épigastre avec irradiation à l'hypocondre droit et à l'épaule droite.

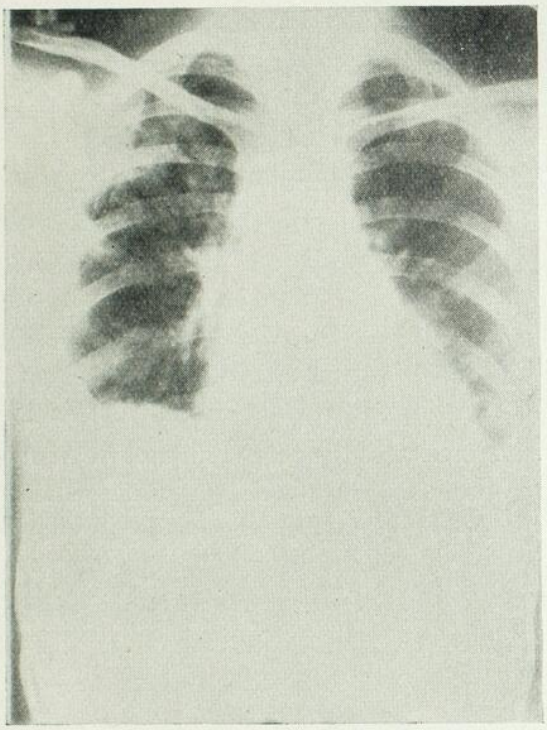


Fig. 2
Radiographie prise environ dix jours après la première.

Une hémoculure est faite le 15 mai et revient négative, cette fois.

Dans les jours suivants, la malade accuse une forte douleur à la région costo-lombaire droite et la toux augmente; la température oscille toujours, la dyspnée s'installe ainsi que l'expectoration et les vomissements alimentaires s'y ajoutent.

A l'auscultation des poumons, on constate des craquements au sommet droit, la respiration est soufflante vers la partie moyenne, il y a sub-matité et abolition des vibrations à la base droite.

Une ponction est faite et on ramène 10 c.c. d'un liquide filant et lactescent.

Une radiographie nous montre à droite la présence de foyers condensés multiples apparaissant sous forme de larges taches arrondies disséminées dans la moitié supérieure de la plage pulmonaire, la base est voilée. A gauche, il y a condensation à la base.

Le 12 juin, le service de médecine est consulté au point de vue pulmonaire et on constate une diminution de l'expansion thoracique, à droite, avec syndrome d'épanchement moyen de la grande cavité pleurale droite.

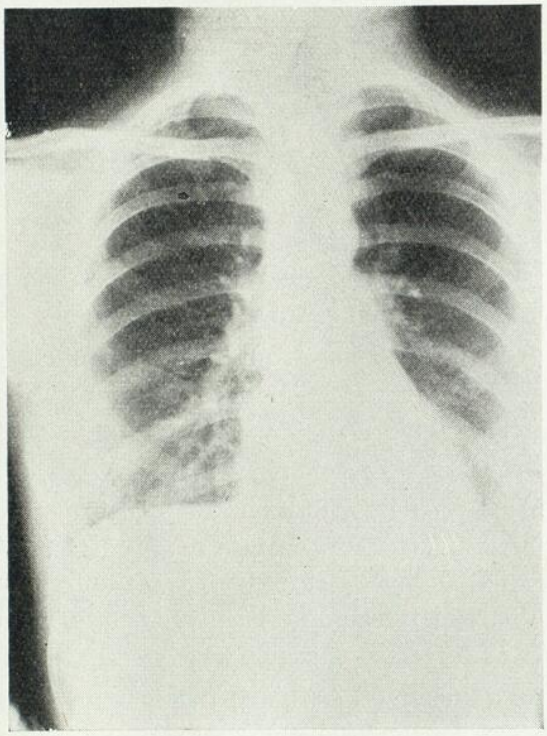


Fig. 3
Radiographie prise quelques mois après le début de la maladie.

Au-dessus de la zone d'épanchement, il y a des crépitations pulmonaires et du gargouillement suspects de bacillose; la respiration est rude.

A gauche, il y a de fines crépitations sous le mamelon et de la rudesse respiratoire diffuse.

On conseille l'ensemencement du liquide soutiré sur le milieu de Lowenstein et l'examen cytologique; une autre radiographie pulmonaire et la recherche du B. K. dans les expectorations.

La cytologie donne le résultat suivant: lymphocytes 98%

Autres éléments: 2%

Globules rouges: nombreux.

Le Lowenstein nous reviendra plus tard: négatif.

La radiographie donne une région infra-claviculaire droite infiltrée avec présence de multiples clartés annulaires cavitaires entourées de « coques » plus ou moins denses et un aspect frangé et estompé du dôme phrénique droit ainsi que des taches discrètes dans le sommet gauche.

Le 18 juin, la température oscille toujours à 99° F., et 101° F. Cependant, la malade nous semble mieux de sa septicémie.

Tous les examens sont négatifs, moins celui des poumons: la malade, toujours étiquetée «bacillaire suspecte », s'en va dans sa famille.

Mais le 3 juillet, la patiente est réadmise dans le service de chirurgie après constatation d'une masse empâtée, à contours flous, douloureuse, occupant la fosse droite et empiétant légèrement à gauche.

Au toucher on sent une masse dans le rectum et les culs-de-sac sont remplis; le col utérin est immobile.

L'auscultation des poumons est négative. La température est à 100° et 4/5 F., le pouls est à 110, la respiration à 28 et la malade accuse de fortes douleurs abdominales.

Le facies est pâle et las; on diagnostique une péritonite suppurée d'origine septicémique.

Une colpotomie postérieure est faite le 8 juillet. La température baisse, mais remonte après une semaine.

L'écoulement est abondant et le laboratoire y trouve du staphylocoque et du streptocoque, mais pas de gonocoque. Enfin la température descend, oscille encore un peu, et devient normale le 10 août.

Dix jours après, la patiente s'en va chez elle en pleine voie de guérison et de ses accidents abdominaux et de ses accidents pulmonaires.

Pendant l'évolution de cette septicémie, toutes les médications d'usage ont été essayées: entr'autres la Septicémie, la quinine, le sérum anti-grangréneux, la pituitrine, l'alcool éthylique, à 95% intra-veineux, (à noter que 300 c.c. n'ont pas même étourdi la malade), le sérum anti-staphylococcique, l'anatoxine anti-staphylococcique, le charbon, le collargol, abcès de fixation, et enfin la transfusion.

Commentaires

Ce cas est assez particulier:

1° Par son étiologie: puisque la septicémie à staphylocoque d'origine utérine est tellement peu fréquente que Rochaix, en soulignant sa rareté, ne cite que les observations de Dordelin, Martin et Frankel (1).

2° Par sa localisation pulmonaire par micro-embolies septiques probables laissant croire à une pseudo-bacillose, alors qu'en réalité nous avions affaire ici à des kystes aériens du poumon compliqués d'un épanchement mécanique, lesquels se révèlent quelquefois au cours d'une septicémie à staphylocoque.

Ici deux signes permettent d'éviter l'erreur: ce sont la régularité externe des contours et la permanence de l'image radiologique pendant toute l'évolution.

Seraient-ils le résultat de petits abcès formés par embolies comme le laissent croire quelques travaux récemment publiés par P. Pruvost, P. Isch Wall, M. Rymer et J. Scemana qui nous démontrent fort bien la présence de tels kystes? (2).

Ou bien seraient-ils dus au réveil de kystes congénitaux latents tels qu'en ont décrit E. Sergent, Durant, Kourilsky et Patalano? (3).

La dernière « radio » ne montre aucune trace de ces kystes.

3° Enfin par la localisation terminale dans le petit bassin.

4° Par le dénouement heureux de cette septicémie; puisque la plupart des cas décrits sont morts (4).

Y a-t-il lieu cependant de se demander si l'infection staphylococcique est vaincue?

Un jour ou l'autre n'y aura-t-il pas un réveil d'une métastase grave ou cérébrale, ou endocarditique, ou pulmonaire?

Rien actuellement ne le laisse prévoir puisque la malade revue récemment est toujours en parfaite santé.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Maladies infectieuses. Encyclopédie médico-chirurgicale, page 1, No. 8007.

(2) P. Pruvost, P. Isch Wall, M. Hymeret, J. Scemana: Kystes aériens du poumon révélés au cours d'une septicémie à staphylocoques. Presse Médicale, 20 juin 1936.

(3) Prof. Emile Sergent, H. Durant, Kourilsky et Patalano: Trois cas de kystes congénitaux isolés et suppurés du poumon. (Soc. Médic. Hop. Paris, 22 fév. 1935).

(4) H. Mondor, Israël et Benassy: Septicémie post-abortum à staphylocoques blancs: Journal de Chirurgie, septembre 1937.

HYPERSYMPATHICOTONIE-THYROÏDECTOMIE

Par **Réal DORE**,
Chef de la Clinique du goitre, hôpital Général de Verdun.

Dans « L'Union Médicale » de février 1936, à la fin de l'exposé que je faisais, je me demandais si, en sectionnant le sympathique thyroïdien, il était possible d'annihiler l'action nocive de l'hyperépinéphrie qui, d'après Crile, est la cause de l'hypersympathicotonie et la source de l'énergie transmise par le système sympathique efférent des capsules surrénales au système sympathique thyroïdien, viciée lors de son passage dans la glande thyroïde (Crile).

M'inspirant de ces données, j'ai pratiqué une thyroïdectomie subtotale avec dissection minutieuse des pédicules artériels, suivie de la section de ceux-ci; non pas parce que la patiente était une goitreuse ou une hyperthyroïdienne, mais bien une hypersympathicotonique classique sans cause décelable cliniquement.

Observation.

Mademoiselle B. M., âgée de 26 ans (dossier 10968, hôpital Général de Verdun), souffre depuis six ans d'asthénie marquée; le moindre travail l'épuise. La musculature des membres inférieurs est douloureuse. Il y a nervosité, pleurs, inappétence. La patiente accuse des douleurs du cœur et des palpitations, même au repos. Elle souffre d'insomnie depuis quelques années.

Rien d'intéressant à noter de ses antécédents héréditaires. Pas de goitre familial.

Depuis l'âge de 12 ans elle est menstruée, pendant cinq jours, avec toujours un retard d'une semaine. Les menstruations sont un peu douloureuses le premier jour.

A l'âge de 15 ans, elle pesait 122 livres. A 26 ans, en août 1937, 113 livres.

Les antécédents personnels ne sont d'aucun intérêt.

A l'examen physique, je note un bon état général, l'érythème pudique est même très facile. Le dermographisme est positif et très marqué. La nervosité est excessive: il y a pleurs, agitation, lamentations, etc. P. A. 130/90.

La glande thyroïde est normale de volume et de consistance. Le cœur présente un érethisme peu marqué au moment de l'examen. Elle est vierge et ignore toute sensation voluptueuse, mais aime la présence, à ses côtés, d'un ami...

Les réflexes sont vifs. Il n'y a pas d'œdème aux membres inférieurs.

Le premier métabolisme était à plus de 6% et le second, à moins de 13%. Formule sanguine normale ainsi que l'électrocardiogramme. Le test de l'histamine a donné 21 secondes, symptôme objectif.

En somme, l'interrogatoire, l'examen physique et les examens de laboratoire n'ont pas permis la découverte de la cause du syndrome hypersympathicotonique (circulatory-neuro-asthenia de Crile) que présentait cette patiente.

J'ai pratiqué chez elle une thyroïdectomie sub-totale en août 1937, avec dissection complète, suivie de la section des pédicules vasculaires.

(Au microscope nous voyons des vésicules thyroïdiennes à peu près normales et çà et là des amas de cellules inflammatoires. Dr G. Pearson).

J'ai revu mon opérée en janvier dernier 1938. Elle me dit que tout va bien. Les menstruations ne sont pratiquement plus douloureuses le premier jour. Leur durée est de trois et non plus de cinq. Elle dort bien. L'appétit est bon; elle ne pleure plus. Deux symptômes l'ennuient encore. Un travail un peu laborieux réveille chez elle des palpitations et de l'asthénie, symptômes dont l'intensité est de beaucoup moindre.

La patiente pèse 115 livres. Il y a donc trois livres d'augmentation. Elle n'est plus frileuse et les bouffées de chaleur ont disparues. Pas de tremblement. PA 120/70. L'éréthisme du cœur est à peine perceptible.

Le reste de l'examen est négatif.

Commentaires

Cette patiente a-t-elle réellement bénéficié de l'intervention chirurgicale subie? Je ne suis pas prêt à répondre dans l'affirmative.

S'il y a eu en général amélioration, il persiste quand même deux symptômes caractéristiques de l'hypersympathicotonie: l'asthénie et l'éréthisme cardiaque. Il y a eu, depuis l'opération, diminution marquée de l'intensité de ceux-ci, mais ils persistent encore à un faible degré.

Si les résultats obtenus ne sont pas parfaits il ne faut pas, je pense, condamner définitivement la théorie sur laquelle je me suis basé pour intervenir chirurgicalement.

Nous savons que la maladie de Basedow est caractérisée par la présence de deux syndromes: le syndrome hyperthyroïdien et le syndrome hypersympathicotonique. Dans la très grande majorité des cas une thyroïdectomie subtotale met fin tout autant à l'un comme à l'autre de ces syndromes dans la maladie de Basedow. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi chez celui qui souffre exclusivement du syndrome hypersympathicotonique? Il me semble qu'il soit logique de le croire.

Seule l'observation de nombreux cas permettra de déduire des conclusions définitives et pratiques, je l'espère.

Crile parle avantageusement des bons effets obtenus, sans conclure définitivement, grâce à la technique qu'il préconise chez cette catégorie de patients: section des branches efférentes du système sympathique surrénalien (denervation of the suprarenal sympathetic system. Voir Union Médicale, mai 1934).

Malheureusement sa technique ne peut pas encore être d'un usage courant. Elle est assez compliquée. Crile est peut-être le seul à l'exécuter avec une grande maîtrise.

La radiothérapie, 5 séances, des capsules surrénales n'a donné aucun résultat satisfaisant à ma patiente.

Les hypersympathicotoniques sont assez nombreux. Plusieurs me sont recommandés étiquetés goitreux toxiques ou basedowiens, pour thyroïdectomie, vu, souvent, la présence d'une exophtalmie.

Jusqu'à présent la thérapeutique médicale, dans cette affection, ne semble être que symptomatique.

La recherche d'une thérapeutique curative est la raison du présent travail.

LEUCÉMIE AIGUË CHEZ UN OUVRIER MANIPULANT DU NAPHTOL [1]

Par **René ROLLAND,**
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

L'intérêt que nous croyons trouver dans l'observation rapportée plus loin réside dans le fait qu'elle présente un problème de médecine sociale et industrielle.

On verra en effet qu'il s'agit d'un ouvrier manipulant le caoutchouc dans un atmosphère de *Naphtol.* Or, nous savons combien toxique est le Benzol pour les ouvriers qui le traitent. Depuis quelques années la littérature médicale, tant française, anglaise ou américaine, a rapporté de nombreuses observations d'intoxication par ce produit, lesquelles se manifestent par des anémies ou des leucémies. Encore, en décembre 1937, dans « La Presse Médicale », Sabrazès et Bideau rapportaient deux observations de leucémie benzolique chez des ouvriers manœuvrant le caoutchouc traité par le benzol.

Connaissant la toxicité du benzol, certaines usines ont renoncé à son enmploi, mais par contre se servent de naphtol, corps dérivé du benzol et tout aussi toxique que ce dernier. De plus, la Commission des Accidents du Travail de Québec, ne reconnaissant que l'intoxication par le Benzol et non par le Naphtol, refuse de reconnaître la responsabilité de l'employeur dans cette affaire.

Or, il nous semble qu'étant donné la nature chimique du produit, il nous est permis d'attirer l'attention de la dite Commission sur le danger tout aussi grand qu'il existe de manier le Naphtol que celui qu'elle reconnaît à la manipulation du Benzol. Nous émettons le vœu qu'enquête soit faite, et que les moyens nécessaires soient pris à la protection de l'ouvrier qui doit manipuler ce dangereux produit.

Observation: Le 13 septembre 1937, Monsieur N. L., âgé de 32 ans, est admis dans le service du Professeur Benoit.

Depuis le mois de juin dernier le patient remarque que la pâleur qu'il constate depuis longtemps chez lui, s'accentue, que ses forces diminuent considérablement et qu'il a maigri d'environ une dizaine de livres.

Il continue son travail, mais l'ouvrage lui est pénible.

Il y a deux semaines, il ressent des douleurs à la gorge qui dure trois jours, elles se calment, mais font place à un gonflement marqué des gencives qui saignent au moindre contact.

L'asthénie et la pâleur s'aggravent tous les jours.

Le patient est un ouvrier travaillant dans une usine où l'on fabrique des bandes caoutchoutées pour freins d'automobiles. Il y manipule le caoutchouc et, pour ce faire, on y emploie du naphtol, de la gazoline et du soufre.

Il exerce ce métier depuis trois ans.

Antécédents héréditaires:

Père, mort d'un accident à 48 ans.

Mère, vivante, souffre du cœur.

Frères, six vivants en bonne santé, sauf un dont la santé est médiocre.

1 mort de leucémie aiguë (on ne sait quel était son travail).

1 mort de méningite.

3 sœurs vivantes en bonne santé.

Antécédents personnels:

Rien à noter.

Examen clinique: Aspect général: Le sujet est pâle, les lèvres sont décolorées, les paupières sont bistrées, le facies est amaigri.

Tête: Yeux: hémorragie sous-conjonctivale de l'œil droit, pupillles égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation.

Nez: Perméable, muqueuse hémorragique.

Bouche: a) lèvres décolorées, gencives tuméfiées, gonflées, coiffant les dents par de petites papules blanchâtres. Elles saignent très facilement au moindre attouchement. b) dents en très mauvais état, noires, non déchaussées.

1. Travail présenté à l'Assemblée scientifique du Bureau Médical de l'Hôpital Notre-Dame, séance de février 1938. Discussion, voir page 306 du présent numéro.

Oreilles: rien à noter.

Thorax: *Poumons*: Respiration rude, au sommet droit, submatité, vibrations augmentées. Aucun bruit adventice; à gauche, rien à noter.

Cœur: Tachycardie, bruits assourdis. Aucune lésion valvulaire. Pas d'hypertrophie.

Abdomen: *Foie*: Déborde légèrement les fausses côtes.

Rate: Percutable, non palpable. Légère douleur dans les fosses iliaques droite et gauche.

Réflexes tendineux normaux. Pas de signe de Babinsky.

Examens de laboratoire:

Urée sanguine	0 gr. 54
Glycémie	1 gr. 32

Urines: Présence d'albumine. Dosage du plomb au litre: 4 milligrammes.

Numération globulaire et formule leucocytaire:

(13 septembre 1937)

Globules rouges	1,600.000
Globules blancs	9.000
Hémoglobine	42%
Valeur globulaire	1

Formule leucocytaire:

Polynucléaires neutrophiles	0
Baso	0
Grands mononucléaires	26
Lymphocytes (petits et moyens mono):	
Moyens	4
Lympho	15
Polynucléaires éosinophiles	1
Hématies nuclées	présence
Myélocytes:	25
Méta	6
Cellules souches	5

(18 septembre 1937)

Globules rouges	1,450.000
Globules blancs	3.000
Hémoglobine	42%
Valeur globulaire	1

Formule leucocytaire:

Polynucléaires neutrophiles	19
Baso	0
Grands mononucléaires	36
Lymphocytes (petits et moyens mono):	
Moyens	0
Lympho	36
Polynucléaires éosinophiles	1

Anisocytose, légère

Poïkilocytose, légère

Hématies nuclées, présence

Myélocytes	5
Méta	3

Groupe sanguin (4)

Traitement:

Fer, foie de veau, adrénaline et transfusions sanguines (no. 2)

Evolution de la maladie: Le traitement ne donne aucun résultat et le malade meurt sept jours après son admission à l'hôpital.

Protocole d'autopsie
(*Dr Alphonse Bernier*)

Leucémie myéloïde.

Métaplasie myéloïde ganglionnaire et lymphotique intestinale.

Splénomégalie.

Hypertrophie ganglionnaire.

Broncho-pneumonie droite.

Commentaires

L'examen objectif du malade et l'examen cytologique du sang, nous démontre bien que ce malade souffrait de leucémie. D'ailleurs le protocole d'autopsie confirma notre diagnostic. Cependant il s'agit de déterminer la vérité clinique de leucémie.

L'on sait que dans la leucémie myéloïde pure nous avons une très forte augmentation de globules blancs, pouvant aller dans certains cas jusqu'à 400.000.

Nous n'avons pas chez notre malade ce chiffre imposant, les granulocytes sont à peu près normaux, mais d'autre part nous trouvons des myélocytes en nombre important, ce qui démontre une forte réaction de la série myéloïde et nous fait penser à une leucémie myéloïde typique ou leucémie aleucémique. Mais étant donné la rapidité d'évolution de la maladie et sa cause, nous croyons plus juste d'étiqueter cette leucémie de type aigu.

COMA DIABÉTIQUE. RÉACTION PARADOXALE À L'INSULINE

Par **C.-E. GRIGNON,**
Médecin de l'hôpital Notre-Dame

Nous sommes demandé, au début de janvier, par un confrère pour l'aider dans le traitement d'une diabétique dans le coma. Il s'agissait d'une célibataire de 26 ans, née de parents obèses. Elle avait subi, à l'âge de 15 ans, une crise de rhumatisme articulaire aiguë, traitée avec de petites doses de salicylate de soude. La puberté était apparue à l'âge normal, les règles avaient été normales jusqu'à l'an dernier où elles sont devenues irrégulières et espacées.

Elle avait consulté pour diabète, il y a 3 mois; le médecin avait constaté un diabète sévère avec acétonurie, amaigrissement de 12 livres depuis 6 semaines, double lésion mitrale avec insuffisance cardiaque. Le diabète fut contrôlé grâce à un régime contenant: protides 60 grammes, lipides 80 grammes, glucides 125 grammes, et à l'administration d'insuline aux doses de 25, 10, 15 unités.

Sous l'effet d'une cure de digitaline et d'une bonne coopération avec son médecin, les signes cardiaques s'étaient amendés et l'état diabétique était demeuré sous contrôle jusqu'au 5 janvier matin où elle requit les soins de son médecin à domicile, qui recueillit les faits suivants: A la suite d'un « party » où elle consomma force liqueurs et alcools (ce qui est de nature à faire oublier parmi les soucis de la vie, celui d'être diabétique) elle s'attabla au réveillon et ne ménagea pas les petits fours, sandwichs, chocolats, etc., puis se coucha comme une bienheureuse.

Le lendemain, le réveil fut triste avec soif ardente, céphalée, palpitations cardiaques, état nauséeux, si bien qu'elle omit l'insuline du matin, absorba 3 jus d'orange et s'endormit de nouveau. Les parents alarmés appelèrent le médecin qui trouva la malade dans l'état suivant: sommolente, odeur acétonique de l'haleine. Tirée de sa somnolence elle y retomba aussitôt. L'urine recueillie par cathétérisme contenait: sucre+++, acides cétoniques +++.

Le traitement prescrit fut le suivant: alimentation liquide;

11 a.m. insuline 10 unités — orange 1
Urines: Sucre +++,
Acétone ++++
Glycémie: 1.88 gr.

12 a.m. insuline 10 unités — orange 1
3 p.m. insuline 30 unités — orange 1
Urines: Sucre +++.
Acétone ++++

4 p.m. insuline 30 unités — orange 2
5 p.m. insuline 40 unités — orange 2
6 p.m. insuline 50 unités — orange nil.
Urines: Sucre +++,
Acétone ++++
Glycémie: 3.26 gr.

7 p.m. insuline 60 unités — orange nil.
8 p.m. insuline 60 unités — orange nil.
Urines: Sucre ++++,
Acétone ++++

Je vis la malade à 9 heures p.m.; elle présentait toutes les caractéristiques du coma diabétique: respiration de Kussmaul, inconscience, hypotonie des globes oculaires, déshydratation prononcée. De plus, elle était dans un état de collapsus cardio-vasculaire avancé: bruits cardiaques à peine perceptibles et très rapides, pression artérielle impossible à prendre, cyanose des membres supérieurs, des lèvres et des membres inférieurs jusqu'à le mi-cuisse; râles de congestion dans la ½ inférieure des deux poumons.

A cause de l'état agonisant de la malade, je jugeai qu'il était dangereux de la transporter à l'hôpital et je prescrivis d'urgence la médication suivante, après avoir demandé à

un hôpital voisin du sérum physiologique et glucosé:

1. Suppression de l'insuline;
2. Coramine 2 c.c. I.V. toutes les ½ heures;
3. A 10 heures p.m., sérum glucosé, sérum physiologique (ââ 750 c.c.

Je répétai la même dose de sérum à minuit, ainsi que la coramine toutes les ½ heures.

Vers 11 heures, l'état s'améliora; le pouls redevint perceptible, la P. A. était de 90/50, la cyanose sembla régresser, il n'y avait pas d'urine dans la vessie.

Vers minuit, la malade redevint demi-consciente, les signes cardio-vasculaires s'amendèrent. Elle sortit graduellement de l'état comateux avec collapsus et l'urine prise par sondage contenait,

à minuit: sucre + + + +
Acétone + + + +
à 1 hr.: sucre 0
Acétone 0
à 2 hrs: sucre 0
Acétone 0.

A 2 heures, la malade était tout à fait consciente, accusait une douleur lombaire gauche et une céphalée intense. Je continuai jusqu'à 6 heures a.m. la coramine à raison de 1 c.c. toutes les heures et la malade put boire 3 jus d'orange dilués dans de l'eau tiède. A 7 heures a.m., elle déjeuna comme d'habitude avec la dose habituelle d'insuline. A 8 heures a.m., crise de tachycardie passagère, puis tout rentra dans l'ordre et la malade ne garde de tout ceci qu'un peu de dilatation cardiaque et un mauvais souvenir. Pour ma part, je m'en souviendrai toujours.

Commentaires

Quelle conclusion et quelle leçon devons-nous tirer de cette observation?

D'abord il est évident qu'il s'agissait bien d'un cas de coma diabétique et non d'un coma insulinique. Les doses répétées d'insuline chez une personne présentant une fragilité cardio-vasculaire semblent avoir déclanché l'état de collapsus constaté. Sans connaître précisément le mécanisme intime d'action de l'insuline, nous croyons savoir que les échanges métaboliques intercellulaires ne peuvent se produire que sous une tension osmotique optima qui n'existe plus dans l'état de collapsus. Et ainsi, dans ces conditions, l'insuline, le précieux adjuvant du métabolisme des glucides en particulier, devient un facteur aggravant des troubles de ce même métabolisme.

La leçon qui se dégage de cette observation se résume à ceci:

Dans le coma diabétique, il faut en plus de la médication insulinique et glucosée, 1) hydrater fortement les malades par du sérum physiologique ou glucosé; 2) administrer des stimulants cardiaques et avant tout, les dérivés du camphre: coramine, etc.

REVUE GÉNÉRALE

LES POUSSÉES AIGUËS DE POLYATHÉROMATOSE (*)

Par

C. LIAN,
Professeur agrégé,
Médecin des hôpitaux de Paris.

et

F. SIGUIER,
Interne
des hôpitaux de Paris.

I. *Evolution habituelle de l'athérome.*

L'intrication, l'alternance, la succession, chez un même malade, des diverses manifestations cliniques de l'athéromatose, constituent un fait depuis longtemps connu, unanimement admis et pour tout dire banal.

Il est en effet de constatation quotidienne d'observer chez un malade atteint par exemple d'angor pectoris, la coexistence ou l'éclosion ultérieure d'une artérite oblitérante ou d'une thrombose cérébrale. Ces accidents cliniquement différents du symptôme morbide jusque-là dominant, relèvent pourtant comme lui d'une même cause: la coulée de sclérose de la cinquantaine, à évolution torpide, lente et essentiellement chronique, bien que susceptible d'être à tous moments modifiée dans sa symptomatologie ou son pronostic, par une poussée subite, fréquemment sévère, en règle imprévisible.

Cette notion, de poussée aiguë semble devoir être considérée comme l'un des principaux facteurs évolutifs au cours des diverses localisations de l'athérome artériel.

Une démonstration en est fréquemment fournie en clinique par l'étude des poussées aiguës d'athérome coronarien surgissant au cours de l'évolution des angines de poitrine.

Comme Lian y a déjà longuement insisté [1], ces poussées augmentent plus ou moins brutalement l'intensité et la fréquence des crises angineuses. Puis celles-ci diminuent peu à peu, et un état à peu près stationnaire persiste plus ou moins longtemps jusqu'à l'apparition d'une nouvelle poussée. Ainsi peut-on concevoir l'évolution générale de l'angor pectoris comme sillonnée d'ondes évolutives, dont la répétition, la durée et la gravité dépendent de celles de la poussée aiguë d'athérome coronarien, responsable d'accidents d'importance clinique variable, mais dont l'infarctus du myocarde est parfois l'aboutissant dramatique ou même fatal.

La connaissance de ces faits doit nous rendre plus attentifs à ce mode évolutif si particulier de l'athéromatose, non pas seulement à sa traduction dans un domaine limité, tel celui des artères coronaires, mais encore à sa manifestation sous forme d'atteintes multiples se succédant à brève échéance, dans plusieurs territoires artériels éloignés les uns des autres.

II. *Les poussées aiguës de polyathéromatose.*

L'existence des poussées aiguës de polyathéromatose [2], surgissant sur le fond continu de l'athérome artériel chronique, apparaît d'une façon tout à fait démonstrative dans l'observation d'un homme de 44 ans qui, atteint depuis trois ans d'angor pectoris, présente brutalement:

A la fin du mois d'avril: un infarctus du myocarde;

Huit jours plus tard: une hémiparésie *gauche*;

Trois semaines après ce dernier accident: une poussée aiguë révélatrice d'une artérite oblitérante des deux membres inférieurs;

---

* Extrait de *L'Année Médicale Pratique*, volume annuel, publié sous la direction du Dr C. Lian, prof. agrégé à la faculté, médecin de l'Hôpital Tenon. 300 articles courts classés par ordre alphabétique exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial., et questions prof.). 25% de réduction aux souscripteurs. Envoyer avant le 15 avril. Etranger: Union Postale, 31 fr. 50; autres pays, 33 fr. 50. A. R. Lépine, 39, rue d'Amsterdam, Paris.

1. *Journ. de Méd. et de chir. prat.*, 10 mai 1932 et *L'Angine de poitrine*, 1 vol., édit. Masson, Paris 1932.

2. C. Lian et F. Siguier, *Paris Méd.*, 1er mai 1937.

Cinq semaines après la découverte de cette artérite: une autre hémiparésie, mais *droite*;

Et cinq semaines après cette hémiparésie droite: une *nouvelle hémiparésie* avec paralysie faciale et signe de Babinski.

Ainsi, en l'espace de trois mois et demi environ, cinq poussées engendrant, dans les territoires artériels les plus divers, des accidents multiples, à prédominance coronarienne et cérébrale.

Dans deux autres observations, il s'agissait d'une artérite oblitérante des deux membres inférieurs dont les premières manifestations cliniques ont suivi de quinze jours une crise d'angor pectoris particulièrement intense.

Variables dans l'importance de leur symptomatologie, les trois observations précédentes sont réunies par un trait évolutif commun: *la rapidité d'apparition chez un athéromateux artériel, à quelques jours ou deux ou trois semaines d'intervalle, d'atteintes artérielles successives, en des territoires distincts et éloignés.*

La particularité de ces observations n'est pas d'ordre étiologique ou symptomatique, elle est uniquement d'ordre évolutif; elle consiste en une évolution aiguë de l'athérome artériel, frappant en quelques semaines plusieurs territoires artériels très éloignés les uns des autres. Sans être exceptionnelle, cette polyathéromatose aiguë est cependant loin d'être une éventualité banale. Ainsi J. Heitz dans un travail souvent cité rassembla douze cas de coexistence d'angine de poitrine et d'artérite oblitérante des membres inférieurs. Or, dans ses observations les manifestations cliniques de ces deux localisations de l'athérome artériel étaient apparues à une ou plusieurs années de distance; dans un seul cas l'intervalle entre ces deux manifestations n'avait été que de neuf mois.

III. *Importance pratique et doctrinale de la polyathéromatose aiguë.*

La *signification* d'une poussée aiguë déborde les limites étroites d'un pronostic local, d'ailleurs si souvent réservé. Elle acquiert un sens plus précis, que légitiment les réserves dont s'entoure la constatation à brefs intervalles d'accidents brusquement extensifs et multiples, dont chacun, même isolé, comporte d'ordinaire un pronostic sombre.

En outre, considérée sous un angle plus général, elle démontre une orientation plus particulière, une tendance définie à rompre avec la latence fréquente de l'athérome, et son allure évolutive chronique et traînante, pour laisser place à un envahissement brutal, à une symptomatologie souvent bruyante, à une évolution dont on pourrait dire qu'elle s'effectue ou s'effectuera par coups de théâtre rapprochés.

Dans l'ordre doctrinal, cette constatation est d'importance.

Le terme d'athéromatose ne fait, certes, que masquer l'ignorance dans laquelle nous sommes, vis-à-vis de la genèse intime de cette affection.

Mais son apparition à un âge véritablement critique, son allure clinique souvent stéréotypée, sa longue évolution habituelle, permettent de la considérer logiquement comme une *maladie dyscrasique de la cinquantaine* d'origine très vraisemblablement autotoxique, tout en ne dissimulant pas l'imprécision réelle d'une telle dénomination.

Or il est frappant, si l'on veut bien prendre en considération les faits que nous venons de signaler, de voir s'établir entre cette dyscrasie et les processus vasculaires aigus ou subaigus d'origine infectieuse, un certain degré de parenté évolutive.

Néanmoins, dans nos observations, rien ne permettait de mettre en cause un processus infectieux. Nous considérons qu'il s'est agi de poussées aiguës athéromateuses. Toutefois, dans ces cas, la poussée aiguë ne se produit pas sur une seule artère, mais elle frappe à quelques jours ou quelques semaines d'intervalle plusieurs territoires artériels éloignés les uns des autres. Il y a lieu de penser que le processus autotoxique générateur de l'athérome subit une importante exacerbation, d'où la rapide accentuation des lésions athéromateuses chroniques préexistantes et disséminées dans l'organisme. Ainsi se trouve réalisée, par un processus purement autotoxique, une véritable *polyathéromatose aiguë.*

L'IDROADÉNITE

Par **J.-Adrien LAMBERT,**
Assistant au service de Dermato-Syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame.

L'idroadénite, plus communément appelée, « abcès tubéreux », était fort méconnue dans sa nature étiologique et pathogénique au début de ce siècle. Bien que, trente-cinq ans auparavant, Verneuil l'eut identifiée et précisée positivement, plus d'un auteur à cette époque la définissait encore: « clou de l'aisselle », ou l'associait au scrofuloderme, à l'érysipèle ou à d'autres maladies qui, en réalité, ne s'y apparentaient que par simple analogie de configuration. Et même le regretté Sabouraud, vers 1905, en parlait comme d'une folliculite orificielle pustuleuse.

