

Numéro 4

Première année

LE JOURNAL

... de ...

L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL



JUILLET-AOÛT

1932

dans la cystite et la pyélite

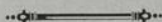
Marque **PYRIDIDIUM** de commerce

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

Fabriqué par la Pyridium Corporation



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



MERCK & CO.
LIMITED

412, rue St-Sulpice - - MONTRÉAL

Seuls dépositaires au Canada

SOMMAIRE du No 4

JUILLET-AOÛT 1932



P.-M. SAINT-PIERRE : Quelques notes sur l'anatomie des glandes parathyroïdes	205
OSCAR MERCIER : Les urétrites d'origine rénale	213
ÉDOUARD DESJARDINS : Les anévrysmes artério-veineux traumatiques	219
E.-P. GRENIER : Un appareil pour la radiumthérapie des cancers du rectum	230
PAUL MARCHILDON : La transfusion sanguine et l'emploi du sang pur	237
LÉO PARISEAU : Miettes gastronomiques de l'histoire du Canada	243
LÉO PARISEAU : Pourquoi il faut assister au Congrès d'Ottawa	256
XIIe Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord	259

Si vous voulez combattre

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

recommandez

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



Nous vous offrons alors le

DIGESTAN L.N.L.

Pepsine, force protéolytique 3000.
 Papaine C.P. force protéolytique 2000
 aa 12 grains ou 0.78 cg.
 Base effervescente et carminative q.s. 1 oz.
 ou 28.3 grammes.
 Posologie: Une cuillerée à thé dans un verre d'eau dégloutie, pris immédiatement après effervescence, aux repas.

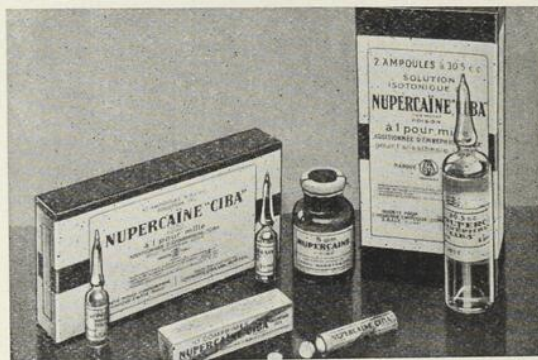
Sur demande, nous enverrons avec plaisir un échantillon.

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

LE NOUVEL ANESTHÉSIQUE LOCAL

LA NUPERCAÏNE « CIBA »

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



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

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

POUDRE - COMPRIMÉS - AMPOULES

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE, MONTRÉAL

A LOUER

LA SANTÉ

vient en mangeant



ce délicieux
aliment
tiré
du lait.

Il figure sur toutes les tables d'Europe.

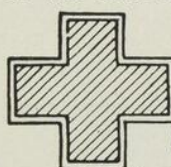
Le célèbre Professeur Metchnikoff dit : « Les toxines de l'intestin hâtent la décrépitude et la vieillesse et finalement la mort ».

Il est établi que nous pourrions vivre bien plus longtemps si les poisons intestinaux que nous fabriquons tous, plus ou moins, ne nous intoxiquaient sournoisement. C'est pour cela que le Yogourt est un aliment précieux, c'est pour cela qu'il est maintenant en Europe sur toutes les tables, qu'il y figure sur toutes les cartes de restaurant.

Le Yogourt est un produit *naturel* du lait. C'est un aliment délicieux

et c'est aussi un antiseptique bien-faisant de l'intestin. Il contient des ferments qui détruisent les mauvais microbes de l'intestin. Il fait la police de notre tube digestif. Les plus hautes sommités médicales reconnaissent sa haute valeur pour assurer une bonne nutrition et une bonne digestion. Il rafraîchit l'organisme. Il entretient la santé, les belles couleurs, la jeunesse et la souplesse du corps.

Le Yogourt se mange au dessert, sucré, salé ou mélangé de confiture. C'est une cure de santé qui est une véritable gourmandise. Essayez aujourd'hui ce délicieux aliment.

 **Yogourt**
"CROIX-VERTE"

Régale les gourmands — Entretien la santé

Préparé par J.-D. DELISLE, 916 Duluth Est. Tél. AM. 0434. Montréal

UNE VUE PARFAITE EST UN FACTEUR
DE BONNE SANTÉ



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

271 RUE SAINTE-CATHERINE EST, MONTRÉAL

Tél. LAncaster 7070

Pourquoi l'Apioline?



Parce qu'elle soulage la douleur due à la congestion utérine.
Parce qu'elle active la circulation utéro-ovarienne et stimule localement la leucocytose.
Parce qu'elle facilite l'élimination des toxines et des débris.
Prescrivez-la dans tous les désordres de la menstruation. Une ou deux capsules 3 p.p.p. avant les repas.

Veillez m'envoyer un échantillon d'Apioline.

Nom

Rue

Ville

L'Apioline (Chapoteaut) se vend en flacons de 24 capsules,
contenant 20 centigrammes.

Laboratoire de Pharmacologie Générale

Dr. Ph Chapelle, 8 rue Vivienne, Paris.

Distributeurs pour le Canada:

LYMAN AGENCIES, LIMITED, 294 ouest, rue St-Paul, Montréal.

ASTHME CŒUR REINS ARTERIOSCLEROSE ANGINE DE POITRINE etc

ELIXIR EUPNÉIQUE MARTIN-MAZADE

A L'

IODURE DE CAFÉINE

0 GR. 25 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

*Remède vraiment héroïque journellement prescrit par toutes les sommités médicales.
Ne provoque ni intolérance ni accidents d'iodisme. — 2 à 4 cuillérées à café par jour.*

LITTÉRATURE & ECHANTILLONS : LABORATOIRE MARTIN-MAZADE SAINT-RAPHAEL (VAR)

L'EAU PRÉCIEUSE DÉPENSIER

GUERIT RADICALEMENT

MAUX DE JAMBES — MALADIES DE LA PEAU
ULCÈRES — VARICES — ECZÉMAS

Préparation Antiseptique non dangereuse recommandée par un grand nombre de médecins.

*Pilules Dépuratives. — Pilules d'Hyppocastine. — Magnésie Bridou.
Savon Antiseptique. — Pommade Antidartreuse.*

DEPOSITAIRE AU CANADA

AUG. SORIGNET, 511, RACHEL EST, MONTREAL

COMPAGNIE D'OXYGÈNE du CANADA

(Oxygen Co. of Canada)

Etablie en 1895.

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

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

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

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

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

Bureaux et Laboratoires :

1458, rue Mansfield,
MONTREAL



Le jour :

Téléphone: HARbour 7370

Le soir :

Téléphone: WALnut 0415M

MEANS



QUALITY

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

MÉCANICIEN ORTHOPÉDIQUE

Attitré auprès des Hôpitaux suivants:

Children's Memorial Hospital	Royal Victoria Hospital
Montreal General Hospital	Shriner's Hospital
Montreal Children's Hospital	Western Hospital

HEURES DU BUREAU

Monsieur DUCKETT (sur rendez-vous seulement)

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

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

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

J. A. DUCKETT

2008-2014-2020, RUE BLEURY, angle Ontario, - - - MONTRÉAL
Téléphone: HARbour 0630

COQUELUCHE

Traitement efficace de la coqueluche par le

PAVERAL

C'est le traitement le plus efficace qui existe actuellement, il guérit les cas de coqueluche dans l'espace de 5 à 24 jours suivant l'intensité et sans complications.

Littérature sur demande.

Agents : CANADA DRUG COMPANY
PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice, - - - Montréal

ARTICLES DE FANTAISIE

POUR SOIRÉES D'HIVER

intimes et familiales

DEMANDEZ NOS CATALOGUES:

ARTICLES EN PAPIER POUR TABLE ET MAISON

Assiettes en carton, Centres en papier, Chandelles, Nappes en papier crêpé, Nécessaires en papier pour tables de bridge, Serviettes de table, Confettis, Serpentins, Verres en papier ciré, Soufflettes en papier, Chapeaux en papier crêpé, Eventails, Pétards (*Crackers*), etc.

JEUX DE SOCIÉTÉ

Cartes à jouer, Blocs pour bridge, Nécessaires pour bridge, Boîtes à jetons, Indicateurs (*Tallies*), Jeux de toutes sortes.

DÉCORATIONS

Drapeaux, Lanternes, Ecussons, Banderolles, Papier crêpé uni, Papier crêpé avec dessins, Papier de soie, Banderolles en papier crêpé, Nécessaires pour emballer les cadeaux, Nécessaires pour décorer la table, Pétards (*Crackers*), Chapeaux en papier crêpé, Chandelles, Masques, Loups, Flûtes en carton, Ballons, etc.

NOTRE ASSORTIMENT EST AU COMPLET

GRANGER FRÈRES
Libraires, Papetiers, Importateurs
54 Notre-Dame-Ouest, Montréal

La plus importante librairie et papeterie française du Canada

INFECTIONS CHRONIQUES
 IODO BENZO METHYL FORMINE

IODASEPTINE

RHUMATISMES DEFORMANTS
 SYPHILIS
 TUBERCULOSE

CORTIAL

AMPOULES LABORATOIRES CORTIAL - PARIS 15 Boulevard Pasteur COMPRIMÉS

TOUS ETATS INFECTUEUX AIGUS
 DI- UROTROPINE IODOBENZOMETHYLÉE INJECTABLES

SEPTICEMINE

GRIPPE TUBERCULOSE MENINGITE FIÈVRES PUERPÉRALES TABÉS
 PNEUMONIE ENCÉPHALITE TYPHOÏDE URO-GYNÉCOLOGIE
 ULCÉRATIONS FURONCULOSE

CORTIAL

AMPOULES LABORATOIRES CORTIAL-PARIS 15 Boulevard PASTEUR

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

Le Laboratoire du Bactériophage

sous le contrôle scientifique du Prof. D'HERELLE.

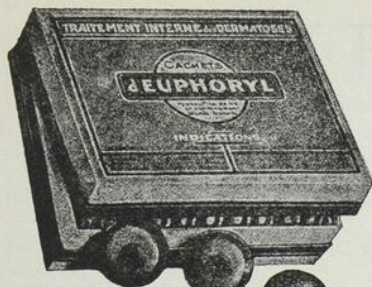
- BACTÉ-INTESTI-PHAGE.** Bactériophages adaptés aux microbes des infections intestinales: Coli, Paracoli, Entérocoques, Staphylocoques, etc.
- BACTÉ-COLI-PHAGE.** Bactériophages adaptés à de très nombreuses races de Bacilles Coli et Paracoli.
- BACTÉ-PYO-PHAGE.** Bactériophages adaptés aux microbes des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

Littérature et échantillons de

L'Anglo-French Drug Cie

354, RUE SAINTE-CATHERINE EST,

MONTRÉAL



Méthode de Désensibilisation Polyvalente

DERMATOSES PRURIGINEUSES

Anaphylaxies

(Communication à la Société de Dermatologie de Paris)

3 Cachets par jour

ou

3 Intraveineuses par semaine

combinées à l'Auto-Hémothérapie

L'EUPHORYL

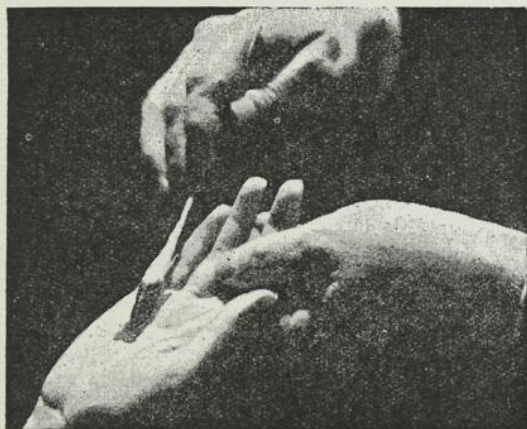
Dépositaire pour le Canada: G. JOUOT, 460 est, ave. Mont-Royal, Montréal.

LA TEINTURE DE METAPHEN

pour la

Stérilisation pré-opératoire

1. Non irritante, non caustique.
2. Non toxique.
3. Pénètre rapidement.
4. Ne précipite pas en présence du sérum sanguin.
5. Ne tache pas.
6. Pouvoir antiseptique de 15% PLUS ÉLEVÉ pour la stérilisation cutanée, de 90% PLUS ÉLEVÉ pour la stérilisation sous-cutanée que celui des meilleurs antiseptiques connus jusqu'ici.
7. Manufacturée au Canada.



ABBOTT LABORATORIES LIMITED
388, rue St-Paul Ouest,
MONTRÉAL

Littérature et échantillons sur demande.

TUSSIVA

Eucalyptus. Tr. Bryonia. Tr. Pulsatilla. Sulfure d'antimoine.

**ANTISEPTIQUE ET SÉDATIF D'UNE
PUISSANCE REMARQUABLE.**

COQUELUCHE TOUX DES TUBERCULEUX TOUTES LES TOUX

Exempt de tout narcotique, TUSSIVA est donc d'une innocuité absolue. Les observations cliniques les plus rigoureuses, avec contrôle de laboratoire, ont démontré que Tussiva fait disparaître entièrement la coqueluche, en moins de quinze jours.

Mode d'emploi: Une cuillerée à thé, dans un grand verre d'eau. Donner une cuillerée à thé de ce mélange, toutes les heures.

HYPOCARDINE

**Médication d'urgence et traitement d'entretien
de toute défaillance cardiaque
et de l'hypotension.**

Composition: Carbonate de potassium; Tr. Strophanthus; Tr. Digitale; Chlorure d'or.

Mode d'emploi: Dix gouttes dans une cuillerée à thé d'eau, trois ou quatre fois par jour.

J. A. HARRIS Limitée

506 EST, RUE SAINTE-CATHERINE, - - MONTRÉAL

Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal

No 4

Juillet-août 1932

QUELQUES NOTES SUR L'ANATOMIE DES GLANDES PARATHYROÏDES

Par P.-M. SAINT-PIERRE

Prosecteur d'anatomie
à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.
Interne à l'Hôtel-Dieu.

Plusieurs études ont été publiées depuis quelques années sur les glandes parathyroïdes. Le rôle de ces organes dans certaines maladies du squelette s'annonce de plus en plus probable: ostéomalacie, maladie osseuse de Recklinghausen, etc. Ayant eu l'occasion de voir dans le service de M. le docteur Paré, à l'Hôtel-Dieu, un cas de maladie osseuse de Recklinghausen chez lequel un adénome d'une parathyroïde fut trouvé lors de l'opération, nous avons eu la curiosité d'étudier l'anatomie de ces glandules.

Ce chapitre de la science anatomique a été peu fouillé. Les travaux les plus importants que nous avons pu trouver sur la question ont été publiés dans le Journal de Chirurgie.¹

Ces auteurs étudient minutieusement la topographie des parathyroïdes et discutent longuement la technique des opérations portant sur ces organes. Malheureusement, ils en donnent une description fort incomplète et leur seul critérium certain d'identification est l'examen microscopique. Nous avons voulu serrer le problème de plus près et essayer de définir l'anatomie descriptive des parathyroïdes. Des dissections faites à la salle d'autopsie sur des cadavres frais nous ont permis des contestations intéressantes.

¹ Journal de Chirurgie, tome XVIII, travail de Lorrin. — *Id.*, tome XXXVIII, travail de Chafoliau et Ameline.

Nous avons cherché les parathyroïdes sur six cadavres. Trois fois nous avons trouvé quatre glandules; deux fois nous en avons vu trois, et une fois, deux.

Dans chaque cas les pièces prélevées furent examinées au microscope par M. le docteur J. Riopelle, du Laboratoire d'anatomie pathologique de l'Hôtel-Dieu. A deux reprises nous avons cru prélever une parathyroïde alors qu'il s'agissait, dans un cas, d'un ganglion lymphatique et, dans l'autre, d'un lobule thyroïdien.

Tous nos prélèvements ultérieurs, au nombre de quinze, ont été des parathyroïdes; c'est dire qu'il est facile de reconnaître les parathyroïdes microscopiquement.

Le chirurgien Leriche de Strasbourg nous semble exagérer quand il propose de ligaturer les artères thyroïdiennes inférieures dans le but de produire la dégénérescence des parathyroïdes inférieures, dont la découverte opératoire lui paraît trop aléatoire.

Un mot de technique avant d'entrer dans le sujet. Chacun admet que la dissection des parathyroïdes est délicate. Les dimensions restreintes de la région à explorer, la ténuité des organes à trouver ou à éviter imposent l'emploi d'instruments délicats. Nous ne comprenons pas, ni n'admettons le conseil donné par certain, de dilacérer les tissus à la sonde cannelée. C'est le moyen de tout mêler dans le champ à explorer, et finalement de ne rien voir. Une belle dissection se fait en gardant toujours dans leurs positions respectives et leur intégrité les organes à chercher. Les tissus doivent être examinés attentivement à mesure qu'ils se présentent à la vue. Des tractions délicates, faites avec une pince à dissection sans griffes et à pointe fine, permettront de reconnaître si on a affaire à un nerf, à un vaisseau, à du tissu conjonctif. Celui-ci sera enlevé par section nette au moyen de ciseaux fins qu'il sera plus facile de manier s'ils sont courbes. Il ne faut jamais laisser obscurcir le champ par des lambeaux d'aponévrose, ou de tissu cellulaire. Un fragment de chair est facile à identifier quand il est neuf, il devient méconnaissable quand la pince la tourné et retourné, et pour peu

qu'on néglige de tenir propre le champ opératoire on est vite embarrassé pour déterminer ce qui est ou ce qui n'est pas une parathyroïde.

Retenant bien ces notions élémentaires, nous chercherons les glandes parathyroïdes. Elles se trouvent à la partie postérieure de la loge thyroïdienne, laquelle est située en avant des viscères du cou, en arrière des muscles sous-hyoïdiens, qui sont engainés par des dédoublement de l'aponévrose cervicale moyenne. En haut, la limite de la loge est à l'intersection supérieure de ces muscles sous-hyoïdiens avec le cartilage thyroïde et sur l'os hyoïde. En bas, la loge

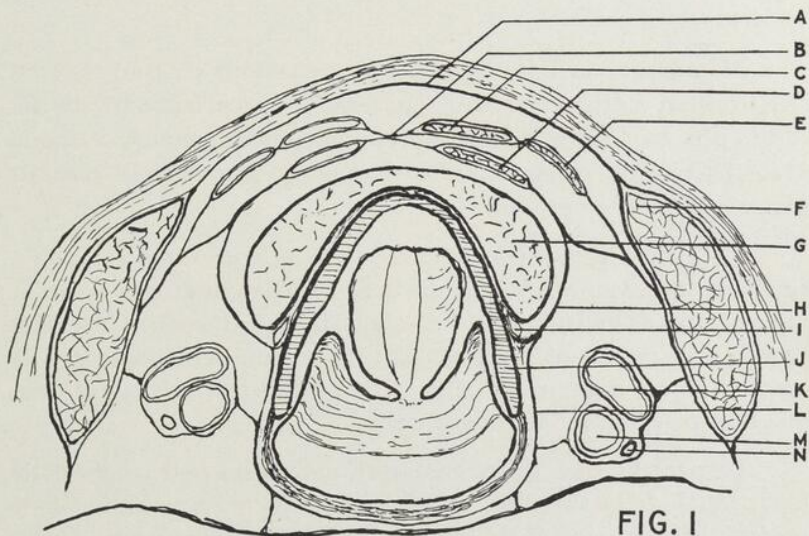


FIG. I

Aponévrose de la région antérieure du cou. Loge thyroïdienne (schéma), coupe horizontale.

(A) aponévrose cervicale superficielle; (B) aponévrose cervicale moyenne; (C) muscle sterno-cleido-hyoïdien; (D) muscle sterno-thyroïdien; (E) muscle omo-hyoïdien; (F) muscle sterno-cleido-mastoïdien; (G) corps thyroïde; (H) feuillet d'union entre l'aponévrose viscérale et l'aponévrose cervicale moyenne; (I) grande parathyroïde; (J) cartilage thyroïde; (K) veine jugulaire; (L) aponévrose viscérale; (M) artère carotide primitive; (N) nerf pneumogastrique.

se ferme, au-dessous de la glande, par l'union d'un feuillet venant de la gaine aponévrotique de la trachée avec le feuillet profond de l'aponévrose cervicale moyenne. Sur les côtés, la loge thyroïdienne est fermée par des feuillets aponévrotiques dont l'interprétation varie avec chaque auteur. Sans nous livrer à une fastidieuse dissertation, nous adopterons la conception de Rouvière et dirons que l'aponévrose cervicale moyenne se dédouble latéralement en deux feuillets dont l'un contourne le bord postéro-latéral de la glande thyroïde pour aller s'unir à l'aponévrose viscérale qui engaine le larynx et la trachée, tandis que l'autre s'unit à l'aponévrose profonde du muscle sterno-cleïdo-mastoïdien. (Voir le schéma ci-joint.)

Notons que la limite postérieure de la loge thyroïdienne est à environ un centimètre et demi en avant des gros vaisseaux du cou et un peu en dedans d'eux. Cette limite postérieure correspond (face latérale du conduit laryngo-trachéal) à une ligne verticale passant à la partie moyenne de cette face.

La glande thyroïde, qui occupe en presque totalité sa loge, est donc limitée en arrière par un bord mousse qui atteint la partie moyenne des faces latérales du conduit laryngo-trachéal. C'est dans l'angle rentrant formé par le versant interne du bord postérieur du corps thyroïde d'une part, et la trachée ou le larynx d'autre part, que l'on trouvera les parathyroïdes.

La parathyroïde inférieure est au niveau du pôle inférieur du lobe latéral de la thyroïde, au niveau des premiers anneaux de la trachée. Elle est séparée de la trachée par une assez épaisse couche de tissu cellulaire lâche dans lequel monte le nerf récurrent qui, à ce niveau, est déjà divisé en trois ou quatre branches. L'autre thyroïde inférieure est plus basse et plus en avant. La parathyroïde supérieure est à peu près à égale distance des deux pôles du lobe thyroïdien. Elle est toujours mieux cachée sous le lobe thyroïdien que l'inférieure, qui souvent déborde la thyroïde en arrière. Un rapport qui nous a paru constant est celui-ci: elle est toujours voisine du lieu de croisement du bord postérieur vertical du lobe thy-

roïdien avec le bord supérieur horizontal du muscle crico-thyroïdien. La glande parathyroïde supérieure n'est séparée du versant supérieur du muscle et de la face externe su-jacente du cartilage thyroïde que par une mince couche aponévrotique peu résistante.

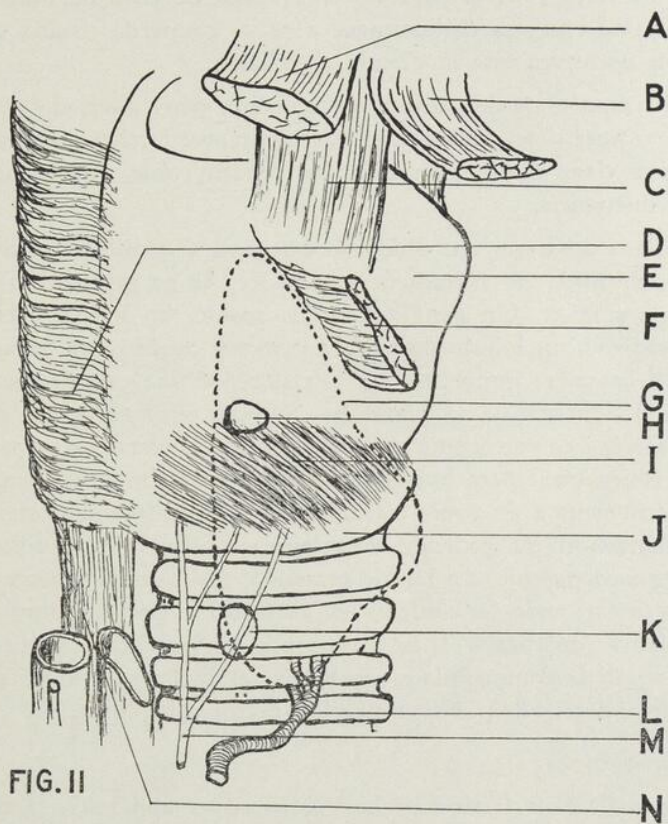


FIG. II

Rapport des parathyroïdes (schéma)

(A) muscle omo-hyoïdien; (B) muscle sterno cleido-hyoïdien; (C) muscle thyro-hyoïdien; (D) constricteur inférieur du pharynx; (E) cartilage thyroïde; (F) muscle sterno-thyroïdien; (G) contour du corps thyroïde; (H) parathyroïde supérieure; (I) muscle crico thyroïdien; (J) cartilage cricoïde; (K) parathyroïde inférieure; (L) artère thyroïdienne inférieure; (M) nerf récurrent; (N) oesophage.

Les parathyroïdes sont parfois directement visibles lorsqu'on soulève le bord postérieur de la thyroïde. Parfois l'une d'elles, surtout l'inférieure, restera accolée au lobe thyroïdien, logée dans une anfractuosité ménagée entre des lobules thyroïdiens. Le plus souvent, on verra sous la thyroïde une masse de tissu cellulaire très lâche qu'on enlèvera délicatement à petits coups de ciseaux et dès lors on apercevra vite la glande cherchée.

Il importe de déterminer les caractères particuliers des glandes parathyroïdes si on veut pouvoir affirmer avec certitude que ce que l'on tient dans sa pince est bien une parathyroïde. Voici quelques signes distinctifs.

Tous ceux qui ont étudié la question s'accordent à dire que la parathyroïde est nettement encapsulée. Il ne nous semble pas que cela suffise. Un ganglion est encapsulé, un lobule graisseux est encapsulé, un lobule thyroïdien pédiculé ou libre est encapsulé. Le vrai caractère important est l'existence d'une capsule très fine et « non adhérente à la glande ». Si vous promenez une pointe assez acérée à la surface du corpuscule suspect, vous verrez, si vous avez affaire à une parathyroïde, la capsule se déchirer, et vous mettrez facilement à nu toute la surface de la glandule sauf au point d'implantation du pédicule vasculaire qui, lui, a une adhérence ferme au corpuscule. Le lobule graisseux seul peut se libérer de la même façon mais la couleur est différente. Le ganglion ne se laisse jamais décapsuler. Il est le centre de convergence de fins tractus fibreux qui le font solidaire du milieu ambiant. Le lobe thyroïdien ne se décapsule pas du tout, il se déchirerait plutôt.

2° *Surface lisse:*

Sous la capsule ainsi déchirée vous voyez apparaître la surface lisse, polie, luisante de la parathyroïde. C'est net, aucune opalescence comme dans le cas du ganglion ou du lobe thyroïdien que vous auriez péniblement débarrassés de leur enveloppe.

3° *Couleur:*

Sur le cadavre frais la parathyroïde a paru de coloration rouge brun foncé, beaucoup plus foncé que le corps thyroïde. Nous avons

constaté que la parathyroïde, sur le vivant, avait une teinte beaucoup plus claire que le corps thyroïde. Nous n'avons vu sur le vivant qu'un adénome parathyroïde et ici il ne s'agit pas d'adénome. Notons que très souvent les bords de la glande sont de coloration plus pâle que ses parties centrales.

4° *Forme:*

Vue à plat, dans sa logette naturelle, la parathyroïde apparaît aplatie, circulaire, ovalaire ou vaguement triangulaire. Mais un caractère essentiel que l'inspection permet de reconnaître et que la glande conserve lorsqu'on l'a enlevée, c'est l'existence de « bords tranchants ». Ce caractère est plus ou moins marqué suivant que la glande est plus ou moins aplatie, mais il existe toujours et sa valeur diagnostique est considérable. Il nous a permis d'identifier avec sûreté quatre parathyroïdes sur un sujet mort de lymphogranulomatose, chez qui les hypertrophies ganglionnaires locales avaient singulièrement bouleversé la topographie de la région.

Notons que l'insertion du pédicule vasculaire ne se trouve jamais sur un bord de la glande mais sur une face.

5° *Consistance:*

La parathyroïde est très molle, ce en quoi elle diffère d'un lobule thyroïdien, qui est consistant. Elle est un peu élastique, ce en quoi elle diffère du lobule graisseux. Elle se rompt très facilement, aussi facilement que le lobule graisseux, mais la surface de rupture diffère d'aspect dans les deux corpuscules. La coloration à elle seule permet de faire le diagnostic.

Dans la parathyroïde, une rupture permet de voir une bouillie uniforme dont l'aspect mat tranche sur le poli de la surface de la glande. Dans un lobule thyroïdien, une rupture fait voir le gravité fin des vésicules thyroïdiennes; cela rappelle la chair d'une fraise.

6° *Diagnostic:*

Les caractères que nous venons d'explorer individualisent suffisamment la glande parathyroïde pour qu'on la reconnaisse facile-

ment à l'oeil nu. Personnellement, sur un total de vingt-quatre prélèvements, nous avons erré deux fois seulement, dans nos deux premiers essais. Nous sommes persuadé que chez nos premiers sujets, nous avons laissé des parathyroïdes supérieures, qui sont presque toujours séparées de la thyroïde par du tissu cellulaire dans lequel un débutant s'égaré.

Les organes avec lesquels on confond les parathyroïdes sont: soit un ganglion lymphatique, soit une lobule thyroïdien pédiculé ou indépendant, moins facilement un lobule graisseux.

Le lobule thyroïdien est dur, il résiste à la pression de la pince, sa surface est entourée d'une fine capsule, et non nette et lisse comme celle de la parathyroïde; il ne se décapsule pas. Il est arrondi sans bords tranchants. Sa surface est souvent irrégulière, semée de tubérosités arrondies. Si on le rompt, il a l'aspect chair de fraise.

Le petit ganglion est adhérent au milieu environnant; on ne l'en sépare qu'à grands renforts de coups de ciseaux, sa surface reste toujours recouverte d'une couche de tissu conjonctif qui lui donne une opalescence particulière. Les limites n'ont pas de netteté qui frappe comme chez la parathyroïde. Il ne présente jamais de bords tranchants.

Notons que les ganglions sont surtout nombreux dans le voisinage de l'oesophage, en arrière du bord postérieur de la glande thyroïde. Leur découverte indique presque toujours qu'on ne cherche pas au bon endroit, mais trop en arrière.

En terminant signalons que, dans tous nos cas, nous avons vu que la parathyroïde inférieure recevait un rameau vasculaire de l'artère thyroïdienne inférieure ou d'une de ses branches. C'est tout ce que nous pouvons dire sur la vascularisation des parathyroïdes, question qui intéresse fort les chirurgiens. Nous comptons que l'avenir nous permettra d'étudier ce point en litige.

LES URÉTRITES D'ORIGINE RÉNALE

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

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

Nous avons eu l'occasion de voir quelques malades porteurs d'une goutte urétrale, dont la cause initiale siégeait au niveau des reins. L'état de ces malheureux qui se promènèrent d'officine en officine pour guérir leur soi-disant « chaude-pisse » nous incite à exposer aux praticiens cet état pathologique. Ils guérirent dès que la cause, c'est-à-dire, leur état rénal fut traité. Les auteurs ont si souvent mis en évidence la fréquence des maladies vénériennes que le médecin ne doit pas au hasard coller à tout écoulement urétral l'étiquette gonococcique. Il est bon qu'il sache que des êtres purs peuvent souffrir d'urétrite, sans avoir payé tribut à Vénus et sans avoir été contaminés.

Quarante-sept malades de cette catégorie ont figuré parmi nos clients depuis 6 ans. Nous exposerons plus loin, quelques observations typiques pour graver l'importance de ces faits.

Depuis déjà longtemps Janet a signalé l'urétrite comme un des symptômes de la bactériurie. On comprend facilement le mécanisme de cette infection lorsqu'on se rappelle que la muqueuse des voies urinaires présente une continuité parfaite des tubes urinaires jusqu'au méat urétral. De plus, il ne fait aucun doute qu'une urine bacillifère peut déposer sur la muqueuse de l'urètre un foyer microbien, qui y pullulera à l'occasion d'un état congestif passager.

Si une urine bactériifère peut infecter la muqueuse du canal urétral, il va sans dire qu'une urine pyurique peut être un agent de beaucoup plus actif.

Enfin, une urine chargée de sels phosphatiques, uratiques ou oxaliques est éminemment apte à érailler la muqueuse de l'urètre et à y provoquer un écoulement.

Il nous paraît que les urétrites d'origine rénale doivent être divisées en trois catégories:

- 1° Les urétrites d'ordre *bactériurique*.
- 2° Les urétrites d'ordre *pyurique*.
- 3° Les urétrites d'ordre *crystallurique*.

1° *Les urétrites d'origine rénale d'ordre bactériurique:*

Comme nous le disions, Janet a nettement attiré l'attention sur les urétrites, survenant au cours de la bactériurie. Elles s'observent principalement chez les femmes. Elles sont très souvent l'unique symptôme qui conduit le malade chez le médecin. Ces lésions inflammatoires ont une valeur telle que toute urétrite à staphylocoques ou à colibacilles doit immédiatement faire rechercher la bactériurie, dont elle dépend. Il importe donc de trouver la nature du microbe causal avant de déclarer que nous sommes en présence d'une blennorrhagie. De plus, le caractère des urines sera noté. Lorsque les microbes sont en faible quantité, les urines bactériuriques conservent leur limpidité. Au contraire, si elles renferment d'innombrables germes pathogènes, elles sont *troubles* et *opalescentes*. Leur coloration est jaune paille et leur odeur est fade. Laissées au repos, elles ne sédimentent pas et restent troubles. L'agitation produit des traînées chatoyantes et moirées. En réalité, la bactériurie ne peut être affirmée que par l'examen microscopique, qui indique la présence de microbes sans pus dans l'urine. La variété microbienne sera précisée, soit par des colorations spéciales, soit par des cultures, qui permettront de mieux les différencier. Il est entendu que ces recherches ne porteront que sur des urines prélevées aseptiquement.

OBSERVATION I:

Mme A. L. . . ., âgée de 64 ans, se présente chez moi le 12 mai 1932, pour des douleurs marquées au niveau du méat urétral. Ces douleurs existent depuis environ huit mois; elles sont presque continuelles sous forme de brûlements et s'exagèrent au moment des mictions à tel point que la malade les espace volontairement. Elle a eu des traitements répétés qui ont consisté en des instillations urétrales d'un sel d'argent, en la mise à demeure dans l'urètre de bougie à l'argyrol et en des douches vaginales. Elle ne présente pas d'autres symptômes subjectifs urinaires. Dans ses antécédents on note une constipation opiniâtre et une appendicectomie à froid à l'âge de 42 ans.

L'examen des urines montre qu'elles sont troubles et opalescentes. Une recherche microscopique sur un spécimen prélevé directement dans la vessie indique la présence de microbes sans pus. La culture identifie que ce sont des colibacilles.

Un traitement antiseptique par voie buccale améliore légèrement les troubles. Nous décidons alors d'y joindre des lavages des bassinets. Ceux-ci sont pratiqués deux fois la semaine au collargol à 20%. Nous en profitons pour pratiquer une pyélographie, qui est normale. Au sixième lavage pyélique, des urines prélevées au niveau des reins ne cultivent pas. Les symptômes d'urétrite ont disparu. Le traitement est continué par l'ingestion de Pyridium. La malade revue au début de juillet reste guérie.