Aujourd'hui, l'idroadénite a pris droit de cité parmi les maladies autonomes; on l'a parfaitement différenciée, surtout du furoncle, en lui attribuant une étiologie, une séméiologie et une thérapeutique propres; ce sont ces trois derniers points qui feront le sujet de cet article.

On entend par idroadénite, l'inflammation par le staphylocoque doré des glandes sudoripares dites apocrines. Elle n'apparaît qu'à l'âge adulte, puisque le développement de ces dernières glandes coïncide avec la période pubérale. Elle atteint indifféremment l'homme ou la femme.

L'idroadénite peut être spontanée, mais elle est plus souvent traumatique: à l'occasion d'un trauma, si minime soit-il, tel que l'épilation à la pince de la région axillaire, l'usage maladroit du rasoir ou l'application d'un épilatoire irritant, le staphylocoque doré, qui vit saprophytiquement sur n'importe quel secteur de la peau, s'éveille; favorisé par l'excrétion sudorale alcaline [1] des aisselles (comme d'ailleurs celle des aines, de la région anoscrotale, de l'aréole du mamelon et de partout où l'on trouve des glandes sudoripares apocrines), le staphylocoque doré, exalté dans sa virulence, pénètre dans un conduit excréteur et plonge en profondeur jusque dans la glomérule glandulaire; là il y trouve un vase à peu près clos où peut s'exercer, en sécurité, son pouvoir phlegmasiant: en effet, la sueur qui s'y élabore lui sert d'excellent bouillon de culture. Puis, l'infection staphylococcique s'étend de proche en proche, par voie lymphatique, à chaque glande sudoripare, créant par là une atmosphère d'inflammation intra-glandulaire et même circonvoisine. Ainsi se trouve realisé le mécanisme pathogénique de l'idroadénite.

Cliniquement, celle-ci apparaît, au début, dans la région pileuse de l'aisselle surtout (siège de prédilection) comme une petite nodosité, variant du volume d'un grain de riz à celui d'une noisette, pas très douloureuse, mobile, située dans le derme ou l'hypoderme. C'est la lésion élémentaire.

Comme le processus d'infection a tendance à envahir plusieurs ou toutes les glandes de la région, celle-ci donne bientôt, à l'inspection, l'impression d'une peau comme mamelonnée, d'un rouge prononcé, surtout au niveau d'un abcès en instance d'extériorisation; au toucher, elle donne la sensation d'un agglomérat, d'un gâteau, où l'empâtement et l'endolorissement témoignent de la réaction inflammatoire sous-jacente.

Puis l'évolution de ces abcès intradermiques prend une tournure subaiguë, à l'encontre de ce qui se passe dans le furoncle. Laissés à

1. Cette assertion mérite d'être justifiée: Schalde et Marchionini ont démontré par la méthode électrométrique, que la sueur possède une acidité qu'ils établissent aux environ de pH= 4.0. Cependant, ils ont prouvé que dans les régions à glandes sudoripares, la sueur est alcaline. D'autre part, G. Lévy avance que « l'acidité de la sueur augmentant avec l'évaporation, si celle-ci est empêchée comme dans la région des plis (aisselle), non seulement l'acidité diminue, mais encore la réaction en devient alcaline ». Or l'on sait que les microbes s'accomodent bien de tout état d'hypoacidité et que c'est sans doute pour cette raison, qu'en dermatologie, les médications topiques acides sont si nombreuses et efficaces.

eux-mêmes ces abcès tantôt s'ouvrent spontanément en donnant issue à un pus abondant mais sans bourbillon, tantôt restant fluctuants, en évolution semi-abortive et prennent graduellement l'aspect d'un abcès froid; tantôt enfin, ils se résorbent lentement, en laissant après eux des infiltrats profonds, épais et durs.

L'idroadénite, maladie auto-inoculable, est remarquablement récidivante pendant des mois et des années. Le traitement qui s'impose doit donc être aussi totalement curatif que possible. Il consiste:

1° *Préventivement*: à éviter de traumatiser les régions électives des glandes sudoripares apocrines; à les tenir dans un état d'asepsie par des nettoyages fréquents à l'éther ou à l'alcool; à faire usage d'acide borique, poudre légèrement antiseptique mais surtout de réaction acide, ce qui aide à compenser pour la désacidification naturelle ou provoquée des régions à glandes apocrines.

2° *Dès que l'infection apparaît*: à faire de la radiothérapie précoce à la dose de ¾ à 1 dose-érythème avec filtration adéquate, telle qu'on l'emploie avec tant de succès dans le furoncle malin de la face.

3° *Si la région s'abcède franchement*: à inciser chaque abcès avec une lame très fine, à évacuer et à drainer le pus et à panser, avec une pommade à 10% d'acide borique.

4° Enfin, à ne prononcer le mot de guérison que lorsque le malade aura persisté pendant des mois à traiter le corps du délit par des soins d'antisepsie minutieuse et constante.

Travaux à consulter:

Georges LEVY: *Les médications dermatologiques,* (Doin, édit., Paris, 1937).

Harry A. BRUNSTING: *Proceeding of the staff meeting of Mayo Clinic,* (volume 12 déc., 1937).

A. DESAUX et A. BOUTELIER: *Manuel pratique de Dermatologie,* (Masson, édit., Paris, 1932).

R. SABOURAUD: *Dermatologie topographique,* (Masson, édit., Paris, 1905).

TESTUT: *Traité d'anatomie,* (volume 1).

Nouvelle pratique Dermatologique, vol. VII, (Masson, édit., Paris, 1937).

PETITE CLINIQUE

PARALYSIE DU MEMBRE SUPÉRIEUR PAR TRAUMATISME DE L'ÉPAULE

Syndrome de Claude Bernard-Horner homolatéral. Distension radiculaire des nerfs du plexus brachial

Par

Roma AMYOT et **Roland DECARIE,**

Médecins de l'hôpital Notre-Dame.

Vous êtes étudiant de cinquième année, n'est-ce pas? Vous avez examiné ce malade et votre diagnostic clinique est vrai, mais n'est pas complet. Vous n'avez pas observé certain signe au globe oculaire droit, qui possède une grande importance pathogénique et de localisation lésionnelle. Votre diagnostic anatomo-pathologique est trop grossier; il n'implique pas, comme il devrait, le caractère et le mécanisme des lésions nerveuses créées, il n'en situe pas exactement le siège.

Aussi, reprenons ensemble, si vous le voulez bien, l'histoire de ce malade et refaisons son examen clinique. Efforçons-nous d'élucider la sémiologie des symptômes découverts. Nous pourrons ensuite discuter de la nature et de la situation des lésions, de la pathogénie et du traitement du syndrome.

Observation.

Il s'agit d'un homme de 54 ans, bûcheron, qui a été victime d'un violent accident: une branche d'arbre, que nous présumons volumineuse par les dégâts causés, est tombée sur lui, le frappant à la tête et à l'épaule droite. Il perdit connaissance; on le transporta d'urgence, en avion, du lac Mercier à l'hôpital Notre-Dame. Le soir du même jour, à son arrivée à l'hôpital, il était dans un état de shock sévère; une ecchymose siégeait à la région frontale droite, l'œdème des paupières obstruait son œil droit et l'épaule du même côté portait une plaie contuse. Le malade se plaignait d'une douleur à la nuque et le déplacement passif de la tête était très douloureusement subi à la colonne cervicale.

Le membre supérieur droit était complètement paralysé et flasque.

Du sang se serait écoulé par le nez et l'oreille gauche.

Un examen radiologique, pratiqué le 5 octobre 1937, le lendemain de son hospitalisation, a montré une fracture du temporal droit avec irradiation du trait vers la fosse moyenne; une fracture de la clavicule droite sans déplacement des fragments. Aucune lésion de la colonne cervicale ne put être décélée. Nous avions craint dès le début, vu un certain degré de raideur du cou et surtout vu la douleur cervicale que déclanchaient les déplacements de la tête, nous avions craint, disions-nous, la présence d'une fracture ou d'une luxation du rachis cervical. D'autant plus, que la paralysie du membre supérieur droit pouvait très bien renforcer cette hypothèse évoquée avec inquiétude.

Mais, heureusement, notre appréhension fut vaine et sans fondement. La ponction lombaire permit de recueillir un liquide céphalo-rachidien teinté de sang, mais sans augmentation de la pression. La fracture du crâne témoignait très bien d'un choc violent reçu sur la tête, et il n'était pas étonnant de nous trouver en présence d'un signe liquidien qui signifiait une contusion cérébrale sous-jacente. Mais cela est toute une histoire.

Passons maintenant à l'examen du malade. Concentrons notre attention uniquement sur

le membre supérieur droit et l'hémiface droite. Aucun symptôme n'existe ailleurs, il serait pour le moins superflu d'y étendre notre investigation.

Si nous regardons attentivement son globe oculaire droit, qu'y apercevons-nous? Du myosis, un certain degré d'enfoncement du globe et même un léger rétrécissement de la fente palpébrale. Nous avons là, réunis, les trois éléments les plus importants d'une paralysie du sympathique oculaire, syndrome provoqué expérimentalement par Claude Bernard, en 1858, et observé cliniquement, pour la première fois, par Horner en 1869. C'est ce signe que vous avez omis de mentionner dans votre démonstration clinique et qui comporte chez ce malade, à notre avis une « *importance anatomo-pathologique et pathogénique considérable* ».

Il constitue le symptôme le plus apparent du syndrome de la paralysie du sympathique céphalique.

Passons au membre supérieur droit.

Il est totalement paralysé, tous les réflexes ostéo-périosto-tendineux y sont abolis; il est ballant et ses muscles sont hypotoniques. Toutes les sensibilités superficielles et profondes y sont abolies, des doigts jusqu'au tiers supérieur du bras sur la face externe, jusqu'au coude sur la face interne. Les muscles de l'épaule ne sont pas épargnés; les muscles du thorax qui s'insèrent sur le bras sont également paralysés. Aussi, le grand dorsal, le grand rond, le sus-épineux et le sous-épineux, les deux pectoraux sont inertes. Le deltoïde se contracte très faiblement. Le trapèze n'est que très légèrement touché. On ne peut se prononcer sur l'état du grand dentelé.

Vous aviez donc raison d'affirmer que tous les muscles innervés par les branches collatérales et terminales du plexus brachial droit avaient été profondément lésés par le traumatisme.

Mais, il y a plus. Passez le dos de votre main sur la face palmaire des deux mains de notre malade et vous constaterez qu'à gauche, la peau de cette région possède un degré de moiteur qui paraît normal, alors qu'à droite elle est d'une sécheresse absolue. Nous pourrions, soit en réchauffant le malade, soit en lui administrant de la pilocarpine ou encore en lui provoquant des sensations douloureuses, par la piqûre par exemple, stimuler la sudation et, de ce fait, mettre en plus grande lumière cette asymétrie sudorale des deux mains. Le simple constat que nous venons de faire suffit, surtout si nous y associons le suivant: la disparition du réflexe pilomoteur sur tout le membre droit, sauf sur une languette étroite,

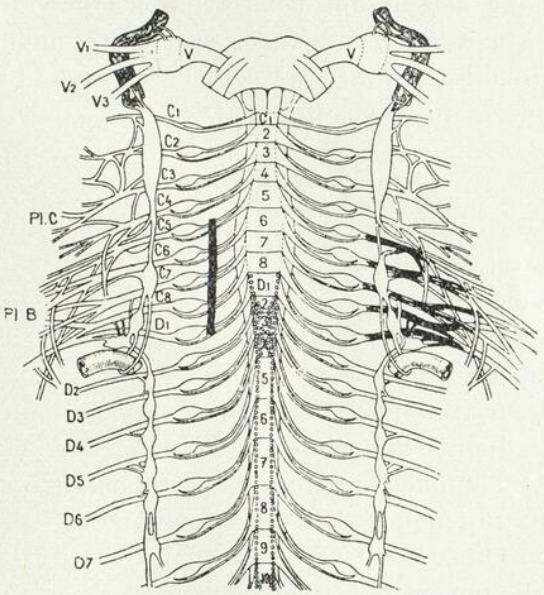


Fig. 1.

Lésion polyradiculaire droite atteignant la racine D^1 = pas de paralysie sympathique du membre supérieur, mais syndrome de Claude Bernard-Horner homolatéral.
Lésion plexulaire gauche = phénomènes sympathiques inverses.
A la lésion droite, ajoutons atteinte du ganglion cervical inférieur; à la lésion gauche ajoutons altération de D^1 ou interruption de la chaîne sympathique cervicale, le syndrome sympathique de notre malade est créé.
(Schéma d'André Thomas. R. Neur. 1936; 7; 707)

étendue jusqu'à l'olécrane, sur la face postérieure du bras. Et nous avons à notre acquis maintenant deux symptômes qui nous permettent d'affirmer l'existence, au membre supérieur droit, non seulement d'une paralysie sensitivo-motrice, mais aussi d'une paralysie du sympathique tégumentaire.

L'oubli que vous avez fait du syndrome sympathique au membre supérieur et à l'œil droit me fait croire que vous portez peu d'in-

térêt aux fonctions du sympathique tégumentaire. Je comprends votre indifférence, mais je ne l'excuse pas. On vous parle rarement de lui, vous le méconnaissez, parce que vous ne l'avez pas en mémoire. Il est temps de corriger ce défaut. Explorez-le, il pourra vous rendre de grands services.

La notion de la simultanéité chronologique du traumatisme et de la paralysie, l'abolition des réflexes tendineux et l'hypotonie musculaire portent à croire que le syndrome neurologique moteur que nous avons à étudier est dû à une lésion située sur le neurone moteur périphérique, qui compromet l'activité de tous les nerfs du plexus brachial.

Commentaires

C'est d'ailleurs, ce que vous nous avez dit, il y a un instant.

Vous avez catégoriquement affirmé qu'il s'agissait d'une paralysie traumatique des nerfs du plexus brachial droit.

Pour compléter votre conception, discutons trois points importants :

1) Par quel mécanisme le traumatisme a-t-il pu provoquer la lésion nerveuse ?

2) Où se trouve exactement la lésion ? Plus explicitement, sur quel segment des nerfs qui vont former le plexus, le constituent et s'en dégagent, est-il logique de situer la lésion ?

3) Quel sens prend la présence du syndrome de Claude Bernard-Horner ?

1. Etudions le dynamisme, la direction des forces agissantes qui ont opéré lors de l'accident.

Le blessé a subi un choc violent sur la tête et l'épaule droite par la chute d'un corps dur et lourd. Ce choc a provoqué une fracture de la clavicule et a exercé une pression vigoureuse de haut en bas sur l'épaule. Cette pression a, sans aucun doute, produit un abaissement forcé du segment. La fracture simultanée de la clavicule a d'ailleurs favorisé, en libérant ce segment d'une attache importante, son abaissement maximum et probablement sa projection postérieure.

Il se peut que les nerfs du plexus brachial aient été considérablement distendus et qu'il se soit fait une élongation tronculaire, cause des accidents actuels.

En 1901, G. Guillain et P. Duval, dans leur monographie sur « Les paralysies radiculaires du plexus brachial », après avoir énuméré et discuté sérieusement les mécanismes divers invoqués par différents auteurs et susceptibles d'expliquer les paralysies traumatiques du plexus brachial, ont proposé, en conclusion, la pathogénie de la distension. Au cours des chocs subis sur l'épaule, lors de certaines anesthésies chirurgicales, au cours de la délivrance obstétricale de l'enfant, les traumatismes déclanchent la paralysie, soit par abaissement forcé de l'épaule, soit par surélévation des bras. Ces deux positions extrêmes du membre avec ou sans luxation ou fracture de la clavicule dans le cas de l'abaissement forcé, déterminent l'élongation des nerfs du plexus.

2. Ces auteurs furent d'avis, en plus, que l'élongation s'opérait sur le segment radiculaire des nerfs qui vont former le plexus, c'est-à-dire en amont du plexus lui-même. Ils allèrent même jusqu'à affirmer, et leur opinion a été corroborée ultérieurement, que, dans certains cas, la distension peut se propager jusqu'à la moelle et y provoquer des lésions hémorragiques. L'élongation brutale pourrait causer l'arrachement des racines à leur insertion médullaire ou bien des solutions de continuité le long de leur parcours.

La présence du syndrome déficitaire sympathique au membre supérieur pourrait, ici, déprécier considérablement la conception de l'élongation radiculaire. Il ne peut être nié catégoriquement que certaines racines aient été tendues lors de l'accident, mais, de prime abord, on croirait que c'est le plexus lui-même qui a été lésé, ou, en tout cas, les nerfs rachidiens qui le forment, dans leur segment en aval de la chaîne sympathique cervicale.

Rappelons-nous que les racines cervicales ne contiennent pas de fibres sympathiques. Celles qui sont incluses dans les nerfs des membres supérieurs ont leurs centres médullaires échelonnés du troisième au septième métamère dorsal. Leurs fibres pré-ganglionnaires

passent par les racines antérieures correspondantes pour s'intégrer, par les rameaux communicants blancs, à la chaîne sympathique, la parcourir vers les étages supérieurs et se joindre, à des niveaux différents et par les rameaux communicants gris (fibres post-ganglionnaires), aux nerfs rachidiens cervicaux.

Aucune fibre pré-ganglionnaire sympathique n'existe au-dessus de la première racine dorsale. En plus, les centres sympathiques médullaires du segment céphalique sont situés au sein des trois premiers segments dorsaux de la moelle. Leurs fibres pré-ganglionnaires sont portées vers la chaîne sympathique par les racines motrices de ces segments.

Les lésions des racines cervicales sont donc incapables de produire un syndrome sympathique, pour la raison bien suffisante qu'elles ne contiennent pas de fibres sympathiques. Aussi est-on enclin à déduire qu'une paralysie du membre supérieur par traumatisme de l'épaule, comprenant un défaut fonctionnel du sympathique tégumentaire, est liée à un processus organique des nerfs du plexus brachial au sein des segments qui sont pourvus de fibres sympathiques, c'est-à-dire le plexus lui-même ou les nerfs rachidiens cervicaux après leur coalescence avec les rameaux communicants gris (fibres post-ganglionnaires). Nous admettrons donc le mécanisme probable de la distension, mais les faits nous forcent à rejeter « à priori » l'hypothèse de la distension exclusive du segment radiculaire.

3. A moins qu'à cette élongation radiculaire soit associée une lésion du glanglion sympathique cervical inférieur. Ce ganglion est le premier de la chaîne cervicale, si on le classe selon le sens des fibres qui viennent de plus bas. Par lui passent toutes les fibres pré-ganglionnaires qui vont à la tête et aux membres supérieurs. Sa destruction entraîne la paralysie sympathique des membres supérieurs et de la tête.

Le syndrome de Claude Bernard-Horner de ce malade constitue le symptôme le plus apparent et le plus fréquent d'une paralysie sympathique de la tête. Il possède ici une certaine importance en ce qui concerne la localisation de la lésion neurologique. Il témoigne, soit une altération de la première racine motrice dorsale par laquelle passent les fibres sympathiques oculo-pupillaires, soit une destruction de son rameau communicant blanc, ou, comme nous l'avons mentionné plus haut, l'atteinte de la chaîne sympathique cervicale qui conduit ces fibres vers le plexus péricarotidien et vers l'œil.

Nous retenons la dernière alternative. Ce syndrome oculo-pupillaire fournit un argument qui pourrait concilier l'hypothèse de la distension radiculaire au syndrome sympathique du membre supérieur.

La paralysie du membre pourrait dépendre d'une semblable localisation lésionnelle, à condition qu'on y associe une lésion du ganglion cervical inférieur. Tous les desiderata seraient ainsi satisfaits. La conception de la distension radiculaire de Guillain et Duval serait respectée et les phénomènes sensitivo-moteurs expliqués. Le syndrome de paralysie sympathique des membres supérieurs et du globe oculaire trouveraient également leur fondement physio-pathologique.

Aussi nous rallions-nous à cette dernière hypothèse: distension radiculaire de C^5, C^6, C^7, C^8, D^1; lésion destructive du ganglion cervical inférieur ou de la chaîne sympathique à ce niveau.

Nous la trouvons plus vraisemblable que celle qui admettrait la dissémination des lésions aux fibres du plexus brachial et à la première racine dorsale. Dans cette dernière alternative, on pourrait, avec raison, nous demander pourquoi seule la première racine dorsale aurait été lésée, en insinuant qu'une telle interprétation des faits semble artificielle et comporte une finalité pour le moins arbitraire.

Des cas semblables sont rares, heureusement, car le pronostic en est habituellement peu favorable. Le traitement ne peut être que physiothérapique. Nous allons soumettre ce malade à la galvanothérapie et aux ondes alternatives à longues périodes. Nous ne sommes pas encore en mesure de prévoir ce que

sera la récupération fonctionnelle du membre paralysé.

Epilogue

Après quatre mois de traitement, les sensibilités sont revenues en grande partie. Seuls le deltoïde et les fléchissements des doigts ébauchent des mouvements. Le malade se plaint d'engourdissement dans son membre et surtout de sensation de cuisson qui le font souffrir et entravent son sommeil. A certains moments, surtout au cours des paroxysmes de cuisson ou de causalgie, la main droite rougit et sa température s'élève. Ces accidents constituent un syndrome d'irritation sympathique fréquemment observé à la suite de lésions traumatiques des nerfs qui contiennent des fibres sympathiques.

A remarquer que les muscles du bras et de l'épaule sont atrophiés; que la main est légèrement œdématiée et que certains muscles ont une consistance fibreuse. Ces deux derniers éléments sont probablement dus à la présence de troubles circulatoires secondaires à un déséquilibre vaso-moteur d'origine sympatique.

A noter aussi que la récupération motrice est beaucoup moins importante que l'amélioration des sensibilités. Guillain et Duval avaient déjà noté ce fait et l'attribuaient à la destruction prépondérante des fibres motrices, pour une raison de topographie ou de résistance plus délicate des racines motrices.

Enfin, disons que le traumatisme cranien n'ennuie pas actuellement le malade. En tout cas, ce dernier ne se plaint pas des symptômes subjectifs qui résultent habituellement de la commotion et de la contusion cérébrales.

Il ignore d'ailleurs la gravité de ce traumatisme; il ne sait pas que son crâne a été fracturé.

Ce fait semblerait appuyer l'opinion des médecins qui attribuent la majeure partie des phénomènes post-commotionnels et post-contusionnels du cerveau à l'esprit de cupidité et de revendication des traumatisés qui réclament compensation.

Il est toujours hasardeux de conclure du particulier au général; dans le cas actuel, en plus, il serait prématuré de prétendre que le malade ne souffrira jamais des contusions cérébrales subies lors de l'accident.

En présence d'un accidenté du crâne qui énumère ses ennuis et malaises, analysez ses plaintes, jugez si elles font partie du syndrome classique post-commotionnel; établissez le rapport entre elles et l'importance du traumatisme.

Enfin, rappelez-vous que les désintéressés, ceux qui n'ont rien à réclamer, invoquent, à l'occasion, les mêmes troubles. Leur inéluctable sincérité vous permettra de vous montrer plus attentifs, quoique critiques, aux assertions des traumatisés qui ont droit à l'indemnisation.

ACTUALITÉS

L'ENSEIGNEMENT DE LA PHYSIOTHÉRAPIE ET DU RADIODIAGNOSTIC

Par le **Prof. A. LAQUERRIÈRE,**
Chef de service d'Électroradiologie et de Physiothérapie de l'hôpital Notre-Dame.

A la suite des démissions successives de mes amis Parizeau et Panneton, la Faculté de Médecine m'a chargé, à partir de l'année scolaire 1937-1938, de l'ensemble de l'enseignement du radiodiagnostic et de la Physiothérapie aux étudiants, cet enseignement étant couronné par un examen portant sur l'ensemble de ces matières à la fin de la cinquième année.

Il m'est accordé un total de 30 heures, c'est dire que je ne puis faire que des leçons tout à fait élémentaires. Cet enseignement élémentaire comporte un certain nombre d'écueils que je m'efforce d'éviter.

On peut ou bien s'en tenir à des généralités banales que les élèves ont eu l'occasion d'apprendre à l'hôpital au cours de leurs études, le rôle du professeur consisterait tout au plus à mettre un peu d'ordre dans ces notions acquises au hasard;

Ou bien être trop savant, se laisser aller à des explications techniques et instrumentales, inutiles et fastidieuses pour des auditeurs qui ne trouvent intéressant que ce qu'ils auront à pratiquer eux-mêmes;

Ou bien étudier complètement quelques gros chapitres, les plus importants, en laissant le reste dans l'ombre; on risquerait ainsi de laisser croire à quelques élèves qu'on leur a appris une spécialité qui ne peut être connue que par des années de pratique et d'études théoriques. Je me suis au contraire proposé les buts suivants:

1° faire comprendre, par le rappel des grandes notions théoriques, les raisons de l'emploi des moyens soit de diagnostic, soit de traitement que les agents physiques mettent à notre disposition.

2° donner sur l'instrumentation et la technique des notions générales mais suffisantes, pour que le praticien qui conduit à un spécialiste son malade, ne pose pas devant ce dernier des questions qui démontrent son ignorance, et pour qu'aussi ce même praticien n'accepte pas les yeux fermés les affirmations du commis voyageur cherchant à placer chez lui des instruments.

3° montrer que le radiodiagnostic et la physiothérapie sont des sciences complexes qui ne peuvent être sérieusement utilisées que par des médecins spécialistes et qui surtout ne doivent pas être abandonnées à des mains non médicales.

4° donner, cependant, assez de renseignements pour que mes anciens élèves puissent conseiller utilement leurs patients et comprendre les explications du radiologiste et du physiothérapeute.

J'ai pour cela adopté provisoirement le programme suivant:

3e ANNEE (10 heures) [1]

I. Les principaux courants utilisés en médecine. Notions générales sur l'instrumentation. Les propriétés physiques et physiologiques les plus importantes.

1. Pour des commodités d'horaire, les étudiants de 3ème et de 4ème année suivent en physiothérapie les mêmes cours. En 1937-38, tous entendent le programme de la troisième année. En 1938-39, les élèves de 3ème année commenceront par le cours de 4ème année et auront le cours de 3ème année seulement l'année suivante. Ce décalage est évidemment la cause d'une certaine gêne, puisque, pour une moitié des auditeurs, on ne peut s'appuyer sur ce qui a été dit l'année précédente.

II. Les traitements physiothérapiques dans les maladies de la nutrition, de l'appareil circulatoire (goutte, rhumatisme, obésité, hypertension, troubles circulatoires des extrémités, etc.).

III. Les actions chimiques du courant continu. Electrolyse, introduction médicamenteuse. Les principaux usages de l'électrolyse (traitement des angiomes, des verrues, des néoplasies de la peau, de l'hypertrichose, des rétrécissements, etc.).

IV. Le courant faradique et les courants à état variable de basse fréquence. Leurs actions sur la contractilité musculaire, sur la sensibilité, sur la circulation, sur le sympathique, (traitement de l'hydarthrose, de l'entorse, des fractures et suites de fractures, des œdèmes, du rein douloureux, de l'incontinence d'urine, etc.).

V. L'électrodiagnostic classique. Sa technique. La réaction de dégénérescence, son importance pour le diagnostic, la localisation, le traitement, le pronostic. Son rôle chez les traumatisés (l'hystéro-traumatisme).

VI. Les affections du neurone moteur périphérique, (polyomyelite, syringomyélie, névrite traumatique et toxique, atrophies reflexes et par immobilisation). L'électro-mécanothérapie.

VII. Quelques emplois de la d'Arsonvalisation. Effluves (prurit dermatose, etc.). Etincelle (action destructive, action révulsive, rééducation). La diathermie (algies, adhérences, états inflamatoires).

VIII. Quelques emplois de la d'Arsonvalisation. L'électrocoagulation (néoplasme, angiomes, métrite du col, etc.). Le bistouri électrique, ses avantages. Les ondes courtes et la pyrétothérapie.

IX. Les affections du système nerveux central (hémiplégie, pachyméningite vertébrale, etc.). Les affections du neurone sensitif périphérique (tic douloureux de la face, névralgies diverses, etc.).

X. Quelques applications des divers courants au tube digestif (dyspepsie, constipation), aux organes génitaux de l'homme et de la femme, (métrite, annexite, névralgie vésicale), aux organes des sens (coryza, sinusite, otite suppurée), à la stomatologie (carie dentaire, pyorrhée alvéolo-dentaire, etc.).

4e ANNEE

XI. Complément à l'électrodiagnostic. Notion sur la chronaxie, sa supériorité sur l'électro-diagnostic classique. Le vertige voltaïque. La résistance électrique du corps humain: l'angle d'impédence. L'examen des anesthésies; la rééducation du pithiatisme et de la sinistrose. L'électro-diagnostic en dehors de la réaction de dégénérescence.

XII. Les accidents de l'électricité médicale, domestique et industrielle. Leur mécanisme. Comment opérer le sauvetage et comment traiter un électrocuté.

XIII. Le massage, ses différents procédés, ses indications. La mécanothérapie passive, la mécanothérapie activo-passive, la mécanothérapie active. La rééducation et la gymnastique.

XIV. L'hydrothérapie. Les différentes sortes de bains, les différentes sortes de douches. Notions sommaires d'instrumentation et de technique. Indications générales.

XV. Les rayons ultra-violets. Lampes à vapeur de mercure. Arcs électriques divers. Applications locales. Applications générales. Principales indications.

XVI. Le froid et la chaleur. La cryothérapie. Les infra-rouges. Les rayons lumineux. Le bain de soleil. Principaux effets. Dangers et accidents des sports, de l'héliothérapie (coup de soleil et coup de chaleur), du nudisme.

XVII. Les rayons X et le radium: généralités. Propriétés physiques. Moyens d'utilisation. Moyens de mesure.

XVIII. Les rayons X et le radium: Propriétés physiologiques. Accidents. Notions générales sur les techniques.

XIX. Les rayons X et le radium dans les affections non néoplasiques (dermatologie, glandes à sécrétions internes, névralgies,

adhérences, hémorragies, rhume des foins, amygdalites, leucémies, etc.).

XX. Les rayons X et le radium dans les tumeurs bénignes et malignes, (angiomes, verrues, fibromes utérins, différentes espèces de cancer).

5e ANNEE

XXI. Les rayons X, moyen de diagnostic. Les différentes techniques (scopie, graphie, orthodiagramme, téléradiographie-stéréoradiographie, tomographie, sériescopie, kimographie; procédés de contrastes par insufflation ou par opacification).

XXII. Radiodiagnostic du système osseux. Affections traumatiques. Anomalie osseuse. Maladies infectieuses (tuberculose, syphilis, etc.).

XXIII. Radiodiagnostic du système osseux. Maladies trophiques (rachitisme, ostéomalacie, Paget, kystes osseux, ostéomalacie, etc.). Néoplasies osseuses.

XXIV. Radiodiagnostic de l'appareil respiratoire. La cage thoracique normale. Affections non tuberculeuses (aiguës, chroniques, néoplasiques).

XXV. Affections de la plèvre et du médiastin. La tuberculose, son évolution, ses différentes images. Le dépistage de la tuberculose. Le pneumothorax spontané et thérapeutique.

XXVI. Le radiodiagnostic des affections vasculaires. Le cœur normal. L'évolution de l'image cardio-aortique avec l'âge. Les images des principales affections du cœur et des vaisseaux.

XXVII. Radiodiagnostic du tube digestif. Le tube digestif normal. Les divers procédés d'exploration. La traversée digestive. Les ptoses du tube digestif. L'œsophage pathologique. Le cancer de l'estomac.

XXVIII. L'ulcère gastrique, l'ulcère du duodénum. Obstruction intestinale. Diverticulose. Constipation. Dolichocolon. Mégacolon. Cancer de l'intestin. Hernie diaphragmatique.

XXIX. Radiodiagnostic des organes génito-urinaires (Pelvimétrie, diagnostic de la grossesse, fibrome calcifié, lipiodol intra-utérin, affections des reins, des uretères, de la vessie).

XXX. L'examen du foie et de la vésicule biliaire. Diagnostic différentiel des différentes images calculeuses de l'abdomen. Radiodiagnostic des affections du crâne et de la face (encéphalographie, sinusites, système dentaire). Le lipiodiagnostic du rachis. La localisation des corps étrangers. Les opérations sous radioscopie (réduction de fracture, extraction de corps étranger).

* * *

Tel est le plan général que le Conseil de la Faculté m'a laissé libre d'établir. Je ne me dissimule pas qu'il est très incomplet; mais il me paraît difficile de donner mieux à des étudiants qui ne font que cinq années d'études médicales.

Il est bon d'ailleurs de remarquer qu'au moins pour ceux qui accomplissent leur stage à l'Hôpital Notre-Dame, cet enseignement est préparé par les leçons cliniques que je fais une fois par semaine durant toute l'année scolaire.

Mais ces leçons cliniques sont l'occasion d'envisager une autre sorte d'enseignement; un enseignement complémentaire ou un enseignement supérieur de la spécialité. Elles sont en effet divisées en deux séries: La plus importante, faite pour les seuls étudiants, passe chaque année en revue une grande partie du radiodiagnostic et quelques chapitres de physiothérapie. L'autre, comprenant seulement quelques leçons, est destinée encore aux étudiants, mais aussi aux praticiens de la ville, elle a été instituée à la demande du doyen de la Faculté pour satisfaire aux desiderata du Collège des médecins qui a maintes fois exprimé le désir que les confrères puissent se mettre au courant de la Physiothérapie. Dans ce but, j'ai, par exemple, traité assez complètement le radiodiagnostic et les traitements physiothérapiques, une année, des affections de l'appareil génito-

urinaire, une autre année, des affections de l'appareil digestif.

Je dois dire que, sauf une série sur le radiodiagnostic des affections pulmonaires à laquelle j'ai été très touché de voir assister un bon nombre de physiologues réputés, les praticiens ont montré peu d'assiduité. On m'a dit que l'heure était mal choisie et que les exigences de la clientèle ne leur permettait pas d'être libre dans la matinée. Je veux croire que cette explication est valable pour quelques-uns, mais je ne puis me défendre de penser que quelques autres ont été déçus de constater que la physiothérapie et le radiodiagnostic demandaient une initiation sérieuse qui ne pouvait être acquise en quelques leçons.

J'espère que les étudiants sortant de l'Université n'auront plus désormais d'illusion à ce sujet; mais auront acquis, en ces deux branches de la médecine, des notions suffisantes pour en reconnaître l'utilité, en apprécier la difficulté et posséder des bases nécessaires pour les étudier plus complètement s'ils le désirent.

Un enseignement complet de cette spécialité n'existe pas au Canada français; c'est sans doute une des raisons pour lesquelles les électroradiologistes qualifiés sont en nombre insuffisant. Il y a, d'ailleurs, deux autres raisons à cete pénurie: d'une part, on a beaucoup trop de tendances à laisser l'exercice de l'électroradiologie aux mains de pures techniciennes ou de manipulatrices sans savoir et sans expérience, pratique contre laquelle on ne saurait trop protester dans l'intérêt des malades; d'autre part une carrière qui exige, si l'on veut avoir un bureau, l'achat d'un matériel coûteux (et qui a besoin d'être continuellement renouvelé si l'on veut le tenir au courant du progrès), de vastes locaux, des frais généraux considérables et un supplément d'études de deux ou trois années, est peu attirante pour les jeunes. La seule façon pratique de se tirer d'affaire, est de trouver une place dans les hôpitaux, mais il faut reconnaître que, dans l'état actuel de crise, les positions offertes par ces institutions ne sont pas assez brillantes pour inciter des débutants à choisir un métier absorbant et dangereux.