2° Les urétrites d'origine rénale d'ordre pyurique:

Cette variété s'observe plus rarement que la précédente. Nous l'avons trouvée chez 4 malades dont nous détaillons plus loin l'observation de l'un d'eux. Ces 4 malades étaient porteurs soit de pyonéphrose calculeuse, soit de pyélonéphrite calculeuse. Depuis plusieurs années ils étaient traités pour une blennorragie rebelle. Et c'est pour obtenir la guérison de cette maladie qu'ils se présentèrent. Tous étaient atteints de la forme pyurique des calculs rénaux. Le seul symptôme évident chez eux était la pyurie, les douleurs rénales n'existant pas ou étant peu accusées. Ayant à la mémoire le précepte de Marion « que toute pyurie, qui n'est pas nettement démontrée tuberculeuse, doit être radiographiée », j'adressai ces malades au radiographe qui décela la présence de calculs rénaux.

Il est donc nécessaire, pour dépister ces cas, d'examiner les urines afin de mettre en évidence la pyurie rénale. A l'émission, ces urines sont uniformément troubles. Après un temps, elles sédimentent. L'examen portera sur le dépôt et le liquide surnageant. La persistance du trouble de ce liquide après repos indique l'origine rénale de la pyurie et Guyon a donné à ces urines le qualificatif « d'urines rénales ».

OBSERVATION II:

R. J. . . . , âgé de 25 ans, se présente le 21 décembre 1931, pour une goutte urétrale qui persiste depuis 2 ans. Le début a été insidieux et la goutte n'a jamais été plus abondante qu'elle l'est actuellement. Elle est surtout matinale,

jaune pâle. L'examen microscopique répété deux fois indique la présence de pus aseptique. Le malade, depuis 2 ans, a subi des traitements locaux variés et nombreux, sans résultat. Dans ses antécédents, on note une pesanteur continue dans le flanc droit, augmentée par le mouvement. Les urines sont troubles dans les 3 verres, et ont une forte odeur de colibacille. Un examen microscopique indique la présence de pus, et de colibacilles; la réaction est alcaline. Au palper, nous notons que le point costo-lombaire droit est douloureux. Une radiographie révèle la présence d'un gros calcul coralliforme du rein droit.

Le malade est alors admis à l'Hôtel-Dieu (dossier 97), le 7 janvier 1932. Le cathétérisme des uretères montre un rein droit rempli de pus et dont la fonction est presque nulle, tandis que le rein gauche donne des urines aseptiques et apyuriques et possèdent une fonction très normale.

Le 16 janvier 1932, nous enlevons le rein droit de ce malade. Il quitte l'Hôpital le 24 janvier. Depuis, sans aucun traitement, la goutte urétrale a complètement disparu et les urines sont limpides. La guérison persiste.

3° *Les urétrites d'origine rénale d'ordre cristallurique:*

Marcel a signalé l'existence de ces urétrites lors du Congrès de la Lithiase Urinaire tenu à Vittel le 25 mai 1931, et leur a donné l'appellation de « cristallurique ». Dans un article de l'Union Médicale, traitant de la phosphaturie, nous avons déjà attiré l'attention sur l'écoulement urétral que pouvait provoquer la présence en excès dans les urines de sels de chaux et nous avons présenté une observation démonstrative.

A côté des urétrites de ces phosphaturiques, il en existe une autre, celle des uricuriques ou des oxaliques. Celle-ci s'observe chez les malades que l'on est convenu d'appeler les arthritiques. Point n'est besoin de discuter longuement pour rechercher le mécanisme de ces troubles urétraux. Une urine dite « chargée » en passant sur la muqueuse urétrale irrite facilement son épithélium. On imagine sans peine l'action caustique de ces urines hyperacides. De plus, les innombrables cristaux, par leurs arêtes vives, érailleront l'épithélium du canal. Les urétrites des phosphaturiques sont simples à déceler. L'examen objectif des urines, laiteuses à l'émission, clarifiées par l'addition à froid de quelques gouttes d'acide acétique, suffit.

Les troubles urétraux des uricuriques et oxaluriques sont plus difficiles à diagnostiquer. Ces malades se rencontrent dans la clientèle aisée. Ils présentent des signes d'arthritisme; leurs urines sont hyperacides et leur volume est diminué. Il existe un symptôme constant: les lombagies lancinantes et tenaces, qui ennuient le malade au réveil et qu'augmentent les trépidations du voyage. Le diagnostic de ces troubles n'est pas toujours facile. Il se fait par élimination. L'examen bactériologique répété de la goutte révélera l'existence d'un pus à microbisme nul ou insignifiant. L'examen clinique des urines montrera les cristaux d'oxalate de chaux, d'urate de soude ou de phosphate de chaux.

OBSERVATION III:

Le 10 juin 1932, M. L. P. . . . , âgé de 56 ans, se présente pour un suintement de l'urètre, surtout matinal, survenu trois jours auparavant. Il n'y a pas eu coït suspect depuis 18 jours. Dans ses antécédents, aucune blennorragie. Par contre, il a eu trois coliques néphritiques, la dernière il y a un an.

A l'examen on voit un suintement blanchâtre. Les urines du premier verre sont louches avec des filaments et de petits caillots de sang. Les 2e et 3e verres montrent des urines limpides. La goutte analysée et cultivée indique que le pus est aseptique. Cet examen répété une deuxième fois donne le même résultat. Une radiographie de tout l'appareil urinaire ne montre aucun calcul. Le microscope révéla la présence en abondance de cristaux d'urates et d'oxalates. Le malade est mis au régime sévère de la lithiase urico oxalique et à une cure à domicile d'eau de Vittel. Le Santal est prescrit. Six jours après, la goutte est complètement disparue et les urines sont limpides dans les trois verres.

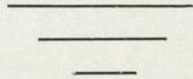
CONCLUSIONS

Il existe des urétrites dont la cause initiale siège au niveau des reins. Elles peuvent facilement en imposer pour une blennorragie. Il importe que le médecin puisse la dépister, car le traitement local seul ne produit pas la guérison et aggrave au contraire l'état pathologique. Une thérapeutique causale est de rigueur. Le dépistage de ces urétrites demande l'examen attentif des sécrétions urétrales afin d'éliminer le gonocoque. Toute inflammation de l'urètre dont

le pus est aseptique doit être soupçonnée d'origine rénale. Les urines seront alors soumises à un examen complet pour rechercher la présence de microbes, de pus ou d'un excès de cristaux. Au besoin, les recherches seront poussées plus loin et l'appareil urinaire tout entier sera examiné.

BIBLIOGRAPHIE

- JANET, J.: La bactériurie. *Congrès international d'Urologie, Berlin, juin 1914.*
- MARCEL & MARCOTTE: Troubles uréthro-génitaux au cours de la lithiase urinaire larvée chez l'homme. *Congrès de la Lithiase Urinaire, Vittel, 25 mai 1931.*
- MERCIER, O.: A propos du traitement de la calciurie. *L'Union Médicale du Canada, septembre 1930, p. 571.*



LES ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX TRAUMATIQUES

Par ÉDOUARD DESJARDINS

Quoique exceptionnellement rencontrés dans nos services hospitaliers, les anévrysmes artério-veineux n'en sont pas moins très intéressants à étudier; d'autant plus qu'ils sont, chaque année, le sujet de nombreux travaux publiés dans les revues médicales françaises et américaines.

Matas, de la Nouvelle-Orléans, comprend sous le terme d'*anévrisme artério-veineux* toute communication anormale établie entre les canaux artériels et veineux.

Cette définition est généreuse; elle englobe, outre la fistule artério-veineuse proprement dite, objet de cette revue générale, toutes les affections caractérisées par la présence d'une anastomose directe entre le système artériel et le système veineux, tels: l'anévrysmes cirsoïde avec ses artères serpentineuses entremêlées en tête de Méduse, les tumeurs télangiectasiques, l'angiome caverneux, les naevi pulsatiles ou encore la varice anévrysmale.

L'anévrysmes artério-veineux est donc constitué par la *communication permanente d'une artère avec une veine*. La lésion importante est l'anastomose de l'artère avec la veine, qui facilite le passage du sang artériel dans le courant veineux. La dilatation des vaisseaux et la formation d'un sac compliquent la maladie.

Il semble donc que le terme d'anévrysmes, adopté par les auteurs classiques et maintenu en grâce par la plupart des auteurs français actuels, qui ne veulent pas rompre avec la tradition, devrait céder la place au vocable de fistule artério-veineuse, désignation plus juste, presque toujours employée par les auteurs américains. Halsted, Reid, Holman, Dandy et Rienhoff n'utilisent plus que ce mot de fistule dans leurs communications scientifiques.

Leriche, de Strasbourg, est du même avis, et recommande ce changement dans la terminologie. Le terme de fistule répond mieux à la lésion anatomique et permet d'éviter toute confusion avec les anévrysmes vrais artériels. Il est également plus facile à retenir pour l'élève et le praticien, et combien plus simple que les expressions: phlébartérie, anévrysme artérioso-veineux enkysté artériel, enkysté veineux ou enkysté intermédiaire, tous synonymes ou presque.

Cette maladie, riche d'appellations, est connue d'assez longue date. William Hunter en donna la première observation, en 1757, à la Société Médicale de Londres. Paul Broca publia, en 1854, le premier ouvrage complet sur la question.

Les communications se sont ensuite succédées, nombreuses, les unes pour illustrer l'histoire clinique, les autres pour décrire un nouveau traitement opératoire, et les plus récentes pour rapporter des résultats expérimentaux. Le chapitre clinique s'est enrichi par la découverte de Branham, en 1890, d'un nouveau signe d'importance première. Cet auteur remarque, chez un de ses malades atteint d'anévrysme variqueux, que la compression de l'artère en amont provoque le ralentissement du pouls. Cette constatation fournit la clé du drame cardio-vasculaire venant compliquer la fistule artério-veineuse d'un certain âge.

La guerre de 1914-18 a fourni les matériaux nécessaires à l'élaboration et à la connaissance exacte de la notion, maintenant universellement admise, du retentissement cardiaque des anévrysmes artério-veineux. Sir William Osler, Makins, Cazamian, Rocher et de nombreux autres ont insisté, à ce moment, sur la relation entre la lésion périphérique et les troubles cardiaques. Halsted, en 1918, dit formellement que la dilatation du cœur est pour lui un fait à peu près constant, mais qu'elle passa souvent inaperçue.

Leriche, Nadine Dobrovolskaia et Grégoire étudient la pathogénie et l'évolution de cette complication cardio-vasculaire. Laubry et Routier, Alexandrescu-Dersca et Lazeanu ont publié, en 1922, trois observations de troubles cardiaques consécutifs aux anévrysmes artério-veineux.

Halsted et ses élèves du John Hopkins Hospital ont fourni au monde médical, dès 1914, une documentation exceptionnellement riche en faits cliniques.

Curle L. Callander a fait, en 1920, une revue critique de 447 observations d'anévrismes artério-veineux; il y a relevé la notation de troubles cardiaques dans plusieurs cas.

Le chapitre opératoire a vu se déployer le génie inventif des chirurgiens. D'abord, ils ont cherché des techniques non sanglantes et ont prôné la compression directe ou indirecte. Puis est venue la mode des injections coagulantes ou de la galvano-puncture.

Les interventions sont ensuite devenues plus audacieuses. Certains ont préconisé la ligature simple de l'artère en amont, la double ligature artérielle au-dessus et au-dessous de la lésion. D'autres ont vanté les mérites de la pluriligature, généralement connue sous le terme de quadruple ligature, ou bien ont recommandé l'extirpation du segment vasculaire anastomosé.

Matas et son collaborateur Bickham utilisèrent en 1904 la voie endovasculaire. Matas a, depuis, longuement décrit sa technique qu'il appelle l'endoanévrismorrhaphie restauratrice.

Le chapitre expérimental s'est augmenté graduellement de précieuses constatations. Halsted a inspiré à ses élèves Reid, Callander et Holman des travaux remarquables.

En France, Grégoire et Lécène ont consacré sans succès de nombreux efforts. Grégoire a tenté 14 interventions sur le chien et a remporté 14 échecs. Il attribue ses déboires au fait que la communication qu'il créait entre artère et veine était trop petite et que, par conséquent, elle guérissait spontanément.

Lécène a également essayé en vain, insuccès qu'il a reconnu être dû à un défaut de technique. Il n'a pu réaliser les conditions idéales rencontrées dans l'anévrisme artério-veineux traumatique, à savoir mettre en contact les endothéliums veineux et artériels, sans que les vaisseaux soient circonférentiellement dénudés.

Leriche et Stulz ont été plus heureux dans leurs recherches expérimentales et ont réussi à créer chez le chien une fistule artérioveineuse. Leurs observations confirment celles des Américains et viennent à l'appui de la thèse que nous avons soutenue en 1916 à la Faculté de Paris. Cette thèse, inspirée par notre maître Raymond Grégoire, a voulu prouver la relation entre l'anévrisme artérioveineux, lésion périphérique déjà vieille et l'apparition de troubles cardio-vasculaires.

L'étude anatomo-pathologique de la fistule artérioveineuse ne manque pas d'intérêt; cette affection, nous l'avons déjà dit, est due à une lésion anatomique caractérisée par la communication permanente d'une artère et d'une veine. Il n'y a d'abord qu'une plaie simultanée des deux vaisseaux. Entre l'heure du traumatisme et la constitution de l'anévrisme se trouve une période transitoire, où le sang artériel prend le chemin de la veine sans qu'il y ait de communication permanente. Celle-ci ne s'établit pas nécessairement et la lésion évolue alors vers la guérison spontanée. Ces faits sont rares.

Si la lésion doit se constituer, l'anévrisme s'installe en trois étapes sans aucune tendance vers la guérison spontanée, sauf de très rares exceptions. « La veine satellite blessée en même temps que l'artère peut, dit Sencert, ventouser d'emblée l'orifice artériel et constituer une phlébartérie primitive. »

L'anévrisme artérioveineux peut aussi s'établir tardivement, soit parce que « les vaisseaux seulement contusionnés n'ont communiqué l'un avec l'autre qu'au moment de la chute de l'eschare, soit parce qu'un caillot intermédiaire s'est laissé pénétrer ou déplacer par la poussée sanguine jusqu'au moment où le courant artériel a trouvé la voie du courant veineux » (Grégoire et Mondor).

Deux conditions sont nécessaires pour que les torrents artériel et veineux se confondent: il faut d'abord que les rapports normaux de la région n'aient pas été modifiés par l'agent vulnérant et que les vaisseaux soient maintenus en contact. Les gros vaisseaux maintenus l'un contre l'autre par une gaine conjonctivo-fibreuse qui

leur est commune (vaisseaux fémoraux, poplités, carotidiens) présentent assez fréquemment des anévrysmes artério-veineux.

Il est facile à concevoir que les deux orifices s'abouchent immédiatement, si un projectile vient à ouvrir les vaisseaux en passant entre eux deux.

Il semble que le stade initial soit la communication simple, la phlébartérie (Cunéo). Les conditions anatomiques favorisent le passage direct du sang de l'artère dans la veine. L'orifice d'entrée est en général petit, car l'agent vulnérant est une arme blanche ou un petit projectile. Il est difficile de savoir si le passage du sang est partiel ou total; le débit est en rapport avec la dimensions de la fistule. La seconde étape oppose une barrière à l'issue du sang; c'est une réaction de défense.

Le courant anormal n'est pas encore organisé; le sang s'infiltré dans les tissus environnants, se coagule et forme un hématome. La réaction de défense s'effectue aux dépens de celui-ci. Le premier barrage semble constitué par le refoulement et la réaction du tissu conjonctif péri-vasculaire.

Par épaissement et résistance de la gaine conjonctive et du tissu périvasculaire, il se forme une adhérence intime entre les deux vaisseaux, telle que la dissociation en devient impossible. (Grégoire et Mondor).

Les vaisseaux ont pu compléter leur affrontement grâce aux réactions de défense du tissu conjonctif périvasculaire; mais la fistule n'est pas définitivement constituée.

La troisième étape survient alors. Il se produit un affrontement presque pur entre artère et veine. L'endothélium artériel et l'endothélium veineux se fusionnent et se mettent en continuité parfaite.

La lésion se délimite, l'hématome se résorbe et il s'établit tout autour de la communication artério-veineuse une zone protectrice de tissu scléreux.

Grégoire et Mondor sont d'avis qu'un anévrysme artérioveineux met de quatre à cinq semaines à se constituer.

Moure reconnaît à l'anévrysme artérioveineux quatre types différents. Le tort de sa classification est d'être un peu trop schématique.

Le premier type correspond à la phlébartérie simple de Broca; c'est le cas le plus fréquemment rencontré. L'agent vulnérant a produit une minime blessure latérale de l'artère et de la veine; c'est l'adossement immédiat du trou artériel et du trou veineux sans sac intermédiaire, sans canal de communication. Le terme de fistule artérioveineuse répond parfaitement à cette description.

Le second type se rencontre quand il y a une petite plaie artérielle et une large déchirure veineuse, avec un seul orifice de communication.

Le troisième type est remarquable par une large blessure de l'artère et de la veine, dont la continuité est interrompue. Il peut y avoir destruction totale d'un segment du tronc artériel. Le quatrième type est celui du cas complexe qui présente une blessure d'un carrefour vasculaire avec présence de plusieurs orifices artériels et veineux débouchant dans un sac important.

Leriche a une conception anatomique légèrement différente. À son avis, « la prolifération conjonctive qui soude sur une grande étendue l'artère et la veine est la conséquence des transformations que subit tout tissu conjonctif traumatisé sous l'effet de la vasodilatation qu'engendre le traumatisme lui-même. Il y a au voisinage d'une plaie artérioveineuse la même réaction conjonctive qu'au niveau d'une plaie quelconque des parties molles, qu'au niveau d'une plaie opératoire quelconque. »

Mocquot considère que la lésion anatomique essentielle n'est pas le sac, mais la communication entre artère et veine et sa conséquence physiologique: le court-circuit.

Il y a donc une période transitoire entre l'heure où s'effectue le traumatisme et la constitution de l'anévrysme. Cette phase dure

un espace de temps variable, estimé par la plupart des auteurs à une durée d'environ deux mois.

Mais à ces seules modifications ne se borne pas toute la lésion. Il y a encore des modifications à distance sur l'artère et sur la veine; il y en a même plus loin, sur le coeur.

L'artère est dilatée dans son segment proximal; cet élargissement est en général de dimensions régulières et peut s'étendre sur une bonne longueur.

L'artère conserve habituellement son calibre normal dans sa portion distale.

La paroi veineuse est épaissie et dilatée sur une longueur de trois centimètres en aval de la communication; elle atteint un diamètre de 2.5 centimètres en amont. (Cas d'Eisenbrey.)

Les veines sont très dilatées; leur paroi est hypertrophiée; leur tunique musculaire s'épaissit, elles s'artérialisent. (Delbet.) Cette hypertrophie veineuse, compensatrice en quelque sorte, tient à l'augmentation de pression, qui existe forcément dans les veines en cas de communication avec les artères.

On ne trouve que rarement des caillots dans le sac anévrysmal; Chevrier en a cependant rapporté quelques cas à la société de Chirurgie de Paris. Cette absence habituelle de caillots tient probablement à deux causes; la circulation très active dans le sac empêche toute stagnation, condition importante de coagulation, le drainage artériel et veineux y étant facilité; ensuite, le sac est tapissé d'endothélium normal et non atteint d'endovascularite; les parois sont peu lésées et recouvertes complètement par l'endothélium.

Le coeur est normal dans les cas d'anévrysmes artério-veineux récents où l'orifice de communication est étroit. Le coeur est dilaté dans toutes les communications larges entre artère et veine. Le plus souvent, on note l'élargissement du coeur.

La physiologie pathologique de l'anévrysmes artério-veineux permet d'en comprendre les quelques signes cliniques: le thrill et le souffle. L'étude clinique n'a pas besoin de longs développements.

Les deux symptômes principaux sont faciles à constater, mais pour faire honneur à la vérité, il faut dire que l'attention est rarement attirée de leur côté. Le thrill est bien connu et sa description en serait ici de trop; il se reconnaît d'ailleurs aisément. Certains auteurs signalent même que le malade aurait, dans certains cas, éprouvé lui-même cette sensation tactile et fait ainsi son propre diagnostic.

Il existe normalement entre le coeur et les vaisseaux des relations si étroites que toutes les modifications qui se produisent dans l'un de ces domaines retentissent sur l'autre. Toute lésion périphérique s'accompagne d'un retentissement cardiaque aussi bien que toute modification de l'action cardiaque retentit sur les vaisseaux. C'est l'appareil régulateur de la circulation sanguine qui veille au bon ordre et à l'excellent fonctionnement de l'un et de l'autre. Et cela, à l'aide de quatre facteurs plus ou moins influencés par le système nerveux:

- a) le coeur, qui fournit l'énergie;
- b) les capillaires;
- c) la tonicité de la paroi artérielle;
- d) le volume du sang circulant.

Ces quatre facteurs tiennent sous leur dépendance la régulation normale de la circulation périphérique. Un trouble, qui entrave le rôle d'un de ces facteurs, rompt l'équilibre. C'est alors qu'entre en jeu la loi des compensations.

L'anévrisme artério-veineux établit une communication anormale entre l'artère et la veine; il trouble donc le jeu normal du système circulatoire et le « court-circuit » vasculaire qu'il engendre, amène dans les vaisseaux et le coeur toute une série de transformations, conséquence de la rupture d'équilibre.

Les recherches expérimentales des Américains, de même que celles de Leriche et de Stulz, ont reproduit tous les signes connus de l'anévrisme artério-veineux.

Ils ont perçu, au niveau de la communication qu'ils ont créée, le thrill et le souffle, ou le ralentissement du pouls avec augmentation de la pression artérielle par compression ou fermeture de la fistule.

Ils ont même constaté de la dilatation cardiaque; et, fait intéressant, ils ont vu que le coeur ne revient jamais à ses dimensions normales. Il reste gros, on dirait qu'il est forcé.

Les études expérimentales récentes ont donc confirmé les données cliniques concernant les troubles vasculaires et le retentissement cardiaque.

L'insuffisance du coeur est une complication assez rare, il est vrai; mais il faut en admettre l'existence.

Nous ne rapportons pas en détail les expériences de élèves de Halsted, car nous en avons largement parlé dans notre travail mentionné plus haut.

Les travaux de Leriche et de son chef de laboratoire sont postérieurs à notre thèse et méritent une mention spéciale.

Ces deux auteurs ont réalisé sur le chien (avec deux échecs sur sept cas) des fistules par suture directe des vaisseaux, à la région carotidienne, leur lieu d'élection.

Ils ont noté après formation de la fistule: d'abord la chute immédiate de la tension artérielle, puis l'accélération du pouls.

Sur fermeture de la fistule, la tension artérielle revient à son chiffre initial et le pouls jusqu'alors accéléré retrouve sa normalité. Ils en concluent que la répercussion de la fistule sur la circulation en général est uniquement liée à un reflux cardiaque, au court-circuit; elle relève donc d'un mécanisme purement hydraulique.

L'adaptation se fait petit à petit; la compensation s'établit. Le reflux sanguin oblige le coeur à donner un effort plus grand qu'à l'ordinaire. Le travail continu, supplémentaire qu'il fait retentit sur ses cavités et sur son muscle.

Le diagnostic se pose en général sans trop de difficultés. Après avoir fait appel aux commémoratifs et après un examen clinique parfait, nul doute ne subsiste. Le traumatisme ancien (plaie par pénétration d'une balle, d'une broche ou d'une arme blanche) et

les signes cliniques (le thrill, le souffle et les troubles cardio-vasculaires concomitants) ne se rencontrent pas dans l'anévrisme artériel vrai, qui est l'affection la plus voisine, ni dans les tumeurs télangiectasiques, ni dans l'anévrisme cirsoïde.

La technique opératoire varie avec les auteurs. Matas, de la Nouvelle-Orléans, est venu lui-même en personne à la tribune de la société de chirurgie de Paris exposer les avantages de son endo-anévrysmorrhaphie restauratrice.

Indiquons seulement que l'esprit humain s'est donné libre cours sur un sujet aussi controversé. Si les opinions diffèrent quant à la production de certaines complications, quant au mode opératoire, personne ne conteste la nécessité du traitement chirurgical.

L'anévrisme artério-veineux est une affection que le médecin doit reconnaître et diriger au chirurgien. Sans gloser sur la technique opératoire, signalons toutefois certaines conditions nécessaires au succès de l'intervention chirurgicale. En l'absence de menace de lésions cardiaques, de rupture de l'anévrisme, il faut savoir attendre. La lésion ne vient à maturité qu'au bout de trois mois, c'est à ce moment qu'il faut agir. Lecène et Matas recommandent d'assurer, d'abord et avant tout, une bonne hémostase provisoire. Il faut ensuite vérifier l'intégrité du tronc artériel intéressé par le traumatisme causal. Ce sera la boussole pointant au meilleur mode opératoire.

Le moyen d'aller vite et bien, c'est d'ouvrir les vaisseaux le plus près possible de l'endroit où ils communiquent.

Ces données devraient être érigées à la dignité de préceptes directeurs. L'apparition de signes d'insuffisance cardiaque, chez un ancien traumatisé, doit mettre sur la piste de l'anévrisme et commander l'intervention chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE

- ARRIZABALAGA. — Anales de la Facultad di medicina de Montevideo, mai-juin 1927.
- AUVRAY. — B. et M. Soc. de Chir., Paris, 1927, 1156.
- BRESSOT. — Soc. des chir. de Paris, 20 avril 1928.

- BUIZARD. — Soc. des chir. de Paris, 2 mars 1928.
- CARAVEN. — B. et M. Soc. de chir., Paris, 1927, 1232.
- CHEVRIER. — B. et M. Soc. de chir., Paris, 1928, 116.
- DEAN LEWIS. — Deutsch Med. Woch., Berlin, 2 avril 1926.
- DELBET. — B. et M. Soc. de Chir., Paris, 1925, 154.
- DESCOMPS. — B. et M. Soc. de chir., Paris, 1928, 104.
- DESJARDINS. — Thèse de Paris, 1926.
- DIAZ Y GOMEZ. — La Medicina Ibero, Madrid, 23 juin 1928.
- DUQUET. — B. et M. Soc. de chir., Paris, 1926, 287.
- DE PEMBERTON ET SAINT. — Surg., Gyn. et Obst., 4 avril 1928.
- FUNCK-BRENTANO. — Soc. anat., Paris, 1 mars 1928.
- GIORDANO. — Arch. ital. di chir., Bologne, mars 1926.
- GRÉGOIRE. — B. et M. Soc. de chir., Paris, 1926, 288. — B. et M. Soc. de chir., Paris, 1927, 1119. — Les anévrysmes artério-veineux, Paris, 1930.
- JYNKIN. — Northwest Med., jan. 1927.
- LECÈNE. — B. et M. Soc. de chir., Paris, 1927, 1198.
- LERICHE. — B. et M. Soc. de chir., Paris, 1927, 1397.
- LERICHE ET STULZ. — La Presse méd., Paris, 27 nov. 1926.
- MAUCLAIRE. — B. et M. Soc. de chir., Paris, 1927, 1228.
- MOCQUOT. — B. et M. Soc. de chir., Paris, 1927, 1151.
- MATAS. — Surg. Clinics of N. Amer., Oct. 1922.
- MONT. R. REID. — Arch. of Surg., jan. 1926.
- MOURE. — B. et M. Soc. de chir., Paris 1926, 288. — *id.*, 1927, 468. — *id.*, 1928, 391.
- OKINCZIC. — Les plaies vasculaires en chirurgie de guerre. Journal de chir., 928, 441. — B. et M. Soc. de chir., Paris, 1927, 1232.
- PEPLE, W. LOWNDES. — Surg. clin. of N. Amer., 1930.
- PICARD. — B. et M. Soc. de chir., Paris, 1927, 463.
- PLISSON. — Le Progrès méd., Paris, 15 sept. 1928.
- RIENHOFF. — Northwest Med., août 1929.
- SAMSON. — Thèse de Paris, 1928.
- YATER. — Annals of Surg., jan. 1928.

UN APPAREIL POUR LA RADIUMTHÉRAPIE DES CANCERS DU RECTUM

Par E.-P. GRENIER

Radiumthérapeute de l'Hôtel-Dieu

Les cancers du rectum inopérables sont encore très nombreux et, en dehors de l'opération radicale, il n'y a d'autre alternative que la radiumthérapie seule ou associée à la chirurgie et à la radiothérapie. Cependant, en plus d'avoir à traiter des cancers inopérables, chez des sujets affaiblis, la radiumthérapie du cancer du rectum est difficile en elle-même pour plusieurs raisons: 1° le cancer est interne et est, par conséquent, moins facile d'accès; 2° il est en général peu sensible au rayonnement; 3° la muqueuse rectale est peu résistante; 4° la pose exacte des appareils radifères présente de sérieuses difficultés; 5° le maintien de ces appareils en bonne position est tout un problème et 6° l'homogénéité du rayonnement en est encore un plus grand.

D'après les auteurs que nous avons pu consulter, les différents modes de traitement sont: 1° la radiumponcture intra-rectale, transvaginale ou abdominale; 2° l'enfouissement de tubes d'émanation de radium (méthode de Janeway); 3° l'application de tubes de radium ou de radon disposés bout à bout dans des sondes en caoutchouc placées de différentes manières dans le rectum.

Dans toute radiumthérapie le résultat dépend de conditions techniques absolument nécessaires qui sont: la *qualité* du rayonnement ainsi que sa *quantité*, son *intensité*, et surtout son *homogénéité* dans toute l'étendue de la lésion et dans tous ses diamètres.

En vue de mettre autant que possible ces conditions en pratique, voici comment nous procédons à l'Hôtel-Dieu dans un cas de cancer inopérable du rectum:

1° Nous faisons un examen très minutieux des parties malades, au besoin nous demandons une radiographie ou une rectoscopie, mais nous insistons davantage sur l'examen digital fait sous anes-

thésie afin de bien nous rendre compte de la situation de la lésion et de ses dimensions, et pour en faire immédiatement un schéma dimensionné: dès lors nous sommes fixés sur le mode de traitement que nous devons appliquer. Nous profitons naturellement de l'anesthésie pour faire une biopsie si elle n'est pas contre-indiquée; (si le cancer est trop congestif, il y a danger d'hémorragie; s'il est suppuré, il y a danger d'infection et s'il est ulcéré, il y a danger de perforation).

2° Nous demandons au chirurgien de pratiquer un anus contre nature, si le patient y consent.

3° Pour deux ou trois jours, légers purgatifs et deux grands lavements au sérum tiède, à basse pression et avec cathéter mou sur canule rectale.

4° La veille de l'intervention, nous prescrivons: souper léger, une pastille ou une ampoule de Pantopon, selon le cas; (ou encore: opium simple).

5° Le matin même, jeûne, dernier lavement; deux suppositoires d'opium et belladone.

6° Anesthésie générale, puis dilatation digitale de l'anus.

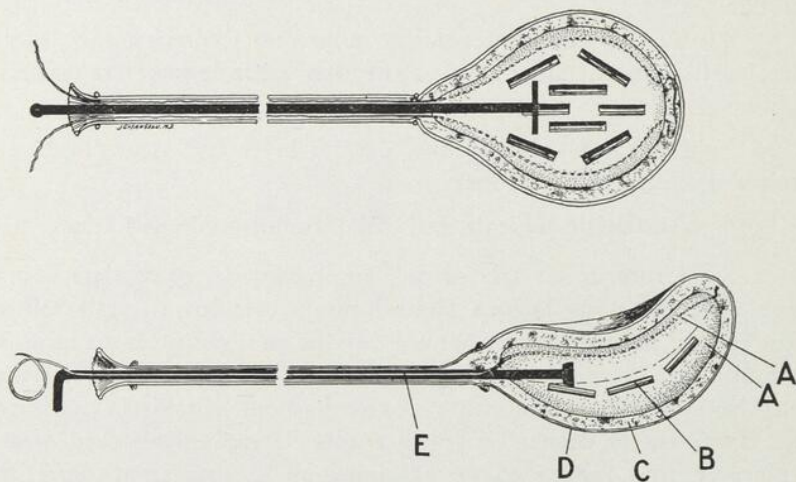
Si la tumeur est très grosse, emplissant au deux tiers l'empoule rectale, nous faisons la radiumponcture intra-rectale; si le cancer n'est pas trop étendu, bourgeonnant ou ulcérant, nous faisons l'application de notre *applicateur en cuillère*. Cet appareil restera en place le temps voulu, selon sa charge, pour obtenir la quantité de rayonnement désiré. Le temps expiré, le radium est facilement enlevé et nous faisons en même temps un examen pour juger de l'état de la région traitée.

Les jours suivants, léger laxatif, petits lavements au sérum et huile minérale par la bouche tous les jours.

Voici la description de notre *applicateur en cuillère*: Il est formé d'une partie creuse et d'un manche. La partie creuse est faite en pâte columbia double renversée, cire à cire. Elle contient dans sa paroi une certaine quantité de radium ou de radon réparti en plu-

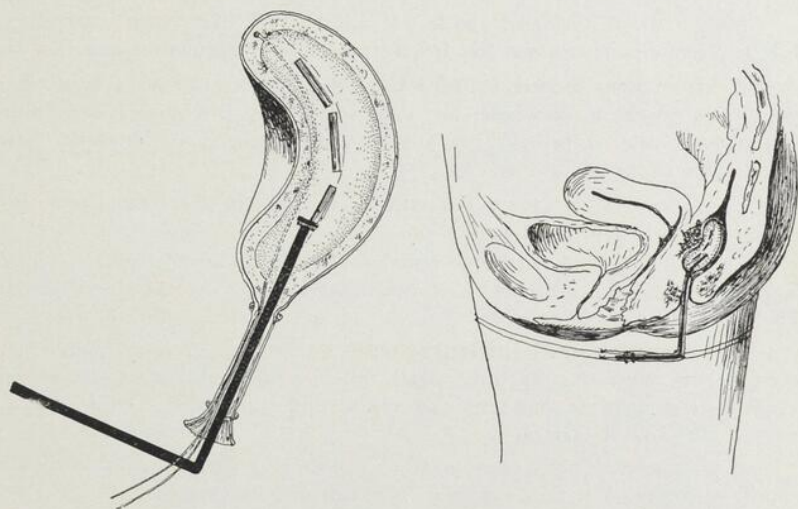
sieurs tubes de manière à assurer l'homogénéité de rayonnement de la lésion à traiter. Elle est entourée de coton hydrophile maintenu par de la gaze, le tout recouvert par de la baudruche.

Nous aurons eu soin, au préalable, de fixer à l'intérieur de l'appareil une tige directrice en ébonite ou en bois indiquant la position de l'appareil et assurant son maintien, cette dernière partie constituant le manche de l'applicateur. Les quelques dessins qui suivent expliquent l'appareil. Les numéros 1, 2, 3, figurent des coupes longitudinales, faites de profil et de face: a) Pâte columbia, b) tubes de radium ou d'émanation, c) coton hydrophile et gaze, d) baudruche, e) tige de direction, f) ficelle qui facilite l'extrac-



tion de l'appareil. Le No 1 sert pour les cancers bourgeonnants, avec les tubes de radium ou de radon rapprochés de la partie concave. Dans l'applicateur No 2, les tubes sont placés plus près de la partie convexe, c'est-à-dire dans le dos de la cuillère pour les cancers ulcéchants. La tige de direction, faite en ébonite ou en bois coulé à angle droit, aide à mettre l'appareil en place; on le fixe aux parties avoisinantes avec des bandelettes de diachylon.