Cependant, il me semble que l'attrait scientifique est suffisant pour séduire quelques zélés animés du feu sacré; il importerait que ceux-ci trouvent les moyens de s'instruire.

Nous avions il y a déjà plusieurs années, le Professeur Gendreau, le docteur Vignal et moi, proposé un programme d'enseignement supérieur de notre spécialité; j'avais même obtenu, en principe, de mon ami le Professeur Strolh de la Faculté de Paris, qu'une année de cet enseignement suivi à Montréal pourrait être comptée pour une des trois années nécessaires à l'obtention du diplôme d'électroradiologiste de Paris... Mais quand je revins de vacances, j'appris que notre programme était définitivement écarté.

Je sais qu'à l'heure actuelle, en raison de l'accroissement du travail de mon service à l'Hôpital Notre-Dame, il me serait tout-à-fait impossible de faire honorablement ma part, soit le tiers, d'un enseignement supérieur; je n'ai donc pas du tout l'intention de reprendre cette question. Mais ce que je sais aussi, c'est que les Canadiens Anglais s'occupent beaucoup de l'organisation professionnelle de la spécialité et envisagent la manière dont seraient formés les futurs radiologistes (ils paraissent pour l'instant laisser de côté l'enseignement de la Physiothérapie). Ne risquons-nous pas de voir les jeunes médecins, se destinant à la pratique des rayons X, être obligés, eux qui sortent d'une université française et catholique, d'aller apprendre leur métier, s'ils veulent profiter des avantages offerts par la Canadian Association of Radiologists (qui est affiliée à la Sté. Anglaise de Radiologie), dans une organisation anglaise et protestante.

Caveant consules!

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Professeur Maurice CHIRAY inaugure son enseignement à la Chaire d'Hydrologie Thérapeutique

Par **Jean LeSAGE**
Chef de clinique en gastro-entérologie à l'hôpital St-Luc.

Nous ne saurions passer sous silence la très belle leçon inaugurale du Professeur Chiray, dont nous avons hautement apprécié l'enseignement à Montréal, en 1936, et dont je m'honore d'avoir été l'élève à Paris.

Après avoir exprimé ses sentiments de gratitude envers le Recteur, le Doyen et ses anciens Maîtres et amis, il rend hommage tout particulièrement au Professeur et à Madame Déjerine, dont il fut un des élèves en neurologie. Nous citons le passage:

« *Par Déjerine et Mme Déjerine, je fus initié aux mystères de la neurologie. Initiation bien profonde, car peu s'en fallut qu'elle ne décidât définitivement de mon orientation scientifique. Malgré tout, cette première formation resta pour moi précieuse, lorsque j'entamai mes études de gastro-entérologie et d'hépatologie, sciences qui, par tant de côtés, confinent à la neurologie. De cette époque primitive de ma vie médicale, je garde un souvenir ému, comme tous ceux qui ont eu la bonne fortune de vivre à la Salpêtrière dans l'ambiance de M. et Mme Déjerine. Il y avait quelque chose d'infiniment touchant dans la vue de ces deux êtres, rivés l'un à l'autre dans une étroite symbiose par leur commune passion pour les sciences neurologiques et leur commun amour pour la vie de famille patriarcale, vie dans laquelle leurs élèves étaient accueillis au même titre que des enfants. D'autres ont montré le prodigieux effort et l'exceptionnelle valeur de leur œuvre anatomo-clinique en neurologie. Personne ne pourra traduire avec assez de chaleur l'empreinte que nous a laissée leur paternelle sollicitude pour nous.* »

Puis il évoque le souvenir du Professeur Gilbert, son Maître en hépatologie et en gastro-entérologie, en ces termes:

« *Quand je devins l'interne de Gilbert, le service de Broussais brillait de tout son éclat. Puissant animateur, exerçant une autorité incontestable et incontestée sur ses collaborateurs, Gilbert avait les deux qualités maîtresses d'un chef d'école, celle de faire travailler, puis celle de suivre et de protéger dans la vie ceux qu'il avait fait travailler. Je dois à Gilbert de m'être intéressé aux problèmes de l'hépatologie et de la gastro-entérologie. Je lui dois aussi mes premiers pas dans la science de l'hydroclimatologie. Apôtre convaincu de la vertu de l'air et des eaux, président de nombreuses Sociétés ou Congrès ayant trait à cette branche de la thérapeutique, il lui avait toujours voué une secrète prédilection. Je dois enfin à Gilbert, nous lui devons tous quelque chose de plus précieux, peut-être que la nourriture scientifique, la leçon d'un magnifique stoïcisme devant la souffrance et la maladie. Quand Gilbert est mort, nous qui vivions près de lui, sans savoir, nous avons appris avec stupeur la vérité. Derrière le grand clinicien, le puissant chef d'école, le consultant en vogue, le créateur et l'auteur d'innombrables traités et publications, il y avait un homme frappé depuis la jeunesse par une dure infirmité, mais dont nul ne reçut jamais la plainte, ni même la confidence, hormis le chirurgien ami qui l'avait opéré et le fidèle serviteur qui, quotidiennement, le pansait.* »

En passant, il aborde la fameuse question si controversée de la préparation des « Concours supérieurs » qu'il critique sévèrement:

« *L'internat terminé, ce fut le début de la longue, lente et stérilisante préparation des concours supérieurs, par lesquels la médecine française, avec une étrange incompréhension des nécessités scientifiques modernes, continue, seule au monde, à réaliser la sélection de ses*

maîtres. Formule périmée que peuvent, seuls, défendre les esprits assez satisfaits d'eux-mêmes pour ne pouvoir admettre l'imperfection du mécanisme par lequel ils ont été élus; formule qu'il faudra bien, un jour, de gré ou de force, modifier. Sinon, dans un avenir peut-être prochain, des juges se dresseront pour demander des comptes et il nous faudra expliquer pourquoi et comment nous avons, sans profit, gaspillé le magnifique matériel cérébral de nos jeunes élites médicales.

Mais le long de cet âpre chemin des concours, comme pour en faire oublier la rudesse et les dangers, se trouvent à glaner les plus belles fleurs du monde moral, celles de l'amitié qui soutient dans le labeur ingrat, qui console dans les périodes de découragement, qui embellit les moments d'enthousiasme. »

Après ce prologue plein de gratitude, il aborde l'historique de l'hydrologie thérapeutique et de la climatologie où abondent les renseignements de toutes sortes puisés aux sources bibliographiques précises et accompagnés des plus heureux commentaires depuis Homère jusqu'à nos jours. Il termine par les remarques suivantes:

« *De toutes ces notions si richement évocatrices, se dégage l'idée princeps que les eaux minérales ne doivent plus être assimilées à une solution de sels plus ou moins concentrée. Nous devons les considérer comme un médicament que son caractère vital apparente étroitement aux humeurs de l'organisme. Nous devons aussi nous demander quelle sera devant un tel médicament la conception moderne de la crénothérapie?*

Dans l'ordre de la recherche, il n'est pas douteux qu'étant donné la complexité constitutive de nos eaux, celles-ci doivent toujours, dans l'intérêt de leur utilisation clinique, être étudiées non seulement au point de vue de la physico-chimie, mais encore plus à celui de la physiologie et de la médecine expérimentale. C'est l'idée vers laquelle convergent tous ceux qui ont réfléchi sur la question. C'est l'œuvre à laquelle se sont attachés, depuis leurs fondations, et l'Institut d'Hydrologie du Collège de France, et les laboratoires d'hydrologie annexés aux chaires des Facultés. Cet effort est juste et nécessaire, car nous ne devons jamais oublier que l'hydrologie expérimentale est née et s'est développée dans notre pays, que c'est une science éminemment française.

Au point de vue du bilan scientifique, nous avons certes le droit d'être fiers des titres de noblesse qu'a conquis l'hydrologie au cours du siècle dernier et du début de celui-ci. Mais nous ne devons pas oublier, ni méconnaître, que beaucoup des récentes acquisitions restent discutables, quand on les confronte avec la clinique. Aucune n'est capable de rendre un compte parfaitement satisfaisant de l'action complexe des eaux. En somme, il faut bien l'admettre, les eaux minérales, merveilleux agents thérapeutiques naturels, sont encore loin d'avoir livré tous leurs secrets. Il reste un « quid quid ignotum » pour alimenter largement dans l'avenir la curiosité des prospecteurs d'horizons, des guetteurs d'avant-garde, des rêveurs dont parfois la rêverie devient un jour ou l'autre l'enseignement officiel de nos Facultés.

Devant la demi-carence du laboratoire en face des problèmes de la thérapeutique hydrominérale, il nous faut, en somme, revenir à l'empirisme, et rappeler quel grand rôle il a joué dans l'élaboration de cette science. C'est, ne l'oublions pas, grâce au patient labeur des médecins de nos stations thermales, qu'en dehors et au-dessus de toutes notions physiques ou chimiques, ont été établies les indications et contre-indications des eaux, c'est-à-dire la notion capitale de leur spécialisation. Ce sont également nos collègues hydrologues qui ont, peu à peu, mis au point et progressivement perfectionné les techniques si diverses auxquelles nous avons recours dans l'utilisation des eaux. Ce sont eux enfin, et il faut leur rendre ce dernier hommage, qui toujours seront appelés à fournir aux hommes de laboratoire les faits d'observation sur lesquels ceux-ci auront à travailler, ces faits d'observation qui sont comme la matière première de toute recherche expérimentale.

Il n'y a pas, en effet, de science médicale sans une observation minutieuse, voire même terre à terre, et quand les plus grands d'entre nous l'oublient ou même s'en fatiguent, ils tombent rapidement au rang des derniers. Donc, en clinique hydrologique, comme en clinique tout court, observer, observer encore, observer toujours, mais observer à la Bordeu qui écrivait: « Il serait à souhaiter que tous ceux qui prennent à tâche de vanter un remède distinguent toujours avec soin ce qu'ils ont observé de ce qu'ils croient possible. »

Ainsi s'avère éminemment utile et enviable le rôle des hydrologues appelés à régenter ce médicament merveilleux dont l'efficacité a résisté aux assauts de la mode et du temps. Merveilleux aussi parce que dans notre beau pays de France, c'est le plus souvent au milieu des fleurs, dans la lumière et le soleil qu'il jaillit. Aussi me semble-t-il que nos collègues, chaque jour, en partant le matin pour la tâche quotidienne, devraient, devant l'admirable nature médicatrice qui les entoure et dont ils sont les grand-prêtres, murmurer le cantique adressé par son délicieux ami François d'Assise à son frère Soleil: « Sois loué, Monseigneur, avec toutes les Créatures, et spécialement avec notre frère Soleil, qui nous donne le jour et par qui tu nous éclaires.

Sois loué pour nos sœurs la Lune et les Etoiles claires, précieuses et belles.

Sois loué pour notre frère le Vent, pour l'Air et pour les Nuées.

Sois loué pour notre sœur l'Eau qui est utile et humble et chaste.

Sois loué pour notre frère le Feu, par lequel tu illumines la nuit et qui est beau et robuste et fort.

Sois loué pour notre sœur la Terre-mère qui nous entretient et nous porte et produit les fruits, les fleurs brillantes et les arbres ».

Et s'ils ne craignaient d'être taxés d'un piétisme excessif, peut-être pourraient-ils entamer la dernière strophe qui commence ainsi: « Sois loué, Monseigneur, pour tous ceux qui pardonnent à leurs ennemis après avoir enduré injustices et tribulations. » Belle suggestion à méditer pour les Français en général et peut-être même quelquefois pour les médecins en particulier. »

Note: Ces extraits se passent de commentaires et ont une belle éloquence. Mais je m'en voudrais de ne pas rappeler certains souvenirs personnels recueillis au cours de mon stage d'élève, puis de collaborateur du Professeur Chiray, en 1930 et 1931:

Alors Médecin des Hôpitaux et Professeur Agrégé, le Professeur Chiray dirigeait une superbe Consultation de gastro-entérologie à la Maison La Rochefoucauld. Mais le service, comme il arrive souvent en France, comprenait une majorité de tuberculeux pulmonaires et un petit nombre de malades de sa spécialité. M. Chiray ne négligeait pas les uns pour les autres, mais avec quel souci de l'observation, avec quelle finesse n'étudiait-il pas jusque dans leurs derniers retranchements, les moindres symptômes de ses « digestifs » triés à la Consultation. Les plus graves, les plus urgents ou les plus rares entraient dans ce service, et de leur passage, avec la collaboration d'un excellent service de Radiologie et d'un laboratoire, naissaient une série de travaux princeps publiés dans les grandes Revues françaises, voire étrangères. Ces 20 lits de spécialisés lui tenaient lieu de service. Ce n'était pas un luxe. Il ne lui en fallait pas davantage. Quelques malades étudiés à fond valent mieux que des douzaines observés distraitement, pour le plaisir d'une statistique.

Rien d'essentiel n'y manquait cependant, ni de l'espace, de l'éclairage, de la ventilation, de la propreté, de la discipline. Le Dr Chiray, en effet, avait adopté une discipline. Au début, consultation durant 1 heure ½ à 2 heures des malades choisis par ses internes, puis visite des salles, présentation des malades par les externes ou les stagiaires. Questionnaire du malade par lui, correction de l'observation. Examen, diagnostic clinique immédiat toujours posé. Requêtes pour les examens supplémentaires: rayons X, recherches de laboratoire. Discussion avec les médecins de l'entourage,

car le Professeur Chiray avait aussi de fervents auditeurs — médecins de tout âge — et de tout grade. Les consultations étaient suivies par une petite foule qui tenait à peine dans la pièce.

Ses Assistants et Internes avaient déjà fréquenté les plus grandes cliniques. Feux croisés fréquents, animation continuelle.

Chez lui, pas de surspécialisation. Sans doute préparait-il des travaux sur certaines modalités cliniques ou physiopathologiques d'une lésion organique. Ainsi longtemps fut fouillée à fond l'immense question de la vésicule biliaire, mais à la consultation, chaque malade, examiné au complet, donnait lieu à une étude particulière de sa lésion et devenait le point de départ d'une série de travaux publiés plus tard sur la maladie en question et ainsi de suite sur tous les points d'avant-garde de la pathologie digestive.

A certaines séances, nous assistions à de véritables cliniques magistrales improvisées avec aisance, « Le patron vidait la question ». Son expérience des grands services de Roger, de Debove, de Gilbert, de Bezançon, voire des Déjerine, venait d'abondance. Les derniers travaux étrangers étaient cités. S'il ne les avait pas lus lui-même, il les faisait traduire. Il connaissait aussi couramment les travaux anglais, allemands, américains ou autres.

Il avait horreur des diagnostics compliqués ou trop recherchés de prime abord. « Passez, je vous prie, disait-il, du simple au complexe. » Il reprenait l'observation lue et la faisait rédiger de nouveau en un language quasi littéraire. Ainsi terminée, toute observation eut pu être publiée presque d'emblée.

On remarquait dans son entourage, depuis nombre d'années, m'a-t-on dit, nombre de thermalistes, Médecins-correspondants, venus en hiver des Stations les plus variées. Il fut longtemps, avant d'occuper cette chaire bien française, un thermaliste convaincu, confiant dans la puissance radioactive des eaux. Les médecins faisaient vraiment équipe avec lui. Ils étaient ses collaborateurs assidus, formant, de retour dans leur milieu, autant de cellules dont il était l'inspirateur et l'animateur.

Aussi, avait-il une puissance de travail énorme. Il dirigeait à la fois plusieurs séries de travaux élaborés chez lui et produits ou continués dans toute une théorie de centres en France et à l'Etranger.

Il chérissait ses anciens et ses nouveaux élèves. Très paternel, il les soutenait et les encourageait à travers leurs vicissitudes et leurs succès, il les « poussait ». L'ancien élève, quels que fussent ses succès, restait un ami de la première heure. Il devenait un de ses enfants spirituels. Il ne lui serait jamais entré dans l'esprit de le considérer comme un concurrent gênant. Bel exemple à suivre ailleurs.

Il serait trop long de citer tant de ses conseils, de ses mots. Nous nous réservons une autre occasion.

Qu'ils nous soit permis de formuler un vœu: celui de souhaiter que son exemple serve à encourager de nos aînés qui sont des chefs à ne pas craindre de continuer à animer des travaux sortant des sentiers battus.

Au Professeur Chiray, nos respectueuses et cordiales félicitations.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'Alliance Médicale de la Province de Québec

Aux Sociétés et Associations Médicales,
A Messieurs les Membres de l'Exécutif,
A Messieurs les Membres Actifs,

L'Union Médicale du Canada et *L'Action Médicale* vous ont récemment fait part de la fondation d'un nouvel organisme de défense professionnelle désigné sous le nom de: *L'Alliance Médicale de la Province de Québec,* et dont les promoteurs sont les membres des Comités Exécutifs suivants: l'*Association Médicale de la Province de Québec;* l'*Association des Médecins des Hôpitaux de Montréal;* l'*Union du Praticien;* l'*Association des Médecins de l'Est;* l'*Association des Médecins de l'Ouest;* l'*Association des Médecins du Nord;* associations médicales régionales affiliées à la *Fédération des Sociétés Médicales.*

L'Alliance Médicale, tout en respectant la liberté et l'autonomie des Sociétés ou Associations existantes, a déjà fusionné l'*Association Médicale de la Province de Québec* et est destinée à remplacer *La Fédération des Sociétés Médicales,* dont le champ d'action se trouve actuellement limité.

L'Alliance Médicale représente une idée et non l'opinion de quelques médecins; elle vient à son heure, car la défense des intérêts professionnels prend une importance que l'on ne peut méconnaître. Nous sommes mal préparés et bien peu organisés pour étudier et résoudre les problèmes que l'on soumettra bientôt à notre profession. Aussi, faut-il grouper nos énergies et nos initiatives dans une entité forte, solide et impressionnante qui symbolisera l'unité d'action qui nous fait défaut présentement.

L'Alliance Médicale, malgré le caprice du hasard qui la fait naître à Montréal, sera une organisation *absolument provinciale et indépendante* de toute politique, partisannerie ou coterie. « *Tua res agitur* ». Il s'agit de la défense de vos intérêts professionnels et vous n'avez pas le droit, à cause de vos dépendants, de vous en désintéresser.

L'Alliance Médicale se propose:

1. De développer l'union et l'harmonie parmi tous les membres de la profession médicale de cette Province;
2. De défendre et protéger les droits du corps médical et de ses membres;
3. De diffuser les notions de l'hygiène en vue de protéger et d'améliorer la santé publique;
4. De promouvoir l'éducation et l'enseignement de la médecine;
5. De maintenir le caractère, le sentiment de l'honneur, de l'éthique et du devoir dans la profession médicale;
6. De reconnaître le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec comme le seul organe officiel de notre profession et de se soumettre à son autorité, sur toutes les questions qui relèvent de l'administration et de la discipline.

L'Alliance Médicale est basée sur le plan de représentation proportionnelle et les régions les plus éloignées seront aussi bien protégées que les grands centres.

La *Province* sera répartie en *divisions médicales.* Une *division médicale* comprendra plusieurs *districts médicaux.* Un *district médical* sera composé de *sociétés* ou *associations* ou *groupements médicaux;* ce seront les *cellules-mères* de l'organisation. Cette répartition sera définie et établie par les représentants ou délégués officiels des *sociétés* ou *associations* intéressées quand le travail d'organisation sera complété et que le Comité provisoire d'organisation aura remis ses pouvoirs aux membres qui constitueront l'assemblée générale ou *grand conseil.* Le projet, tel que présenté, ne contient que les dispositions essentielles à sa mise en marche. Le nom, la constitution et les règlements seront étudiés,

modifiés, rejetés ou acceptés par cette assemblée générale. Une forme légale définitive sera alors donnée à la charte et à la constitution.

Evidemment, la réalisation d'un tel programme dépend de l'adhésion et de la coopération de tous les membres du corps médical. Comme les *associations* ou *sociétés médicales* représentent l'opinion et la pensée des médecins de cette Province, nous leur demandons avec instance de reconnaître le principe et la nécessité d'une telle organisation pour ensuite l'appuyer généreusement, sans parti pris, pour le plus grand bien de toute notre profession. Nous ne connaissons pas la puissance de notre force parce que nous n'avons jamais été organisés dans un mouvement d'ensemble. A l'encontre des classes ouvrières, industriel et professionnelles, le corps médical se trouve dans une situation inférieure et désavantageuse.

Les *associations* de Montréal, qui représentent environ 53% de la population médicale de cette Province, ont adopté le principe et le projet de l'*Alliance Médicale.*

Comme toute la profession médicale se trouve directement intéressée à la fondation de cet organisme, nous demandons à votre Association ou Société de se prononcer sur ce sujet et de nous *donner franchement leur opinion, qu'elle nous soit favorable ou non!...*

Nous accepterons, avec reconnaissance, toute suggestion ou recommandation que vous voudrez bien nous faire parvenir. Nous vous invitons à collaborer à ce mouvement médical et même à nous soumettre un autre plan si celui que nous venons de vous présenter ne rencontre pas vos idéals.

LE COMITE D'ORGANISATION,

Par: Docteur L. Lamoureux,
Président.

5 février, 1938.

CHIRURGIE DU CERVEAU À LA FACULTÉ DE PARIS

Paris, 7 (P. C.-Havas) — Grâce à une offre de la fondation Rockefeller, la Faculté de médecine de Paris va s'enrichir d'une chaire nouvelle, celle de la neuro-chirurgie, ou, plus exactement, de la chirurgie du cerveau, dont le premier titulaire sera le Dr Clovis Vincent, médecin des hôpitaux de Paris. C'est là une consécration exceptionnelle d'une exceptionnelle carrière. En effet, Clovis Vincent est en France le seul médecin des hôpitaux dirigeant un service de chirurgie sans avoir passé le concours de chirurgien des hôpitaux. C'est qu'il n'exerce guère la chirurgie que depuis une douzaine d'années. Jusqu'alors il était à la tête du service de psychiâtrie et de neurologie où il passait pour un des meilleurs disciples du professeur Babinski. En Amérique, des chirurgiens comme Cushing ne craignaient pas de s'attaquer aux tumeurs du cerveau. Le Dr Tancrède De-Martel prit l'initiative de pratiquer en France cette chirurgie délicate. Clovis Vincent fit un séjour aux Etats-Unis, regarda Cushing opérer, et, revenu à Paris, se lança dans la chirurgie.

MÉDECINE PRATIQUE

À PROPOS DE GOITRE

Par **Eugène SAINT-JACQUES,**
De l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc.

Dans un récent article du *Journal de la Société internationale de Chirurgie,* Chs Mayo rappelait plusieurs faits touchant l'évolution de nos connaissances sur les goitres. Analysons donc cet article, et ajoutons-y des réminiscences et quelques remarques pratiques.

Mayo rappelle que Wharton, au XVIIe siècle, aurait été le premier à préciser l'anatomie de la thyroïde.

Si les Chinois connaissaient il y a quelque 4000 ans, bien vaguement à la vérité, l'effet de l'iode sur certaines variétés de goitres, car ils employaient les cendres d'herbes marines, à teneur iodée, comme on le sait, vinrent plus tard Ætius, puis Roger de Parme, un des Maîtres de Salerne.

Au XVIe siècle, Paracelse, chimiste-thérapeute, indique la corrélation entre le crétinisme et l'existence endémique du goitre.

C'est à Graves, en 1835, puis Basedow, en 1840, que revient le mérite d'avoir précisé nos connaissances sur le goitre toxique.

Avant 1850, on n'osait pas les opérer. Billroth, de Vienne, fait en 1869, une thyroïdectomie partielle: il en opère 20 cas avec 8 mortalités.

Le grand maître en chirurgie thyroïdienne fut Kocher, de Berne, qui en 1872 fait la première thyroïdectomie. Le maître de Berne était un chirurgien vraiment extraordinaire. Petit de taille, cheveux blancs et barbe blanche, très actif, au commencement du siècle, il fut un des grands pionniers dans cette nouvelle chirurgie. C'est qu'il avait un vaste champ d'observation et d'expérimentation.

Rappelons que dans ce triangle suisse qui s'étend de Pontarlier à la frontière franco-suisse, jusqu'à Berne à l'est et Genève vers le sud, le goitre existe à l'état endémique, et les crétins y sont nombreux, plus qu'en tout autre coin du globe, croyons-nous.

D'une activité débordante, Kocher a produit une littérature thyroïdienne considérable. Observateur consciencieux, clinicien pratique et opérateur de grande dextérité, son expérience en pathologie thyroïdienne était très considérable. Accueillant et affable, il prenait plaisir et satisfaction à recevoir les chirurgiens visiteurs, qui affluaient de tous les coins du monde. On conçoit sa large expérience et sa réputation quand on sait qu'il a, sa vie durant, opéré plus de 5000 goitreux.

Décédé en 1917, sa succession passa à un autre chirurgien suisse fort réputé aujourd'hui: le professeur de Quervain. Petit de taille aussi, carré d'épaules, robuste et bien planté, de Quervain est un travailleur infatigable et, comme son prédécesseur, un maître remarquable en chirurgie thyroïdienne. N'est-il pas d'ailleurs l'auteur d'un traité de diagnostic chirurgical, le plus clair et le plus pratique que nous sachions, et qui a été traduit en plusieurs langues.

*
* *

Le *goitre toxique* fit peur aux chirurgiens durant longtemps. Ce ne fut qu'en 1880 que Rhen en opéra le premier cas.

Puis survint l'application méthodique et plus précise de l'iode au traitement de certains goitres avec Plummer, Marine et Boothbey. Si bien qu'aujourd'hui, la pathologie thyroïdienne est connue avec plus de précision, ses indications médicinales comme chirurgicales sont mieux établies, et les porteurs de goitre mieux traités.

Traitement des goitres

Les goitres, on le sait, sont tantôt simples, tantôt toxiques. Ceux-ci sont parfois en plus exophtalmiques.

Les goitres simples

Les goitres *simples* n'ont de particulier que leur *volume* et les ennuis qu'ils causent par compression sur la trachée ou les nerfs laryngés, avec comme conséquence des troubles de tirage respiratoire ou de paralysie vocale.

Que faire en présence d'un goitre?

S'agit-il d'un goitre simple, ne le laissons pas grossir et se développer: il devient facilement plongeant ou profond, comme nous le rencontrions encore récemment, ce qui complique singulièrement l'opération. Conseillons l'opération, à moins que le métabolisme ne soit au-dessous de la normale. Même alors son énorme volume impose une intervention partielle.

Les goitres toxiques

On sait qu'ici l'exophtalmie accompagne souvent le goître. Mais aussi n'oublions pas que le degré d'hypertrophie n'a rien à faire avec le degré de toxicité: souvent un petit goitre est fort toxique. Il se rapproche alors du type anatomique fœtal ou, encore, adénomateux.

Comment procéder ici?

Cherchons d'abord si l'on peut découvrir une cause infectieuse à cette intoxication par suractivité thyroïdienne: foyer infectieux dentaire ou amygdalien, vieille cholécystite ou infection du bassin.

Dans d'autres cas, un choc nerveux en a été la cause d'apparition: un danger de noyade, un trauma à la tête, une surprise intense et subite... Souvent on ne pourra trouver de cause précise, comme aussi on ne trouvera pas d'hypertrophie thyroïdienne, ou à peine. Nous avons bonne mémoire d'un tel cas examiné avec le professeur Labbé dans son service de Paris.

N'oublions pas que dans le goitre toxique le *système sympathique* est profondément affecté. Souvent même il est à la base de la condition présente: les goitres qui ont cette origine sont les plus difficiles à traiter.

Comment donc entreprendre le traitement d'un goitre toxique?

D'abord, surveillons la diète.

Puis l'*iode* sera à la base du traitement médicinal, sous forme de *solution de Lugol.*

Avant de commencer le traitement, faisons établir le *métabolisme basal*: on le trouvera entre + 20 et + 60.

La solution de Lugol ne devrait être donnée que pendant un temps limité, car autrement, si l'iode est continué trop longtemps, on obtiendrait l'effet opposé.

Ajoutons-y les *sédatifs nerveux.*

Elixir de brom. de potasse
Elixir de valériane ammoniacale } ââ 75 c.c.
1 cuil. à dessert deux ou trois fois par jour.

Vous vous trouverez bien aussi, en alternance, du

Bromhydrate de quinine . . . Pil. de 0.10 ctg.

La *belladone* amènera parfois la sédation.

Mais sachons que le meilleur traitement, et le plus effectif, du goitre toxique, si le cas est bien choisi, est l'intervention chirurgicale.

Chez les personnes qui ne peuvent subir l'intervention, à cause de l'état cardiaque ou rénal de leur état de déchéance générale, les *rayons X* ont à leur crédit de beaux succès.

Tout de même, le traitement médical doit toujours précéder, soit à titre d'essai, soit à titre préparatoire.

C'est, en définitive, la courbe du métabolisme qui doit nous guider, associée comme appréciation à l'ensemble des autres signes pathologiques associés.

Dernièrement, nous lisions dans une étude sur le goitre toxique et sa myocardite associée, que nous aurions là une indication surajoutée à l'acte opératoire, afin de prévenir l'aggravation de l'état cardiaque.

A moins, naturellement, que le myocarde ne soit rendu au bout de sa résistance. Nous avons souvenance de telle malade, que nous avions refusé d'opérer à cause de son asystolie trop marquée. Huit jours plus tard, elle mourait subitement.

Mais, en mains expérimentées et après une préparation appropriée, l'intervention opératoire donne des résultats souvent inespérés. Une de nos récentes opérées avait un métabolisme basal à + 40 compliqué d'une lésion valvulaire double. Opérée, elle passa sans encombre et sans le moindre incident à travers une opération sérieuse du fait de deux lobes profonds et plongeants. Le pouls, qui touchait 120-130 avant l'opération, tomba rapidement à 80-90 les jours suivants.

Une technique fort précise permet une opération très généralement suivie de résultats plus que satisfaisants et souvent de vraie guérison.

Après la ligature des quatre pôles, ce qui ne conduit pas au myxœdème, une longue expérience l'a prouvé, et l'énucléation subtotale intracapsulaire de la très grande partie de la masse pathologique, nous fermons la capsule basale par une ligature en chassé-croisé qui nous dispense d'avoir à placer d'autres ligatures hémostatiques qui, avec cette technique, deviennent généralement superflues.

Un petit drain médian assure l'élimination de la sécrétion thyroïdienne intoxicante du foyer opératoire, et une suture intradermique pour terminer assure une cicatrice à peu près invisible.

Disons en terminant que la chirurgie thyroïdienne est de celles qui apportent au malade les plus heureux résultats, et au chirurgien, la plus grande satisfaction.

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quaterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois, si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple:

J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. Ann. Med. — psychol. **94**: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

M. ESCHBACH. — **Opérations injustifiées.** « Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris », 1937; 53; 1432.

L'auteur, dans cet article, rapporte l'histoire de deux malades opérés pour ulcères gastriques mais qui, en réalité, n'étaient que des psychopathes et en l'occurence, des hypocondriaques.

Dans le premier cas, il s'agit d'une dame de 36 ans ayant subi une gastro-entérotomie en 1936, mais qui ne continua pas moins à souffrir et à s'affaiblir. Elle se plaignait de douleurs atroces le long de l'œsophage et à l'estomac (la faiblesse était très grande) mais l'attention étant détournée, le creux épigastrique apparaissait souple à la palpation. L'examen du tube digestif n'avait montré aucune lésion.

Si on observe cette malade on voit qu'elle ne veut pas manger, ses traits sont impassibles et elle est préoccupée par une seule idée: « Elle croit qu'elle va mourir ». Il n'y a qu'un traitement qu'elle est prête à recevoir: « Une nouvelle opération. »

L'état hypocondriaque s'accentuant, on finit par l'interner.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une dame de 69 ans ayant subi une gastro-entérostomie il y a 5 ans et actuellement dans le même état que lors de l'opération, quoique l'examen radiologique de l'estomac eût été absolument négatif.

Si on observe le psychisme de cette malade, on note qu'elle ne parle que de l'incompréhension des médecins vis-à-vis de ses souffrances. Elle ne veut prendre comme aliment qu'un peu de potage d'une consistance déterminée. Enfin, elle veut une nouvelle opération qu'on finit par lui faire, pour ne trouver qu'un peu de périgastrite.

Les auteurs terminent en faisant remarquer que chez ces malades l'espoir dans une nouvelle intervention chirurgicale est une obsession. D'habitude, dans ces cas, l'acte opératoire donne un soulagement temporaire des troubles digestifs et une accentuation des troubles mentaux.

Arthur RICHER.

R. RIVOIRE et M. MARTINY. — **Maladie d'Addison traitée: guérison clinique.** « Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris », 1937; 53; 1439.

Ces auteurs rapportent le cas d'un homme âgé de 33 ans qui, subitement, il y a 2 ans, fut pris de nausées et de sensation de dérobement des jambes. Vu par des médecins et des chirurgiens, on conseilla une appendicectomie qui ne donna aucune amélioration, puisque 15 jours après sa sortie de l'hôpital il présentait une nouvelle crise de vomissements et d'asthénie.

Un mois plus tard, il avait maigri de 7 kilogrammes et, comme à l'asthénie s'ajoutait de l'hyperthermie, on radiographia les poumons. La radiographie révéla une lésion du poumon gauche qui ne semblait pas en évolution. On fit tout de même un pneumothorax qui ne donna pas plus de résultat que l'appendicectomie.

La maladie continua à évoluer et, en mai 1936, 8 mois après le début de sa maladie, l'état du malade était très grave; c'est à cette époque que les auteurs firent le diagnostic de maladie d'Addison. Le malade était alors très asthénié, et dans un demi-coma. On notait une pigmentation diffuse sur les muqueuses, et de petites mélanomes sur les téguments. L'intolérance alimentaire était absolue, les vomissements étaient incessants et la P. A. maxima se maintenait entre 80 et 60. Insomnie complète et amaigrissement de 25 kilogrammes.

On institua alors le traitement suivant:

1° Injection i. v. de 20 c.c. de sérum salé à 10% et de 0 gramme 20 de cystéine tous les deux jours.

2° Injection de c.c. d'hormone cortico-surrénalienne tous les 2 jours. Au bout de quelques jours, amélioration frappante, surtout au point de vue intolérance alimentaire, ce qui permet aux auteurs d'ajouter au traitement 5 à 6 grammes de Nacl en cachet et de donner une diète pauvre en K.

Au mois de septembre, le malade reprenait sa vie normale tout en cessant la cystéine et en diminuant les hormones cortico-surrénaliennes. En janvier, cessation de toutes les injections, se contentant de l'extrait cortico-surrénalien en pilules. Au printemps, cessation complète de tout traitement. Rechute. Reprise du NaCl et d'injections d'hormone surrénalienne.

Actuellement il se maintient en parfait état avec une injection hebdomadaire d'extrait cortico-surrénalien.