Nous ferons remarquer que cette forme d'applicateur semble bien s'adapter à tous les cancers du rectum ou, du moins, de l'ampoule rectale; par la concavité de la cuillère nous recouvrons l'excroissance cancéreuse à laquelle elle s'agrippe; par sa convexité elle se couche, pour ainsi dire, dans l'ulcération; par sa concavité ou par son dos les foyers de rayonnement sont rapprochés à volonté des parties à traiter, donnant ainsi le meilleur rendement; ses dimensions sont telles que nous avons l'espace voulu pour disperser le rayonnement des tubes et en assurer l'homogénéité; enfin, grâce à l'épaisseur de son dos ou de sa concavité, selon le cas, ainsi qu'au coton et à la gaze que nous pouvons augmenter à volonté, nous protégeons les surfaces saines contre les rectites consécutives.



Cette technique est trop récente (à peine trois ans) pour que nous puissions parler des résultats définitifs. Cependant, les résultats immédiats sont assez encourageants pour nous justifier de continuer à l'employer, tout en nous efforçant de la perfectionner. Comme preuve, nous citerons les quelques cas suivants:

No 1

Mme R. B., 69 ans, se présente le 27 septembre 1928 pour hémorroïdes saignantes. Un chirurgien l'examine et diagnostique un épithélioma du rectum; petite tumeur bourgeonnante irrégulière, de la grosseur de la phalange du pouce. La patiente refuse toute opération chirurgicale, mais accepte le traitement au radium. Nous faisons ce traitement avec notre applicateur en cuillère. Charge: 46.65 mgr. de radium, divisés en trois tubes de 13.33 mgr. et un de 6.66 mgr. Intensité de rayonnement: 350 microcurie-heures. Temps: 50 heures. Dose reçue: 17.5 millicuries.

L'application fut facile et très bien supportée. Cependant, la patiente qui devait se rapporter dans les cinq ou six semaines, négligea absolument cette formalité jusqu'au mois de mars de cette année (1932). Nous apprîmes alors de son chirurgien qu'elle venait de succomber à une hémorragie cérébrale; soit: quatre ans après le traitement au radium.

No 2

Mme J. B. R., 74 ans, vue le 27 juillet 1931. Etat général assez bon. Elle se présente pour tenesmes très fréquents et selles muqueuses teintées de sang.

L'examen nous montre à l'anus une petite hémorroïde; dans le rectum, sur la face postérieure moyenne, une excroissance irrégulière plutôt dure, d'un centimètre et demi d'épaisseur par 3-4 cent. de largeur et de longueur; cette excroissance saigne au toucher.

La patiente refuse toute intervention chirurgicale et même l'anesthésie générale réclamée pour notre application.

Le 28 juillet, nous faisons un traitement au radium avec la cuillère: 66.62 mgr. de radium en sept tubes, 500 mch. d'intensité de rayonnement. Temps: 70 heures, donnant 35.0 mcd.

La patiente fait une légère rectite; puis les tenesmes diminuent, pour cesser complètement ainsi que les hémorragies. Elle prend régulièrement des forces, vaque à ses occupations sans ennuis aucuns. Ce qui fait qu'elle se refuse absolument à tout nouvel examen.

Il y a quelques jours, remarquant un peu de sang dans ses selles, elle nous appelle et consent à se faire examiner, non sans différer l'examen.

Au même endroit, c'est-à-dire: au milieu, sur la face postérieure du rectum, se trouve une excroissance assez régulière d'un centimètre d'épaisseur par deux de hauteur et s'étendant plutôt à trois centimètres en largeur vers le côté gauche, où elle est plus fixée, plus bourgeonnante.

Nous aurions préféré faire cet examen bien avant aujourd'hui, mais la patiente se sentait trop bien. Nous ferons un autre traitement si la patiente consent jamais. Elle mérite que nous respections son âge (75 ans) et ses volontés, tout en faisant pour le mieux.



Le "Vario-Frequency" de Victor est le plus connu des appareils diathermiques capables de tout faire.

Le "Micro-surgical" est plus spécialement destiné à l'électro-coagulation et à la fulguration.

Le "Super-Power" permet la diathermie massive utilisée en pyrétothérapie (fièvre artificielle).

Vous pouvez choisir votre appareil de diathermie

suivant les besoins particuliers de votre pratique.

Quel que soit votre cas, que vous soyez appelé à utiliser tous les modes du traitement diathermique ou à ne recourir qu'aux techniques du spécialiste, Victor a exactement ce qu'il vous faut. Acheter nos appareils, ce n'est pas placer son argent à fonds-perdus.

Depuis plus d'un tiers de siècle, nos ingénieurs et tout notre personnel s'appliquent à répondre aux besoins toujours croissants de ceux qui utilisent les agents physiques en médecine. Une diathermie Victor est donc le fruit d'innombrables études et de retouches visant à la perfection.


Laissez-nous vous documenter sur le sujet. Dites-nous votre genre de pratique et nous vous guiderons dans le choix d'un appareil approprié.

"VICTOR X-RAY CORP. OF CANADA LTD."

**GENERAL  ELECTRIC
X-RAY CORPORATION**

2012 Jackson Boulevard

Chicago, Ill., U. S. A.

FORMERLY VICTOR  X-RAY CORPORATION

EDMONTON
Tegler Building

TORONTO
1221 Bay St., Toronto 5, Ont.

MONTREAL
524 Medical Arts Bldg.

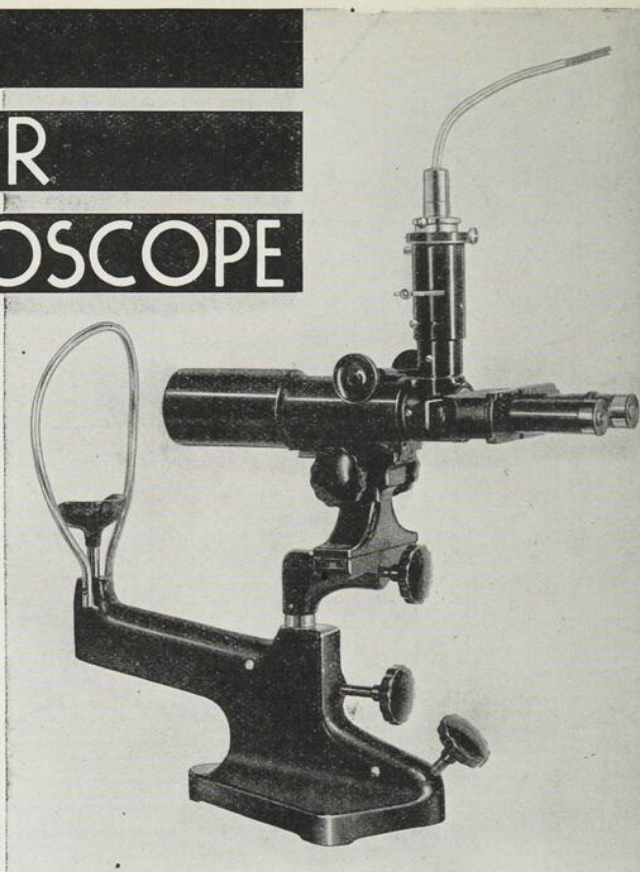
VANCOUVER
Motor Transportation Bldg., 570 Dunmuir St.

WINNIPEG
Medical Arts Building.

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

THE NEW BINOCULAR OPHTHALMOSCOPE

PRICE
\$ 300⁰⁰
F.O.B.
ROCHESTER



Cet appareil nouveau et perfectionné réalise enfin le rêve des ophtalmologistes: la vision en relief du fond de l'oeil.

SES CARACTÉRISTIQUES :

- 1° Il permet d'avoir une vue stéréoscopique à travers une pupille non-dilatée dont le diamètre peut n'être que de 3 millimètres.
- 2° Tout le champ rétinien, du centre à l'extrême périphérie, se voit aussi bien qu'avec le classique ophtalmoscope monoculaire.
- 3° L'image n'est pas renversée, ce qu'on aperçoit avec l'ophtalmoscope classique peut être très vite retrouvé par notre ophtalmoscope binoculaire.
- 4° La source éclairante est une simple ampoule de 6 volts, telle qu'employée dans les phares d'autos.

BAUSCH & LOMB OPTICAL CO.

ROCHESTER, N. Y.

Distributeurs exclusifs :

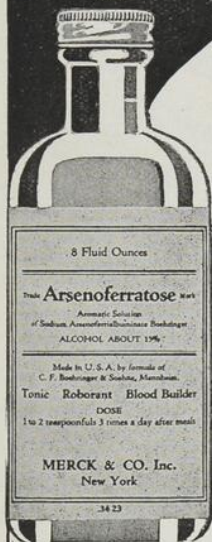
NATIONAL OPTICAL Co. Ltd., 463, rue Ste-Catherine Ouest

Fabricants et Opticiens en Gros

Arsénoferratose

TRADE-MARK

tonique reconstituant



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

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

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

Ecrire pour la littérature

VERODIGEN

(la fraction gitalinique des feuilles de digitale)

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

Autres avantages:

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

Emballage: tubes de 12 comprimés

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

MERCK & CO. Ltd.
MONTREAL

plus
économique
et pratique

QUE LES PREPARA-
TIONS LIQUIDES
COMPRIMÉS
DE

Codoforme

BOTTU

CALMENT LES TOUX REBELLES ET
RESPECTENT L'ESTOMAC

Laboratoires
BOTTU
35 rue Pergolèse
PARIS

HEMORRAGIES

l'Arhemapedol

GALLIER

SOLUTION ISOTONIQUE STÉRILE en CHIRURGIE

en
MÉDECINE

NOUVEL
HEMOSTATIQUE
Préventif et curatif
NON TOXIQUE
Sans contre-indications
Par voie buccale
Agit uniquement par
Augmentation de la
Coagulabilité du sang

LABORATOIRES
38 Boulevard

R. GALLIER
du Montparnasse

CURES TONICARDIAQUES PROLONGÉES
CARDIOPATHIES VALVULAIRES
MYOCARDITES TOXIQUES ET
INFECTIEUSES
INSUFFISANCE CARDIAQUE
DROITE ET GAUCHE

**TONIQUE
CARDIAQUE**

DIGIBAÏNE



ASSOCIATION :
DIGITALINE
et
OUABAÏNE

GOUTTES
Laboratoires Deglaude
préparation exclusive de médicaments cardiaques

Dr E. DEGLAUDE
Docteur en Médecine — Licencié ès-Sciences
Pharmacien de 1ère classe

SOLUCAMPRE

DELANDE

**CAMPRE SOLUBLE
DANS L'EAU**

— AMPOULES
GOUTTES
COMPRIMÉS

Laboratoires
Michel Delalande
COURBEVOIE
(Seine)

L'ANCIENNE
MÉTHODE
(huile
camphrée)

LA NOUVELLE
MÉTHODE
(campre
soluble)

**EN INJECTION SOUS-CUTANÉE PROFONDE
INTRAMUSCULAIRE OU INTRAVEINEUSE
OU PER OS**

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

PRODUITS GLANDULAIRES C. & C.

HORMOCRINE "F" C. & C.

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:

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

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

Conditionné en bouteilles de 50 et 100 comprimés.

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

OVACRINE C. & C.

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:

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

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

Conditionné en bouteilles de 50 et 100 comprimés.

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

NEUROCRINE C. & C.

Chaque comprimé représente en glandes fraîches:

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

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

Conditionné en bouteilles de 50 et 100 comprimés.

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

ÉCHANTILLON SUR DEMANDE.

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

PHARMACIENS EN GROS

Instruments de Chirurgie — Instruments pour Dentistes

Rayons X et Physiothérapie.

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

Téléphone LAncaster 3292

COLI VACLVDUN

Lysat vaccin anticolibacillaire du Dr. L. Duchon

*Formule: colibacilles 10 milliards
lysés par c/c.*

Pyélonéphrites et infections à colibacilles.

THALASSOL

ampoules

<i>Nucléinate de soude</i>	0.01
<i>Glycérophosphate de soude</i>	0.09
<i>Cacodylate de soude</i>	0.05
<i>Sulfate de strychnine</i>	0.001
<i>Eau de mer isotonique</i>	5 c.c.

Boîte de 10 ampoules
" " 50 "

Neurasthénie, Déficiences cellulaires, Atonies.

HERDT & CHARTON, INC.

2027 AVENUE DU COLLÈGE MCGILL, - MONTRÉAL

CARDYL

CAMPHO-CARBONATE DE BISMUTH EN SOLUTION HUILEUSE

TRAITEMENT DE LA
SYPHILIS
PAR LE
BISMUTH
OLÉO-SOLUBLE

AMPOULES DE 1^{cc.}
DOSÉES A 0.05 DE BISMUTH

INJECTIONS
INTRA-MUSCULAIRES
INDOLORES

ÉLIMINATION
LENTE ET CONTINUE

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
— **Spécia** —

MARQUES **POULENC FRÈRES & USINES du RHONE**
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

LABORATOIRES POULENC FRÈRES DU CANADA, LIMITÉE

Dépositaires : ROUGIER Frères — MONTRÉAL

Urasal

Quand les urines sont troubles et chargées de bactéries, il faut absolument recourir à quelque antiseptique urinaire éprouvé cliniquement.

La composante antiseptique de l'URASAL apparaît dans l'urine 11 minutes après l'ingestion; le maximum d'action antiseptique est atteint en deux heures, et l'effet persiste pendant 11 heures.

●

Chaque cuillerée à dessert contient un demi-gramme d'Hexaméthylénamine combinée avec de la Pipérazine et du Benzo-citrate de Lithine.

Dose: Une cuillerée à dessert dans un grand verre d'eau.

EXIGEZ LE FLACON ORIGINAL - S. V. P. - MÉFIEZ-VOUS DES SUCCÉDANÉS !

Maltlevol

Indiqué dans le traitement de l'ANEMIE, de la débilité, du rachitisme et de toutes les maladies dites de carence.

La préparation contient une Levure très riche en vitamine B, de l'extrait concentré de Foie frais, de la Lécithine, du Fer organique, de la Moëlle osseuse et de l'extrait de Malt contenant les vitamines A, B, C, D et E.

MALTLEVOL est, par excellence, le tonique des enfants.

●

Doses conseillées:

Adultes : Une cuillerée à soupe, 2 ou 3 fois par jour.

Enfants: suivant l'âge et la taille.

FRANK W. HORNER Limited

MONTRÉAL

No 3

M. l'abbé P. H., 70 ans, entre à l'hôpital le 24 septembre 1931. Il se plaint d'hémorroïdes, de ténesmes, de douleurs, de constipation. Depuis deux ans il éprouve des difficultés à évacuer; il passe souvent du sang. Dernièrement, il est devenu plutôt constipé et après chaque défécation, de petites selles involontaires suivent.

À l'examen, nous constatons des bourgeons ulcérés sur le pourtour de l'anus, surtout à gauche; le toucher est très sensible; nous constatons semblable ulcération dans l'anus et à l'intérieur du rectum, toujours à gauche mais envahissant toute la muqueuse, de midi à neuf heures sur une étendue de 4 à 5 centimètres. La consistance est dure, et la lésion saigne facilement.

Le patient est absolument opposé à toute chirurgie. Il accepte le traitement au radium. Nous nous servons de l'applicateur en cuillère avec les modifications suivantes: manche plus gros et terminé à l'extérieur en sphère d'haltère.

Dans la cuillère, dans le manche et sur les trois quarts internes gauche de la sphère, nous disposons dix tubes de radium, en tout 86.66 multigrammes que nous laissons pendant 75 heures, détruisant 47.75 mc.

Graduellement le patient s'est amélioré à un tel point que, depuis janvier 1932, comme il nous l'a écrit dernièrement, il remplit les obligations d'un ministre très actif, étant curé d'une grande paroisse.

No 4

Mme Ans. B., 53 ans, est admise à l'Hôtel-Dieu le 7 octobre 1931. Elle se plaint depuis quelques mois de ténesme anal et de constipation opiniâtre, de fortes douleurs s'irradiant dans les deux cuisses, l'empêchant de s'asseoir et la gênant beaucoup pour marcher.

À l'examen, en écartant les parties externes, nous remarquons une déchirure moyenne du périnée, et immédiatement au-dessus apparaît une élévation lisse du plancher du vagin, ayant la forme d'un oeuf. Cette masse est dure. Par le rectum nous la sentons plus grosse et fixée à la paroi recto-vaginale.

Un anus contre nature est accepté comme prélude du traitement au radium. Il est pratiqué, le 8 octobre 1931, par notre collègue le chirurgien Ernest Prud'homme.

Deuxième temps, 21 octobre 1931, radiumponcture intra-rectale, 40 mc. de radon en dix aiguilles. Temps: six jours. Dose reçue: 27.1 mcd.

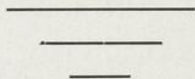
Troisième temps, 5 février 1931. La masse étant diminuée presque des deux tiers, application d'un appareil plat en forme de cuillère et contenant comme charge: 33.30 mgr. de radium réparti en cinq tubes, soit 18.0 mcd.

Quatrième temps, le 9 février 1932, application d'un autre appareil de radium par dans le vagin afin de compléter l'irradiation du pôle supérieur de la tumeur, jugée insuffisante. (21.5 mcd., en tout 67.0 mcd.)

Cinquième temps, anus artificiel rendu permanent par M. le Dr Ernest Prud'homme afin d'arrêter complètement le passage des matières fécaloïdes dans le rectum et d'enlever ainsi toutes causes d'irritation qui pourraient empêcher une guérison, ou favoriser une récurrence.