En définitive, les auteurs nous montrent un malade qui, il y a 18 mois, semblait perdu, mais qui mène actuellement une vie normale à condition de prendre régulièrement 4 grammes de sel par jour et d'avoir une injection hebdomadaire d'extrait cortico-surrénalien.

Les auteurs terminent en ajoutant que le médecin aurait tort de désespérer d'un malade atteint de la maladie d'Addison, même si ce cas est grave, car la thérapeutique actuelle est souvent efficace.

Arthur RICHER.

H. BERNARD, F. P. MERKLEN, M. CORD. — **Manifestations rhumatismales déclanchées chez un tuberculeux par la collapsothérapie.** « Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris », 1937; 53; 1576.

Ces auteurs ont observé des manifestations rhumatismales articulaires et cardiaques ayant été déclanchées lors de l'établissement d'un pneumothorax artificiel. Ce qui confirme cet avancé c'est que 4 semaines plus tard lors d'une réinsufflation, ces manifestations rhumatismales réapparurent, et leur réactivation se manifesta encore aux 3 réinsufflations qui suivirent.

M. R., manœuvre, 35 ans, entre à l'hôpital avec des symptômes de tuberculose pulmonaire au début. L'examen clinique et radiologique montrent des lésions supérieurs des ⅔ du poumon gauche. Vu l'unilatéralité des lésions on propose le pneumothorax. Le 13 août, première insufflation de 600 c.c. d'air et, dans la nuit qui suit, apparition de douleurs dans les 2 genoux. Le lendemain, douleurs dans les 2 épaules tandis qu'on note aux genoux: gonflement, élévation de température, léger choc rotulien. Au cœur on constate un léger affaiblissement des bruits du cœur et une chute nette de la P. A. qui passe de 130/90 à 100/65. Le même soir, la To. monte à 104 3/5.

Glace sur le cœur et salicylate de Na. à la dose de 12 grammes par jour, ont raison de ces manifestations rhumatismales après 10 jours, et au début de septembre, l'état du malade est excellent, mais on continue la médication salicylée à raison de 6 grammes par jour.

Nouvelle insufflation le 8 septembre de 450 c.c. d'air. Le lendemain, douleur dans les 2 genoux et les 2 épaules, mais pas de manifestations cardiaques.

Le 10 septembre, insufflation de 450 c.c. d'air et le lendemain, exacerbation des douleurs avec diminution nette des bruits du cœur. Comme l'état général reste bon et qu'il n'y a pas de signes périphériques d'insuffisance cardiaque, on pratique une autre insufflation de 500 c.c. qui est de nouveau suivie d'une augmentation des douleurs articulaires. Comme les bruits du cœur deviennent de plus en plus sourds, sans qu'il y ait de symptômes de péricardite, on met le malade au repos avec sac de glace sur le cœur et on augmente le salicylate de 6 grammes qu'il était, à 10 grammes par jour.

Une nouvelle insufflation détermine une nouvelle réactivations des manifestations rhumatismales.

Ces auteurs se demandent cependant s'il s'agit bien d'une véritable maladie de Bouillaud ou bien s'il ne s'agit pas de manifestations en rapport avec la compression des lésions tuberculeuses pulmonaires, sous l'influence de la collapsothérapie. Ils se demandent aussi si nous ne devrions pas discuter leur origine tuberculeuse inflammatoire, infectieuse ou toxémique. Les auteurs rapprochent ce cas d'un cas d'érythème noueux avec néphrite survenue après section de brides chez une tuberculeuse, et ils se demandent s'il ne s'agit pas aussi, dans ce cas, de pneumonies d'origine allergique qui seraient, dans certains cas, à la base de la maladie de Bouillaud.

Arthur RICHER.

NUTRITION

Anthony SIDONI Sr. — **L'insuline-protamine contre l'insuline ordinaire.** « J. A. M. A. » 1937, 108, 1320.

L'auteur, après avoir rappelé l'origine, la composition et le mode d'action de l'insuline-protamine, accepte comme bien-fondés, les travaux de Hagedorn, Sprague, Root, etc., sur ce sujet, et décide, quant à lui, de rechercher les effets de la P. I. sur la glycémie 1° à jeun, 2° pendant la période digestive, 3° trois heures après le repas, 4° avant le second repas, 5° une heure après le second repas, 6° pendant le sommeil i. e. de minuit à 7 a. m. Puis à la faveur des résultats obtenus, il cherche à déterminer le meilleur moment de la journée pour administrer l'insuline et à savoir s'il est préférable d'employer l'insuline-protamine seule ou associée à l'insuline ordinaire. Pour ce faire, il choisit deux groupes de 4 malades, absolument indemnes de tout trouble digestif, à qui il donne un régime exactement pesé. Il fait onze glycémies aux 8 malades, aux mêmes heures et dans les mêmes conditions. A chaque malade, le régime et la dose d'insuline varient selon la gravité du cas. Au premier groupe, il donne l'insuline-protamine et au second, l'insuline ordinaire. Dans une série de tableaux et de graphiques, l'A. nous présente clairement les faits observés qu'on peut résumer comme suit: avec l'insuline ordinaire, grâce à son action rapide, les hydrates de carbone sont oxydés immédiatement et la glycémie demeure presque toujours au voisinage de la normale, tandis

qu'avec l'insuline-protamine, qui agit d'une façon lente et continue, la glycémie monte très haut après les repas. Cette constatation est importante, au dire de l'A., car, chez l'individu normal, quelle que soit la quantité d'aliments ingérés, la glycémie est constamment à un niveau normal, sauf après les repas où elle monte un peu tout en demeurant cependant dans des limites raisonnables. La P. I. serait donc incapable d'empêcher les poussées d'hyperglycémies post-prandiales et l'A. se demande si, à la longue, cela ne serait pas dommageable au diabétique et ne favoriserait pas chez lui l'artério-sclérose et ses complications: gangrène, coronarite, baisse de la vision, etc. Aussi, pour ce motif et d'accord sur ce point avec Lawrence, Gray et Allen, ne préconise-t-il pas l'emploi de la P. I. chez tout malade indistinctement. Il réserve plutôt l'insuline-protamine comme adjuvant à l'insuline ordinaire dans les cas compliqués ou requérant une grosse dose d'insuline. En passant, il fait remarquer qu'on doit attacher beaucoup plus d'importance à la glycémie faite deux heures après le repas plutôt qu'à jeun, car, selon lui, c'est à cette période qu'on peut juger des progrès accomplis par le malade dans l'utilisation de ses hydrates de carbone.

Enfin, l'A. a employé la P. I. pendant un à six mois chez plusieurs malades agés de 11 à 74 ans et les résultats obtenus concordent avec les idées émises précédemment, ce qui l'amène à peser le pour et le contre. D'après lui, l'insuline-protamine, à *cause de son action lente,* est incapable d'enrayer l'hyperglycémie résultant, soit de complications du diabète (acidose, coma, infection, gangrène), soit de régimes hyperhydro-carbonés tels que préconisés de nos jours; elle porte les médecins à prescrire de fortes doses, afin de baisser la glycémie le plus tôt possible, ce qui expose les malades à faire soudainement des réactions hypoglycémiques fortes et prolongées qui pourraient devenir fatales; enfin, elle ne correspond pas exactement aux besoins du malade, car elle n'agit pas assez vite après les repas et continue d'agir trois heures après, quand le malade n'en a plus besoin. Cependant, l'A. admet sa grande utilité, 1° chez les malades qui requièrent de l'insuline la nuit (une injection au coucher et le malade peut jouir d'un bon sommeil), 2° en association avec l'insuline ordinaire où elle contribue à réduire la quantité d'insuline nécessaire et à activer la guérison des infections et des plaies chirurgicales.

Comme conclusion, l'A. prétend que la P. I. doit plutôt être associée à l'insuline ordinaire, mais que malgré ses avantages, l'insuline ordinaire est encore la base du traitement du diabète et qu'on ne saurait la remplacer par l'insuline protamine chez les malades qui s'en trouvent déjà bien avec de petites doses.

Armand GRATTON.

PTHISIOLOGIE

CH. ROUBIER — **Les images scissurales chez les cardiaques décompensés, leur fréquence et leur signification.** « Arch. Méd. Chirurgicales de l'Appareil Respiratoire », 1937; 12; 200.

Les images de pseudo-tuberculose fréquentes chez les cardiaques: ombres hilaires denses, aspect voilé, tacheté, granité des moitiés inférieures des plages, transparence des parties supérieures avec hypertrophie cardiaque. La caractéristique est plus grande encore, s'il s'y ajoute des images scissurales.

Celles-ci sont assez fréquentes. School en a trouvé 93 sur 168 cas observés et publiés en 1933, d'Hour les mentionne en 1934. Nguyen Van Vien en trouve 5, sur 13 cas observés en 1934.

L'image de scissurite la plus fréquente est trouvée à droite, a la partie moyenne. Elle est linéaire, presque horizontale, allant du hile à l'aisselle. Son aspect est mince ou épais suivant l'âge de la réaction ou suivant qu'elle est mécanique ou compliquée d'infection. Elle siège presque exclusivement à droite. La grande scissure est rarement aperçue.

Ces images sont dues à la symphise des feuillets avec dépot de fibrine. Les épanchements qui les ont causés sont des exsudats où la tuberculose ne joue qu'un rôle exceptionnel.

Jean-Philippe PAQUETTE.

P. PROVOST, DELORE et GRENET. — **Aspects radiographiques simulant la tuberculose pulmonaire, chez un cardio-rénal azoténique.** « Archives Méd. Chirurgicales de l'Appareil Respiratoire », 1937; 12; 211.

Observation et radiographies d'un cardio-rénal azotémique. La première radiographie donne l'impression d'une tuberculose assez avancée. L'étude du cas ayant prouvé l'existence de troubles cardio-rénaux avec azotémie, le traitement « ad rem » est institué et un régime ordonné. L'amélioration suit rapidement. La seconde radiographie montre une disparition complète des images vues sur la première. Deux points à retenir: la fréquence des images pseudo-tuberculeuses chez les cardio-rénaux; la disparition rapide de ces images sous l'effet d'un traitement approprié.

Jean-Philippe PAQUETTE.

HYGIENE

G. HEUYER et Melle COURTHIAL. — **Les tests de caractère en neuro-psychiâtrie infantile.** « Revue neurologique. » No 5, p. 693, 1937.

Les auteurs rappellent les inconvénients présentés par les épreuves de caractère du genre « question-

naire» applicables à partir d'un certain âge seulement et non utilisables avec les débiles mentaux. Des modifications d'interprétation leur ont été appliquées qui changent considérablement l'application de la méthode et lui confèrent une véritable originalité. La notion des tendances qui permet une discrimination des réponses et une véritable sélection des enfants est toute nouvelle dans l'interprétation des tests de caractère.

Cette classification s'adapte sans effort au questionnaire d'origine américaine employé par les auteurs.

Les auteurs reprennent l'exposé de leurs tests et de la manière selon laquelle, d'après les résultats obtenus, ils établissent un diagnostic. Sur 114 cas examinés d'après cette nouvelle méthode, l'accord entre les diagnostics du caractère d'après les tests et l'exament psychiatrique existait pour plus de 75% des sujets. Ces résultats témoignent donc de la valeur de la méthode dans toutes les études qui relèvent de la biotypologie et tendent à la connaissance caractérielle des sujets ainsi qu'à la différenciation des groupes.

Sylvio ROCH.

A. R. SMITH. — **Les rhumes. Maladie endémique.** « The Industrial Bulletin », Octobre 1937.

Des études récentes ont démontré que les rhumes sont la cause la plus fréquente de la perte de temps des travailleurs, moyenne de perte de temps de trois jours. En plus des complications ordinaires telles que: sinusite, otite, mastoïdite, le rhume est une cause contributive des arthrites, névrites, myosites, rechute de maladies chroniques: asthme, myocardite rhumatismale, diabète.

Le rhume est le précurseur de l'influenza, la pneumonie et la tuberculose pulmonaire.

La cause supposée en est un virus bénin, qui contribue secondairement à des maladies graves. Les facteurs prédisposants sont une faible température, refroidissement, mauvaise ventilation, mouvement de l'air ambiant trop lent. Vingt-cinq pour cent de la population possède une susceptibilité pour le rhume. L'isolement du malade n'a pas de valeur préventive; les rayons ultra-violets sont peu efficaces. L'huile de foie de morue et les vaccins ont une grande valeur préventive. Il n'y a pas de traitement spécifique contre le rhume. La résistance aux rhumes peut être considérablement accrue en faveur du travailleur en prenant les précautions suivantes:- 1°.— Eviter la fatigue et le refroidissement; 2°.— Diète appropriée aux travailleurs; 3°.— Ventillation, climatisation de l'air; 4° — Traitement du rhume au début par un médecin.

Sylvio ROCH.

F. WEYRANCH. — **Le problème du bruit.** « Presse Médicale », 1937; 92; 170.

Après avoir résumé l'opinion des poètes et philosophes allemands sur le bruit, l'auteur constate que le bruit est un véritable fléau social qui détermine dans de nombreux cas des troubles nerveux graves.

On n'a pas encore trouvé la méthode spécifique pour déterminer la part revenant au bruit dans les troubles nerveux. Par contre, on a réussi à mesurer l'intensité du bruit en prenant comme unité le *phon*. Cette unité correspond aux moyennes suivantes:

a) Dix « phons » égalent le tic-tac d'une montre:
b) Soixante « phons » égalent la circulation normale dans une rue.

Des appareils spéciaux ont été fabriqués, cependant il faut, dans l'interprétation des tests, tenir compte des facteurs individuel et physiologique.

Au nom de l'hygiène sociale, il faut exiger la suppression des bruits causés par les « klaxons », la rapidité excessive des automobiles. Dans la construction des immeubles, des hôtels, des sanatoria, l'attention devra être dirigée beaucoup plus qu'auparavant vers l'emploi de matériaux isolant le bruit.

Les médecins auront un rôle essentiel à jouer dans la lutte qu'il va falloir engager contre le bruit, sinon la nervosité et les troubles psychiques iront en se développant.

Sylvio ROCH.

J.-L. LAVAN. — **Epidémie de fièvre typhoïde à Grava Rapids, Mich.,** « American Journal of Public Health », p. 1025, 1937.

Dans une municipalité où la fièvre typhoïde a été absente durant une période de longue durée, l'apparence soudaine de cas doit éveiller l'attention immédiate de l'autorité sanitaire.

Le fait suivant illustre les mesures effectives employées lors d'un début d'épidémie survenue à Grava Rapids: une épidémie, comprenant 9 cas, débuta le 9 décembre et se termina le 4 janvier 1937.

Une enquête épidémiologique portant sur le lait, l'approvisionnement d'eau, démontra que ces deux aliments n'étaient pas en cause.

Une inspection faite dans une boulangerie employant 231 hommes; l'analyse des urines, des selles, du sang du fait de tous les employés, en vue du test de Widal.

Parmi ceux-ci, l'employé préposé aux gâteaux à la crème, fut trouvé porteur de bacilles typhiques.

Après son départ de la boulangerie, aucun autre cas n'éclata.

Sylvio ROCH.

Vingt-cinq ans de progrès en hygiène. Edité par « Metropolitan Life Insurance Company », Ottawa, Ont., 1937.

La Metropolitan Life Insurance Company a récemment publié un opuscule traitant des progrès obtenus en hygiène durant la période 1911-1935.

Ce quart de siècle est une période au cours de laquelle les efforts accomplis pour conserver la santé et empêcher la maladie, ont atteint un résultat fort appréciable.

Cet opuscule est divisé en chapitres qui traitent des maladies reparties en groupes généraux; chaque chapitre étant divisé en sections où se trouvent définies et étudiées les diverses formes de maladies.

Au chapitre de la tuberculose, les résultats obtenus sont exprimés ainsi: « Durant ce quart de cièle, la mortalité par tuberculose a subi une diminution considérable. En 1911, cette maladie était la principale cause de mortalité de toutes les maladies; aujourd'hui, elle est descendu au *septième rang*. Ses victimes étaient souvent des jeunes gens à l'aurore de la vie, dont l'utilité économique commençait à se faire valoir. Au début du siècle, une campagne active fut entreprise contre la tuberculose, et dès 1911, on commença à obtenir déjà d'excellents résultats.

Pendant cette période 1911-1935, le taux de la mortalité a subi une diminution de 242 par 100,000 à 56 par 100,000, en 1935.

Les causes de cette diminution sont les suivantes: Les mesures préventives instituées par les associations anti-tuberculeuses, les démonstrations dans certaines collectivités, l'extension des facilités cliniques, le service des infirmières-visiteuses, les enquêtes chez les écoliers, le contrôle de la tuberculose bovine, la multiplication des sanatoria, des méthodes de traitements et de chirurgie nouvelles. Il faut ajouter à cela, un plus grand intérêt, chez les industriels, dans la protection de leurs employés, une amélioration générale des conditions de vie, l'éducation du public intensifiée, une immigration moindre. »

Cet opucule devrait se trouver dans la bibliothèque de tous les médecins qui s'intéressent des conditions de préservation de la santé publique.

Sylvio ROCH.

NEURO-PSYCHIATRIE

Foster KENEDY et Alexander WOLF. — **La quinine dans la myotonie et la prostigmine dans la myasthénie,** « J. A. M. A. », 1937; 110; 198.

Mary Walker, en 1935, démontra l'action éminemment efficace de la prostigmine dans la myasthénie. Wolf, en 1936, fit connaître que la quinine abolit le myotonus de la myotonie congénitale et de la myotonie atrophique. D'autre part, les auteurs, par contre-épreuve, découvrirent que la prostigmine augmente le myotonus et que la quinine accentue la myasthénie.

Certains malades deviennent réfractaires à la prostigmine après une certaine période d'usage; il suffit alors de cesser momentanément le traitement, pour lui donner à la reprise, l'effet qu'il avait perdu. Cet épuisement de l'effet s'est montré dans certains cas, même à des doses énormes, allant jusqu'à 24 ampoules de 0.5 milligramme chacune. Ce phénomène est difficilement explicable. Est-il dû à l'augmentation dans le sang de l'estérase de l'acéthylcholine? Est-il l'effet de l'épuisement de l'acéthylcholine à la jonction myo-neurale? A tout événement, on ne doit pas donner de fortes doses de prostigmine pendant une période prolongée, car elle finit par fatiguer le muscle et y produit une action curarisante.

L'expérience des auteurs quant à la quinine dans le myotonus leur permet d'affirmer que le chlorhydrate de quinine, aux doses de 0.16 à 0.96 centig., 3 fois par jour, abolit toute myotonie. Tout sel de quinine se montre efficace. Les auteurs donnent leur préférence au chlorhydrate, parce que son absorption est plus rapide et qu'il est moins irritant pour l'estomac. L'action de cette substance est si nette, que les malades demandent eux-mêmes leur quinine. Il est préférable de l'administrer par la bouche, afin de la maintenir dans le sang à un taux constant. En général, le myotonus revient 72 heures après la cessation du traitement. Cependant, 2 malades traités par les auteurs pendant plusieurs mois, ont pu suspendre la quinine sans réapparition du myotonus. Dans certains cas, peu fréquents cependant, la prostigmine aurait amélioré un syndrome de myopathie.

Les auteurs croient que la myotonie et la myasthénie sont dues à un vice de la bio-chimie à la jonction myo-neurale, vice qui réside tout particulièrement dans la transformation dynamique de l'acéthylcholine.

A tout événement, les auteurs ont traité avec succès, par la quinine, 27 malades qui présentaient soit de la myotonie congénitale, soit de la myotonie atrophique; ils ont traité aussi favorablement 9 myasthéniques par la prostigmine.

Leurs observations leur ont fait constater que l'accroissement de la dose de prostigmine portait à aggraver la myasthénie, que sa réduction ou sa suspension momentanée concourait alors à améliorer son action. Ces considérations concordent avec celles d'autres auteurs et il parait même accepté que la prostigmine, administrée par la bouche, rend des services supérieurs et surtout plus prolongés, sans conséquence d'accoutumance ou de besoin d'accroissement de la dose, que la même substance absorbée par voie parentérale.

Roma AMYOT.

Robert GOODHART et Norman JOLLIFFE.— **Action du traitement de la polynévrite des alcooliques par la vitamine B (B_1).** « J. A. M. A. », 1938; 110; 414.

Ce travail présenté à la 88ème Session annuelle de l'Association Médicale Américaine (Atlantic City, juin 1937), fait suite à deux articles antérieurs, l'un publié par Jolliffe, Colbert et Joffe, l'autre par Jolliffe et Colbert. Il apporte des arguments supplémentaires à la thèse de la carence en Vitamine B, comme cause de la polynévrite chez les alcooliques.

Les A. rappellent d'abord ces trois constats importants faits chez 42 alcooliques: a) les alcooliques à polynévrite avaient absorbé, pendant une période de temps prolongée, une quantité de vitamine B, inférieure à la dose normalement requise; b) les alcooliques sans polynévrite avaient eu une ration de Vitamine B, suffisante; c) enfin, certains sujets sans polynévrite, avaient consommé assez d'alcool pendant un laps de temps suffisamment long pour qu'une polynévrite se développe, si l'alcool, par lui-même, peut la causer.

Jolliffe et Colbert ont déjà démontré en soumettant des polynévritiques alcooliques à des régimes alimentaires diversement riches en vitamine B, que la guérison survient d'autant plus fréquemment, complètement et rapidement que ces régimes contiennent plus de cette vitamine.

Les A. ont soumis un groupe de 17 alcooliques présentant une polynévrite de faible intensité à un régime alimentaire contenant une ration de vitamine B, de quatre fois supérieure à la quantité requise pour un sujet de 60 kilos. Ils administrèrent, en plus, à 8 de ces malades, 10 millig. de vitamines B naturelle ou synthétique chaque jour, par voie intraveineuse pendant 10 jours.

Les résultats furent d'emblée beaucoup plus impressionnants chez les malades de ce dernier groupe.

L'amélioration observée concernait, tout particulièrement, les signes objectifs.

Cette expérience clinique, en plus de multiples autres antérieures, porte les auteurs à approuver que la carence en Vitamine B, est la cause de la polynévrite des alcooliques.

Ils ont aussi observé que le traitement institué s'accompagnait d'une amélioration de l'état du foie, même cirrhotique et de l'épanchement ascitique. Ils se demandent si ces résultats favorables doivent être attribués à l'action de la vitamine B.

En discussion, George R. Cowgill fournit cette donnée importante, en conséquence d'expériences chez les animaux, que la dose mortelle de vitamine B chez l'homme serait de 25 à 50 grammes.

Martin G. Vorhaus se montre partisan des doses massives et insiste sur le fait que l'on ne pourra obtenir des résultats favorables qu'à condition de recourir à de telles doses pendant un temps prolongé. Lui-même a pu administrer 90 milligrammes quotidiennement sans aucune complication. Il fait allusion à l'amélioration de la cirrhose du foie, et à la non récidive de l'ascite. Il fait part des modifications des os des goutteux, au cours du traitement par Vitamine B.

Tom D. Spies va plus loin encore en communiquant ses propres expériences sur des cas de polynévrites aux lésions dites irréversibles. Il a administré la Vitamine B jusqu'à des doses de 500 milligrammes pendant plusieurs jours.

Il insiste, lui aussi, sur les facteurs temps et dose pour l'obtention des résultats favorables, même chez les malades où les lésions polynévrites paraîtraient irréversibles.

Roma AMYOT.

CHIRURGIE

A. GORELIK. — **Sur un mode de traitement des fistules post-opératoires. Rapport de M. Basset.** « Mémoires de l'Académie de Chirurgie », Paris, 12 janvier 1938.

Les fistules post-opératoires sont parmi les complications de l'acte chirurgical les plus difficiles à guérir dans la grande majorité des cas. Elles apparaissent à la suite d'opérations sur les reins, la plèvre et l'abdomen.

Bien des méthodes ont été suggérées pour une cure efficace et définitive des fistules post-opératoires. L'A. nous indique la sienne qui lui a donné jusqu'à présent d'excellents résultats.

Avant toute chose cependant, il pratique d'abord une injection de lipiodol dans la fistule qu'il fait suivre de radiographies sous diverses incidences et il exige un examen bactériologique du pus.

Ceci fait, il introduit un stylet dans la fistule et cherche à en mesurer la profondeur: avec une pince longue, il voit à élargir le canal dans toutes les directions et cherche un corps étranger toujours possible. Puis il introduit une sonde en caoutchouc de calibre convenable, au moyen de laquelle il injecte de l'éther dans le trajet fistuleux.

Ce lavage à l'éther est fait chaque jour d'abord, puis deux ou trois fois la semaine jusqu'à ce que le pus diminue ou devienne très clair.

A ce moment, avec le concours de la même sonde en caoutchouc, l'A. injecte une solution de nitrate d'argent à 25 p. cent, immédiatement à la suite de l'injection d'éther après avoir protégé la peau avec des compresses d'eau salée.

Ces lavages au nitrate d'argent et à l'éther, sont faits d'abord chaque jour, puis deux fois la semaine, jusqu'à oblitération complète du trajet fistuleux.

Cinq observations complètent la communication. Il s'agit ici d'un procédé intéressant et, en tout cas, facile d'exécution.

Edouard DESJARDINS.

Harvey B. STONE. — **Les signes cliniques rectaux et le chirurgien général.** « J. A. M. A. », 20 nov,1937, p. 109.

Les signes cliniques de la région ano-rectale sont simples à retenir. Ils affectent l'allure de troubles sensoriels ou anatomiques et se manifestent par des secrétions anormales et des ennuis de la défécation.

Aucun de ces signes n'est pathognomonique. Les douleurs se rencontrent dans la fissure anale, dans les abcès et dans les thromboses hémorroïdaires.

L'hémorragie accompagne les hémorroïdes internes, les polypes, le cancer et la recto-colite ulcéreuse.

L'écoulement de pus peut indiquer une fistule anale ou un kyste sacro-coccigien infecté. L'écoulement de mucus est possible dans certaines formes d'hémorroïdes et de prurit anal.

Tous ces signes doivent être recherchés avec précision chez le malade, car, le plus souvent, celui-ci ne fait pas la différence entre écoulement de pus ou de mucus, entre douleurs vives à la défécation et douleurs constantes. Le malade se dit souffrir d'hémorroïdes et ne connaît habituellement que cette affection pouvant affecter la région ano-rectale. Il rattache tous les signes qu'il constate à cette maladie et il est donc très important de faire un interrogatoire très serré et aussi précis que possible.

Celui-ci, bien établi, il est de toute nécessité de faire un examen local complet. Le toucher rectal doit, dans tous les cas, compléter l'inspection. On ne doit jamais se dispenser du toucher chez une personne se plaignant de troubles rectaux, même si l'apparence anale est normale.

La recto-sigmoïdoscopie s'impose dans tous les cas. Elle permet le diagnostic de lésions haut situées qui seraient peut-être passées inaperçues avec le seul toucher rectal.

Le chirurgien général doit donc savoir tirer le vrai et l'utile de l'histoire parfois peu claire de son malade. Il ne doit pas négliger les moyens à sa disposition: le toucher rectal et la recto-sigmoïdoscopie.

Edouard DESJARDINS.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

R. Watson JONES. — **L'arthrodèse dans l'ostéo-arthrite de la hanche.** « J. A. M. A. », 1938, p. 110-278.

L'auteur expose les avantages et la technique de l'arthrodèse à l'aide du clou de Smith Peterson dans l'ostéo-arthrite de l'articulation coxo-fémorale. Il appuie ses données sur les succès qu'il a remportés chez 50 cas d'ostéo-arthrite de la hanche traités par l'arthrodèse. Les insuccès notés dans le passé avec ce genre d'opération étaient dus:

1. à la mauvaise consolidation de l'ankylose coxo-fémorale consécutive

a) à un manque d'immobilisation de la hanche malade avant l'opération. En effet, l'os, comme tout tissu conjonctif, se répare plus rapidement et plus solidement si on prévient par l'immobilisation la destruction du tissu osseux jeune en pleine croissance;

b) à une technique imparfaite de l'enchevillement. Soit que la cheville employée permette encore des mouvements de rotation ou qu'elle ne soit pas assez longue ou qu'elle ne s'enfonce pas dans un mur osseux assez épais;

c) à une mauvaise immobilisation post-opératoire.

2. à la croyance que l'arthrodèse de la hanche produisait ou même aggravait les douleurs du dos.

Douleur au mouvement et raideur de l'articulation sont les deux grandes sources d'incapacité notées au cours des derniers stages de l'ostéo-arthrite de la hanche. Seule la raideur de la hanche n'apporte qu'une faible incapacité, tandis que la douleur associée même avec 30% ou 50% de mouvement de l'articulation, immobilise presque complètement le malade. Ni l'arthroplastie ni l'ostéotomie ne peuvent permettre un rétablissement complet et permanent des troubles douloureux et fonctionnels: complet, car personne n'oserait promettre à un de ces malades de pouvoir marcher 5 à 10 milles sans difficulté; permament, car l'abduction, la rotation récidivent, le raccourcissement, la boiterie s'accroisent et l'incapacité devient plus grande.

Au contraire, la fusion osseuse coxo-fémorale en bonne position par arthrodèse avec le clou à 3 ailerons, de Smith Peterson, laisse une incapacité très minime, aggrave rarement les douleurs du dos et les fait disparaître dans plusieurs cas. La clef du succès réside:

1) Dans la fixation du clou au bon endroit, c'est-à-dire, perçant le fémur sous le trochanter et se dirigeant vers le toit de la cavité cotyloïde où le bassin a une épaisseur de 2½ pouces environ. Ce trajet est contrôlé par les R X en position antéro-postérieure et latérale.

2) Dans le contrôle des mouvements de rotation lequel ne peut-être assuré que par le clou à 3 ailerons implanté dans le fémur et le bassin.

3) Dans l'immobilisation du membre en position idéale après l'opération. Le fémur doit être à angle droit avec le bassin, le membre inférieur et rotetion neutre, c'est-à-dire, la rotule et le pied dirigés en avant. La hanche ne doit pas être fléchie car il y a toujours une lordose capable de produire 25 à 30

degrés de flexion, ce qui est suffisant pour permettre la position assise confortable.

Le shock opératoire est très considérable, ce qui oblige l'opérateur à agir en 2 temps d'abord:

1) Ouverture de l'articulation et curettage des surfaces cartilagineuses.

2) 10 à 14 jours plus tard, fixation du clou et appareil plâtré.

Quand la consolidation est bien achevée, les patients peuvent marcher et courir avec une boiterie à peine perceptible; accomplir presque tous les mouvements sans difficulté. La seule manœuvre difficile à exécuter est le laçage du soulier du côté de l'ankylose. La douleur dans le dos, quand elle existe, est très légère et est ressentie à la suite de la fatigue.

Chez les patients de 60 à 75 ans, l'opération complète est trop considérable. On fait chez eux une arthrodèse sous-cutanée extra-articulaire. Une incision de 2 pouces permet l'entrée et la fixation du clou dont la tête est enterrée dans les cortex du fémur et retenue par un petit clou enfoncé à angle droit dans le corps fémoral afin d'éviter tout glissement de la cheville métallique.

Outre le shock opératoire et la mauvaise consolidation qui sont à craindre, il faut surveiller les fractures du fémur par le clou et le glissement de la cheville par non formation d'une languette osseuse sur la tête du greffon métallique.

Les premières opérations furent faites il y a 2 ans et les résultats sont actuellement suffisants.

L'article est illustré de radiographies et de photographies relatives à l'arthrodèse de la hanche par la cheville métallique à 3 ailerons.

C.-E. LAMOUREUX.

GYNECOLOGIE

E. BOHLER et M. REILES. — **Injection intraveineuse d'hypophysine au cours de la césarienne.** « Gyné. et obsté. » Tome 29, No 3.

L'hémorragie par atonie, au cours d'une césarienne, est toujours un événement fâcheux et dont les conséquences peuvent être graves. D'une part, la spoliation sanguine peut atteindre des degrés menaçants ou anémier la malade au point de la mettre en état de moindre résistance; d'autre part, l'inondation de la grande cavité est difficile à éviter et devient surtout redoutable, par l'apport très souvent septique du contenu utérin.

La narcose générale à l'éther ou chloroforme favorise considérablement cette atonie utérine: dans 23.5% des cas, on a constaté des atonies importantes. Comment sont-elles traitées? Injection d'ergotine ou d'hypophysine dans la paroi abdominale ou dans la tranche utérine; massage du muscle utérin; tamponnement de la cavité utérine pendant 24 heures et enfin, « in extremis », l'hystérectomie.

Pendant quelques années, B. et R. ont abandonné l'éther et chloroforme comme anesthésique, pour leur substituer la rachi, dont l'action favorisante sur la rétractibilité et la contraction a été mise en lumière par Brindeau. Toutefois, elle rencontre de si nombreuses contre-indications en obstétrique, (placentas prævia, hypotension, albuminurie), que ces auteurs l'ont mise de côté pour revenir à l'éther ou au chloroforme, mais en y ajoutant l'injection intra-veineuse systématique d'hypophysine. Depuis cette innovation, ils n'ont plus constaté, au cours de plus de 40 césariennes, aucune atonie utérine et l'effet du médicament dans cette application est absolument certain.

Technique: L'injection est poussée dès l'extraction de la tête et le contenu de l'ampoule entière est répartie sur une durée de 8 à 10 secondes.

Dès que l'utérus commence à se contracter, (au bout des prochaines secondes, en tout cas, pendant l'injection encore), on termine lentement l'extraction de l'enfant. Le développement du tronc sera lent, afin que la contraction de l'utérus puisse suivre l'évacuation de sa cavité: il faut qu'on ait la sensation qu'elle chasse littéralement l'enfant. Dès la sortie de celui-ci, le muscle est fortement contracté, et on procède à l'expulsion du placenta, s'il n'a pas déjà été expulsé avec l'enfant, ce qui est fréquent. Suivant son aspect, on fera, avec 2 ou 3 doigts seulement, une révision, ou on s'en abstiendra. La quantité de sang perdu est minime, parfois nulle. La méthode est sans danger; elle donne des résultats constants et parfaits.

Raymond SIMARD.

OBSTETRIQUE

HERRICK, TILLMAN. — **Diabète et grossesse.** « Surgery, Gynecology and Obstetrics, Janvier 1938.

La découverte de Banting a facilité l'évolution heureuse de la grossesse chez les diabétiques.

La grossesse augmente le taux du métabolisme, diminue la réserve alcaline, favorise l'acidose et fait disparaître la réserve glycogénique, d'où danger d'hypoglycémie. Il est donc parfois difficile de déterminer durant la grossesse, si la présence de glycosurie est imputable au diabète ou non: parfois, le diagnostic précis ne peut être fait que dans la période du post partum.

Cinquante-six patientes diabétiques ont fait l'objet d'une étude approfondie au cours de 67 grossesses au Sloane Hospital for Women. Le pourcentage des fœtus morts in utero s'élève à 28.0, tandis que la moyenne de la mortalité fœtale dans

les autres accouchements n'atteint qu'un chiffre de 4.2.