En somme, le traitement commencé le 8 octobre a été terminé le 12 avril 1932. Il n'y a plus d'hémorragies, ni ténesmes, ni douleurs aucunes; la patiente peut rester assise et marcher à son gré; elle a engraisé de dix livres. Nous avons profité de l'anesthésie générale du cinquième temps pour faire un examen digital. Il n'y a plus trace de tumeur. Le rectum est rétréci d'un quart à un tiers. Aucune induration; la muqueuse, légèrement épaissie, est souple partout.

Cette patiente déclare aujourd'hui encore se porter parfaitement bien.



LA TRANSFUSION SANGUINE ET L'EMPLOI DU SANG PUR

Par PAUL MARCHILDON

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

La transfusion sanguine constitue un agent thérapeutique précieux, tant à cause des nombreux éléments contenus dans le sang, et qui sont autant de moyens curatifs actifs, qu'à cause de ses multiples indications et de son application rapide et facile.

Le sang est un tissu liquide constitué d'entités vivantes douées de propriétés bio-chimiques qui assurent l'équilibre de l'organisme par la nutrition de ses cellules, les échanges qu'il établit à leur niveau, par sa contribution à la défense antitoxique et phagocytaire.

Ces simples notions nous font entrevoir combien peuvent être nombreuses les indications de l'hémathérapie, car elle répond à toutes les déficiences sanguines: déficiences de volume, d'éléments figurés ou non (globules rouges, globules blancs, ferments, hémoglobine), de pouvoir phagocytaire et d'antitoxines.

INDICATIONS DE LA TRANSFUSION

Les indications chirurgicales de la transfusion, que seules nous envisageons ici, peuvent toutes être réunies dans un des groupes suivants:

1° *L'anémie post-hémorragique aiguë.*

Chez un malade qui a perdu du sang en grande quantité, que son hémorragie soit immédiatement grave ou non, la première indication est de lui restituer sa masse sanguine pour fournir au cœur le volume normal sur lequel il est habitué de se contracter. L'accélération du pouls est la manifestation du travail exagéré du muscle cardiaque qui cherche, par la vitesse, à compenser la quantité liquide qui manque.

Il faut transfuser suffisamment pour que le patient donne l'impression qu'« il est tiré d'affaire ». Cinq cents grammes de sang et plus peuvent être nécessaires.

2° *Le choc.*

La biologie du choc ressemble à celle de l'hémorragie. Ses symptômes sont les mêmes. Il n'y a pas issue de sang hors des vaisseaux, mais blocage dans les capillaires au détriment de la circulation centrale. Au choc peut s'associer l'hémorragie, comme il arrive souvent au cours des opérations mutilantes et difficiles d'exécution.

Le temps presse si les moyens ordinaires ne réussissent pas à tirer la malade de son état. Dès la première transfusion la dose doit être assez élevée.

« Comme en matière d'anémie post-hémorragique aiguë, il faut injecter jusqu'à ce que le tableau clinique soit changé du tout au tout », écrit, à ce sujet, L. Jubé.

3° *Soins pré-opératoires:*

De nombreux opérés peuvent tirer profit d'une transfusion avant l'intervention. Pour les opérations mutilantes, elle constitue un prophylaxie excellente du choc; 150 à 200 c.c. de sang, infusés la veille, suffisent.

Les organes hématopoïétiques réagissent rapidement sous l'influence du sang transmis directement dans le courant circulatoire. Il faut transfuser chez les malades dont le nombre des globules rouges est inférieur à 2,500,000, et dont la valeur globulaire est plus basse que 60.

Dans ces cas les grandes transfusions sont contre-indiquées. On doit d'abord injecter de 100 à 150 grammes de sang la première fois, 200 à 250 grammes deux jours plus tard et 300 grammes la veille de l'opération.

Chez les malades dont le temps de coagulation est allongé, une petite transfusion ramènera à la normale la coagulabilité. Bref, pour tous ceux chez qui on a lieu de craindre une intervention qui s'impose pourtant, l'apport direct d'une quantité suffisante de sang fournira des moyens de réaction tout faits, d'une utilisation immédiate.

4° Soins post-opératoires:

Que de fois un patient se tire difficilement d'une opération en elle-même assez bénigne ! Sacrifiant ses dernières réserves vitales dans la lutte contre l'hémorragie et le choc, il reste dans un état de faiblesse inquiétant. C'est alors que la transfusion lui sera du plus grand secours en lui donnant des forces, en lui apportant un renfort de cellules actives, de ferments et d'antitoxines. Ces éléments se substitueront temporairement aux déficiences, vivifieront et stimuleront les fonctions endormies ou stupéfiées, de sorte qu'il pourra contourner le cap du salut qu'il n'aurait pas pu atteindre tout seul.

5° Infections chirurgicales.

Le sang est le meilleur agent thérapeutique des grandes infections parce qu'il incite l'organisme à se défendre. Les globules blancs sont tout prêts à exercer leur pouvoir phagocytaire. Au contact des germes et des toxines, le sang transfusé élabore rapidement, et en abondance, des anticorps spécifiques.

* * *

La transfusion est entrée dans la pratique courante depuis l'usage des substances anti-coagulantes (citrate de soude, hirudine, sulfarsénol).

Le citrate de soude est le plus généralement employé. Il suffit d'une proportion de 4 pour 1000 pour empêcher la coagulation. On se tient, avec ce dosage, bien en-dessous de la dose toxique, même dans le cas des grosses transfusions de 500 grammes et plus.

Cependant, avec des seringues spéciales, il est facile de transfuser du sang pur. Doit-on le préférer au sang citraté ? La question a soulevé de nombreuses controverses. Nous ne pouvons que résumer très brièvement le débat.

Les arguments en faveur du citrate de soude sont les suivants :

1° Il affecte très peu le point de congélation, la densité, la viscosité, l'index réfractométrique du sang.

2° Les globules et les globulins ont pu être conservés plusieurs jours vivants. C'est donc qu'il n'est pas très cytotoxique.

3° La toxicité générale du citrate de soude est négligeable à la dose employée.

4° En faveur du sang citraté viennent témoigner les nombreux cas pathologiques qui ont profité de son emploi.

Si nous examinons le problème d'un peu plus près, si nous tenons compte des observations et des expériences cliniques qui sont publiées dans la littérature (Mino, Oogliotti, Jubé, Pauchet, Unger), nous voyons que la transfusion du sang citraté n'est pas sans inconvénients.

Les modifications, minimes *in vitro*, sont tout de même des modifications qui peuvent avoir des répercussions importantes dans l'organisme.

Les défenseurs les plus convaincus du sang citraté admettent que ses qualités physico-chimiques ne sont pas identiques à celles du sang non traité.

Les globules rouges subissent de légères déformations dès les premières heures, et leur résistance aux solutions hypo ou hypotoniques est diminuée, ce qui favorise leur hémolyse.

Dogliotti a démontré que la diminution du nombre des globules rouges est plus rapide avec du sang citraté qu'avec du sang pur. Le pouvoir phagocytaire des globules blancs subit une inhibition sensible ainsi que leur pouvoir bactéricide.

Le sang citraté produit, dans la plupart des cas, des phénomènes graves de choc hémoclasique: frissons, fièvre, vomissements, céphalée, vertiges, leucopénie, réactions vasomotrices, etc.

Les recherches de laboratoire et les observations cliniques montrent que le sang qui contient une substance anticoagulante agit dans l'organisme comme le ferait une substance albuminoïde hétérogène.

Suivant Mino, « bien que les substances anticoagulantes conservent le sang liquide, elle n'empêchent pas complètement les altérations initiales du sang vers la coagulation, détruisant l'équilibre physico-chimique des colloïdes du plasma. »

Voyons maintenant quels sont les arguments en faveur du sang pur:

- 1° Il possède toutes les qualités du sang citraté.
- 2° Il apporte dans l'économie des matériaux de meilleure valeur.
- 3° Les réactions défavorables, chez le receveur — pourvu que les groupes sanguins soient bien assortis — sont moins fréquents et toujours moins graves.

Dans 15% des cas seulement, Dogliotti a observé des symptômes de choc, mais d'intensité faible et sans gravité: légères élévations de température, prurits, urticaires. Unger, Mino, Pauchet, Bécart, Jubé abondent dans le même sens.

4° Le sang circulant ne renferme pas les protéines hétérogènes qui déclanchent la crise hémoclasique. Il suffit d'injecter immédiatement le sang pur pour en éviter la production.

5° Avec une instrumentation comme la seringue de Jubé, dont nous nous servons à l'Hôtel-Dieu, la transfusion de sang pur est devenue facile et rapide. Elle peut être faite au lit du malade.

Pour toutes les raisons que nous venons d'énumérer, nous préconisons l'emploi du sang pur dans la transfusion. L'usage de la seringue de Jubé nous a toujours donné satisfaction et remplit tous les desiderata.

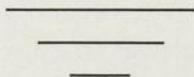
* * *

Chez les praticiens, il y a une tendance à considérer la transfusion comme une intervention héroïque à laquelle il ne faut recourir qu'aux heures de péril extrême. Ils lui demandent l'impossible et cela trop tard.

Certes, la transfusion obtient des résultats merveilleux et parfois inespérés, mais elle peut être sans effet si on l'applique chez des malades qui n'ont plus la force de faire les frais d'une réaction salvatrice.

BIBLIOGRAPHIE

- MINO (P.) — Hémothérapie et crise hémoclasique. La Presse Médicale, 10 novembre 1923.
- JUBÉ (L.). — La transfusion du sang pur en pratique chirurgicale. Thèse de Paris, 1929.
- DOGLIOTTI (A.-M.). — De l'emploi du sang pur dans la pratique de la transfusion. La Presse Médicale, 11 avril 1928.
- PAUCHET & BÉCART. — La Transfusion du sang. Masson, Paris, 1925.
- UNGER. — Les effets délétères du citrate de soude employé dans la transfusion du sang. Journ. of Amer. Med. Ass.



MIETTES GASTRONOMIQUES DE L'HISTOIRE DU CANADA

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

Chef du Service de la Radiologie à l'Hôtel-Dieu,
Membre de la Société Historique de Montréal.

(Suite)

Une vieille maîtresse avec qui j'ai beaucoup trop vécu, il y a vingt-cinq ans, vient de trouver l'adresse de mon domicile et prétend se remettre dans mes meubles.

Ma femme, à qui j'appartiens maintenant et désormais, n'entend pas que la demoiselle Entérite me reprenne. D'heure en heure elle consulte les docteurs Carton, Ali-Bab, de Pomiane et autres grands spécialistes . . . C'est une belle lutte, dont je suis, en quelque sorte, l'enjeu. Le dénouement ne saurait tarder et j'ai la certitude qu'Entérite devra passer la porte.

Pour l'instant je me sens assez mal à l'aise et ne suis guère disposé à entreprendre des gloses érudites sur les cas de cannibalisme imputables à certaines aberrations du goût ou à certains dérangements de l'esprit.

Si vous le permettez, amis lecteurs, je vais surseoir au développement de ma thèse et faire une digression qui ne m'éloignera pas trop du sujet principal, puisqu'elle portera sur une forme d'anthropophagie que nous avons nous-mêmes pratiquée, jadis, à quelques rachitiques exceptions près. Boire le lait d'une femme, n'est-ce point consommer de la substance humaine ?

Parlons donc de l'allaitement maternel chez nos tribus aborigènes.

Il va sans dire que les petits peaux-rouges, issus d'un peuple dans l'état de nature, étaient leur mère. La coutume n'était pas moins en honneur chez les nations civilisées d'où venaient les pion-

niers de notre histoire. Aussi bien les vieilles chroniques contiennent-elles fort peu de choses sur un sujet estimé banal par leurs auteurs, alors qu'il restera toujours du plus haut intérêt pour nous, médecins.

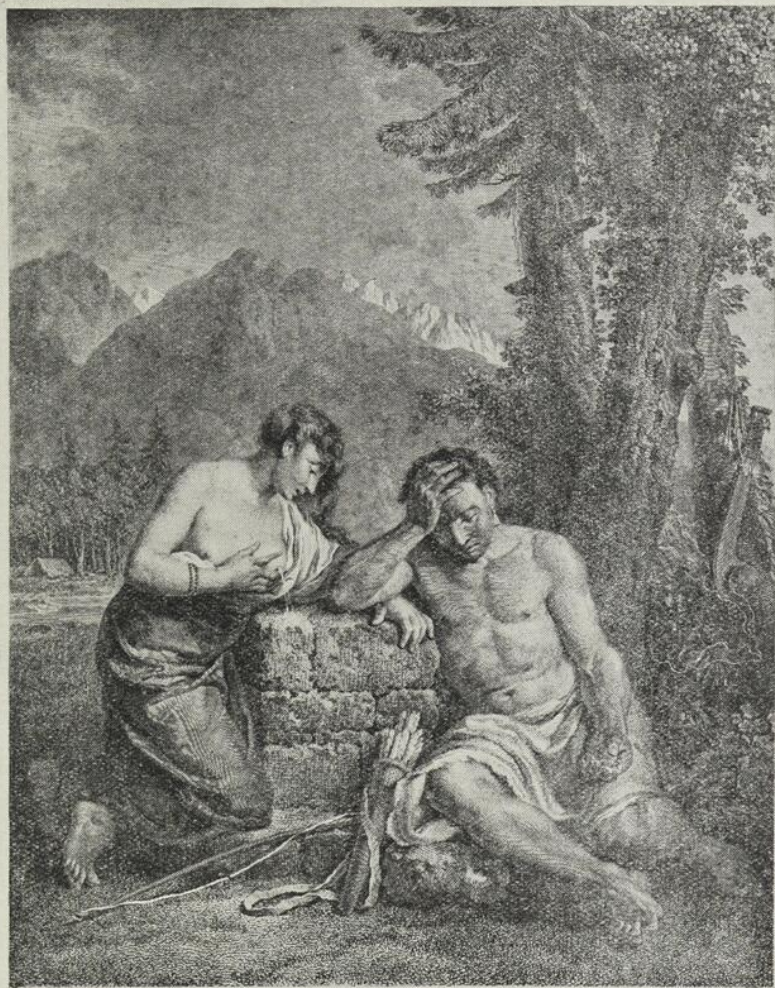
La forme exceptionnelle des seins chez la plupart des femmes africaines les imposaient à l'attention de ceux qui voyageaient à travers le continent noir. L'iconographie, sur cette matière, est riche et cocasse. Par contre nos sauvagesses, n'étant pas faites autrement que les blanches, n'étaient guère capables de stimuler la fantaisie des imagiers; les figures insérées dans les livres anciens sur l'Amérique nous font voir des naturelles affublées comme oncques femme indienne ne s'affubla, mais le corps de ces modèles offerts à la curiosité européenne est généralement beau, et les seins sont toujours de forme classique. (En réalité la « squaw » se flétrit précocement, comme toutes les fleurs de chair très tôt épanouies.)

En somme, documents peu nombreux et pas très intéressants. Les quelques notes qui suivent couvrent à peu près tous les aspects de la question.

Diéreville, auteur d'une relation de voyage en Acadie, nous décrit, en son langage pittoresque, les premiers jours d'un nouveau-né indigène: « Quand la Femme est travaillée du mal d'Enfant et qu'elle croit être prête d'accoucher, elle quitte la cabane, et s'en va dans le Bois à quelque distance de là avec une sauvagesse qui l'assiste, et l'affaire est bien-tôt faite. L'accouchée donne à la Femme qui a délivré l'enfant le couteau avec lequel elle a coupé le cordon, et c'est toute sa récompense.

Alors, pour endurcir sa peau
Aux rigueurs de l'âpre froidure,
Que dans ces climats on endure,
On va le laver en plein eau,
C'est l'usage en hyver, saison cruelle et dure,
Comme dans l'Été le plus beau.

La première nourriture qu'il prend est de l'huile de Poisson, ou de la graisse fondue de quelque animal. On en fait avaler au Poupon, et après cela il ne prend plus que du lait de sa mère jus-



Canadiens au Tombeau de Leur Enfant

On voit quelquefois deux Sauvages aller
 au Tombeau d'un de leurs enfans



après leur mort, verser des larmes
 & faire entendre des Sifflets & des sifflements

de la Plume de l'Esprit de la Mort

de la Plume de l'Esprit de la Mort

qu'à ce qu'il soit assez fort pour vivre comme les autres. » (Réf. 36.)

Pendant combien de temps les enfants restaient-ils au sein ? Le missionnaire Antoine Silvy, auteur présumé d'une relation par lettres rédigée en 1709-10, nous apprend que les enfants tetaient pendant trois ou quatre ans. « Les sauvages sont basanés, bien faits et d'une bonne constitution », écrit-il; « elle leur vient par les soins que les mères ont de leurs enfants, qu'elles allaitent jusques à 3 et 4 ans. » (Réf. 37.)

De telles nourrices devaient souvent souffrir d'une surabondance de lait, direz-vous . . . Effectivement, le baron de Lahontan (le jeune impertinent qui calomnia nos aïeules dans ses *Mémoires*) écrit là-dessus ce qui suit: « Quelques chirurgiens François m'ont assuré que Européennes perdoient deux fois plus et beaucoup plus long tems que les Sauvagesses, celles-ci n'étant incommodées tout au plus que deux jours. L'autre incommodité qu'elles ont assez souvent, est la trop grande quantité le lait, mais pour en être soulagées elles se font têter par de petits chiens. » (Réf. 38.)

A en croire Lafitau, qui fit paraître en 1724 un ouvrage fort documenté, intitulé: « Moeurs des Sauvages Américains », de très vieilles femmes étaient encore capables d'allaiter. Lisez: « Que s'il arrive que les mères meurent en couche, ou pendant que les enfans sont encore au berceau, on trouve dans ces cas de nécessité des nourrices dans leur famille; et ce qui paroîtra plus étonnant, de vieilles grandes-mères, lesquelles ayant passé l'âge d'avoir des enfans, se font encore revenir le lait et prennent la place des mères. » (Réf. 39.)

En effet, le cas est étonnant et plus d'un pédiâtre voudra connaître la formule mirifique qui permet de faire revenir le lait dans des mamelles tarées. Par malheur, monsieur Lafitau reste muet à ce sujet; il croit sans doute avoir assez dit en signalant le prodige.

Le dessein de Lafitau, en écrivant son livre, n'était pas de représenter le Nouveau Monde comme un monde à l'envers. Bien au contraire, il s'évertue à démontrer que les coutumes extraordinaires qu'il décrit ont quelque chose de traditionnel qui les rattache aux usages anciens des peuples civilisés.

Tout autre fut l'esprit d'un certain Corneille de Pauw, qui fit paraître à Londres, en 1774, ses « Recherches philosophiques sur les Américains ». Il n'y a, dans cet ouvrage, ni recherche ni philosophie véritables. L'auteur veut prouver que l'Amérique est une terre maudite où toutes les formes de la vie sont monstrueuses ou dégénérées. Il y parvient en torturant les faits et en mettant de côté tous ceux qui pourraient lui nuire dans la soutenance de sa thèse ridicule.

Les femmes d'Amérique ont du lait comme toutes les autres femmes ? De nombreux auteurs attestent la chose ? Qu'à cela ne tienne ; Corneille de Pauw leur tournera le dos et fera grand état du fait que les hommes aussi, y ont du lait et que le phénomène dépend de leur nature ravalée. Lisons :

« La masse de leur sang étoit certainement mal élaborée, puisque dans plusieurs endroits, les hommes faits et les adultes avoient du lait dans leurs mammelles. Ce qui a donné lieu à quelques anciennes relations d'assurer que, dans les provinces du Sud de l'Amérique, ces hommes allaitoient seuls les enfants ; exagération superflue dans un prodige qui n'en avoit pas besoin . . . » (Réf. 40.)

Monsieur de Pauw, se piquant d'être en mesure d'expliquer ce prodige, laissons-lui la parole. « Je suis donc persuadé, » dit-il, « que l'humidité du tempérament causoit dans les habitants du nouveau monde, ce vice qui devoit influer, comme il est aisé de le comprendre, sur leurs facultés physiques et morales. Aussi peut-on dire que les hommes y étoient plus que femmes, poltrons, timides et peureux dans les ténèbres, au-delà de ce qu'on peut imaginer. » (Réf. 41.)

Le distingué . . . chercheur ajoute: « Aucun naturaliste n'a recherché, que je sache, pourquoi les enfants mâles naissent par tout avec du lait dans leurs mammelles; il semble que cela doit être occasionné par l'humidité dans laquelle l'embrion a nagé sous les enveloppes de l'Utérus, ce qui empêche le fiel de s'aigrir et de s'épancher assez pour sanguifier exactement le chyle. » (Réf. 42.)

Songez, amis lecteurs, que ces élucubrations ont été publiées plus de cent ans après l'apparition du « Médecin malgré lui », et convenez avec moi que notre grand ennemi Molière n'a rien exagéré dans la tirade qui finit pas les mots célèbres: « Voilà justement ce qui fait que votre fille est muette. »

J'ignore s'il est vrai ou non que les enfants mâles naissent partout avec du lait dans leurs mammelles. Je sais par ouï-dire seulement que certains hommes adultes peuvent faire sourdre un liquide lactescent de leurs mamelons; ce curieux phénomène a même fait le sujet d'une thèse de Paris, au siècle dernier; bon nombre de mes vieux auteurs l'avaient d'ailleurs signalé longtemps auparavant. Mais qui me dira si cette anomalie était, et demeure, plus fréquente chez les Peaux-Rouges que chez les Visages-Pâles ?

Le moment est venu de vous avouer, amis lecteurs, que je compte beaucoup sur vous pour enrichir ma documentation sur tous les sujets qu'il m'arrivera de traiter au cours de mes dissertations médico-historiques. Me suis-je trompé jusqu'ici ? N'y aurait-il pas quelque chose d'intéressant à joindre aux pages déjà publiées. Ecrivez-moi, je vous en prie, quand ce ne serait que pour dénoncer mes erreurs. Certes, j'aime Platon et . . . Pariseau, mais j'aime encore mieux la Vérité.

En attendant l'aumône d'un renseignement ou d'une remise-au-point, je vais continuer à donner beaucoup sans rien espérer en retour. (Rien, si ce n'est le jugement favorable de l'Avenir; qui dira que j'ai fait un loyal effort pour faire aimer l'humanisme dans un pays où presque tout le monde l'honore des lèvres . . . seulement.)

La question de l'allaitement maternel chez les anciennes peuplades du Canada serait assez terre-à-terre si elle ne présentait certains aperçus qui confinent plus à la mystique qu'à la médecine et qui, partant, sont capables d'inspirer les artistes. Voici trois petites toiles vraiment admirables que j'ai trouvées dans les combles de notre histoire, sous la poussière des siècles.

L'an 1634, un petit sauvage canadien mourut, après avoir reçu le baptême. Ses parents, accompagnés d'un cortège d'amis, apportèrent le cadavre à la cabane des Pères Jésuites qui lui firent de belles funérailles. La Relation pour cette année-là raconte que les pauvres Indiens furent ravis en voyant cinq prêtres revêtus de leur surplis honorer le petit cadavre; « quand ce vint à le mettre à la fosse, sa mère y mit son berceau avec lui et quelques hardes selon leur coutume et bientôt après tira de son lait dans une petite écuelle d'escorce qu'elle brûla sur l'heure même. Je demanday pourquoy elle faisoit cela, une femme me répartit qu'elle donnait à boire à l'enfant dont l'âme beuvoit ce lait. » (Réf. 44.)

Cette mère ne faisait que se conformer aux rites de la tribu. Cent ans après, Charlevoix pourra encore écrire: « On a vu des mères garder des années entières les cadavres de leurs enfants et ne pouvoir s'en éloigner et d'autres se tirer du lait de la Mammelle et le répandre sur la tombe de ces petites créatures. » (Réf. 45.)

Tel est mon premier tableau; voici le second, qui n'est pas moins touchant. Notre illustre confrère Robert Giffard, seigneur de Beaupré, et son épouse Marie Renouard y font figure de bons samaritains: « Le huitiesme jour de novembre 1635, Monsieur Giffard baptisa un petit enfant sauvage, âgé d'environ six mois, le croyant si près de la mort qu'on n'aurait pu nous appeler », dit l'auteur de la Relation; « il survescut encore quelques temps. La femme allaictoit ce pauvre petit comme s'il eust été son propre enfant. » (Réf. 45.)

Et puis, enfin, voici ma troisième toile, la plus belle de toutes, je pense. C'est Lallemant qui l'a brossée à Québec, le 30 août 1664. « Je me souviens », dit-il, « de la pratique d'une bonne huronne quand elle allaitait son enfant car elle adressoit d'ordinaire cette prière à l'enfant Jésus: Ah! Seigneur, que je me fusse estimée bienheureuse si pendant votre enfance la Sainte Vierge m'eût permis de vous donner à tetter quelques gouttes de mon lait; mais puisque je n'ai pas eu le bonheur de me trouver pour lors au monde et de vous rendre en propre personne ce service, je vous le veux rendre au moins en la personne de mon fils. — Ainsi en usoit-elle toutes les fois qu'elle approchoit son enfant de son sein avec une tendresse et une familiarité avec Nostre Seigneur tout à fait aimable. » (Réf. 46.)

Et maintenant, amis lecteurs, rapprochez ces trois esquisses et vous verrez qu'elles composent le plus somptueux tryptique que l'on puisse imaginer à la gloire du sein maternel.

Cette femme païenne qui verse son lait sur la tombe de son enfant, croit à l'immortalité de l'âme. Son geste, encore qu'il soit très naïf, est d'une beauté symbolique sans égale. Un peuple qui a de telles croyances, et de telles coutumes est prêt à recevoir l'évangile chrétien.

Madame Giffard allaitant un petit sauvage, c'est l'Évangile en action, c'est l'œuvre de charité illustrant de la façon la plus frappante le sermon du missionnaire.

La huronne qui se figure allaiter Jésus en la personne de son fils atteste le triomphe de l'idée chrétienne parmi les aborigènes du Canada.

Dites, où trouverez-vous sujet plus digne d'inspirer peintres et sculpteurs ?

J'écris sous la chaude lumière de ma lampe. Groupés autour de moi mes livres, dans un silence respectueux, attendent que je les interroge l'un après l'autre. Ils ont l'air d'une classe d'élèves,

eux qui sont mes maîtres. Aucun bruit ne franchit mes fenêtres fermées, pas même ces voix discrètes, comme apeurées devant le mystère de la nuit, et dont l'ensemble constitue

« le souffle sourd et lourd de la ville endormie ».

Tous ceux qui, demain matin, me bousculeront, font en ce moment des rêves imprécis, irréels, irréalisables.

Moi aussi je rêve . . . Ah ! si Gauguin vivait ! Si Maurice Denis voulait, lui qui mêle tant de foi à ses couleurs qu'elles en deviennent comme phosphorescentes ! . . . Si nos artistes canadiens pouvaient se convaincre qu'il n'est pas besoin de faire des paysages laurentiens ou de grandes « machines » historiques pour être de sa race et servir son pays ! Je le tiendrais, mon tryptique et j'aurais la satisfaction de me dire, en admirant une belle oeuvre d'art, que je l'ai, dans une large mesure, inspirée.

Mais voilà que l'horloge fidèle qui veille sur ma santé tinte impérieusement les deux coups qui marquent l'extrême limite de ses complaisances. Il me faut quitter mon beau songe clair pour rouler à mon tour, avec la foule, dans le tourbillon des rêves imprécis, irréalisables.

Quoi qu'il en soit, le premier panneau de mon tryptique existe déjà. Il fut exécuté en 1781 par Barbier l'Aîné, peintre du Roi de France. En 1786, Ingouf le Jeune grava la belle estampe que plus d'un collectionneur m'enviera. Elle porte en guise de légende explicative les mots suivants: « Canadiens au tombeau de leur Enfant. On voit quelquefois deux Epoux aller, après six mois, verser des larmes sur le tombeau de leur Enfant, et la Mère y faire couler du Lait de ses mammelles. » (Réf. 47.)

Tout est faux dans cette image: le physique et le costume des personnages, le cairn élevé à la mémoire de l'enfant et la cabane qui abrite les parents, les flèches dans leurs carquois et le casse-tête accroché à la branche d'un arbre qui n'est pas de notre flore.

Il faut admettre, cependant, que l'artiste s'est noblement acquitté de sa tâche et qu'il a su traiter avec une rare dignité un sujet plutôt difficile

A la vue d'une mère pleurant sur la tombe de son enfant, plus d'un lecteur se demandera ce que devenait le petit marmot bronzé dont la maman mourait avant l'heure du sevrage. C'est l'historien Sagard qui répondra: « Que si la mère meurt, avant que l'enfant soit sevré, le père ou à son défaut une autre personne, fait bouillir du bled d'Inde dans un pot de terre puis en tire l'eau, laquelle il prend peu à peu dans sa bouche et la joignant à celle de l'enfant, luy fait avaller cette eau qui luy sert de lait et de bouillie. Je l'ai vu ainsi pratiquer à plusieurs. » (Réf. 48.)

A vrai dire la sollicitude de ces bonnes gens à l'égard des petits était sans limites; elle s'étendait jusqu'aux bêtes, puisque Sagard ajoute: « De la même invention se servent aussi les sauvages pour nourrir les petits chiens que leurs mères ne peuvent engraisser, ce que je trouvais fort sale et vilain d'ainsi joindre à leur bouche le museau des petits chiens qui ne sont pas souvent fort nets. »

Pas souvent fort nets ? Frère Sagard, apparemment, n'était pas médisant. Je dirai, moi, que les chiens des sauvages devaient presque toujours être fort sales, puisqu'ils servaient d'essuie-mains à leurs maîtres au cours des repas. (Réf. 49.)

J'ajouterai qu'on engraisait souvent les petits chiens pour les manger. Le chien-de-lait, si l'on peut dire, constituait la pièce de résistance des grands banquets. (Réf. 50.)

Attention ! Je viens de m'éloigner absolument de mon sujet. A la rigueur, l'acte de têter sa mère peut être considéré comme une forme d'anthropophagie, alors que des dissertations sur le chien comestible n'ont point leur place ici.

Mais comment résister à la tentation d'ajouter à ces observations sur le lait humain quelques notes sur d'autres laits qui sont souvent appelées à le remplacer ?

Avec les blancs la bonne vieille vache entra au pays. Je pourrais et devrais, sans doute, lui consacrer quelques pages en témoignage de reconnaissance. Il est fort douteux, cependant, que les statistiques anciennes du cheptel et le graphique des fluctuations dans le prix des produits laitiers, puissent intéresser les lecteurs du Journal. Aussi parlerai-je d'autres laits plus rares qui ont été, depuis toujours, fort prisés à cause de leurs propriétés roboratives.

Bien avant l'ère chrétienne le lait de chèvre, par exemple, était préconisé comme aliment pour les tuberculeux. Puisqu'il est avéré qu'il y eut des cas de tuberculose parmi les tout-premiers colons du Canada, l'on peut se demander si des chèvres furent importées de France pour le service des malades. Cherchons !

Vers la fin du dix-huitième siècle, le naturaliste suédois Kalm publiait, dès son retour chez lui, un ouvrage fort intéressant contenant des observations qu'il avait faites au cours d'un long voyage d'études en Amérique du Nord. Il rapporte qu'il a vu des chèvres dans les colonies anglaises, où elles étaient affectées à la nourriture des malades; mais, dit-il: « Je n'ai pas vu de chèvres en Canada et on m'assure qu'il n'y en a pas. » (Réf. 51.)

Peut-être n'y avait-il point de chèvres ici au temps où le savant homme nous visitait, mais il y en avait sûrement au dix-septième siècle. Une, tout au moins, et qui figure dans la chronique médicale de son époque. En effet, dans son Histoire de l'Hôtel-Dieu de Québec, l'abbé Casgrain nous apprend que, « dans l'espoir de ramener à la santé la Mère de Ste-Marie, on acheta à grand frais (où?) une chèvre dont on lui fit boire le lait. » (Réf. 52.)

Malheureusement la bonne soeur décéda quand même, au mois de mars 1641. Par une singulière coïncidence, la bête au lait généreux mourut en même temps que celle dont elle avait peut-être prolongé la vie.

Le lait d'ânesse également a toujours passé pour avoir de grandes vertus curatives. Guy Patin, que j'ai déjà cité, avait un fils dont l'état de faiblesse l'inquiétait beaucoup. Il lui faisait boire du lait d'ânesse. (Réf. 53.)

Les ânes sont encore très rares au pays, bien que tout puisse être importé et acclimaté, de nos jours. Ils devaient être encore plus rares, jadis. Philippe Aubert de Gaspé, dans ses *Mémoires*, rappelle l'émoi que suscita, vers 1785, un brave beaudet que l'on gardait à Sillery, près Québec. « C'était le premier âne à quatre pattes que je voyais », écrit-il. (Réf. 54.)

Qui sait si la bête de Sillery ne descendait pas d'un couple célèbre amené au pays vers 1620, et qui fit grand bruit, au sens le plus littéral du mot.

Les sauvages, ayant eu vent de l'arrivée d'animaux étranges, s'attroupèrent près du quai et attendirent, les yeux ronds . . . En posant sabot à terre l'Aliboron se mit à braire de la plus horrible façon; sur quoi les naturels épouvantés s'enfuirent dans les bois, où ils restèrent tapis pendant tout un jour. (Réf. 55.)

Les Français furent moins impressionnés, cela va de soi. Ils empruntèrent à tout propos les deux bêtes, qui appartenaient aux moines du couvent de Notre-Dame des Anges et les malmenèrent si fort que le mâle mourut à la peine. Frère Sagard prit bonne note de cette dureté, qu'il dénonça dans son *Histoire du Canada*: « Les hyvernants de Québec les ont tellement fatiguez qu'enfin ils y ont fait mourir l'asne et n'y reste plus que l'ânesse que nous laissons tout l'Esté coucher emmy les champs ». (Ref. 56.)

Les hyvernants, qu'est-ce à dire ? demandera quelque lecteur plus curieux que les autres. C'est Benjamin Sulte, notre Michelet, qui va lui répondre: « l'hyvernant était aux gages des compagnies

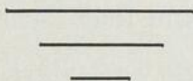
de traite; après trois ou quatre années il retournait en France. L'habitant est celui qui prenait une terre, se fixait à demeure dans le Canada et y laissait ses enfants. Dès les jours de Champlain on le distingua de l'hyvernante. » (Ref. 57.)

Confrères canadiens, n'oubliez pas que vous êtes fils d'habitants et non d'hyvernants. Samuel Chapdelaine, ses compagnons, et sa fille Maria ont bien travaillé le sol; mais les domaines de l'esprit restent toujours en friche. Ce ne sont pas les coureurs de bois, ce ne sont pas ceux qui « retournent en France » qui feront le travail. C'est nous, les « habitants ».

Cette fois, ça y est: je suis tout-à-fait en dehors du sujet. On voudra bien croire que ce n'est pas là simple distraction.

Dans la prochaine livraison du Journal nous reviendrons à nos... gloutons. Nous feuilleterons attentivement les pages de notre histoire afin d'y découvrir, si possible, tous les cas d'anthropophagie dus à la démence, aux délires permanents ou passagers, aux dépravations du goût.