Chez les diabétiques, l'intoxication gravidique se rencontre fréquemment; chez 12 patientes, on note de l'hypertension, de l'albuminurie. Les vomissements du début de la grossesse doivent être traités avec soin, à cause du danger de l'acidose; les auteurs recommandent de fournir à l'organisme au moins 200 grammes d'hydrates de carbone par jour et de donner l'insuline aussi longtemps que l'analyse de l'urine et le taux de glycémie l'exigent.

Au moment du travail, réduire au strict minimum l'emploi de l'éther ou du chloroforme. La morbidité puerpérale s'est élevée jusqu'à 41%.

Il ne semble point avoir d'indication pour la césarienne du point de vue de la sécurité maternelle.

En résumé, une femme diabétique qui devient gravide voit augmenter ses chances de conduire sa grossesse à terme, grâce à une surveillance rigoureuse et à l'emploi de l'insuline.

Donatien MARION.

T. B. PASTORE. — **L'emploi de la pituitrine, par voie intraveineuse, dans la troisième période du travail.** « Am. Jr. of Obst. & Gyn. », août 1937.

L'auteur étudie 96 cas d'hémorragie du post-partum, dans lesquels la pituitrine en injection intraveineuse fut employée. Il calcule que la limite entre l'hémorragie bénigne et l'hémorragie grave est de 500 c.c. La pituitrine employée l'est à faible dose et diluée dans du sérum physiologique, soit de ½ goutte à une goutte et demie dans 2-5 c.c. de sérum physiologique. Les 96 cas étudiés le furent en rapport avec la cause des hémorragies: atonie, inertie utérine, décollement partiel du placenta, lacération du périnée, de la vulve, du col et du vagin, prolapsus utérin, manœuvres fausses et intempestives sur le placenta, fibrôme utérin, placenta prævia marginal, rétentions de cotylédons et de membranes, inversion partielle de l'utérus, etc.

Pour tous ces types d'hémorragie, l'injection intraveineuse de pituitrine fut inefficace dans 42 cas sur 96 étudiés. L'impression qui prévaut c'est que la plupart des hémorragies du post-partum sont dues à l'inertie utérine: dans cette étude, 23% des hémorragies sont dues à cette cause. L'Auteur insiste sur le fait que chaque médecin doit se rendre familier avec toutes les causes des hémorragies du post-partum.

Il ajoute qu'on ne peut contrôler une hémorragie par des injections intramusculaires de pituitrine, ce qui prend au moins 5 minutes à faire effet.

Un autre facteur important qui augmente la perte de sang, c'est de ne pas extraire le placenta aussitôt qu'il est décollé.

Comme conclusion:

1° La pituitrine intraveineuse est sûre, rapide et intense dans son action. Elle est spécifique dans l'inertie utérine seulement.

2° La pituitrine diluée dans le sérum physiologique permet son introduction lente.

3° Les réactions ne furent observées que sur cinq des 96 cas étudiés.

4° La pituitrine intraveineuse ne doit pas être administrée dans tous les cas d'hémorragie du post-partum, mais seulement quand la cause est l'inertie utérine. L'injection intramusculaire est trop lente.

5° Le médecin doit avoir une connaissance parfaite des causes des hémorragies du post-partum pour éviter de fausses manœuvres, en faire le diagnostic et instituer un traitement de contrôle rapide.

Edmond SANSREGRET.

UROLOGIE

MM. L. FERRABOUC, J. HENRION et F. GOULENE. — **La Para-amino-phényl-sulfamide dans 44 cas de blennorrhagie.** « Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris », 1938; 54; 39.

Les auteurs nous donnent les résultats obtenus dans 44 cas de blennorrhagie traités par le Para-amino-phényl-sulfamide.

Sur leurs 44 cas dont 40 cas sont hospitalisés, ils obtiennent 35 succès complets en moins de un mois.

Neuf cas de d'orchi-épididymites traités par ce nouveau produit ne semblent pas en avoir bénéficier. Quatre cas d'arthrite guérissent, mais avec l'aide des Rayons X.

En fait d'incidents thérapeutiques, ils notent: des accidents cutanés, un érythème, au 22ième jour, des accidents urinaires, traces d'albumine dans deux cas, des accidents circulatoires: cyanose des lèvres et des mains.

Tous les malades ont subi un minimum de deux numérations globulaires et formules leucocytaires au cours du traitement.

Le nombre des globules rouges est descendu dans quatre cas et a augmenté chez d'autres. Les leucocytes ont présenté des modifications numériques légères au cours de la cure, mais à tendances variables.

Des petits incidents tels que: asthénie, somnolence, céphalée, courbatures, nausées, diarrhées, constipation, ont été notés.

Il n'y eut pas de cas de fièvre, dyspnée ou vomissement.

Lucien SYLVESTRE.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

H. E. MICHELSON et Carl W. LAYMON. — **Lichen plan des paupières.** « Archives of Dermatology and Syphilology », vol. 37; N° 1; janvier 1938.

Les auteurs insistent sur le fait qu'à peine une demi-douzaine de cas de lichen plan des paupières sont rapportés dans la littérature. Ils rapportent ensuite brièvement cinq cas: deux dont les seules lésions étaient aux paupières et trois avec lésions ailleurs. Toutes étaient des brunettes. Ils ont rencontré trois types de lésions: des papules typiques, des papules disposées en anneaux ou médaillons et enfin une éruption rectiforme nodulaire de couleur brun sépia et ressemblant à de l'érythème ab-igné.

Dans ces cas, seule la biopsie peut trancher le diagnostic et il se peut que des cas semblables n'aient pas été diagnostiqués comme tels.

F.-L. BOULAIS.

H. D. TEMPLETON, George MICHAEL et J. M. KEY. — **Action dépilatoire de l'essence éthyl.** « Archives of Dermatology and Syphilology », vol. 37; N° 1; janvier 1938.

Les auteurs rapportent une série d'expériences démontrant que la gazoline « Ethyl » appliquée sur la peau des animaux de laboratoire, produit une chute temporaire des poils et si l'expérience est un peu prolongée il y a mort. Il ne semble pas y avoir de cas semblables de rapporter chez les humains. Cependant, leur expérimentation a été faite à la suite d'un cas de pélade totale survenue chez un mécanicien âgé de 45 ans à la suite d'un travail de 3 jours dans de la vapeur de gazoline traitée au tétra-éthyl de plomb. La chute a commencé trois jours après ce travail pour être complété après 3 mois. Il n'a jamais présenté de symptômes d'empoisonnement par le plomb. Sa formule sanguine était bonne. Enfin, après une observation de 20 mois, son état général s'est toujours montré bon, mais il n'y a eu aucune repousse des cheveux.

Les auteurs suggèrent que des études plus poussées soient faites en rapport avec l'effet possible de la gazoline « Ethyl » sur certains cas de pélade et d'alopécie totale.

F.-L. BOULAIS.

LABORATOIRE

A. JACOBY, M. WISHENGRAD, J. KOOPMAN. — **Evaluation de la technique de fixation du complément dans la blennorrhagie.** « Am. Jour. Syph. Gon. and V.D. Janvier 1938, p. 32.

Les auteurs ont fait examiner dans deux laboratoires différents: département de la santé de New-York et Service de la santé publique des E.-U., à Stapelton, le sang de 760 patients. De ce nombre, 565 souffraient de blennorrhagie et étaient sous traitement, 195 se présentaient pour diagnostic sans manifestation clinique. Dans 620 cas, soit dans 81.6%, les résultats fournis par les deux laboratoires furent concordants; dans 18.4% des cas, il y eut désaccord.

Des 565 cas sous traitement, 530 présentaient des signes évidents d'infection au moment de l'examen. Chez ces derniers, le département de la santé a fourni 72.5% de réactions positives et 27.5% de réactions négatives. Par contre, le laboratoire du Service de la santé publique a donné 79.% de positivité et 21.% de négativité.

Des 35 cas sous observation, 63% ont donné des réactions positives dans les deux laboratoires.

Il semble donc que la réaction pratiquée au laboratoire du service de la santé publique, soit plus sensible que celle faite au laboratoire du département de la santé de New-York.

En comparant la localisation de la lésion et le taux des réactions positives, les auteurs ont obtenu des chiffres intéressants. L'urétrite antérieure donne une positivité de 69.4% et 73.% respectivement, selon les techniques; l'urétrite antérieure et postérieure donne 86.1% et 88.6%; la prostatite fournit 84.% et 86.4%; l'épididimyte et l'arthrite, presque 100%; les cas chroniques avec complications donnent 85.5% et 88.4%.

Les auteurs ont également étudié l'influence de la durée de la maladie sur le taux des résultats positifs. D'après leurs chiffres, plus on s'éloigne du début de l'infection plus le taux des résultats positifs est élevé. De 22% positifs après 2 semaines de maladie, le taux monte 38.8% après 3 à 6 mois.

Les 195 patients qui sont allés consulter pour diagnostic sans présenter de manifestations cliniques, ont donné 38.5% et 39.% de résultats positifs.

Les auteurs concluent, toutefois, que les réactions de fixation du complément pour la blennorrhagie telles que pratiquées présentement, n'ont pas de valeur pour établir le diagnostic.

A. BERTRAND.

SOCIÉTÉS

LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 1 février 1938

Tenue à l'Université de Montréal

Président: M. Léon Gérin-Lajoie

Les contusions du coeur: étude clinique et expérimentale

M. Mercier FAUTEUX

A propos d'une observation personnelle de contusion du cœur, M. Fauteux rappelle que si les traumatismes de cet organe sont le plus souvent les plaies par armes à feu ou par armes blanches il ne s'ensuit pas que les plaies non pénétrantes, les contusions du cœur soient des raretés. La vérité est que dans ces cas le diagnostic n'est pas fait, et comme l'évolution est habituellement favorable ces contusions passent inaperçues. Cependant, en examinant davantage les blessés de poitrine il serait relativement facile de mettre en évidence ces contusions qui donnent une symptomatologie spéciale et sont généralement confirmées par l'étude des courbes électrocardiographiques qui montrent un S-T normal et un T généralement abaissé au moins dans la première et deuxième dérivations.

M. Fauteux fait suivre ces considérations cliniques d'une étude expérimentale des contusions du cœur chez le chien. Il a opéré une série de chiens chez lesquels il a mis le cœur à découvert; puis il a contusionné le cœur par des coups redoublés portant tantôt sur le ventricule droit, tantôt sur le ventricule gauche. Ces traumatismes ont parfois déterminé, dans un court intervalle, de la fibrillation ventriculaire et la mort. Dans la plupart des autres cas, les chiens présentèrent de la tachycardie et des modifications des tracés portant surtout sur le QRS et le T.

Discussion:

M. A. DeGuise félicite M. Fauteux de sa communication extrêmement intéressante, d'autant plus qu'elle indique une orientation nouvelle chez nous vers la médecine expérimentale. Les électrocardiogrammes présentés rappellent ceux que Clerc et Stieffel ont obtenus chez le chien et le lapin par des injections intra-apexiennes de nitrate d'argent. M. DeGuise fait une réserve sur l'emploi de la quinidine en clinique humaine, malgré les résultats obtenus en médecine expérimentale.

M. Fauteux remercie M. DeGuise de ses bonnes paroles et dit qu'il est absolument de son avis qu'il ne faut point systématiquement déduire des faits expérimentaux des conclusions pouvant s'adapter de façon identique en pathologie humaine.

L'électro-radiologie dans les affections gynécologiques bénignes

J.-E. GENDREAU et Origène DUFRESNE

Jusqu'à ces dernières années, rappelle M. Dufresne en débutant, la Médecine et la Chirurgie se sont partagé les affections génitales, ne laissant à l'Electroradiologie que les cas devant lesquels elles restaient pratiquement impuissantes. Cependant ces trois disciplines de l'art de connaître et de guérir les maladies forment un trépied sur lequel doit reposer la Gynécologie à l'heure actuelle.

Pour faire bénéficier au maximum la Gynécologie de sa spécialité, l'électro-radiologiste ne doit pas être un simple technicien. Il doit être également 1° *bon médecin*: avoir assez de sens clinique pour pouvoir discerner les indications et les contre-indications des agents physiques dans les affections gynécologiques, et savoir assez d'anatomie pour appliquer ses traitements exactement là où il faut, et comment il faut; 2° *bon physicien*, connaissant bien la nature et le mode de production des diverses modalités physiothérapiques, pour faire fonctionner le matériel sans danger pour le malade; 3° *bon physio-*

logiste, familiarisé avec les actions des différents courants électriques, pour préciser dans chaque cas le procédé physiothérapeutique qui convient; 4° enfin *bon pathologiste,* i.e., savoir quelle conduite tenir devant un trouble fonctionnel, une lésion inflammatoire ou une tumeur bénigne particulièrement rebelle. Enfin, M. Dufresne passe rapidement en revue les affections gynécologiques bénignes, en indiquant le procédé physiothérapeutique qui convient à chacune.

Discussion:

M. A. Laquerrière rapporte que les courants continu et faradique étaient très employés autrefois en gynécologie; le courant continu dans l'atrésie du col utérin, et la faradisation, avec de merveilleux résultats, dans les hémorragies et particulièrement celles qui tenaient à la subinvolution utérine.

Rôle du rhino-pharynx dans les bronchites chroniques

Hervé LEGRAND

Cette communication a paru dans le numéro de février 1938 de l'*Union Médicale.*

Discussion:

M. Mignault souligne l'importance qu'il y a d'établir la nature tuberculeuse ou simplement inflammatoire de la rhino-pharingite et de la bronchite, la distinction étant aussi à faire chez tous les cracheurs de sang; les images radiologiques et les signes cliniques ne sont pas les mêmes. Au point de vue médico-social, on n'a pas le droit d'apposer l'étiquette et le stigmate de la tuberculose indifféremment à tous ces malades. En somme, chaque fois qu'un examen soigneux et prolongé n'a pas fait la preuve d'une lésion tuberculeuse, l'examen du rhino-pharynx devient non seulement utile mais nécessaire.

M. Bertrand recommande de respirer par le nez; il est d'avis que les troubles respiratoires commencent ordinairement chez le tout jeune enfant, dont le nez se bouche à toutes occasions. Il parle d'une méthode simple pour écraser avec le doigt les végétations adénoïdes et rétablir le courant respiratoire: celle dite du doigt providentiel. M. Letondal reconnaît les végétations adénoïdes comme les causes les plus fréquentes des rhino-bronchites, et dit que leur ablation précoce obtient les meilleurs résultats chez les petits enfants.

M. Legrand est du même avis que M. Letondal quant à l'âge de l'ablation des adénoïdes, car elles sont une menace constante pour l'oreille.

G. A. SEGUIN
Secrétaire

SOCIETE DE GASTRO-ENTEROLOGIE DE MONTREAL

Séance du 31 janvier 1938

Tenue au Cercle Universitaire

Président: M. J.-A. Mousseau.

Travaux scientifiques :

Les signes radiologiques du mucocèle appendiculaire

M. Albert JUTRAS

Ce travail paraît dans le présent numéro de l'*Union Médicale.*

Discussion:

M. MOUSSEAU rappelle qu'il a publié dans *l'Union Médicale du Canada* en 1935, une observation de gros mucocèle appendiculaire opéré par le Prof. B.-G. Bourgeois.

M. JUTRAS démontre dans les radiographies du patient de M. Mousseau plusieurs des signes qu'il vient de décrire, en particulier le refoulement du cœco-ascendant, l'absence d'opacification de l'appendice et le liséré de calcium à la limite inféro-externe de la masse.

M. DESROSIERS met en doute les indications opératoires. Si l'on peut faire le radiodiagnostic du mucocèle appendiculaire, c'est-à-dire d'une tumeur sans malignité, ne vaudrait-il pas mieux s'abstenir d'une intervention qui pourrait causer la mort comme dans le cas rapporté.

M. JUTRAS répond que le mucocèle, à cause de sa progression constante, impose un jour ou l'autre l'exérèse; le fait que son malade soit mort de péritonite est purement accidentel et n'affecte en rien le principe.

Réactions douloureuses du plexus solaire vis-à-vis l'infection et les intoxications

M. J.-A. MOUSSEAU

Ce travail paraît dans le présent numéro de l'*Union Médicale*.

Discussion:

M. JEAN LESAGE n'aurait pas abandonné le diagnostic de tabes gastrique même devant l'amélioration causée par la suppression des médicaments opiacés et antisyphilitiques. L'opium et ses dérivés sont peu efficaces contre les douleurs du tabes et spécialement contre la gastro-radiculite. Il préfère l'atropine à hautes doses et par voie endoveineuse. Les interventions chirurgicales sur l'abdomen exacerbent les algies tabétiques. A l'appui des précédentes assertions, M. LeSage résume les observations de deux malades dont l'histoire se compare en certains points au cas de M. Mousseau.

M. JUTRAS, prié de donner son avis sur les radiographies du malade de M. Mousseau, constate qu'il s'agit d'une atonie gastrique de moyenne importance avec *genu superius* haut fixé, expliquant ainsi les difficultés du travail d'évacuation et dans une certaine mesure la plexalgie cœliaque. Il faut faire des réserves sur la région pylorique mal représentée sur les clichés en main. L'amélioration de l'image radiologique après traitement est due au retour de la tonicité.

M. SMITH ne croit pas à une simple intoxication nerveuse chez le patient en question, mais plutôt à une lésion organique. Si l'on reprend l'histoire depuis le début, on y distingue des périodes alternées de douleur et d'accalmie. Une hématémèse a eu lieu. La région pylorique, d'après les commentaires radiologiques de M. Jutras, paraît suspecte. On n'a pas recherché le sang dans les selles. Jusqu'à preuve du contraire, M. Smith pose le diagnostic spéculatif d'ulcus pyloro-duodénal.

M. LEFRANÇOIS s'informe s'il y a eu cholécystographie et quels en ont été les résultats.

M. MOUSSEAU répond à cette dernière question que la cholécystographie n'a pas été pratiquée à cause du trop mauvais état général dans les première périodes d'hospitalisation, à cause de l'amélioration très rapide dans le dernier stage. A M. Smith, il fait remarquer qu'il n'y a pas eu véritable vomissement de sang comme on les observe dans l'ulcus et en particulier dans l'ulcère syphilitique, qui produit des hémorragies très abondantes.

M. Albert LeSAGE souligne à son tour les bons effets de l'atropine dans les algies syphilitiques.

M. MOUSSEAU acquiesce à la remarque, mais rappelle que cette médication n'a produit aucun soulagement chez le sujet en cause.

Cancer ulcéré de la petite courbure gastrique; gastrectomie sub-totale; guérison opératoire

M. Mercier FAUTEUX

L'observation rapportée concerne un malade de 52 ans qui jusqu'en septembre dernier ne s'était jamais plaint de troubles gastro-intestinaux. A cette période il est pris soudainement d'une hématémèse assez profuse et de douleurs gastriques qui ne le laissent pas depuis. Ces douleurs apparaissent immédiatement après avoir mangé et s'accompagnent de dégoût pour les viandes et la plupart des aliments.

Vu par son médecin de famille le 14 octobre 1937, un diagnostic d'ulcère gastrique est porté; une médication et un régime contre l'ulcère sont prescrits. Malgré cette thérapeutique, le malade ne s'améliore pas, et c'est alors qu'il entre à l'Hôpital Saint-Luc (22 oct.) sous les soins de M. le Dr Jean LeSage. Celui-ci procède à un examen clinique minutieux et à un examen gastroscopique.

Des examens radiologiques faits par le Dr Albert Jutras, le 14 déc., démontrent: *a*) une image en ménisque le long de la petite courbure, dans la région angulaire; *b*) un ré-

trécissement annulaire de la région prépylorique avec lacune en plateau sur la grande courbure; *c*) la béance du pylore; *d*) l'arrêt du péristaltisme dans toute la région mentionnée.

Le malade est opéré le 30 décembre 1937. L'exploration de l'estomac décèle une rigidité de la petite courbure et des signes inflammatoires. L'estomac est libre, facilement mobilisable. Au niveau du pylore, deux à trois petits ganglions. Aucune autre réaction lymphatique de voisinage. Le foie apparaît, par ailleurs, normal. En présence de ces lésions, une gastrectomie sub-totale est pratiquée avec anastomose gastro-intestinale selon le procédé de Billroth II. Fermeture de la paroi avec drainage de la région duodéno-vésiculaire. Suites opératoires normales. Le malade quitte l'hôpital en pleine convalescence la 12ième journée après l'intervention.

L'examen histologique révèle un ulcus dont la base est constituée d'une prolifération de grandes cellules épithéliales basophiles à noyaux hyper-chromatiques dont plusieurs sont en voie de mitose. Ces cellules s'arrangent en forme de glandes atypiques qui infiltrent la paroi de l'estomac jusqu'à la séreuse.

En présentant cette observation, le rapporteur veut illustrer l'importance de ne pas différer l'intervention dans les cas douteux d'ulcère ou de cancer gastrique surtout lorsqu'il s'agit de malades ayant atteints un certain âge et n'ayant pas de passé gastrique. Par ailleurs, il insiste sur la nécessité de faire dans ces cas des gastrectomies qui seules laissent espérer des résultats durables.

Discussion:

M. SMITH insiste pour que les termes GUERISON OPERATOIRE employés dans le titre de la communication soit bien définis. Ils expriment un bon résultat immédiat. Pour parler de guérison véritable, il faut un délai de 5 ans et davantage.

M. DUBE, comme médecin, remercie le rapporteur qui, bien que chirurgien, montre à la fois les bienfaits et les difficultés des interventions sur les estomacs cancéreux. Il cite deux exemples où la gastrectomie pratiquée pour ulcus a été suivie de généralisation néoplasique, respectivement à 12 et à 15 mois d'intervalle.

M. SIMARD soutient que si la mortalité par cancer s'accentue, il faut en chercher la raison dans le fait que les patients sont soumis trop tard à un examen compétent. La lutte anticancéreuse dans notre pays reste à l'état embryonnaire; elle devrait tout de même s'imposer à nos législateurs, sociologues et médecins avec la même urgence qu'autrefois la lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes, l'alcoolisme, les maladies contagieuses et les psychopathies. Une telle campagne doit s'édifier sur des bases larges et solides. La nécessité la plus pressante semble l'instruction des praticiens sous forme de cours spéciaux. M. Simard discute aussi les difficultés du diagnostic précoce même pour l'histo-pathologiste. Il n'y a pas à s'étonner si le chirurgien, au moment de l'opération, confond ulcus et cancer puisque même avec l'aide du microscope, on ne parvient pas toujours sans peine à la différentiation. La technique de fixation et de coloration ne souffre point de faute et il faut une grande expérience du microscope pour éviter l'erreur.

M. JEAN LESAGE récapitule brièvement l'histoire du malade qui fut d'abord le sien avant de passer aux mains du rapporteur. Il note en particulier que si l'indication opératoire a un peu tardé c'est que, d'une part, la réaction de Bordet-Wassermann s'étant montrée fortement positive, on avait cru devoir tenter le traitement antispécifique et que, d'autre part, les signes radiologiques paraissaient indécis. L'examen radiologique repris plus tard par M. Jutras et corroboré par une gastroscopie leva les doutes sur la nature des lésions.

M. JUTRAS montre les radiographies en question et explique sur quelles données il a posé le diagnostic. Le signe du ménisque décrit par Carman est propre au cancer. La rigidité des parois, le rétrécissement annulaire prépylorique et l'incontinence du pylore com-

plétaient le tableau. M. Jutras rappelle qu'il a publié avec A. Cantéro, l'observation d'une femme chez laquelle on avait d'abord posé le diagnostic d'ulcus de la petite courbure et qui revint 15 mois plus tard avec l'évidence d'un cancer.

Dans l'intervalle, des contrôles périodiques avaient été recommandés mais, se sentant beaucoup mieux, la patiente les avait toujours refusés.

M. FAUTEUX s'appuyant sur son observation et sur celle de Jutras et Cantéro revient à la charge et insiste pour que toute lésion de la petite courbure qui dans un temps court, c'est-à-dire environ un mois, ne fait pas la preuve de sa bénignité par les moyens cliniques et visuels, doit être soumis sans retard à l'opération. Quoiqu'on en dise, la gastrectomie sub-totale n'est pas grave si on l'entoure des soins pré et post-opératoires convenables et si l'on procède avec une technique impeccable.

Le Secrétaire:
Albert JUTRAS.

ASSEMBLEE SCIENTIFIQUE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

Séance du 10 février 1938

Présidence de L.-H. Gariépy

Cas intéressant de goitre toxique

M. C.-E. GRIGNON

A. L., 21 ans.

Admis le 10 juin 1937 dans le service de médecine.

Se présente pour amaigrissement, tremblements, névrosisme, exophtalmie, palpitations, augmentation de volume du cou avec dysphagie. Le début semble avoir été assez brusque et remonte à environ 2 mois.

Antécédents familiaux.

Né et habite une région goitrigène.

Plusieurs frères et sœurs porteurs de goitre apparemment non toxique.

Examen négatif excepté pour les particularités suivantes.

Cœur légèrement hypertrophié. Tachycardie 120, insuffisante mitrale.

Thyroïde. Augmentation considérable de volume surtout du lobe droit. Pas de nobules perceptibles.

Yeux. Exophtalmie considérable;

Tremblements des extrémités, transpiration, bouffées de chaleur, exagération des réflexes ostéo-tendineux.

Métabolisme basal le 12 juin 1937 + 103%. Poids 107 livres.

Traitement.

1° Lugol 5 gouttes 8 fois par jour.

2° Gardenal 0 gr .01 8 fois par jour.

3° Régime: Protides 50, Lipides 40 à 60, Glucides 400 à 600 grammes.

4° Digitaline, repos absolu.

Sous l'effet de ce traitement les symptômes généraux s'amendent rapidement. Le métabolisme basal est devenu le 22 juin + 50%. Poids 99 livres.

Le 29 juin + 26%. Poids 100¼ livres.

Nous recommandons une thyroïdectomie sub-totale. Le malade est transféré en chirurgie le 5 juillet, où l'on continue le même traitement médical. Le 31 juillet, on pratique une *ligature des thyroïdiennes supérieures* à l'anesthésie locale. Il se produit une crise thyroïdienne assez forte qui a duré 5 à 7 jours. Le malade n'est nullement amélioré bien au contraire; le métabolisme est devenu le 26 juillet + 49%, poids 102¾ livres; le 20 août + 62%. Poids 114 livres.

Des symptômes de myxœdème sont apparus; le malade est toujours gelé, s'endort constamment et s'empâte considérablement.

Le 25 août une hémithyroïdectomie droite est pratiquée au cyclo-propane; l'état du malade est devenu franchement mauvais. Crise thyroïdienne post-opératoire pas plus intense que celle qui a suivi la ligature. Puis le malade s'améliore; le métabolisme devient:

le 11 septembre + 47%. Poids 116 livres.
le 13 octobre + 45%. Poids 128 livres.

Congé temporaire le 13 octobre 1937.

Le malade est réadmis le 33 novembre pour subir l'intervention sur le lobe gauche. Son état général s'est aggravé considérablement; le lobe thyroïdien gauche s'est considérablement hypertrophié depuis l'hémithyroïdectomie droite.

Métabolisme basal le 6 novembre + 88%. Poids 124 livres.

Même traitement médical que décrit précédemment.

Métabolisme basal le 26 novembre + 75%. Poids 125 livres.

Devant le mauvais état du malade et pour gagner du temps nous suggérons un traitement radiothérapique sur la glande thyroïdienne.

Novembre 10, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20 500 R.
Déc. 13, 14, 15, 17. 500 R.

Radiothérapie cessée le 17 décembre.

Résultat.

26 novembre	M.B.	+ 75%	Poids	125	livres.
4 décembre	"	+ 65%	"	126	"
13 décembre	"	+ 48%	"	130	"
21 décembre	"	+ 43%	"	132½	"
29 décembre	"	+ 26%	"	135	"
10 janvier	"	+ 23%	"	139	"
19 janvier	"	+ 28%	"	141	"
27 janvier	"	+ 7%	"	143	"

L'état général est franchement amélioré, l'aspect du malade est celui d'un myœdémateux porteur d'une exophtalmie résiduelle, le lobe gauche de la thyroïde est à peine perceptible. Allons-nous maintenant conseiller tout de même une intervention pour prévenir les récidives?

Cette observation nous fait tirer les conclusions suivantes.

1° Le peu d'utilité et parfois le danger des ligatures thyroïdiennes.

2° L'indication d'une thyroïdectomie subtotale si possible au lieu d'une hémithyroïdectomie.

3° L'indication de pratiquer aussi précocement que possible le deuxième temps si l'on a pratiqué une hémithyroïdectomie à cause de la reprise des symptômes et de l'hypertrophie souvent précoce et accentuée du lobe restant.

4° L'efficacité souvent remarquable de la radiothérapie dans les hyperplasies diffuses de la thyroïde.

5° La cœxistence de signes du myxœdème et de toxicité thyroïdienne.

6° L'amélioration qui progresse même après la cessation de la radiothérapie.

Discussion:

JULES BRAULT: Qu'est-ce que vous voulez dire exactement dans votre remarque sur le peu d'utilité et quelquefois le danger des ligatures des artères thyroïdiennes?

U. GARIEPY: J'ai traité ce malade en collaboration avec le Dr Grignon. Devant son état toxique intense, j'ai cru bon de faire la ligature des artères thyroïdiennes, convaincu d'avance que le résultat ne serait pas très favorable, mais je craignais la mort du malade. Chez Mayo, l'on ne fait plus de ligatures, l'on donne le Lugol à très haute dose.

J'adopte bien les conclusions du Dr Grignon, cependant je me demande ce qu'il faut faire dans ces cas.

Il est évident qu'ici, la radiothérapie a fait merveille, mais on ne doit pas conclure d'un seul cas.

BLAGDON: L'action de la radiothérapie est certaine dans ce cas, mais je suis étonné par le petit nombre de séances qui ont été données.

Il y aura probablement récidive, quoiqu'il soit possible qu'elle soit prévenue par le traitement médical. Si elle survenait, je pense que la conduite à suivre consisterait dans le traitement médical associé à la radiothérapie. Il y a grand danger que dans une deuxième intervention chirurgicale, l'on ne puisse pas enlever toute la glande. En définitive mieux vaut faire les deux côtés à la fois, lorsqu'on a décidé l'opportunité d'une intervention. L'emploi de la ligature doit certainement être rejeté.

Quant au myxœdème, ne pourrait-on pas trouver une autre cause, d'origine infectieuse

par exemple ou peut-être glandulaire en dehors de la thyroïde, la pituitaire, etc.

Au point de vue du traitement radiothérapique le Dr Laquerrière pourrait-il répondre?

AMYOT: Comment expliquer la cœxistence du myxœdème avec l'exagération du M.B. et des signes d'hyperthyroïdie.

L. H. GARIEPY: Le Dr Grignon semble avoir basé son diagnostic sur le Métabolisme Basal, est-ce qu'il croit que le laboratoire doit passer avant la clinique?

LAQUERRIERE: Le cas n'a rien d'extraordinaire. Ce malade a reçu 300 R sur chaque côté, ce qui est une assez forte dose. Il y a nombre de cas semblables déjà publiés. Peut-être la ligature des artères thyroïdiennes aurait-elle favorisé l'action de la radiothérapie?

BLAGDON: Il y a longtemps déjà que j'ai abandonné la ligature des artères thyroïdiennes.

U. GARIEPY: Chez ce malade, une intervention plus sérieuse eut été fatale. C'est à cause des circonstances, que j'ai été forcé de faire la ligature des artères thyroïdiennes. Quel traitement aurait-il donc fallu faire?

Dans certains cas spéciaux, c'est, je pense, une opération mineure qui ne doit pas être rejetée. La réaction qui a suivi la ligature n'a certes pas été plus importante que celle qui a suivi l'hémithyroïdectomie.

ROLLAND: Comment le Dr Grignon traite-t-il le myxœdème de son malade?

GRIGNON: On peut dire que la ligature des artères thyroïdiennes comme opération doit être complètement abandonnée; non pas, bien entendu, qu'elle doive être abandonnée comme temps opératoire.

Au Dr Gariépy: Puisque le M. B., sous l'influence du Lugol, avait beaucoup baissé, on pouvait conclure qu'il s'agissait d'un des cas favorables à l'intervention; et il faut dans ces cas tenter une opération majeure. Tandis que dans les cas où le Lugol n'a pas d'action, il faut tenter la radiothérapie.

Le Docteur Blagdon est saisi du petit nombre de séances radiothérapiques administrées au malade, c'est aussi ce qui m'a incité à rapporter l'observation.

En examinant mon malade, avant la séance, j'ai constaté l'existence d'un petit noyau au niveau du lobe gauche. Je le ferais opérer, parce que ce petit noyau ne réagirait pas aux R. X.

Au Dr Amyot: La cœxistence du M. B. avec le myxœdème? Une glande peut sécréter des hormones en très grande quantité et les cellules périphériques n'être pas réceptives. Nous en avons un exemple dans les cas de myxœdème circonscrits.

Au Dr L. H. Gariépy: Dans la question du goitre, le laboratoire a toujours la préséance.

Au Dr Laquerrière: Il ne faut pas irradier tous les cas de goitre. La radiothérapie doit être évitée dans les goitres nadulaires, et employée dans les hyperplasies diffuses.

Au Dr Rolland: Le malade n'a encore eu aucun traitement contre son myxœdème, il serait dangereux de donner des extraits thyroïdiens à un malade qui a fait récemment des accidents graves d'hyperthyroïdie.

Séro-diagnostic positif dans un cas d'abcès pulmonaire non putride

M. Georges HÉBERT

A la suite d'avulsion d'une dent de sagesse, Mademoiselle M. S. G., 27 ans, fait un phlegmon du cou. Ce phlegmon est traité chirurgicalement et la patiente guérit. Six jours après son départ de l'hôpital, elle présente en fin d'après-midi, un frisson avec température à 102° F. Le matin suivant, pas de temrature, mais dans l'après-midi, mêmes symptômes que la veille. Il en est ainsi pendant une dizaine de jours et nous faisons réadmettre la patiente à l'hôpital sous observation.

L'examen objectif est totalement négatif sauf une rate percutable sur 5 centimètres et un pouls qui n'augmente pas constamment en rapport avec la température.

Rien de particulier dans les antécédents de cette malade. De plus, elle n'a jamais été vaccinée contre la thyphoïde.

L'hémoculture est négatif.

Le Séro-diagnostic, demandé par acquis de conscience revient positif à notre grande surprises: Antigène O $-\frac{1}{160}-$ H $-\frac{1}{160}-$ pour l'Eberth. (Méthode de Welch et Stuart).

1er contrôle fait le lendemain, donne exactement la même positivité.

2e contrôle huit jours plus tard, revient avec les chiffres suivants:

Antigène O $-\frac{1}{160}-$ H $\frac{1}{80}-$

Les signes cliniques n'évoluent pas dans le sens de la typhoïde et la température continuant à osciller je fais faire un séro-diagnostic par la méthode de Widal. — Il est négatif.

Quatre jours plus tard un dernier échantillon de sang est expédié au Laboratoire Provincial pour séro-diagnostic. Le rapport revient négatif.

A ce moment c'est-à-dire après un mois de température oscillante, la patiente commence à présenter une petite toux sèche, elle ressent un point au niveau du 3e espace intercostal droit. L'auscultation permet de saisir quelques râles fins à l'inspiration profonde. La radiographie montre une image de condensation à ce niveau. Quelques jours après la malade se met à expectorer abondamment, les signes cliniques d'abcès pulmonaire se précisent ainsi que l'image radiologique. Le diagnostic ne fait plus aucun doute.

L'évolution est très favorable, l'abcès ne passe pas à la putridité, il guérit spontanément.

Chose assez curieuse cependant, il se fait au niveau de la zone hilaire gauche une zone de condensation analogue à celle que représentait le premier cliché radiographique mais qui n'évolue pas vers l'abcès.

La patiente quitte l'hôpital guérie.

L'intérêt de cette communication réside 1° dans la discussion que peut soulever la positivité du séro-diagnostic dans ce cas. 2° dans l'évolution clinique particulière de cet abcès qui ne se manifeste qu'avec une extrême lenteur et qui ne pose pas à la putridité.

Discussion:

A. BERTRAND: Il semble y avoir contradiction entre la clinique et le laboratoire. On a trouvé deux séro-diagnostics positifs à l'Antigène O et H au taux de 1/160. Ce résultat surprit le Docteur Hébert qui demanda ailleurs des contrôles qui furent négatifs.

Lorsqu'il s'agit d'interpréter des Séro-diagnostics, la question est souvent très délicate. Autrefois, avec la technique de Widal, il arrivait souvent que les résultats ne concordaient pas avec la clinique. Ceci était dû au fait que dans la technique de Widal les émulsions microbiennes sont traitées au formol qui a la propriété de coller les flagelles, d'où impossibilité d'action des agglutines O. Aujourd'hui, grâce aux techniques nouvelles, on dédouble les antigènes en antigènes O et H. pour le bacille d'Eberth, et l'on sait qu'il existe pour le para B, trois antigènes somatiques et trois antigènes flagelles. Nous avons procédé avec les antigènes O et H selon la méthode de Welch et Stuart.

J'ignore quelle technique le Laboratoire Provincial a suivie, elle n'est pas indiquée sur leur rapport. La divergence pourrait s'expliquer par le choix d'un antigène ne correspondant pas aux caractères des germes en cause.

Qu'est-ce qui peut donner un séro-diagnostic positif chez cette malade? Elle n'a pas été vaccinée, elle ne faisait pas de fièvre typhoïde. Il reste une typhoïde antérieure passée inaperçue qui aurait laissé dans le sang de le malade des agglutines susceptibles de se réveiller au cours d'une autre infection.

U. GARIEPY: Le diagnostic d'abcès est très osé étant donné qu'il n'y a pas eu de putridité. Je me demande si on n'a pas eu affaire à une dilatation bronchique n'ayant pas évolué vers l'abcès.

RICARD: Quelle a été la durée de l'abcès pulmonaire?

Quelle a été la nature des bacilles dans les crachats?

Y a-t-il eu un Lipiodol dans ce cas?

GERIN-LAJOIE: au Dr Bertrand. Le Séro-diagnostic peut être positif chez un ancien typhique pendant combien de temps?

GRIGNON: Le Docteur Hébert, dans ses remarques, trouve que l'abcès pulmonaire de sa malade s'est manifesté avec une lenteur particulière. J'ai vu un malade qui a présenté une température oscillante pendant six semaines avant de présenter les signes pulmonaires d'abcès putride.

Quelle ligne de conduite le Docteur Hébert préconise-t-il dans le traitement des abcès pulmonaires. Préconise-t-il la bronchoscopie? Et après combien de temps? Le Pneumothorax? La chirurgie?

G. HEBERT: La méthode employée au Laboratoire Provincial est la méthode de Dreyer's. C'est une méthode qui utilise une émulsion de microbes morts qui se lit microscopiquement au moyen de petits tubes spéciaux. C'est une méthode de floculation et elle possède, ainsi que la méthode de Welch et Stuart, les antigènes O et H.

La patiente n'a pas eu de fièvre typhoïde antérieure à sa connaissance. Si elle en avait eu, il aurait fallu que ce fut dans son très jeune âge, et dans ce cas il est très possible que son séro-diagnostic serait quand même négatif, puisqu'elle a actuellement 27 ans.

Au Dr Gariépy: Le diagnostic d'abcès pulmonaire est indiscutable, si on examine les radiographies. Il y a en effet une image très nette d'abcès avec niveau liquide et l'évolution montre que cet abcès a laissé une coque scléreuse des plus typiques. L'abcès pulmonaire non putride est une affection connue et il y en a plusieurs cas rapportés dans la littérature.

Au Dr Ricard: La durée de l'abcès? Je n'ai pas fait le diagnostic d'abcès au début, puisqu'il n'y avait aucun symptôme pulmonaire, ce n'est qu'au bout de cinq semaines que le diagnostic exact fut posé. L'évolution à partir de ce moment a duré un mois.

Je n'ai pas identifié la nature des bacilles, j'ai recherché à plusieurs reprises le bacille de Koch et ne l'ai pas trouvé. Comme il s'agissait d'une patiente privée, je n'ai pu multiplier davantage les examens. Pour la même raison, je n'ai pas fait faire le Lipiodol, d'ailleurs la radiographie simple était parfaitement démonstrative.

Au Dr Grignon: Le traitement que nous avons fait chez notre malade, a été d'abord le sulfanilamide, puis la Septicémine et enfin le chlorhydrate d'émétine. C'est au cours de ce dernier traitement que la guérison s'est produite, mais je suis loin de penser que c'est à cause de ce traitement que l'abcès a guéri.

Dans l'abcès pulmonaire non putride, je ne crois pas qu'on doive faire de bronchoscopie. --Quant aux abcès putrides, certains abcès sont justifiables du pneumothorax, d'autres de la chirurgie.

Leucémie myéloïde chez un ouvrier manipulant du Naphtol

M. René ROLLAND

Cette communication paraît comme article original dans le présent numéro de *L'Union Médicale,* page 262.

Discussion:

BERNIER: Une correction devrait être faite dans le diagnostic, l'on devrait dire «Leucémie aleucémique».

Le naphtol peut-il produire une leucémie myéloïde?

BERTRAND: On pourrait classer ce cas dans les leucémies aiguës. La maladie a évolué rapidement et dans ces cas les leucémies ont un caractère de leucémie myéloïde avec des cellules souches que d'ailleurs nous avons trouvées dans ce cas.

Harris et Rosenthall ont trouvé que sur 450 cas de leucémies, 33% étaient du type aigu.

Nægeli a fait des constatations à peu près identiques.

SIMARD: Dans les antécédents, un frère est mort de leucémie aiguë. Les renseignements viennent-ils du malade lui-même?

BLAGDON: Y a-t-il beaucoup de cas d'intoxication par le naphtol donnant des leucémies aiguës?

Le Docteur Rolland dit que c'est jouer sur les mots que de dire Naphtol et Benzol, parce que le Naphtol est un dérivé du Benzol. Il existe bien des dérivés de certains produits chimiques infiniment moins toxiques que le produit dont ils dérivent ainsi la novocaïne par rapport à la cocaïne. On devrait examiner les ouvriers qui travaillent dans les manufactures de caoutchouc.

ROLLAND: Nous avons vu le malade à une période terminale. Or à cette période il arrive fréquemment qu'il y ait de l'agranulocytose. Même réponse au Docteur Bertrand, je veux bien dire leucémie aiguë, mais à la période terminale.

Au Dr Simard: Le malade nous a dit que son frère était mort de leucémie aiguë. Lorsque nous avons prononcé devant notre malade le diagnostic de leucémie, il nous a dit: « Je suis fini, mon frère est mort de leucémie aiguë. »

J'ai causé avec les médecins de la région où se trouve la manufacture de caoutchouc à l'emploi de laquelle était notre malade. Ils m'ont répondu que de nombreux ouvriers de cette manufacture avaient des maladies du sang et que d'autres souffraient de pneumokoniose. Dans cette manufacture en effet, où l'on fait des bandes pour freins, il y a deux sections, l'une où l'on traite le coton et l'autre où l'on fait le caoutchouc. Les ouvriers qui travaillent dans la première section souffrent de pneumokiniose, les autres de maladie du sang.

Au Dr Blagdon: Il y a quelques cas rapportés dans la littérature médicale américaine de 1935 dans trois articles, d'intoxication par le Naphtol. Le rapport est un dérivé de la chaîne du Benzol, mais il n'est pas reconnu par la Commission des accidents du travail.

BERNIER: La formule de Benzol est C^6 H^6, celle du Naphtol est C^{10} H^8; il s'agit d'hydrocarbures dérivés du goudron de houille. Il faudrait savoir, si dans la manufacture en question, le Naphtol est bien pur.

H. GELINAS: La commission des accidents du travail reconnaît les accidents par le Benzol, quoiqu'il ne soit plus employé. A l'heure actuelle, c'est le Napthol qui est presque exclusivement employé.

U. GARIEPY: Les Sociétés savantes devraient dans ce cas faire un vœu pour que les intoxications par le Naphtol soient aussi reconnues, car en définitive ce sont les ouvriers qui écopent.

Indications et contre-indications du PNX en cure libre

M. Jules PRÉVOST

L'hospitalisation en Sanatorium de tous les tuberculeux constitue la plus précieuse sauvegarde pour la santé publique. D'un autre côté un très grand nombre refusent à s'arracher à leur famille ou s'obstinent à travailler jusqu'à l'épuisement. Pour ces malades qui ne peuvent ou qui ne veulent être hospitalisés en Sanatorium, le PNX artificiel peut être adjoint avec profit à la cure de repos. Il ne faut pas considérer l'absorption de potions, cachets ou sirops comme l'unique traitement de la T. B. à domicile. Il va de soi qu'avant d'instituer cette collapsothérapie, il faut s'informer de la condition sociale du malade et des possibilités de mener, chez lui, l'existence sanatoriale, du moins dans ses grandes lignes. Il arrive très souvent que des T. B. assurés de ne pas s'éloigner de leur milieu, acceptent le PNX sans différer.

Indications.

1) Pleurésis séro-fibrineuses — si le liquide se résorbe lentement ou s'il y a un foyer congestif sous-jacent.

2) Formes fibro-caséeuses — à poussées évolutives, à tendances hémoptoïtiques ou caséeuses.

3) Formes pneumoniques — elles guérissent souvent par résorption mais le PNX précoce conserve son indication.

4) Formes ulcéreuses extensives localisées.

5) Formes quasi-muettes, à localisation inter-cléido-hilaire, avec poussées évolutives.

6) Hémoptysies.

7) Pneumo-spontané — à moins de persistance de la fistule pulmonaire.

8) Plaies pénétrantes thoraciques.

9) Abcès pulmonaire bien circonscrit avec drainage bronchique assuré.

10) Dilatation bronchique unilatérale au tout début, i. e. avant l'organisation définitive de la sclérose péri-bronchique.

Contre indications:

a) Tuberculose instestinale constituée.

b) Alcoolisme.

c) Insuffisance cardiaque.

d) Sclérose-pulmonaire étendue et emphysème.

e) T. B. généralisée.

f) Névrose du type hyperémotif.

Conclusions

Les résultats obtenus par le P N X en cure libre ne sont peut-être pas aussi satisfaisants que ceux obtenus en milieu sanatorial mais cela est dû au fait que nous opérons dans de moins bonnes conditions. D'autre part, en tarissant l'expectoration et en permettant de reprendre le travail plus précocement, le P N X, pour une certaine catégorie de malades, a une portée sociale importante.

Discussion:

C. E. GRIGNON: Dans la dilatation bronchique unilatérale, au début, pourquoi ne fait-on pas un Lipiodol plutôt que le pneumothorax.

Dans l'abcès pulmonaire avec drainage bronchique assuré, quels moyens avons-nous à notre disposition avant le pneumothorax pour savoir que l'abcès va drainer le pneumothorax.

Dans les abcès pulmonaires corticaux le pneumothorax est-il indiqué?

GEO. HEBERT: Après combien de séjour de liquide dans la plèvre le Docteur Prévost institue-t-il son pneumothorax?

JULES PREVOST: Dans la dilatation bronchique unilatérale, il faut toujours faire un Lipiodol 1° pour confirmer le diagnostic et 2° dans le but thérapeutique.

J'ai eu quelques cas favorables.

Il n'y a pas de moyen pour savoir si l'abcès va drainer, mais le pneumothorax est indiqué pour comprimer un abcès qui draine déjà.

Dans les abcès corticaux, il y a contre-indication du pneumothorax.

Au Dr Hébert: Chez un malade où il existe une lésion parenchymateuse douteuse, on institue le pneumothorax le plus tôt possible, dans les 8 premiers jours après l'apparition du liquide. Si l'on n'est pas certain d'une lésion sous-jacente, on attendra deux à trois semaines et l'on tentera le pneumothorax de façon à éviter la formation d'adhérences qui empêcherait un pneumothorax ultérieur.

Tuberculose vs épithélioma du sein

MM. A. BELLEROSE et C.-E. PELOQUIN

Cette communication paraît comme article original dans le présent numéro de *L'Union Médicale*, page 253.

Discussion:

LAQUERRIERE: Ce n'est pas un signe pathognomonique de tuberculose que d'avoir des images floues; nous les retrouvons dans la coqueluche, la broncho-pneumonie, la rougeole, etc. Il y a une image floue chez les cardiaques. Mais il faut se rappeler que sur des séquelles de primo-infection, s'il s'y ajoute une image floue on a beaucoup de chances pour qu'il s'agisse de tuberculose.

MARIN: 1° Pourquoi une biopsie n'a-t-elle pas été faite avant l'intervention ou encore une ponction exploratrice.

2° La mamectomie est-elle le traitement de choix de la tuberculose mammaire.

RICARD: Il existe actuellement une méthode anatomo-pathologique pour diagnostic rapide, « l'ultrapak » en beaucoup moins que 12 minutes .

GERIN-LAJOIE: Y a-t-il plus de tuberculose mammaire chez les jeunes filles que chez les femmes mariées?

BLAGDON: Ne serait-il pas plus sage d'enlever tout le sein?

SIMARD: L'ultrapak est une méthode rapide, il est vrai, mais qui demande une certaine habitude; elle n'est guère plus sûre, à mon sens, que la congélation. D'ailleurs nous n'avons pas l'appareil, qui coûte assez cher. Dans les circonstances, le diagnostic ne s'imposait pas, et il valait mieux prendre un peu plus de temps.

C'est le deuxième cas de tuberculose mammaire que nous avons eu à Notre-Dame.

Le diagnostic clinique de tumeur mammaire est souvent difficile et souvent trompeur. En présence d'une tumeur du sein, les chirurgiens se divisent en trois groupes: les uns font un mamectomie totale avec curage de l'aisselle; d'autres font une petite biopsie dans la tumeur; d'autres enfin font une exérèse assez large de la tumeur, sans enlever le sein et font examiner la pièce. La première méthode est mauvaise, car on fait parfois subir à la malade une mutilation inutile pour mastite chronique ou adénome; la deuxième nécessite une deuxième intervention s'il s'agit d'un adénome. Je crois que la troisième est la plus logique: car s'il s'agit d'une lésion bénigne point n'est besoin d'intervenir de nouveau.

La chirurgie mammaire doit s'appuyer constamment sur l'anatomie pathologique qui pose un diagnostic certain et oriente la conduite du chirurgien.

JULES PREVOST: Dans les conclusions nous lisons que cette mammite tuberculeuse du sein est secondaire à une tuberculose pulmonaire qu'on était loin de soupçonner.

Cette malade n'a pas été radiographiée avant l'opération.

Vraisemblablement, il s'agit d'une tuberculose pulmonaire secondaire à cette mammite tuberculeuse et non vice-versa.

BELLEROSE: Le Docteur Simard a justement émis mon opinion sur la conduite à tenir au point de vue du chirurgien. Dans notre cas, la turberculose non avancée a permis une intervention conservatrice. Nous avons préféré ne pas faire de biopsie parce que nous craignions le néo. Le néo en effet donne de la douleur et nous savons qu'il se développe souvent avec grande rapidité chez la femme enceinte. Si l'on fait une biopsie dans ces cas, il faut faire deux interventions, de plus, s'il s'agit d'épithélioma, il y a danger de métastase.

La tuberculose pulmonaire est-elle secondaire? Non, il y avait des lésions anciennes. La lésion pulmonaire évolutive a précédé la tuberculose mammaire, parce que des glanglions tuberculeux douloureux sont apparus dans l'aisselle, avant la lésion du sein puis sont disparus; ainsi la tuberculose semble avoir envahi le sein en passant par l'aisselle. Nous aurions demandé un examen pulmonaire préparatoire, si nous avions pensé à la tuberculose mammaire.

Au point de vue de la technique, dans la tuberculose circonscrite du sein, au début, il faut faire une intervention conservatrice. Ici la lésion était très circonscrite et elle ne datait que de 6 à 7 mois.

Sur la valeur du Sulfanilamide dans le traitement de l'infection Neissérienne

M. N. FOURNIER, (F.A.C.S.)

Cette communication a paru comme article original dans le numéro de février 1938 de l'*Union Médicale.*

Discussion:

U. GARIEPY: Depuis quelques mois le Sulfanilamide a suscité une ruée thérapeutique semblable à celle du 606 il y a quelques années. Certains ont été très favorables, d'autres moins. Le point intéressant serait de savoir s'il y a un retour offensif de l'écoulement. C'est ce résultat qui est intéressant.

P. BOURGEOIS: Les résultats rapportés ici par le Dr Fournier et dans l'article suivant par le Dr Sylvestre ne concordent pas. L'un a 10% de mauvais cas, l'autre 33%. Il me semble personnellement que nos statistiques entrent plutôt dans la catégorie des 33% d'échecs. Mon premier cas fut renversant. Il s'agissait d'orchite. Après le premier jour de traitement, la douleur avait disparu, au bout de 7 jours, l'épididyme était normal, 8 jours

plus tard, le malade vomissait. Arrêt de la médication, disparition des vomissements.

Quelques jours plus tard son frère fait une poussée aiguë sur une ancienne uréthrite.

Après un jour de traitement le méat est sec, et deux semaines plus tard le patient est guéri. Au bout de 4 jours, cependant, une goutte réapparaît. Nous reprenons le Sulfanilamide. Le malade ne s'améliore pas.

Nous pratiquons alors la méthode de Janet qui prend 3½ mois pour guérir le malade.

C'est un médicament de grande valeur, mais dangereux parce que les malades se croyant guéris se traitent mal.

C'est un médicament qui peut rendre de grands services dans les complications.

Ce qui m'étonne tout de même dans les statistiques qui nous sont présentées aujourd'hui, c'est leur grande différence. Il me semble qu'avec une méthode essentiellement chimique, les résultats devraient se ressembler.

GERIN-LAJOIE: Le gonocoque chez la femme est le même que chez l'homme, et nos résultats sont discordants et en général peu favorables. Il y a une trop grande variété de marques de Sulfanilamide pour qu'on puisse tirer des conclusions.

J. FORTIER: Dans les deux premières observations, le sulfanilamide a été employé sans traitement local. Le résultat ne serait-il pas meilleur si l'on associait les deux traitements?

GRIGNON: Est-ce que vous n'avez jamais eu d'accidents plus graves que ceux mentionnés? J'ai suivi un blennorragique qui a eu du sulfanilamide et a présenté par la suite du purpura hémorragique.

Un deuxième malade a reçu deux doses de sulfanilamide.

Vers le quatrième jour après la première dose, il présenta un syndrome grippal: température, courbatures, mal de gorge, etc. Ces symptômes ont persisté tant que le malade a reçu du sulfanilamide, ils ont cessé dès que le médicament a été suspendu. On reprend quelques jours plus tard le médicament et le patient présente alors une angine nécrotique, de plus sa goutte ne disparaît pas.

FOURNIER: au Dr Gariépy — Le sulfanilamide n'est pas une panacée.

Vous le donnez dans un cas: aucun effet; dans l'autre: guérison. Nous avons vu des cas traités pendant un mois chez qui la goutte réapparut. Quand, au bout de huit jours, il n'y a pas de changement marqué, ça ne sert pas à grand chose de continuer. Comment se fait-il que le sulfanilamide n'agisse pas de la même façon chez tout le monde? Mystère.

Si le malade ne répond pas au traitement, il faut ajouter un traitement local.

Au Dr Grignon: Dans mon travail il ne s'agit pas d'une mise au point parfaite, je n'ai fait qu'exposer les grandes lignes. Le sulfanilamide est une arme très utile. Des accidents, nous en avons eu: éruption cutanée grave, anémie grave, cyanose, etc.

Actuellement, nous traitons avec le Docteur P. Bourgeois un cas de fausse route avec le sulfanilamide, malheureusement, il n'agit pas. Est-ce parce que la suppuration vient d'un faux trajet infecté?

Au Dr Gérin-Lajoie: J'ai cité le cas d'une femme avec hydarthrose. Comment aurions-nous obtenu autrement un résultat aussi éclatant?

Quant aux différentes marques de commerce mises sur le marché, elles sont à peu près toutes équivalentes à mon point de vue.

Observations sur l'emploi du sulfanilamide dans le traitement de l'uréthrite aiguë gonococcique.

M. Lucien SYLVESTRE

Cette communication a paru comme article original dans le numéro de février 1938 de *l'Union Médicale.*

Discussion

Voir discussion de la communication précédente.

Georges HEBERT,
Sec. adjoint.

ASSEMBLEE SCIENTIFIQUE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOPITAL SAINT-LUC

Séance du 27 janvier 1938

Présidence de M. R. Boucher

Deux cas d'infection par le streptocoque hémolytique

Alfred LEROY

L'auteur présente un premier cas amélioré sans action du sulfocide et un deuxième vraisemblablement guéri grâce à l'action du même produit. Il s'agit dans le premier cas d'une malade entrée dans son service dans un état de délire avec une température de 104 F. La formule sanguine montre 2,000,000 de globules rouges, 20,000 globules blancs et une hémoglobine à 45%. La lochioculture présente du streptocoque hémolytique. On pratique un abcès de fixation et on lui administre deux doses consécutives de sérum anti-streptococcique. Elle reçoit ensuite une transfusion dont le résultat est d'élever le taux d'hémoglobine de 45 à 55%. Les globules rouges et blancs ne bougent pas. Une deuxième transfusion de 300 cc. ramène une formule dont l'hémoglobine est de 45% et les globules rouges, 3,000,000, les globules blancs de 15,000. Puis la maladie rentre dans une phase de régression.

Dans un deuxième cas, le Dr LeRoy est mis en présence d'une accouchée arrivée consciente avec 104 et 2/5 de température. La lochioculture est positive au streptocoque hémolytique. Une première transfusion de 300 cc. élève le nombre de globules rouges de 2,800,000. Un abcès apparaît à la zone d'injection et révèle la présence du streptocoque. Elle reçoit du sérum anti-streptococcique. Les jours suivants, le Dr Le Roy institue un traitement à la Septazine, c'est-à-dire, 7 comprimés par 24 heures. On assiste alors au dessèchement des lésions et au tarrissement des pertes. Une deuxième transfusion élève la formule à quatre millions de globules rouges. En commentaires, l'auteur croit que dans les deux cas, il ne s'agit pas là simplement d'une coïncidence, mais d'un effet du traitement appliqué.

Discussion:

Le docteur HOEN s'informe du dosage recommandé et suggère que l'on suive le mode d'administration employé dans un autre hôpital de cette ville: à savoir trois grains le premier jour et trois grains par dix livres de poids les jours suivants. Le Dr LEROY dit avoir préféré la dose de 7.5 grains quatre fois par jour. Le Dr DESFORGES dit que l'effet obtenu dépend de la tolérance de chaque sujet et que celle-ci doit nous guider. Le Dr BOUCHER demande le résultat de l'hémoculture. On apprend qu'elle fut négative. Il insiste sur la valeur de l'abcès de fixation, d'un usage courant dans le service de médecine et suggère en outre de pratiquer l'épreuve de la galactosurie au cours du traitement par les sulfocides afin de dépister les troubles hépatiques possibles. Le Dr CHARBONNEAU regrette de dire qu'à Pasteur on ne fait peut-être pas un usage assez fréquent de l'abcès de fixation. Chez l'enfant, le dosage de six comprimés par jour maximum s'est montré sans danger. Le Prontosil à cause de son radical colorant ne présente pas la même innocuité. Il lui trouve la Septazine supérieure. Il a vu apparaître des rash à la suite du streptocide. Monsieur LAFRESNIERE rapporte qu'à Victoria, le Dr MEAKINS recommande de ne pas dépasser six comprimés par jour afin d'éviter toute réaction organique. Dr HEBERT rapporte avoir prescrit jusqu'à 80 grains de streptocide par vingt-quatre heures et n'avoir observé qu'un cas de rash. Le Dr FRAPPIER recommande la recherche systématique de l'albuminurie au cours de cette thérapeutique. Le Dr LALLEMAND insiste à son tour sur l'examen des urines complet. Le Dr HOEN demande si le dosage des sulphanamides dans le sang est possible. A quoi le Dr FRAPPIER répond positivement. Le Dr LeROY revient sur la question de l'abcès de fixation qui, à son avis, doit être pratiqué sous la peau et non pas sous l'aponévrose. Le Dr BOUCHER croit que par un travail de coopération, on peut faire de grands progrès dans la posologie des sulphanamides grâce à l'emploi des tests à notre disposition.

Un cas de chéloïde

R. TOUPIN

Dr Toupin définit cette lésion en général constituée d'un nodule rouge irrégulièrement circonscrit, surélevé, lisse, à surface unie, violacée, lésion asymétrique, ayant la dimension d'un pois à une orange. On le rencontre au sternum, à la nuque, à l'oreille, quelquefois sur l'abdomen. Cette lésion envahit par définition le tissu sain. La cause en est encore inconnue. Les hommes en sont plus souvent atteints que les femmes, sans doute à cause du facteur trauma. Il existe une prédisposition héréditaire. La chéloïde est une séquelle fréquente de la syphilis. Au point de vue anatomopathologique, c'est une lésion du chorion. Il présente, pour terminer, l'observation d'une personne, dont les antécédents ont été sains et qui offrait à voir des chéloïdes de l'épaule, du sternum à la suite d'acné, et des jambes avec folliculite. Les vaccins antistaphylococciques sont restés sans effet. La malade a été soumise ensuite à la neige carbonique.

Discussion:

Dr PANET-RAYMOND demande s'il y a eu biopsie. Le Dr TOUPIN répond négativement. Dr DESFORGES met les médecins en garde contre les dangers des chéloïdes dans la figure, du point de vue pronostic. Est-ce une lésion tuberculeuse atténuée? Cela a été dit. Or on ne relève pas dans ce cas aucune histoire de contage. Dr BOUCHER demande si on a eu recours aux Rayons-X. On répond que oui. Dr DESFORGES pose la question: Existe-t-il des chéloïdes sans lésion cutanée préalable? Il est frappé de l'apparition des chéloïdes durant certaines saisons. Dr TOUPIN affirme qu'il doit exister une lésion préalable.

Une observation dermatologique

Eugène GARCEAU

C'est l'histoire d'une femme présentant depuis avril 1937, au début, un tuméfaction au cou et à la jambe, d'où s'écoula bientôt un liquide séropurulent. En septembre 1937, survint une surdité droite sans rapport avec les lésions qui nous occupent. Celles-ci sont multiples et criblent tout le cou et la région sternale de trous, stigmates et fistules maintenant fermées. S'agit-il là de tuberculose? de syphilis? d'actynomycose? de tularémie? Mais la tularémie est un tumeur nécrotique centrée d'un ulcère. Il existe une séroagglutination spécifique. La tuberculose produit bien des fistules et en particulier à la région cervicale mais le pus n'a pas révélé la présence de B. K. ici. Quant à la syphilis, ces lésions n'y ressemblent guère. Cependant la lésion gommeuse de la jambe parait avoir rétrocédé avec le cyanure de mercure. L'actynomycose? Les lésions du cou, les fistules y font penser, mais il n'existe ici ni spores ni micelles. La gélose est positive au streptocoque.

Discussion:

Dr BOUCHER raconte l'histoire d'un enfant que son médecin de famille Dr AUTHIER, lui avait fait voir; l'enfant atteint d'une adénite très accusée avec état d'asthénie marquée, qui a prouvé être un cas de tularémie. Dr FRAPPIER ne croit pas à la présence de tuberculose dans ce cas. Il rapporte par ailleurs que dans les otites chroniques, on découvre fréquemment du streptocoque pur, à l'état de culture. La tularémie, d'un autre côté, est très contagieuse.

Dr DESFORGES croit que la lésion qu'on aperçoit sur la jambe gauche de la malade est de nature syphiloïde. Ces lésions régressent avec le mercure. Quant aux fistules, elles seraient peut être, malgré tout, tuberculeuses. On pourraient peut-être les assimiler à ce que les anciens dénommaient du scrofulate de vérole.

Dr FRAPPIER doit avoir trouvé présence de diplocoque abondant dans les lésions du pied.

Dr HOEN suggère l'emploi du milieu de Sabouraud pour étudier ces lésions.

Dr LALLEMAND raconte l'action bienheureuse du sulfocide sur des fistules d'une

grosse adénite inguinale d'un malade de son service atteint de gonorrhée.

Dr BOUCHER dit son intention de faire présenter de nouveau ce malade du service de médecine.

A propos d'une méthode nouvelle de suspension dans les fractures de la colonne vertébrale

Albert COUTURIER

Le rapporteur présente une méthode personnelle de suspension utilisée dans le traitement des fractures de la colonne vertébrale. Cette méthode consiste à suspendre le patient avec des courroies fixées aux jambes et à la partie supérieure du thorax. Les radiographies de plusieurs malades ont montré les qualités de la réduction obtenue et leur maintien jusqu'à consolidation. Elle permet de donner au corps vertébral sa hauteur normale. Le nucleus pulposus reprend sa place et le poids du corps est reporté sur la partie postérieure de la colonne qui est formée de tissu compact et résistant.

La réduction peut être faite la journée même de l'accident et le patient peut marcher le lendemain de la réduction; il quitte l'hôpital le 5ième ou 6ième jour.

Les avantages de la méthode sont: a) la suppression de la douleur pour le patient; b) la grande facilité pour l'anesthésiste de donner la narcose; c) la possibilité d'un contrôle radiologique avant la pose d'un appareil plâtré; d) l'exactitude de la réduction qu'il est possible d'obtenir; e) la grande facilité de poser un appareil plâtré, tel que nous le désirons.

Lorsque le patient a fait des exercices de gymnastique et de la marche tout le temps du traitement à l'ablation du plâtre qu'il a gardé pendant trois mois, nous constatons que le malade a une bonne musculature et les radiographies prouvent que la réduction s'est bien maintenue et que les os ne sont pas décalcifiés. Cette méthode ambulatoire pour les fractures de la colonne vertébrale est utilisée par M. Couturier avec succès depuis 1933; mais cette méthode de suspension pour obtenir la réduction, sous anesthésie générale, est utilisée seulement depuis juillet 1936.

Les quatres observations de malades traités montrent la qualité de la réduction et les résultats que l'on peut obtenir.

Discussion:

Dr DEROME dit que cette méthode est basée sur le principe de la suspension en trois points: le sternum, le pubis et la lésion dorsale. Le traitement post-opératoire est d'une grande importance, on doit le faire observer longtemps en obligeant le malade à porter ensuite une attelle de soutien. Sinon, on risque d'avoir, comme complication, les troubles de la maladie de Kummel. Dr BOUCHER demande à l'auteur pourquoi il est opposé à ce que son sujet prenne la position assise, dans ces cas. Dr COUTURIER est d'avis qu'en position assise le poids du corps risque de tasser défavorablement les vertèbres.

Jean LESAGE,
secrétaire.

NÉCROLOGIE

LE PROFESSEUR THÉODULE BRUNEAU

Le docteur Théodule Bruneau n'est plus. Vers cinq heures de l'après-midi du 9 février, entouré de tous les siens, il rendait sa belle âme au Créateur. La profession médicale perd en lui un de ses membres les plus distingués et l'Université de Montréal un de ses professeurs les plus brillants.

A moi, qui ai été son premier disciple et son collaborateur pendant plus de quinze ans à l'Hôtel-Dieu, à moi, dis-je, revient le privilège et l'honneur de faire revivre ses admirables qualités de cœur et d'esprit.

Mon vénéré Maître naquit à Montréal, le 11 juillet 1873. Il fit ses études classiques au Collège de Montréal, chez les Sulpiciens, et sa philosophie chez les Jésuites, au collège Ste-Marie. Dans ces deux institutions il se fit remarquer comme élève studieux et de grand talent. Il y brûla les étapes, si bien qu'à l'âge de 18 ans il en sortait avec son diplôme de Bachelier ès arts qu'il avait conquis haut la main. A la faculté de médecine de l'Université Laval, à Montréal, il continua de travailler ferme et de briller au premier rang. Et en 1896, âgé de 22 ans seulement, il décrochait son diplôme de médecin avec la note *summa cum laude*.

Amoureux de l'étude, il ne se lança pas immédiatement dans la pratique privée. Il fit de l'internat à l'Hôtel-Dieu où il devint bientôt chef-interne. Puis il s'établit à Montréal où il ne tarda pas à se faire une clientèle choisie. Ses temps libres, il les passait tantôt dans ses livres, tantôt à l'Hôtel-Dieu où il suivait toujours ses anciens professeurs, les Hingston, les Guérin, les Brunelle et autres.

Mais, après deux ans de pratique active, il n'y tint plus; l'amour de l'étude l'emporta de nouveau et il partait pour l'Europe afin de perfectionner ses connaissances médicales dans la Ville Lumière. Son compagnon d'étude, le Docteur Léon Bernard — que j'ai connu et suivi, en 1912, à l'Hôpital Laënnec alors qu'il était devenu le Professeur Léon Bernard de l'Université de Paris — avait gardé de lui un excellent souvenir. Il le trouvait charmant. Et souvent, sa clinique terminée, il me demandait si j'avais des nouvelles de Monsieur Bruneau et me priait de vouloir bien le rappeler à sa mémoire. Il séjourna à Paris pendant deux ans. Puis il revint à Montréal où ses malades, déjà nombreux, l'attendaient ainsi que le titre de Médecin de l'Hôtel-Dieu. Je le rencontrais souvent alors, mais c'est au cours de 1904-1905, pendant mon Internat, que je fis plus ample connaissance avec lui et que j'appris à le connaître intimement. Il venait d'être nommé professeur agrégé à l'Université.

C'est à cette époque aussi, durant la vacance de l'été 1905, que se fit la réorganisation des cliniques, au lit des malades, telles qu'elles existent encore aujourd'hui. Il y prit une part active avec les professeurs Guérin, Cléroux, Marien et Dubé. L'on faisait un essai. Mais l'avenir ne tarda pas à démontrer le bien fondé de la nouvelle organisation et le bénéfice qu'en retiraient les étudiants divisés en groupes. Etant son premier assistant, j'ai été aussi présent à ses premières cliniques. Et il me fait plaisir de dire ici que toujours, du premier au dernier jour de l'année universitaire, ses leçons étaient suivies bien assidûment par ses élèves. Il savait les intéresser par ses connaissances et par sa parole chaude et convaincante. Qui, d'entre eux, ne se rappelle, avec un souvenir ému, ses belles leçons sur la cirrhose du foie ou la pneumonie, par exemple. Je vois encore, comme si c'était hier, le bon Maître, tantôt debout, tantôt assis, auprès du malade, décri-

re en les dessinant les lésions anatomo-pathologiques de ces deux maladies. C'était chaque fois un tableau saisissant et croqué sur le vif; un tableau enthousiasmant! Il s'élevait alors à la hauteur des meilleurs Maîtres français. J'oserais même ajouter qu'il les dépassait parfois.

Jamais le professeur Bruneau ne faisait un diagnostic à la hâte ou à la légère. Il se défiait du premier coup d'œil et malgré sa grande expérience, c'était toujours après un exament sérieux et après avoir tout pesé judicieusement qu'il se prononçait. Et quand, au cours de ses leçons, un malade paraissait énervé par l'énumération des symptômes qu'il énonçait, il s'empressait de le rassurer.

Les élèves le considéraient plutôt comme un père, comme un bon père, et lui-même ne leur manquait pas ses conseils. Ses confrères et ses collègues, même ses aînés, avaient souvent recours à ses lumières. A tous et toujours il répondait avec le même sourire et le même empressement. Sa figure franche et loyale mettait à l'aise tous ceux qui l'approchaient. Le Docteur Bruneau n'avait pas d'ennemis. Pour tout l'or au monde il n'aurait dérogé aux règles de la Déontologie. Aux confrères qui lui enlevaient des malades, en consultation ou autrement, il regrettait leur manque d'étiquette professionnelle. Et quand il avait la chance de leur rendre la pareille — cela est arrivé à ma connaissance — il se montrait bon prince et leur laissait leurs patients. C'était sa façon, à lui, de se venger, de revendiquer l'honneur professionnel, de se grandir.

Monsieur le professeur Bruneau avait une belle culture générale. Non seulement il fut un grand médecin, mais il était un grand intellectuel et un excellent patriote. Sans faire de bruit, il participa activement à la fondation du « Devoir », avec M. Henri Bourassa, en 1910.

Et l'Université! Que de temps et d'argent ne lui a-t-il pas consacrés!

Mais à part l'Hôtel-Dieu dont il fut l'une des gloires médicales, l'une des grandes œuvres de sa vie, œuvre à laquelle participa, dès sa fondation, sa jeune épouse, ce fut l'hôpital Ste-Justine. Toujours en restant au second plan, il aidait de ses conseils, conseils que lui dictait sa grande expérience, et aussi de ses deniers. Il admirait l'œuvre qu'il a vu naître et grandir. Aujourd'hui le monument reste à sa gloire, impérissable, éloquent. Du modeste logement de la rue Delorimier, Ste-Justine s'est aujourd'hui majestueusement, rue St-Denis, agrandi et est devenu un hôpital moderne et admiré. Sa direction ne le cède en rien à celle de nos autres grands hôpitaux, et je dirais même que cette institution est un modèle d'organisation.

N'eût été sa grande modestie, le regretté professeur aurait monté bien plus haut dans la hiérarchie sociale. Il aurait pu atteindre les plus hauts sommets grâce à ses relations. Il avait l'étoffe d'un chef, d'un grand homme, mais pour le mettre en évidence il fallait jouer au plus rusé.

Enfin, et c'est peut-être le trait le plus caractéristique, en tout cas celui qui compte le plus de l'Autre Côté, le Dr Théodule Bruneau était un catholique convaincu, un catholique pratiquant, militant. Que de fois je l'ai vu prendre la défense de membres du clergé attaqués par des personnes qui « étant pas sans péché » n'auraient pas dû, non plus, jeter la première pierre.

Il fut marguillier à Notre-Dame, paroisse mère de Ville-Marie, de Montréal.

C'était une âme d'élite. Il avait la foi et les œuvres. Et il fait bon de croire qu'il eut un beau et riche bilan à présenter au Très-Haut.

Sur sa tombe à peine fermée, que l'on permette à un disciple, à un collaborateur sincère, de déposer l'hommage ému de son grand deuil.

M. H. LEBEL.

Le DOCTEUR J. ALBERT BEAUCHAMP de Saint-Césaire, Qué., est décédé le 14 janvier 1938, dans sa quarante-troisième année. Né à Saint-Télesphore, il étudia au Collège de Rigaud et gradua à l'Université de Montréal en 1921.

Le DOCTEUR L. G. E. BOUCHER est décédé récemment à Saint-Valérien, comté de Shefford.

Le DOCTEUR ULDERIC JODOIN, de Sainte-Julie de Verchères, est décédé le 15 février 1938, à l'âge de soixante-six ans. Il était né à Varennes, avait fait ses études au Collège de Joliette, puis à l'Université Laval de Montréal. Outre son épouse née Malo (Orpha) lui survivent un fils et deux filles.

Le DOCTEUR VALMONT MARTIN, directeur du Bureau de Santé de la ville de Québec et ancien maire de la vieille capitale, est décédé le 24 février 1938 à l'âge de soixante et trois ans. Le docteur Martin était directeur du Bureau de Santé depuis plus de dix ans; il est mort à la tâche, dans l'exercice de ses fonctions, alors qu'il visitait les malades de l'Hôpital Civique. Il était un vétéran de la politique municipale lorsqu'il fut élu sur le Conseil de ville en 1912; il pratiquait alors dans le quartier Saint-Roch. Il fut échevin pendant douze ans et devint maire en 1927 alors qu'il résigna, pour prendre la direction du Service de la Santé. Il était membre de l'Association Nationale de l'Hospitalisation. Né à Carleton, comté de Bonaventure, il étudia au Séminaire de Rimouski et fut diplômé de l'Université Laval. Outre sa femme, lui survivent deux fils et deux filles.

Le DOCTEUR ZENON MALO est décédé, décédé récemment à Saint-Valérien, comté de Cartierville.

Le DOCTEUR LAUREAT BOUILLE de Rouyn est décédé le 1er mars, à l'âge de cinquante-six ans. Admis à la pratique de la médecine en 1907, il s'établit à Sainte-Anne de la Pérade où il demeura jusqu'en 1926, alors qu'il devint coroner pour le district de Rouyn, poste qu'il occupa jusqu'en 1936.

Le DOCTEUR J. A. GIROUARD, de Lewiston, Maine, est décédé le 1er mars 1938. Il était né à St-Hyacinthe. Il s'était spécialisé en obstétrique. Les statistiques de la ville de Lewiston, montrent que jusqu'en 1923 le docteur Girouard avait présidé à la naissance de 8,000 enfants. Le docteur Girouard était en même temps un poète, et la plupart de ses vers ont été traduits en anglais par des admirateurs.

REVUE DES LIVRES

La sénescence et le rajeunissement. Par le Docteur Paul NIEHANS. Vigot Frères, éditeurs, Paris, VIème, 23, Rue de l'Ecole de Médecine.

« Le problème de l'extinction de la vie et de la mort finale ne se pose pas seulement en religon et en philosophie, mais aussi en biologie et en médecine ».

Vivre, selon l'auteur, c'est, pour l'organisme, renouveler incessamment l'ensemble de sa colonie cellulaire. Après l'historique, il passe en revue les méthodes naturelles, médicales et chirurgicales. Il loue beaucoup la méthode de Steinach qui consiste dans la *ligature des canaux efférents à leur entrée dans la tête de l'épididyme.*

Nous rapportons ses conclusions: « Lutter contre la sénescence précoce, dit-il, est une forme de combat pour l'existence; cette lutte constitue une défense de l'organisme, une manifestation de l'instinct de conservation aussi puissant chez le vieillard que chez le nouveau-né où il fait sa première apparition...

« Pourquoi le médecin qui engage la lutte contre la maladie rendrait-il les armes devant les infirmités de la vieillesse, et pourquoi le traitement de ces infirmités ne deviendrait-il pas une spécialité » ?

LeSage.

Radiothérapie gynécologique — Curie et Rœntgenthérapie. — MATHEY-CORNAT (Bordeaux). Un volume de 369 pages avec 80 figures. Paris, Masson, éditeur. 60 francs.

Ce remarquable ouvrage arrive à son heure pour mettre au point nombre de questions d'actualité.

La première partie, *Fondements de la radiothérapie gynécologique,* expose d'abord les données physiologiques: action des radiations sur l'ovaire, sur le cycle menstruel, sur la gestation, sur l'hérédité, sur l'utérus et ses tumeurs bénignes, sur les hémorragies, sur les tumeurs malignes; puis la technique et la dosimétrie des applications de radium et de rayons X, les associations du radium et des rayons, et de ces agents avec la chirurgie; enfin les données cliniques sur la radiothérapie des affections bénignes et malignes: soins pré et post-radiothérapiques, examen clinique, histologique et bactériologique, lutte contre l'infection, traitement de l'état général, incidents et accidents, contre-indications, évolution.

La deuxième partie est consacrée aux *tumeurs et affections bénignes de l'appareil génital*: adénomatose utérine, endométriome, endométriose, fibromyomes dont les différentes formes sont l'objet d'une longue étude critique, ménorragies et métrorragies d'origine bénigne; à la stérilisation par la radiothérapie; à l'influence des rayons sur la grossesse.

La troisième partie, *troubles glandulaires et de la menstruation,* s'occupe de la radiothérapie glandulaire, des troubles de la menstruation, de l'insuffisance ovarienne, des troubles de la ménopause, de la stérilité, de la dysménorrhée et des névralgies génitales.

La quatrième partie est consacrée à des *affections diverses*: maladies vulvo-vaginales, métrites, etc.

La cinquième partie expose les traitements par les radiations des affections *inflammatoires et tuberculeuses.*

La sixième partie nous donne une étude minutieuse des *diverses tumeurs malignes* de la vulve, du vagin, du col utérin, du corps utérin, des sarcomes, des tumeurs d'origine placentaire, des néoplasies des trompes et des ovaires.

Enfin la septième partie: *tumeurs et affections* du sein passe en revue les affections du sein: épithélioma glandulaire et autres affections malignes de la glande mammaire; affections bénignes et inflammatoires du sein.

Cette sèche énumération montre que l'ouvrage est très complet; mais elle ne révèle pas ses autres qualités sur lesquelles je me permets d'insister brièvement; d'une part, on reconnaît à la lecture que c'est une œuvre basée sur une longue expérience, l'auteur connaît bien et connaît par pratique personnelle tout ce dont il parle; d'autre part, le style est clair et précis, ce qui rend la lecture facile et attrayante; enfin Mathey-Cornat fait preuve d'esprit critique, il expose le pour et le contre et termine chacun de ses chapitres par un sous-titre « conclusions et conduite à tenir », aussi son livre est-il tout à fait pratique.

Ajoutons qu'une bibliographie très complète (nous avons eu le plaisir d'y trouver cités des articles de Panneton dans l'*Union Médicale*) permet aux lecteurs de se reporter aux sources.

En somme œuvre de grande valeur dont on ne saurait trop recommander la lecture à tous ceux qui s'intéressent à la radiologie ou à la gynécologie.

A. LAQUERRIERE.

Le cycle de l'infection T. B. humaine. Par Jacques BRUN. Masson & Cie, éditeurs.

Le problème de l'hérédité et son rôle en T. B. si controversé et récemment compliqué par la notion nouvelle de l'ultra-virus fait l'objet du premier chapitre dans lequel l'auteur résume les faits jusqu'aux données actuelles. Puis il rapporte les différentes sources de contagion humaine, du nourrisson à l'adulte, et les voies de pénétration. Suit un exposé des différentes théories relatives au cycle de l'infection tuberculeuse; d'abord, celle de Ranke et ses trois stades, auxquels correspondent des voies de propagation différentes. Une systématisation trop absolue de ces stades est sujet à critique. Les faits cliniques revêtent habituellement des aspects beaucoup plus variés. Les autres théories allemandes, suivent celles-ci, celle d'Aschoff — théorie à deux stades et d'autres qui ne sont que celle de Ranke modifiée. Puis en regard sont exposées les principales théories françaises de Léon Bernard de Debré et de Calmette.

La période primaire correspond à l'installation des lésions de primo infection. Kuss a le premier, en France, décrit ce complexe primaire ganglio-pulmonaire. L'auteur nous rappelle ses recherches personnelles à ce sujet avec des exemples à l'appui.

Il nous montre les manifestations cliniques de la période primaire et l'évolution diverse de cette première infection. D'après lui, suivant en cela les données de Ranke, la période secondaire, malgré sa complexité, malgré l'imprécision de ses limites, jouit d'une autonomie indiscutable.

Il s'agit là d'une phase intermédiaire. Nous avons d'abord une évolution des lésions primaires, les épituberculoses (formes curables de primo-infection de certains auteurs) et les lésions pulmonaires nettement distinctes de la primo-infection soit les « réinfect » des auteurs allemands. A la troisième partie de la période secondaire correspondent les localisations tuberculeuses extra-pulmonaires.

Jacques Brun définit et limite aussi la période tertiaire. « Un sujet entre dans cette période lorsqu'il subit les premières atteintes de la phtisie chronique. » C'est à cette période que la T. B. revêt surtout ses allures polymorphes, débutant soit par l'infiltrat intercléido-hilaire de Léon Bernarad, ou par le foyer à point de départ hilaire de Sergent. Mais en général, il est souvent très difficile de localiser le point de départ des réinfections endogènes.

Comme conclusion, l'auteur admet qu'il faille dans ses grandes lignes les conceptions de Ranke mais qu'il ne s'agit que d'un schéma.

En résumé, il nous a présenté une synthèse très intéressante de l'état actuel du problème de la T. B. pulmonaire. Il s'appuie d'abord sur nos vieilles données classiques et met en regard en donnant à chacune sa part de vérité, les théories récentes allemandes ou françaises.

Voici un livre tout à fait impartial, d'une documentation recherchée, qui intéressera au plus au point tous les phtisiologues.

Gaétan JARRY.

ELIXIR MARTIN-MAZADE

PRÉPARATION STABLE D'IODURE DE CAFÉINE CRISTALLISÉE

Cette association synergique d'Iode et de Caféine — sous forme d'Iodocaféine — offre l'avantage de réunir en un seul médicament l'action des iodures alcalins et de la Caféine, sans provoquer de troubles digestifs.

REMPLACE AVANTAGEUSEMENT L'IODURE DE POTASSIUM

Asthme — Emphysème — Oppressions
Bronchite Chronique — Artério-Sclérose

Produit de prescription strictement médicale. — Nouveau prix très réduit

P. SUIFFET, Pharmacien, SAINT-RAPHAËL, FRANCE

Pour littérature et échantillons s'adresser à:
ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, Montréal

EFFICACE . . .

contre les affections de la gorge, les ulcérations de la bouche, les angines, les amygdalites, les stomatites, les gingivites, les affections causées par le tabac, les maux de gorge, sensibilité et inflammation des cordes vocales.

Dépot général pour le Canada:
ROUGIER FRÈRES, Montréal.

Lettres à un jeune praticien sur les maladies de l'anus et du rectum. Par Roger SAVIGNAC. Préface du professeur GOSSET. Un volume de 130 pages. 26 fr. Masson & Cie, éditeurs.

Ce livre n'est pas et ne veut pas être un traité. L'auteur a cherché par-dessus tout à faire œuvre de clinique courante. Il n'a donc envisagé que les affections les plus fréquentes: les hémorroïdes, le cancer du rectum, la fissure et la fistule, les polypes. Pourtant il a tenu à s'arrêter longuement sur la question des rectites et des sténoses du rectum. Non pas tant peut-être parce que ce sont des affections rectales fréquentes, que parce que ce sont des lésions qui sont mal connues dans leur essence, qui peuvent prêter à des confusions fâcheuses, et dont la thérapeutique est encore incomplètement fixée.

La description des syndromes et leur diagnostic sont présentés de façon très concise, car les premiers chapitres sont consacrés justement à l'étude du syndrome rectal et aux moyens particuliers d'exploration du rectum: toucher et rectoscopie.

La tâche à laquelle s'est surtout attaché l'auteur, c'est à exposer en détail et avec précision toute la thérapeutique; qu'il s'agisse de régimes, d'injections sclérosantes, de dilatation des sténoses, d'électro-coagulation, etc., etc. Les explications sont telles que tout praticien peut asseoir les traitements de façon satisfaisante ou réaliser à souhait les applications, et les petites interventions qu'il doit effectuer personnellement.

Tandis que les traités ne donnent le plus souvent que les directives thérapeutiques, il a tenu à entrer dans tous les détails du traitement avec les indications, les techniques, les incidents et les moyens d'y parer, et les résultats. Ainsi le praticien connaît la conduite à tenir devant chaque affection envisagée.

Et il termine par un essai de prospection des différentes causes des rectorragies, sur lesquelles tout médecin peut être appelé à se prononcer.

Apoplexies viscérales séreuses et hémorragiques (infarctus viscéraux). Par Raymond GREGOIRE, professeur à la Faculté de Médecine de Paris; Roger COUVELAIRE, chirurgien des hôpitaux de Paris. Un volume de 182 p. 50 fr. Masson & Cie., éditeurs.

L'infarctus est la conséquence d'une embolie ou d'un thrombus qui obstrue le courant sanguin.

L'affection étudiée dans ce livre sous le nom « d'apoplexies viscérales » a aussi comme caractère évident l'infiltration sanguine et la coloration rouge ou noirâtre. Mais il n'y a ni embolie ni thrombose obstruant les vaisseaux.

Elle peut atteindre tous les viscères: le pancréas, l'intestin, l'utérus, les ovaires, les testicules, le poumon et probablement aussi le cerveau. Sa pathogénie est très spéciale. On la produit expérimentalement sans toucher aux vaisseaux, par irritation du système neuro-végétatif. Cette irritation peut être de nature très variée. Les substances chimiques, les toxines microbiennse, les toxiques organiques, les perturbations traumatiques ou électriques du système sympathique viscéral, produisent le même résultat apoplectique.

Contrairement à l'obstruction vasculaire qui entraîne forcément l'asphyxie et la mort de tout ou partie de l'organe atteint, la maladie traitée ici peut guérir d'un seul coup si la circulation se rétablit.

Les Auteurs étudient les apoplexies viscérales en général, et tour à tour ces accidents hémorragiques dans les différents organes où il a été permis de les constater, envisageant, dans chaque cas, la question au point de vue clinique, pathogénique et thérapeutique.

Traumatismes de l'oreille. Fractures du rocher — Coups de feu de l'oreille — Commotion labyrinthique — Expertises en otologie. Par J.-A. RAMADIER, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital de la Pitié; R. CAUSSE, assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Paris. Un volume de 150 p., avec 15 figures. 45 fr. Masson & Cie, éditeurs.

La question des traumatismes de l'oreille n'a pas reçu jusqu'à présent, en France, du

NOUVEAUTÉS

RÊVES ET RÉALITÉS D'UN VOYAGE

Série des quarante et une causeries données au poste de radio CKAC Montréal.

AUTOUR DU MONDE

Description complète des religions, mœurs, coutumes, usages, amusements, (cinéma, danses) de tous les peuples de l'Orient, des Philippines, de la Chine et du Japon. Abondamment illustrée.

Format 9½ x 6¼, 344 pages de texte. 34 pages pleines de gravures. **Couverture imprimée** en 4 couleurs sur les 2 faces tel qu'illustré.

Le seul volume contemporain du genre qui puisse être mis entre toutes les mains.

Prix: **$2.00**

par

l'abbé J.-C. Beaudin

Aumônier du
Mont Saint-Louis

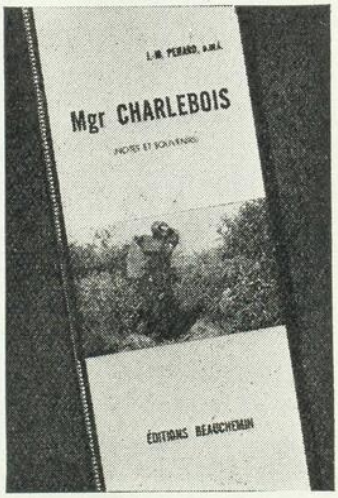
Un volume, broché, 9¼ x 6¼ pces 240 p. avec illustrations sur papier glacé.

Mgr CHARLEBOIS

Voici la vie d'un missionnaire de plus que l'Ordre des Oblats de Marie-Immaculée a encore donné à notre Eglise canadienne, en ces temps où l'apostolat missionnaire brille avec tant d'éclat dans le monde catholique. La belle figure apostolique de Monseigneur Charlebois rayonne dans ce livre: on y découvre la profonde humilité du saint prélat, son zèle pour les âmes, son dévouement tout surnaturel pour les Indiens.

La jeunesse tirera de la lecture de cette biographie un désir de vivre une vie d'apostolat. Ce livre suscitera des vocations.

Prix: **$1.00**



par le R. P. PÉNARD, o.m.i.

ÉDITIONS BEAUCHEMIN

En vente

chez tous les libraires et à la Librairie **BEAUCHEMIN** Limitée, 430, rue St-Gabriel, Montréal.

moins, toute l'attention qu'elle mérite. Les traités de chirurgie aussi bien que ceux d'otologie reproduisent des notions anciennes que les procédés d'exploration modernes ont singulièrement modifiés. C'est d'abord la radiologie, qui en multipliant les incidences, a permis de mieux connaître ces fractures dont les lésions anatomiques, ainsi d'ailleurs que l'expression clinique, sont si variables et parfois si discrètes. Ainsi le diagnostic acquiert une précision que ne peut donner aucun autre procédé d'investigation. On s'est rendu compte que la fréquence des fractures du rocher est en réalité beaucoup plus grande que le simple examen clinique ne permet de le supposer. Mais la notion la plus importante relative à ces fractures résulte de l'étude histopathologique de l'os pétreux: l'absence de consolidation osseuse dans nombre de cas, le danger permanent d'infection méningée, même à plusieurs années de distance, en cas d'une otite discrète, sont des faits actuellement démontrés et que nul n'a le droit d'ignorer. Ces notions doivent inspirer la conduite du chirurgien en présence d'une fracture du rocher récente, aussi bien qu'en présence d'une otite chez un sujet que l'on sait avoir subi jadis une fracture.

Un autre aspect de la question des traumatismes de l'oreille est celui posé par les expertises. Celles-ci, en raison du caractère le plus souvent subjectif des troubles invoqués, sont toujours délicates. C'est pourquoi les auteurs ont estimé qu'ils devaient traiter cette question d'une manière complète. Ils ont ainsi pensé rendre service aux médecins qui si souvent ont à expertiser des sourds ou des vertigineux.

Index Médico-pharmaceutique. Par MM. N. T. DELEANU, professeur à la Faculté de Pharmacie de Bucarest, directeur du Laboratoire de Chimie analytique, membre de l'Académie de Médecine et de l'Académie des Sciences de Bucarest; René FABRE, professeur à la Faculté de Pharmacie de Paris, directeur des Laboratoires de contrôle du Ministère de la Santé publique et de l'Académie de Médecine de Paris, pharmacien en chef du Groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades; L. CONIVER, ancien assistant à l'Université de Bucarest et chimiste-légiste, lauréat de la Faculté de Pharmacie de Nancy et de la Société des Amis de l'Université de Paris. Avec la collaboration de MM. les Prof. M. Tiffeneau, G. Pamfil, Al. Jonescu-Matiu, Mme L. Randoin, Mlle Régnier et MM. H. Pénau et G. Rebière. Préface de M. Maxime Radais, membre de l'Académie de Médecine, doyen honoraire de la Faculté de Pharmacie de Paris, vice-président de la Commission de la Pharmacopée française. Un vol. gr. in 8° de 756 pages, dont 488 de tableaux. Broché, 120 fr.; cartonné toile, 150 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, blvd Saint-Germain, Paris.

L'*Index Médico-pharmaceutique* est un ouvrage destiné aux médecins et aux pharmaciens; il a pour but de répondre à une nécessité que ces praticiens ressentent journellement dans l'exercice de leur profession.

Il y a une dizaine d'années, le Professeur N.-T. Deleanu et M. L. Coniver avaient publié en langue roumaine un ouvrage intitulé: « *Codex Medico-Farmaceutic* », qui avait été conçu dans cet esprit et dont le succès fut tel, en Roumanie, qu'il fut rapidement épuisé. Les auteurs ont eu, dès lors, l'idée de publier en français une œuvre similaire, mais modernisée et entièrement revisée. Dans le but de réaliser ce nouvel ouvrage, ils se sont adjoint la collaboration du Professeur R. Fabre, qui fit à plusieurs reprises des conférences pour créer la liaison entre les collaborateurs roumains et les collaborateurs français de l'*Index Médico-pharmaceutique*.

Cet ouvrage conserve le plan initial du Codex Medico-Farmaceutic, mais le praticien y trouvera les renseignements les plus précieux basés sur une documentation mise à jour au 1er janvier 1937.

L'*Index Médico-pharmaceutique* est composé de deux parties bien distinctes:

1° Les *tableaux synoptiques*, de lecture faciles, où sont condensés sous une forme claire les caractères essentiels des médicaments en vue de leur manipulation ainsi que leur application à la thérapeutique, et compre-

PEPTONE IODÉE SPÉCIALE

LA PLUS RICHE EN IODE ORGANIQUE, ASSIMILABLE, UTILISABLE

Iodogénol Pépin

GOÛT AGRÉABLE

TOUTES LES INDICATIONS DE L'IODE ET DES IODURES MÉTALLIQUES

TOLÉRANCE PARFAITE

Bien supérieur aux Sirops et Vins Iodés ou Iodotanniques.

PRESCRIRE

AUX ENFANTS : 10 à 30 gouttes par jour. — AUX ADULTES : 40 à 60 gouttes par jour.

Échantillons sur demande à MM. les Docteurs.

Laboratoires PÉPIN & LEBOUCQ, COURBEVOIE — PARIS

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

nant la description de plus de 1500 produits chimiques ou galéniques. Ces tableaux sont complétés par d'autres où sont indiqués le dosage en gouttes des médicaments liquides, les formules courantes des solutions physiologiques, les synonymies commerciales des drogues simples, les doses maxima, etc.

2° Une *partie didactique,* dans laquelle, grâce à des chapitres fort documentés dus à des savants particulièrement qualifiés de France et de Roumanie, le lecteur trouvera des renseignements parfaitement mis à jour sur les principales questions susceptibles d'intéresser le médecin ou le pharmacien.

C'est ainsi que le professeur M. Tiffeneau expose les notions fondamentales de pharmacodynamie, le professeur Pamfil, celles de pharmacie galénique; le professeur R. Fabre traite de la physiologie comparée alimentaire, médicamenteuse et toxique, le cas particulier des stupéfiants faisant l'objet d'un chapitre dû au professeur Jonescu-Matiu. La question des médicaments organothérapiques et de l'hormonothérapie est traitée par M. H. Pénau, celle de la sérothérapie et de la vaccinothérapie, par le regretté G. Rebière, et celle de la physiothérapie, par Mlle Régnier. Enfin un chapitre particulièrement important est consacré à l'hygiène alimentaire et aux vitamines: la rédaction en a été confiée à Mme Lucie Randoin, savante spécialiste en la matière.

Si les Pharmacopées des différents pays constituent d'indispensables répertoires de description de médicaments en vue de leur contrôle et de leur préparation, l'*Index Médico-pharmaceutique* a le rare mérite de rassembler dans un ouvrage de langue française les documents puisés dans toutes les Pharmacopées et les ouvrages de pharmacie et de pharmacologie, et d'en donner un exposé clair et synthétique. Il constitue pour le médecin qui prescrit l'ordonnance comme pour le pharmacien qui l'exécute, un guide lumineux et sûr.

LIVRES REÇUS EN FEVRIER 1938

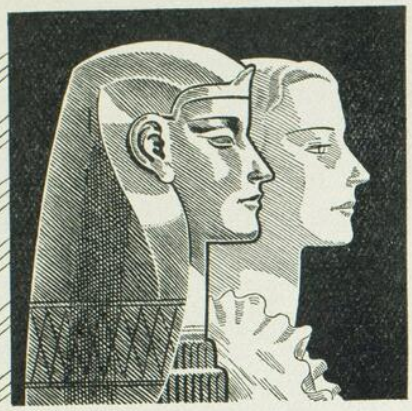
Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine. Par JACQUEROD, Leysin, Suisse. En vente à la Librairie Payot et Cie, Lausanne.

La sénescence et le rajeunissement. Par Paul NIEHANS. Volume de 71 pages. En vente chez Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole de Médecine, Paris.

Introduction à la chirurgie digestive. Par E. E. LAUWERS. Volume de 224 pages. En vente chez Masson & Cie., éditeurs, Paris. 38 francs.

Traumatisme du pied et rayons X. Par Etienne DESTOT (de Lyon). Volume de 292 pages. En vente chez Masson & Cie., éditeurs, Paris. 45 francs.

« Bec-de-lièvre », formes cliniques; chirurgie. Par Victor VEAU, avec la collaboration de Jacques RECAMIER. Volume de 326 pages, avec 1214 figures. En vente chez Masson & Cie., éditeurs, 120 Blvd. St-Germain, Paris. 100 francs.



PRATIQUE GYNÉCOLOGIQUE ENCORE EN USAGE APRÈS 3000 ANS

Un traitement
EN VOGUE DANS L'ANCIEN TEMPS...
et encore très employé aujourd'hui

L'huile de troène et de lis et la cire toscane étaient très employées pour les pessaires.

Le précurseur du tampon vaginal d'aujourd'hui était un morceau de charpie ou de laine, ou une éponge imprégnée de myrrhe, de goudron, de cire ou de graisse d'oie que l'on introduisait sous forme de doigt, de boule ou de sonde. Le médecin hindou le prescrivait il y a 3000 ans ou plus; Paré s'en servait au XVIe siècle, et Heiser en recommandait l'usage au XVIIIe siècle.

Pour le tampon vaginal moderne, LORATE est ce qu'il y a de plus approprié. Mélangée avec de la glycérine pour faire une pâte, et appliquée sur du coton hydrophile ou de la gaze. LORATE est utile dans certaines maladies vaginales et utérines.

Cependant, c'est pour les douches vaginales que l'emploi de Lorate est le plus répandu. Dissoute dans de l'eau, cette poudre assure une douche calmante et non astringente qui purifie et désodorise le canal vaginal d'une façon efficace.

LORATE est composée de perborate de soude, de bicarbonate de soude et de chlorure de sodium, auxquels ont été ajoutés du menthol et des aromates afin d'en éliminer toute odeur de médicament. Elle donne satisfaction comme douche simple de propreté; pendant et après les menstrues; dans les cas de leucorrhée ou d'infection parasitaire et microbienne ou autres formes de vaginite; cervicite; après les accouchements et les opérations gynécologiques; aux femmes qui portent des pessaires; comme désodorisant.

La laine saturée de graisse d'oie était recommandée pour arrêter les écoulements.

La moelle de cerf servait souvent de base à une préparation émolliente très recherchée.

Pour le prurit, on employait un pessaire de jaspe, frotté avec du miel et du collyre.

LORATE

Se vend en boîtes de 8 onces. Nous vous en enverrons volontiers un échantillon d'essai, si vous nous en faites la demande sur votre papier à en-tête. Waterbury Chemical Co. of Canada, Limited, 727 King St., West, Toronto, Ontario.

NOUVELLES

Le DOCTEUR JOSEPH LEBLOND, ancien maire de Lévis, a été nommé médecin en chef de la Commission des Accidents du Travail, succédant au Docteur J. E. Bélanger de Lauzon, Qué., qui occupait le poste depuis 1928.

Le DOCTEUR ROMEO BOUCHER vient d'être nommé directeur scientifique de l'hôpital Saint-Luc dont il était déjà le chef du service de médecine. Le DOCTEUR LOUIS BERNARD à été nommé assistant-directeur du même Hôpital.

Elections chez les Professeurs Agrégés en Médecine.

L'Association des Professeurs Agrégés à la faculté de Médecine de l'Université de Montréal a procédé à ses élections générales, lors de sa dernière séance, tenue récemment; les résultats furent les suivants:

Président: M. le docteur Ernest Prud'homme, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Vice-Président: L.-C. Simard, professeur agrégé d'anatomie pathologique à la Faculté.

Secrétaire-Trésorier: Le docteur Antonio Barbeau, professeur agrégé de physiologie à la Faculté.

Conseillers: Les docteurs Hector Sanche, médecin de l'hôpital de la Miséricorde, et Albert DeGuise, président sortant de charge, médecin de l'hôpital Notre-Dame.

CONFERENCE SUR L'ORGANISATION DES RECHERCHES MEDICALES AU CANADA

Montréal, le 7 mars 1938.

M. le docteur T. Parizeau,
Doyen de la Faculté de Médecine.

J'ai l'honneur de vous soumettre le rapport suivant au sujet de notre récent voyage à Ottawa.

Le Conseil National de Recherches convoquait à Ottawa, le 18 février courant, des représentants des universités et des principales associations médicales nationales.

La délégation de l'Université de Montréal comprenait les docteurs Georges H. Baril, J. A. Baudoin, Armand Frappier et Gaston Gosselin. Des circonstances incontrôlables ayant empêché le chef de notre délégation de répondre à l'invitation, le docteur Charles Simard, nommé à sa place, voulut bien accepter.

Les délégués se réunirent nombreux dans la salle des conférences du Conseil National des Recherches et présentèrent le rapport des travaux en cours ou projetés par leurs institutions respectives. Cette énumération imposante fut une démonstration évidente de la nécessité de fonder, sous les auspices du Conseil National de Rercherches, un Comité chargé spécialement des recherches médicales ainsi qu'il en existe dans plusieurs pays, notamment en France, en Angleterre, aux Etats-Unis. Le président du Conseil National de Recherches, le major-général A. G. L. McNaughton, ainsi que le sous-ministre fédéral de la Santé, le docteur R. E. Wodehouse, se déclarèrent complètement acquis à un pareil projet.

Il est alors apparu nécessaire de nommer un comité chargé spécialement de cette organisation. Cinq membres furent désignés pour former le noyau de ce Comité avec instruction de recherches médicales au Canada. Les cinq membres choisis sont les suivants: Sir Frederick Banting, président; Major-général A. G. L. McNaughton, président du Conseil National de Recherches; Dr R. E. Wodehouse, sous-ministre du Ministère fédéral de la Santé; Dr T. H. Leggett, président de l'Association Médicale du Canada; président du Royal College of Physicians and Surgeons

On voit ainsi que la conférence convoquée

Nous avons le plaisir d'informer Messieurs les Médecins

que le

SONÉRYL

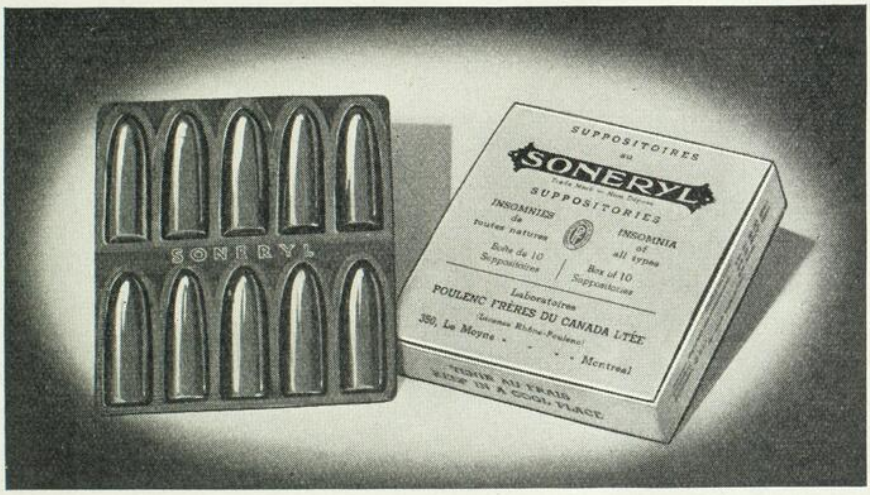
Hypnotique-Analgésique

Le Médicament de toutes les Insomnies

est maintenant offert sous forme de

SUPPOSITOIRES

produisant un effet rapide, sans inconvénient pour les voies digestives.



Le Sonéryl est maintenant présenté comme suit:

Voie buccale:
Comprimés roses renfermant chacun 0 gr. 10 de produit actif (Butyléthylmalonylurée). Tube de 20 comprimés.

Voie rectale:
Suppositoires renfermant chacun 0 gr. 25 de produit actif avec une dose égale de camphre. Boîte de 10 suppositoires.

Laboratoires
POULENC FRÈRES
du Canada, Limitée

350, rue Le Moyne - Montréal

à Ottawa fut couronnée d'un plein succès et on peut être assuré que, dans un avenir prochain, le Canada sera doté d'un organisme spécial de recherches médicales.

Ce rapport est complété par les documents qui ont été remis aux délégués présents.

Pour les représentants de l'Université de Montréal.

J. A. BAUDOIN.

RADIATIONS DE L'OEIL HUMAIN

Voici une nouvelle publiée par le Docteur Mainot qui ne manque pas d'intérêt (1).

Nos confrères américains ont souvent, comme nous avons déjà eu l'occasion de le remarquer, des trouvailles qui ne sont dépourvues ni d'intérêt ni d'originalité.

Il y a quelque temps on nous signalait que le professeur Otto Kahn de la section bactériologique de l'Université de Corwell avait découvert dans le regard humain la présence de radiations assez fortes pour tuer les cellules actives de la levure. L'expérience fut faite dans les circonstances suivantes: un groupe de cellules ayant été placé sur une plaque de verre, fut approché des yeux d'une femme et, en un clin d'oeil, si l'on peut ainsi dire, les cellules étaient mortes. En protégeant la culture par un verre qui interceptait les rayons ultra-violets, les effets du « mauvais œil » étaient immédiatement arrêtés. Une autre femme, paraît-il, émettait des radiations du même ordre du bout de ses doigts et ne pouvait effleurer une corolle sans que celle-ci se fanât aussitôt.

On ne peut s'empêcher de penser, en présence de pareils résultats, que le pouvoir des radiations féminines n'a rien de très rassurant. Au reste, on s'en doutait depuis fort longtemps, bien avant même que la levure de bière nous en eût fourni la preuve scientifique, et les « points d'or » qu'Antoine vit luire dans les « larges yeux » de Cléopâtre n'étaient sans doute que les postes émetteurs de ces ondes destructives.

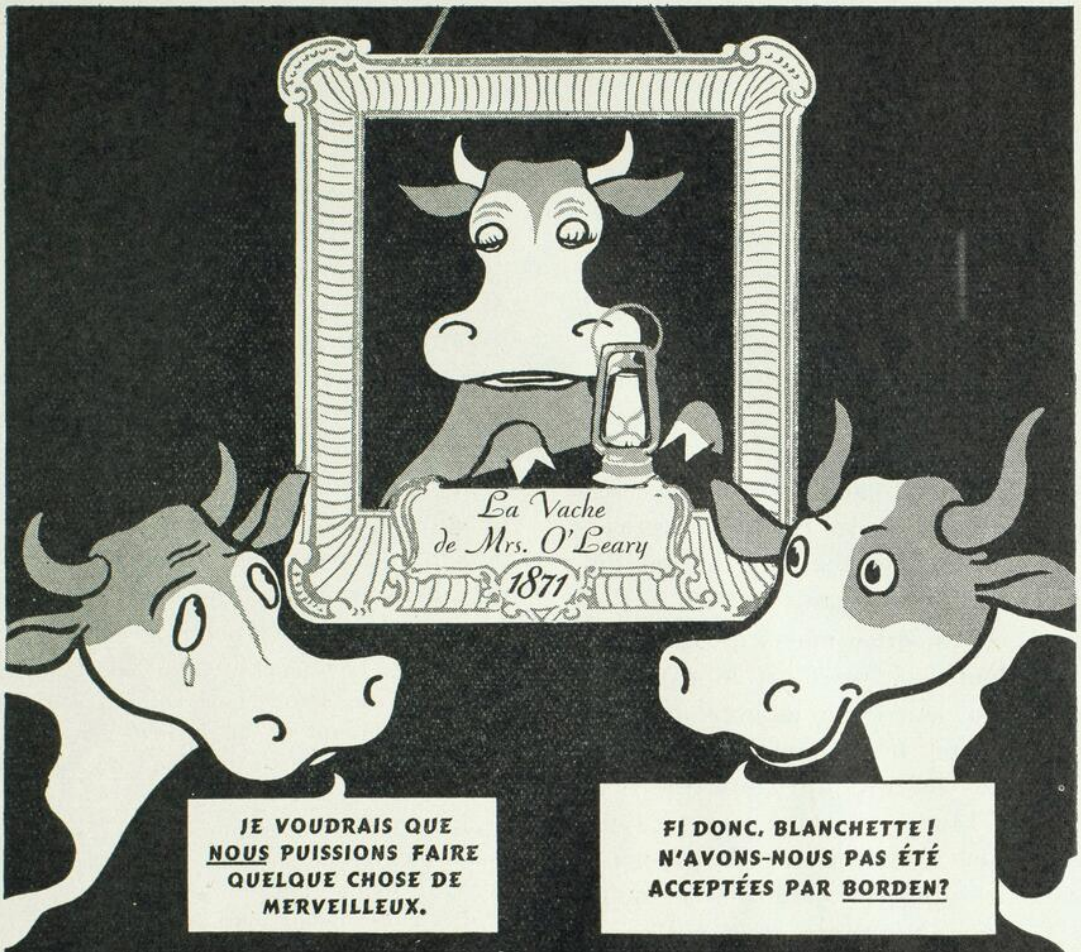
Il ne faut pourtant rien exagérer. Convenons sans parti pris et en laissant de côté toute vanité masculine que ce fluide attractif a encore du bon. C'est ce que nous révèlent fort à propos les docteurs Frank Lutz et Richard Burlingame du Museum d'Histoire naturelle de New-York. Ils ont fait sur les animaux des expériences démontrant que les femelles ont plus de rayons ultra-violets que les mâles et que ce rayonnement mystérieux a une grande importance au point de vue de l'attrait sexuel. Il en est de même, affirment-ils, dans l'espèce humaine, et il n'y a aucune raison de ne pas les croire sur parole. Le fameux *sex-appeal* se trouve ainsi très clairement expliqué et dès lors on comprend sans peine le charme si particulier que certains femmes exercent sur l'homme sans qu'on puisse arriver à en définir exactement les causes. Ces captivantes sirènes, dans le genre de Raquel Meller, sont tout simplement des ultra-violetteras...

Mais, au fait, ce rayonnement magique existe-t-il en réalité?

Il y a quelque neuf ans, Gurwitsch a découvert les rayons mitogénétiques émanés de cellules en voie de division (ou *mitose*) et susceptibles d'influencer à distance le développement de certains tissus. On a utilisé à cet effet les racines d'oignon, des bactéries, des œufs d'oursins, l'épithélium de la cornée, etc. D'après le savant berlinois, ces radiations seraient ubiquitaires et auraient une signification universelle pour l'ensemble des processus vivants. Un grand nombre de chercheurs, des Allemands surtout, se sont appliqués à vérifier les conclusions de Gurwitsch sur la théorie des rayons mitogénétiques et ont trouvé beaucoup de lacunes dans sa démonstration, mais ne l'ont pas formellement contredite. En France, M. et Mme Magron, ainsi que Mlle Choucroun se sont livrés à des expériences très consciencieuses qui n'ont pas été favorables à cette hypothèse, sans toutefois l'infirmer d'une manière absolue.

D'autre part, si nous consultons les très intéressants ouvrage de Lakhovsky sur l'*oscillation cellulaire*, nous voyons que l'auteur

1. *La Vie Médicale* mars 1933.

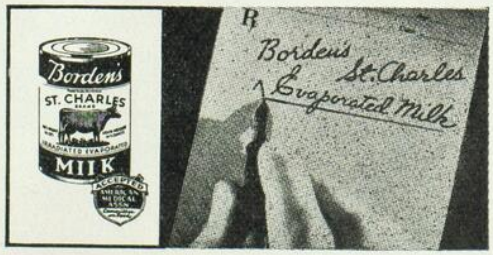


LE FAIT EST—que nulle ferme n'est placée sur la liste de Borden si tout son troupeau de vaches ne répond pas aux strictes exigences de Borden. Et, non seulement cela, tout le lait qui arrive à nos usines d'évaporation doit, avant d'être admis, subir certaines épreuves quotidiennes.

Ce double système de contrôle à la ferme et au laboratoire permet d'assurer un produit très uniforme. Et c'est à tous les autres soins qu'il reçoit que ce lait doit sa qualité supérieure et invariable. Ce sont là des raisons pour lesquelles beaucoup de médecins préfèrent le Lait Borden's St. Charles Evaporé Irradié.

En écrivant "BORDEN'S" sur toutes les formules de lait évaporé, les pédiatres savent qu'ils s'assurent que les mamans emploieront un bon lait évaporé. Le Lait Evaporé Borden's a été accepté en 1930 par le Comité de l'Association Médicale Américaine sur les Aliments.

Si vous ne connaissez pas le Lait Borden's St. Charles Evaporé, non sucré, écrivez à The Borden Company, Limited, Yardley House, Toronto, Ontario, pour recevoir des échantillons et de la documentation professionnelle.



considère tous les éléments de la cellule comme autant d'oscillateurs électromagnétiques qui vibrent comme des oscillateurs de Hertz, sous l'action d'un rayonnement extérieur correspondant à leur longueur d'onde propre.

Se reportant aux travaux des astro-physiciens, Nodon, Gœckel, Rutherford, Millikan et d'autres, qui ont découvert une radiation cosmique contenant toutes les longueurs d'ondes depuis un dix-millième d'angström jusqu'à 30.000 mètres, il en conclut que c'est dans cette gamme que tous les éléments de la cellule trouvent leur fréquence de résonance. Rien ne nous interdit de supposer que les ondes humaines sont également capables d'influencer le mouvement oscillatoire des chromosomes cellulaires et, par là, d'exercer une action dynamique sur d'autres organismes.

En vérité, ces théories modernes qui enlèvent aux phénomènes observés le caractère de surnaturel qui leur fut longtemps attribué, nous font remonter néammoins aux époques les plus reculées de l'antiquité, aux traditions mythiques de l'Inde ancienne, de l'Egypte pharaonique, des Assyriens et des Persans, des mythologies grecques et latines et enfin, plus près ne nous, aux pratiques occultes des alchimistes et des Rose-Croix du Moyen âge.

Que l'on donne à cette action radiante les noms anciens d'aura, d'effluves et d'émanations fluidiques ou bien les appellations nouvelles de rayons mitogénétiques et électro-magnétiques, cela revient toujours à exprimer, sous des formes différentes, les forces attractives ou répulsives que les êtres exercent les uns sur les autres.

Seulemnt, aux temps heureux où la science indiscrète n'avait pas encore jeté sa lumière crue dans les replis les plus cachés du cœur et de la pensée, ces manifestations d'énergie physico-psychique s'enveloppaient d'un mystère évocateur qui stimulait l'imagination des mages, des thaumaturges, des amants et des poètes.

A l'époque si péniblement réaliste où nous sommes, tous les actes de notre vie intellectuelle et morale sont soumis à l'analyse rigoureuse du laboratoire et nous en venons à mesurer le potentiel séducteur d'une femme à la longueur d'ondes de ses rayons ultra-violets qui peut varier de 0,144 à 3,800 angströms ! Si encore, on nous fournissait en même temps, comme en T. S. F., un moyen pratique de réglage qui nous permît de mettre au point la réceptivité de nos oscillateurs cellulaires, il n'y aurait évidemment que demi-mal, mais ce n'est pas le cas, hélas !

A travers les siècles, combien d'ondes sympathiques se perdront encore désespérément dans l'espace, faute de pouvoir rencontrer le chromosome-détecteur à résonance correspondante ! Il y aura toujours des interférences, des parasites dans les transmissions et je m'imagine volontiers quelque amoureux transi, quelque Arvers des temps futurs exprimant ainsi son tourment en des vers empreints d'une scientifique mélancolie:

Le sonnet d'Angström

Mon âme a son secret, mon corps a son mystère,
Un rayon pénétrant en un instant perçu;
Je l'ai senti passer mais j'ai bien dû me taire
Et celle qui l'émit n'en a jamais rien su.

Elle est venue troubler mon plasma solitaire;
Personne autour de moi ne s'en est aperçu,
Et je n'ai soufflé mot à quiconque sur terre
De l'ultra-violet qu'un jour j'en ai reçu.

Pour elle, comme Dieu l'a faite simple et tendre,
Elle sera mitogénique, sans s'attendre
Aux oscillations causées par ses appâts.

A l'austère devoir béatement fidèle,
Elle dira, lisant ces vers tout remplis d'elle:
Quel est donc ce rayon? et ne comprendra pas.

UNIVERSITE DE MONTREAL

Concours

Casgrain-Charbonneau

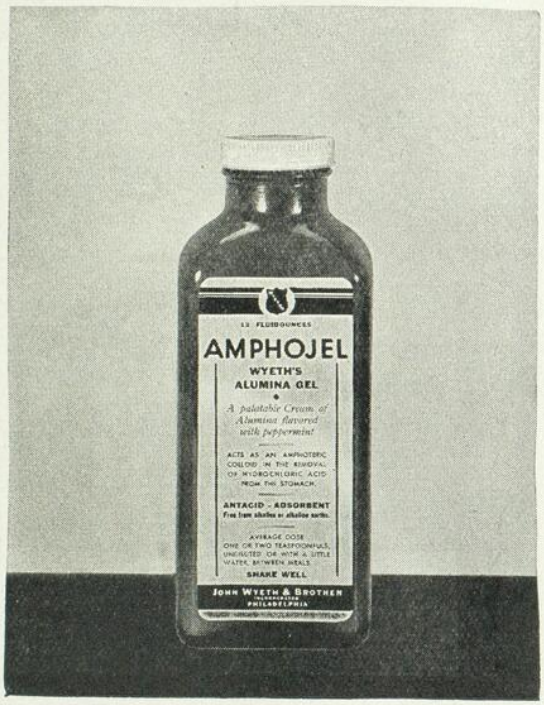
La Maison Casgrain-Charbonneau offre:

Premièrement, « un prix de $500 à être attribué, chaque année au meilleur travail, — recherche ou amélioration scientifique, — se rapportant à la médecine, à la pharmacie, à la dentisterie, à la chimie ou biochimie; — ce qui comprend toute découverte médicale ou pharmaceutique, toute amélioration importante de traitement médical ou d'opération chirurgicale, toute découverte scientifique d'ordre médical. »

"AMPHOJEL"

Suspension colloïdale d'hydrate d'alumine de Wyeth pour le traitement de l'hyperacidité gastrique et de l'ulcère peptique

• **NE CONTIENT PAS D'ALCALINS** •



• **NEUTRALISE L'ACIDE CHLORHYDRIQUE LIBRE DE L'ESTOMAC** •

Les avantages d'AMPHOJEL dans l'ulcère peptique:

- neutralise immédiatement l'acide chlorhydrique libre et soulage la douleur.
- ne peut causer d'alcalose ni une augmentation secondaire de la secrétion acide.
- accélère une satisfaisante et rapide cicatrisation des lésions.

JOHN WYETH AND BROTHER INC., Walkerville, Ont.

Deuxièmement, « la Maison Casgrain-Charbonneau met à la disposition des chercheurs une somme de $1,000. Il s'agit d'encourager les travailleurs qui, dans les domaines scientifiques et médicaux ci-haut mentionnés, ont obtenu déjà des résultats probants, mais dont les ressources insuffisantes entravent les recherches. »

1° Peuvent prendre part aux deux concours: les *Diplômés de l'Université de Montréal.*

2° Pour le premier concours, les travaux devront être envoyés au Recteur de l'Université, d'ici le 1*er mai* 1938.

3° Ces travaux devront être inédits.

4° Pour le second concours, les demandes de secours, bien motivées, devront être adressées au *Recteur,* d'ici le 1*er mai* 1938.

MUSEE LETULLE — HOPITAL BOUCICAUT, RUE DE LA CONVENTION

Cours médico-chirurgical de perfectionnemen sur la tuberculose pulmonaire, les suppurations bronchiques, pulmonaires et pleurales

Le Professeur honoraire Emile SERGENT continuera de donner, à titre d'enseignement libre et avec le concours de ses anciens collaborateurs, les cours de perfectionnement qu'il avait organisés dans son service de clinique de l'hôpital Broussais-La Charité.

Ces cours libres seront donnés, sous les auspices du Conseil d'Administration du Musée Letulle, à l'hôpital Boucicaut.

Le premier de ces cours, consacré à la tuberculose pulmonaire et aux suppurations bronchiques, pulmonaires et pleurales, commencera *le mardi matin* 7 *juin et se terminera le mardi soir* 12 *juillet.* Il comportera des conférences et des démonstrations et exercices pratiques dont le programme complet sera publié ultérieurement.

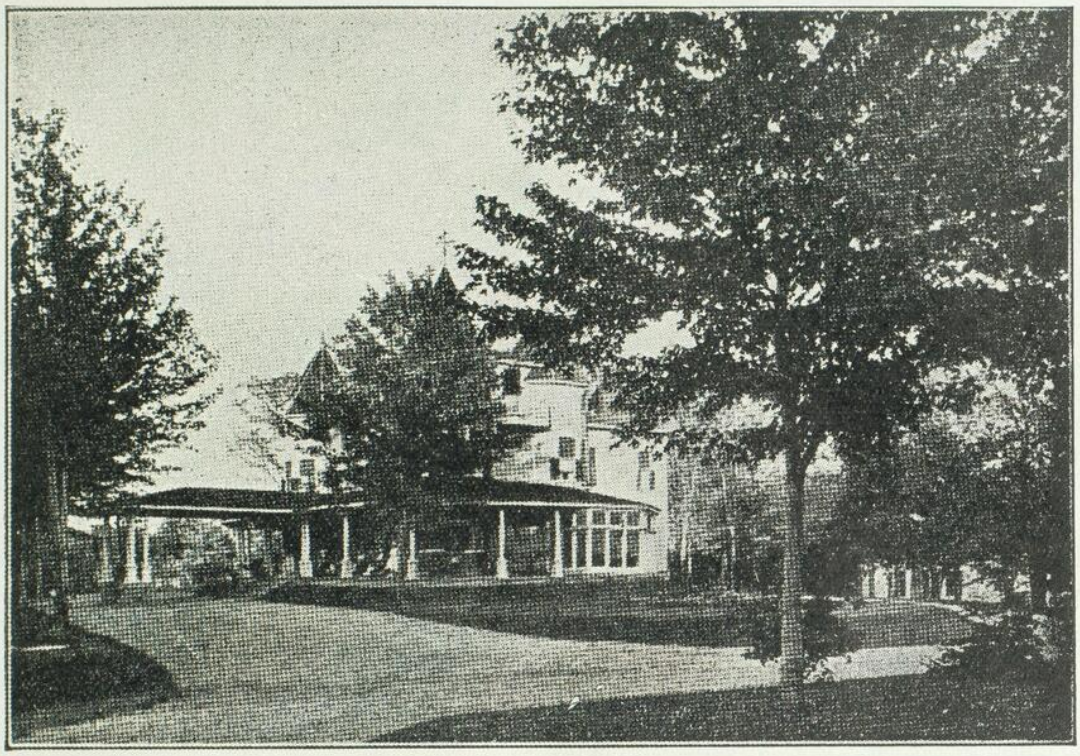
Un droit d'inscription de 300 francs sera versé au Secrétariat du Musée Letulle, à l'hôpital Boucicaut.

La réunion de l'American College of Surgeons, de la région des Grands Lacs, comprenant l'Ontario, Québec, les Etats de New Yorks, l'Ohio, le Michigan et la Pennsylvanie, aura lieu à Toronto, Ont. du 22 au 24 mars. Les quartiers généraux seront à l'Hôtel « Royal York ». Un comité des plus actifs, pour les arrangements locaux, présidé par le Dr W. E. Gallie, est à préparer d'excellents projets pour cette réunion. Le programme comprendra des cliniques, des séances scientifiques, conférences dans les hôpitaux, projections cinématographiques médicales et autres questions à discuter durant ce congrès. Un groupe de dix ou douze chirurgiens éminents étrangers seront au programme.

MARDI, le 22 *MARS.* — Inscription et renseignements généraux pour les « Fellows » du Collège, représentants d'hôpitaux et invités; cliniques avec opérations et cliniques sans opérations, en chirurgie et en spécialités chirurgicales, hôpitaux locaux; conférence hospitalière; projections cinématographiques: (1) chirurgie générale, (2) chirurgie des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge; assemblée annuelle des membres du Collège; projections cinématographiques sur la chirurgie des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge, conférence hospitalière.

MERCREDI, le 23 *MARS.* — Inscription et renseignements généraux pour les « Fellows » du Collège, représentants d'hôpitaux et invités; cliniques avec opérations et cliniques sans opérations sur la chirurgie et les spécialités chirurgicales, hôpitaux locaux, conférence hospitalière; projections cinématographiques, chirurgie générale; séances scientifiques, chirurgie générale; séance scientifique sur la chirurgie des yeux; séance scientifique sur la chirurgie des oreilles, du nez et de la gorge; conférence hospitalière, projections cinématographiques sur la chirurgie générale; séance scientifique sur la chirurgie des yeux, séance scientifique sur la chirurgie des oreilles, du nez et de la gorge; projections cinématographiques pour les représentants d'hôpitaux.

SANATORIUM PRÉVOST
INCORPORE



ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHERAPIE

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

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

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

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

4455 Boulevard Gouin ouest, **Téléphone, BYwater 1240**

JEUDI, le 24 *MARS.* — Inscription et renseignements généraux pour les « Fellows » du Collège, représentants d'hôpitaux et invités; clinique sur les fractures, cliniques avec opérations sur les yeux, oreilles, nez et gorge; conférence hospitalière; séance scientifique (réunion en commun avec discussion familière) sur la chirurgie des oreilles, du nez et de la gorge; clinique du cancer; conférence hospitalière; projections cinématographiques sur la chirurgie générale; réunion des services publics d'hygiène.

Ce congrès sera intéressant non seulement pour les « Fellows » du Collège, mais aussi pour toute la profession médicale, aussi bien que pour les administrateurs, les surintendants, les infirmières et les membres du personnel des hôpitaux. Il n'y a pas de frais d'inscription.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MEDICALE FRANCAISE

UNION THERAPEUTIQUE

(Association Internationale fondée en 1934)

Assemblée générale du 12 octobre 1938

L'assemblée annuelle de l'Union Thérapeutique aura lieu le mercredi, 12 octobre prochain, à la Faculté de Médecine de Paris, à 9 *heures* 30, sous la présidence du Professeur Lœper.

Les questions suivantes seront traitées par les rapporteurs:

M. le Prof. Dautrebande, (Liège): L'oxygénothérapie;

M. le Prof. Singer, (Vienne): La Protéinothérapie du diabète;

M. le Prof. Hernando, (Madrid): Vitaminothérapie dans les maladies de l'appareil digestif;

M. le Prof. Burgi, (Berne): Chlorophylie et lésions cutanées;

M. le Prof. Agrégé Henri Bernard et M. le Dr Sallet (Paris): Les injections intra-veineuses continues en thérapeutique.

Dans l'après-midi, à 15 heures, se tiendra la Séance Plénière de L'UNION et de la Société de Thérapeutique de Paris.

L'ordre du jour sera le suivant: *Le souffre en thérapeutique.*

Rapporteurs: M. le Prof. Burgi, (Berne): Les combinaisons du soufre en thérapeutique;

M. le Prof. Knud Schrœder, (Copenhague): Le soufre, modificateur des maladies infectieuses;

M. le Prof. Léon Binet, (Paris): Le rôle du soufre dans la vie des tissus;

M. le Prof. Campanacci, (Parme): Le soufre, médicament des arthropathies;

M. le Prof. Louis Bory, (Paris); Le soufre et la peau.

Les demandes d'adhésion à *l'UNION THERAPEUTIQUE* doivent être adressées au Secrétaire-Général, le Dr G. Leven, 24, rue de Téhéran, Paris 8°.

BILL D'ANATOMIE EN SASKATCHEWAN

Un bill d'anatomie est actuellement devant la Législature de la Saskatchewan pour permettre au service de la Santé d'obtenir des corps humains « exclusivement pour l'avancement et l'instruction des Sciences anatomiques ».

Le bill se propose d'autoriser le service de la Santé à utiliser les cadavres non reclamés à la Morgue et de malades qui ont été traités dans un hôpital sous la juridiction de la loi dite «Loi d'hôpital» (Hospital Act) et dont les parents ou amis se sont désintéressés.

NUTRITION POUR PATIENTS NERVEUX

Très souvent un état de tension nerveuse entrave la digestion et les médecins estiment que la principale chose à faire, en pareils cas, est de diminuer la tension, de rendre l'appétit et de nourrir les nerfs.

L'Ovaltine accomplit toutes ces fonctions. Prise dans du lait chaud, elle soulage les maladies que cause une mauvaise digestion, retire l'excès de sang du cerveau, refait l'énergie nerveuse et la force physique.

En usage dans les hôpitaux et les sanatoriums de par le monde entier.

OVALTINE

ALIMENT - TONIQUE - LIQUIDE

LA MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

CHOAY

Opothérapie simple
Opothérapie associée: SYNCRINES

OVAIRE
THYROÏDE
SURRÉNALE
HYPOPHYSE
Autres glandes...

EXTRAITS TOTAUX (poudres d'organe) } Comprimés

EXTRAITS INJECTABLES (en solution aqueuse) } Ampoules stérilisées

Laboratoires E. Choay,
48, rue Théophile-Gautier, PARIS, France.

Représentants exclusifs:
HERDT & CHARTON, INC.,
2027, avenue McGill College **Montréal**

ENFIN SUR LE MARCHÉ

Huile de foie de morue GASPÉSIENNE

DE TROIS QUALITÉS

Huile de foie de morue **Gaspésienne**	Vitamine A 1800 unités Vitamine D 100 unités	au gramme.
Vitiophos et **Super-Vitiophos**	Vitamine A 2500 unités Vitamine D 250 unités	au gramme.
	Vitamine A 4000 unités Vitamine D 1000 unités	au gramme.

L'huile de foie de morue gaspésienne est fabriquée par la compagnie LES PRODUITS MARINS GASPESIENS avec la haute approbation et l'appui moral du Ministre des Mines et Pêcheries de la province de Québec, **l'honorable Onésime Gagnon.**

C'est la première usine du genre dans cette province; elle a été organisée et installée à Rivière-au-Renard par M. Hervé Nadeau, président du Laboratoire Nadeau Limitée, et aussi président et animateur de la compagnie « Les Produits Marins Gaspésiens ».

Cette huile médicinale, obtenue par un procédé moderne et hygiénique, a été analysée par un expert en la matière, le **Dr Gaston Gosselin, professeur de physiologie** et chimiste physiologiste attaché au Laboratoire de Nutrition de l'Université de Montréal, qui atteste qu'elle est d'une qualité de beaucoup supérieure aux exigences des pharmacopées anglaise et américaine.

L'huile de Foie de Morue Gaspésienne est **pour le moins égale aux meilleures huiles** de foie de morue **importées.**

Ne pas oublier que les morues prises sur le long du littoral gaspésien, sont reconnues dans le monde entier comme étant les plus nutritives et les plus digestibles. L'huile qu'on en retire par un procédé rigoureusement scientifique est également de très haute qualité, parce que très riche en Vitamines A et D, iode et phosphore, et, de plus, de très faible acidité, ce qui assure sa bonne conservation.

Patronnez une nouvelle industrie canadienne-française.

ENCOURAGEZ NOS PECHEURS GASPESIENS **en employant de préférence** l'HUILE DE FOIE DE MORUE DE QUALITE SUPERIEURE, FAITE EN GASPESIE PAR LA CIE « LES PRODUITS MARINS GASPESIENS », 100 ouest, rue Saint-Paul, Montréal.

Nos huit représentants seront heureux de vous donner plus amples détails.

LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE, MONTRÉAL

UROPRAZINE

GRANULE EFFERVESCENT

ELIMINE L'ACIDE URIQUE

COMPOSANTS PRINCIPAUX:

Pipérazine

Hexaméthylenetétramine

Soufre colloïdal

Formiate de lithine

●

INDICATIONS:

GOUTTE ◆ RHUMATISME ◆ SCIATIQUE

Laboratoires Spartol, Paris, France

Distributeurs: **HERDT & CHARTON, Inc.**

2027, avenue McGill College Montréal

À contenance élevée d'extrait de malt, l'INVALID STOUT exerce une étonnante action revitalisante, excite un appétit salutaire, apporte une joyeuse énergie.

L'avis du docteur:

« J'ai pu me rendre compte personnellement des propriétés toniques et stimulantes de votre PORTER », écrit un médecin, et il ajoute : « Je vous complimente d'avoir su allier en lui les propriétés fortifiantes à un goût excellent. »

INVALID STOUT

le PORTER
tonique

PAVERAL

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

. . COQUELUCHE . .

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluches et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance, ni complication.

•

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

Nouveau
FROMAGE COTTAGE
DE LAIT ÉGOUTTÉ

Excellent aliment qui aide à soulager les personnes souffrant de troubles digestifs.

J.J. Joubert LIMITÉE

FRontenac 3121

DEMANDEZ NOTRE NOUVEAU LIVRE DE RECETTES TRAITANT DU FROMAGE COTTAGE.

Bureau et maison à louer pour médecin

Rue Cherrier, 910. Logement de deux étages, sept pièces, chauffé avec contrôle thermostatique. Eau chaude à l'année. Réfrigérateur électrique. Poêle à gaz. Chambre de bain en tuiles. Taxe d'eau payée. Site avantageux pour médecin, la maison étant occupée depuis vingt-deux ans par des médecins. À proximité de l'Hôpital Notre-Dame. Pourra être visité à partir du 1er mars.

Succession E.-L. de BELLEFEUILLE,

Chambre 7 :-: 40 Est, rue Notre-Dame Tél. HArbour 2373

À VENDRE

Collection de l'« Union Médicale du Canada » à partir de l'année 1888 jusqu'à décembre 1937.

S'adresser à Mme C. Dion, Lac Mégantic, P. Q.

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

Pompes funèbres
Salons mortuaires

Salons mortuaires: 1926, rue Plessis 4156, rue Adam.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

Messieurs les Médecins

sont invités à consulter

l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale

au Secrétariat

326 est, boulevard Saint-Joseph

MONTRÉAL

dans l'après-midi, de 2 à 5 heures

SPÉCIALITÉ
PHARMACEUTIQUE

ELIXIR POLYBROMURE
(Sans sucre)

(Une cuillerée à bouche de 20 grammes renferme 3 grammes de Bromure de Potassium, Sodium et Ammonium, associés à des Teintures amères et toniques.)

Mode d'emploi: 1 à 2 cuillerées à thé dans un peu d'eau toutes les trois heures.

Présentation: 240 c.c.

La Pharmacie d'Ordonnances
ARTHUR HIRBOUR
ci-devant Bisaillon-Hirbour

35 ans d'expérience dans l'exécution exclusive d'ordonnances de Médecins. — Nous n'employons que les produits chimiques supérieurs.

Angle Saint-Denis et De Montigny
Téls: LA. 7356 - PL. 0305 - Montréal

TABLE DES ANNONCEURS

Abbott, Laboratoires, Ltée (Nembutal) 28
Anglo-French Drug, Cie (Vitacrine) 19
Ayerst, McKenna & Harrison, Ltée . . . . . **2e page de couverture**
Banque Canadienne Nationale (à votre disposition) 25
Borden's Farm Products Co. Ltd. 329
Bromo-Seltzer Ltd. 23
Canada Drug (Paveral) 36
Carling Breweries Ltd. (Invalid Stout) 36
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Sulfocide) 9
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Stérilisateur "Castle") 17
Ciba, Compagnie, Ltée (Trasentine et Pérandren "Ciba") 20
De Bellefeuille, E.-L. Succession 32
Eddé, J. Ltée (Tréphonyl) 22
Eddé, J., Limitée (Iodogénol Pépin) 323
Eddé, J. Limitée (Nucléarsitol Robin) 22
Encyclopédie Médico-Chirurgicale 33
Frosst, Charles E., & Co. (Ferro-Catalytic) 1
Herdt & Charton, Inc. (Choay) 29
Herdt & Charton, Inc. (Uroprazine) 30
Hirbour, Arthur (Elixir polybromure) 33
Hoffmann-La Roche (Apicur et Pantopon « Roche ») 26
Imperial Tobacco Company Ltd., (Sweet Caporal) 25
J.J. Joubert Limitée (Fromage Cottage) 32
Librairie Beauchemin, Ltée (Nouveautés) 321
Laboratoire du Bismol (Anogel) **4e page de couverture**
Laboratoires Lumière 7
Laboratoires Poulenc Frères du Canada (Soneryl) 327
Laboratoire Nadeau, Ltée (Huile de foie de morue Gaspésienne) . . 30
Merck & Co., Ltd (Pyridium) 5
Millet, Roux & Cie, Ltée (Ampho-quintivaccin) 15
Millet, Roux & Cie, Ltée (Ampho-vaccin) 15
Monty, Gagnon, Monty 33
Rougier Frères (Stanno-Sufrol) 3
Rougier Frères (Hepathemo Deschiens) 3
Rougier Frères (Elixir Martin-Mazade) 319
Rougier Frères (Pastilles Boratol) 319

Sanatorium Prévost 333
Schering (Canada) Limited **13**
Usines chimiques du Canada, Inc. (Sal-Iodum) **35**
Vinant Limitée (Pulmo-Bailly) **21**
Vinant Limitée (Pommade Midy) **11**
Vinant Limitée (Stovédrine) **11**
Vinant Limitée (Sed'Hormone) **27**
Wander, A., Limited (Ovaltine) **29**
Warner, William R., Limited (Lorate) 325
Winthrop Chemical Company, Inc., (Betaxin) **24**
Wyeth & Bro., Inc., John, (Amphojel) 331

CONSTIPATION CHRONIQUE

VALDINE

VALOR

CONSTIPATION par
INSUFFISANCE HÉPATIQUE

PANCRÉAVAL

VALOR

USINES CHIMIQUES du CANADA Inc. - MONTRÉAL
1338, RUE LAGAUCHETIÈRE EST - Casier Postal 87, Station C