(À suivre)



POURQUOI IL FAUT ASSISTER AU CONGRÈS D'OTTAWA

Partout, en ce moment, l'on rencontre des gens sur qui le spectre de la dépression économique est étendu comme un incubé malfaisant. Ils se croient paralysés, ils n'osent se lever et ils attendent que leur démon veuille bien les quitter. Tel n'est pas le cas de nos confrères d'Ottawa et alentours. Sans se laisser à d'inutiles jérémiades sur la dureté du présent, ils ont fait le nécessaire, et bien davantage, pour que le XIIème Congrès des Médecins de Langue Française soit digne des précédents.

Le programme définitif qu'ils viennent de nous livrer, et que nous publions à la suite de cet article, est vraiment rassurant. Cérémonies officielles, travaux scientifiques, délégations étrangères, tout s'y trouve au même degré que dans les réunions organisées en des temps où nous roulions sur l'or.

Il va sans dire qu'un tel résultat (c'en est un, d'ores et déjà) a coûté beaucoup d'efforts aux organisateurs, et imposé de sérieux sacrifices pécuniaires au groupe médical qui nous reçoit. Aussi ne devons-nous pas attendre la clôture des assises d'Ottawa pour remercier ceux qui ont si bien travaillé, et qui auront encore tant de peine avant que paraissent leurs Comptes-Rendus.

Le Congrès ne sera pas une faillite; cela ressort, ai-je dit, du programme même. Sera-t-il un franc succès? Il n'en dépend plus que de la masse des médecins canadiens-français.

S'abstenir d'y aller, c'est trahir une grande et belle cause; c'est un peu trahir la Race. Tout le monde admet cela, et les abstentionnistes se croient obligés de justifier leurs défections. On me

permettra bien de leur dire que parmi les multiples raisons qu'ils avancent je n'en vois pas une qui puisse tenir debout.

Votre bourse est plate, confrère ? Avouez qu'elle l'est parce que les malades ne viennent pas à la consultation, en ce moment, et ne réclament pas la visite. Mais patience ! Le Seigneur est avec nous et sa droite est terrible . . . Ils devront revenir un jour ou l'autre. En attendant, c'est, dites-vous, le chômage forcé. Mais alors, pourquoi ne profiteriez-vous pas de ce moment d'inaction pour fermer la porte du bureau et mettre la clef sous le paillason ?

Vous avez déjà pris des vacances cet été ? C'est vrai, mais vous n'en avez guère joui, car la saison a été détestable. Quelques jours de plus, au plus beau temps de l'année, ne sont pas, comme on dit, « de refus ».

Ottawa, c'est loin ? Vous n'avez jamais dit ça de Montréal et vous devez bien savoir que, par le rail ou par la route, quatre heures à peine séparent la capitale du Canada et sa métropole.

Les questions mises à l'étude ne vous intéressent pas ? Alors rien ne vous intéresse, car il y a un peu de tout à l'affiche.

Que dis-je ? il y aura même la désormais traditionnelle exposition de livres anciens traitant de la médecine ou des sciences naturelles. Ce fut, il y a quatre ans, un grand vol plané sur tous les domaines de notre art, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Il y a deux ans, vous eûtes la surprise de voir défiler sous vos yeux une centaine d'ouvrages vénérables traitant de l'électricité en général et tout particulièrement de l'électrothérapie, spécialité que vous estimiez née d'hier, alors qu'elle faisait déjà parler d'elle il y a quelque deux cents ans.

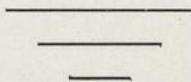
Cette année vous réserve un régal encore plus rare: une exposition de livres très anciens illustrant l'histoire médicale (oui, médicale) du castor (oui, du *castor!*) canadien (eh oui! canadien).

Si toute curiosité scientifique n'est pas morte en votre âme, vous vous empresserez de visiter mon exposition, ne serait-ce que pour voir ce qui peut bien être dit sur un sujet tellement en dehors de l'ordinaire.

Allons, confrère, un bon mouvement. Il est agréable de jouer au patriote quand ça ne coûte guère et quand ça rapporte beaucoup. Soyez à Ottawa le six septembre !

Ne songez plus au client qui va maugréer parce qu'il se butera le nez à votre porte close. Pensez plutôt au reste de votre clientèle. Qu'elle soit urbaine ou campagnarde, malgré ses exigences souvent déraisonnables, un instinct très sûr l'avertit que, pour se tenir à la page, le médecin moderne *doit* fréquenter les réunions scientifiques.

LÉO-E. PARISEAU



XII^{ème} CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES
MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE
DE L'AMÉRIQUE DU NORD

Programme définitif

LUNDI SOIR, 5 septembre

Inscription au Château Laurier.

Visite de l'exposition d'appareils médicaux et de produits pharmaceutiques.

Distribution des cartes pour les cliniques et les séances opératoires aux hôpitaux.

MARDI, 6 septembre

9 heures à 11 heures a.m.:

Inscription au Château Laurier.

Expositions : appareils médicaux et produits pharmaceutiques, au Château Laurier; section historique de l'Association, aux Archives.

Distribution des cartes pour cliniques et séances opératoires.

Cliniques opératoires et médicales aux hôpitaux:

HÔPITAL GÉNÉRAL:

Clinique urologique par le docteur Maurice CHEVASSU, assisté par les docteurs Eugène GAULIN, Oscar MERCIER, William HUTCHISON.

11 heures a.m.:

Assemblée du Conseil de l'Association au Château Laurier.

12 heures 30 p.m.:

Déjeuner offert par la ville d'Ottawa, au Château Laurier.

2 heures p.m.:

Ouverture solennelle du XII^e Congrès en séance plénière par le Très Honorable Premier Ministre du Canada.

Discours du Président, M. le docteur R. E. VALIN.

- Discours par le doyen de la profession médicale d'Ottawa, M. le docteur Rodolphe CHEVRIER.
- M. le docteur Antonin CLERC, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, représentant officiel du gouvernement de France au Congrès: **Formes cliniques de l'infarctus myocardique.**
- M. le docteur Georges BARIL, professeur à l'Université de Montréal, médecin à l'Hôtel-Dieu: **Causes d'erreurs dans la recherche du sucre urinaire.**
- M. le docteur Albert CHARLEBOIS, pédiatre de l'Hôpital Général d'Ottawa: **Observations personnelles sur 200 cas de paralysie infantile.**
- M. le docteur Robert DUCROQUET: **Orthopédie corrective et curative des séquelles de la paralysie infantile.**
- M. le docteur Roma AMYOT, neurologue à l'hôpital Notre-Dame: **La céphalée en neuro-psychiatrie.**

8 heures p.m.:

- M. le docteur Charles VEZINA, professeur à l'Université Laval de Québec: **Des abcès pulmonaires.**
- M. le docteur A. TETREAU, Trois-Rivières: **La pression moyenne.**
- M. le docteur René CHARPENTIER, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris: **Les constitutions psychopathiques (partie I).**
- M. le docteur Albert LESAGE, professeur de la clinique médicale à l'Université de Montréal et médecin de l'Hôpital Notre-Dame: **Myocardite aiguë, séquelle de la typhoïde.**
- M. le docteur Léo LALONDE, chirurgien à l'Hôpital du Sacré-Coeur, Hull: **Les Fractures en général.**

MERCREDI, 7 septembre

8 heures à 10 heures a.m.:

Cliniques opératoires et médicales aux hôpitaux.

HÔPITAL CIVIQUE :

- Clinique chirurgicale et opératoire par le docteur Gaudard D'ALLAINES, chirurgien des hôpitaux de Paris, délégué de l'Institut scientifique Franco-canadien, assisté par les docteurs Philippe BELANGER, C.-T. FINK, William LEBEL, H.-P. MOFFATT, F.-P. QUINN, G. HOOPER.
- Clinique médicale par le professeur Antonin CLERC, assisté par les docteurs J.-H. LAPOINTE, W.-S. LYMAN, W.-S. BARNHART, A. McNABB.

HÔPITAL GÉNÉRAL :

Clinique orthopédique par le docteur Robert DUCROQUET, assisté par les docteurs J.-E. SAMSON, J.-M. MURRAY, C.-A. YOUNG, Wm. ARMSTRONG.

Clinique neurologique par le docteur René CHARPENTIER, assisté par les docteurs Jean SAUCIER, Roma AMYOT, Edgar LANGLOIS.

10 heures a m. :

Séance plénière. — Château Laurier.

M. le docteur L.-P. MANTHA, médecin de l'Hôpital Général d'Ottawa, et chargé du service de Physiothérapie : **Diagnostic différentiel entre le Coma diabétique et une réaction aiguë d'hypoglycémie insulinaire.**

M. le docteur Gaudard D'ALLAINES, chirurgien des Hôpitaux de Paris, conférencier de l'Institut scientifique Franco-Canadien : **Indications et résultats de l'hystérectomie conservatrice.**

M. le docteur Benjamin BOURGEOIS, chirurgien en chef de l'Hôpital Notre-Dame : **A propos d'appendicite chronique.**

M. le docteur J.-L. LAMY, chirurgien de l'Hôpital Général d'Ottawa : **La Rachi-Anesthésie.**

M. le docteur Eugène GAULIN, chef du service d'Urologie à l'Hôpital Général d'Ottawa : **Observation personnelle de 100 prostatectomies.**

12 heures 30 :

Déjeuner au Standish Hall, Hull, sous les auspices de l'Association Médicale de la province de Québec et de l'Association des Médecins de Langue Française.

2 heures p.m. :

Séance plénière au Château Laurier.

M. le docteur Stephen LANGEVIN, chef du service d'obstétrique à la maternité de Montréal, professeur d'obstétrique à l'Université de Montréal : **Les Hémorragies de la Délivrance.**

M. le docteur E. ARCHIBALD, professeur de chirurgie à l'Université McGill, Montréal, chirurgien en chef de l'Hôpital Royal Victoria : **Les Complications pulmonaires post-opératoires.**

M. le docteur Joseph VAILLANCOURT, professeur d'oto-rhino-laryngologie à l'Université Laval : **Les Céphalées d'origine nasale.**

M. le docteur E. Perras, radiologiste et chef du département de physiothérapie à l'Hôpital du Sacré-Coeur, Hull: **La Cholécystographie.**

M. le docteur Maurice CHEVASSU, urologiste de l'Hôpital Cochin: **Diagnostic des pyuries.**

M. le docteur J.-C. WOODS, chirurgien de l'Hôpital Général d'Ottawa: **Les occlusions intestinales.**

M. le docteur Charles SIMARD, assistant anatomo-pathologiste à l'Hôpital Notre-Dame: **Etude anatomo-pathologique post-opératoire de 500 appendicites.**

Visite de l'exposition d'appareils et de produits pharmaceutiques, films cinématographiques parlants.

2 heures p.m.:

A l'hôtel Standish Hall, à Hull.

Réunion annuelle de l'Association Médicale de la province de Québec, sous la présidence de M. le docteur J.-R. BELISLE, Hull.

Conférenciers :

M. le docteur René CHARPENTIER: **Les constitutions psychopatiques (partie II).**

M. le docteur E. GABY, de l'Université de Toronto: **Burns in general including Electrical Burns.**

M. le docteur R. PEPIN, professeur agrégé de l'Université de Montréal, médecin de l'Hôtel-Dieu: **Les maladies de la nutrition.**

Représentation cinématographique de films parlants et silencieux.

8 heures p.m.:

Assemblée plénière.

M. le docteur Oscar MERCIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, chef du service d'urologie à l'Hôtel-Dieu: **Les calculs de l'uretère: considérations sur les cas traités dans le service d'urologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal, de 1927 à 1932.**

M. le docteur A. LAQUERRIERE, radiologiste à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal: **Discussion de quelques méthodes de la radiothérapie (paralysie infantile, troubles circulatoires, périviscérites).**

M. le professeur Antonin CLERC: **Diagnostic et sémiologie des tachycardies.**

- M. le docteur C. DAGNEAU, professeur de l'Université Laval, Québec : **Les Thoracoplasties dans le traitement de la tuberculose.**
- M. le docteur Ernest PLANTE, oto-rhino-laryngologie, de Sherbrooke, ancien assistant de Chevalier JACKSON : **Application de la bronchoscopie aux maladies infectieuses des poumons.**

JEUDI, 8 septembre

8 heures à 10 heures a.m.:

Cliniques opératoires et médicales aux hôpitaux.

HÔPITAL CIVIQUE :

Clinique urologique par le docteur Maurice CHEVASSU, assisté par les docteurs Eugène GAULIN, Oscar MERCIER, William HUTCHISON.

Clinique orthopédique par le docteur Robert DUCROQUET, assisté par les docteurs J.-E. SAMSON, J.-M. MURRAY, C.-A. YOUNG, Wm. ARMSTRONG.

HÔPITAL GÉNÉRAL :

Clinique chirurgicale et opératoire par le docteur Gaudard D'ALLAINES, assisté par les docteurs J.-L. LAMY, J.-C. WOODS, J.-E. DeHAITRE.

Clinique médicale par le professeur Antonin CLERC, assisté par les docteurs J.-H. LAPOINTE, L. MANTHA, H. PILON.

10 heures a.m.:

Séance plénière au Château Laurier.

- M. le docteur François DEMARTIGNY, chirurgien en chef de l'Hôpital Sainte-Jeanne d'Arc : **Des indications de l'hystérectomie vaginale.**
- M. le docteur W. VIGNAL, médecin électro-radiologiste des hôpitaux de Paris, chef du service d'électro-radiologie de l'Hôpital Saint-Luc, Montréal : **Diagnostic radiologique des affections du duodénum.** (En collaboration avec le docteur Grondin.)
- M. le docteur P.-Z. RHEAUME, professeur de chirurgie opératoire à l'Université de Montréal, directeur médical et chirurgien en chef de l'Hôpital Saint-Luc : **Diagnostic et traitement des affections chirurgicales de l'estomac et du duodénum.**
- M. le docteur A. MARIN, chef du service de dermatologie à l'Hôpital Notre-Dame : **Les Epithéliomas cutanés.**

12 heures 30:

Déjeuner au Château Laurier.

2 heures p.m.:

M. le docteur Réal DORE, chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame: **Les Goîtres.**

M. le docteur H. LACHARITE, radiologiste: **La radiothérapie du goître.**

M. le docteur Edouard TETREAUULT, médecin cardiologiste à l'Hôtel-Dieu: **Diagnostic positif et différentiel des algies cardiaques.**

M. le docteur Robert DUCROQUET: **La luxation congénitale de la hanche.**

M. le docteur Eugène ST-JACQUES, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Montréal: **Le traitement de la gastropse par la gastro-suspension de Lambret et ses résultats.**

M. le docteur Léon GERIN-LAJOIE : **Les données physiologiques et thérapeutiques sur l'hormone ovarienne dans la ménopause post-opératoire.**

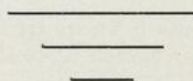
M. le docteur Gaudard D'ALLAINES : **Appendicite pelvienne: diagnostic et traitement.**

M. le docteur Maurice CHEVASSU: **Les infections urinaires à colibacilles.**

Assemblée générale de l'Association et élection des officiers.

8 heures 30 p.m.:

Banquet au Château Laurier, suivi d'un bal dans la salle des Totems Indiens.



ENCOURAGEZ NOS IMPRIMEURS !

Thérien Frères LIMITÉE

Imprimeurs
Thermographes
Éditeurs
Relieurs

Tél.: HARbour *5288

334, RUE NOTRE-DAME EST, MONTRÉAL

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

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

Scott & Bousquet Frères, Limitée

JOAILLERIE EXCLUSIVE

HORLOGERIE DE PRÉCISION

BIBELOTS D'ART FRANÇAIS

LA COUTELLERIE chez
BOUSQUET



Une belle coutellerie constitue le principal ornement d'une table recherchée. Les marques

ONEIDA
COMMUNITY PLATE
1847 ROGERS

sont remarquables pour l'élégance somptueuse de leurs modèles. Nous les recommandons, autant pour leur valeur artistique que pour la qualité du métal de base, qui assure la solidité et l'adhérence de leur argenture.

La coutellerie se fait aussi avec une couche d'argent de moindre épaisseur, mais d'une durabilité indéfinie si elle est bien entretenue. Ce sont les marques:

Wm. ROGERS & SONS et TUDOR

Vendue à prix modique, cette coutellerie a cependant fort belle apparence.

Nous ne craignons pas d'engager notre service et notre réputation en vous l'offrant.

SCOTT & BOUSQUET FRÈRES Limitée

921 est, rue Ste-Catherine. — LA.: 5201

Succursale : 6562, rue St-Hubert. — CR.: 1650

M O N T R É A L

LAIT DE "SANTÉINE"
BEURRE

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

J. F. Joubert
LIMITÉE

VOICI LA SAISON DES RHUMES ET DE LA TOUX

Contrôlez rapidement un rhume par

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

Faites cesser la toux avec

MISTURA TUSSI DE HARTZ

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

POMMADE MIDY SUPPOSITOIRES MIDY

4
PRINCIPES ACTIFS
D'OÙ EFFICACITÉ
CERTAINE



ADRÉNALINE
STOVAÏNE
ANESTHÉSINE
EX^T DE MARRONS D'INDE
FRAIS-STABILISÉ

MIDY, 4, Rue du Colonel-Moll, PARIS

HEMORROÏDES

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

Un traitement spécifique de l'Anémie

HEMOSTYL

L'HÉMOSTYL DU Dr ROUSSEL

possède en permanence 1,400 chevaux donneurs de Sérum.

L'INSTITUT DE SEROTHERAPIE HEMOPOIETIQUE
qui prépare

L'HÉMOSTYL DU Dr ROUSSEL

est le centre de Sérothérapie le plus important du monde.

Hémostyl fiolampoules - Hémostyl sirop

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

Tél.: PLateau 4189-4180

C. A. BRAULT

Pharmacien Consultant de l'Hôtel-Dieu



3508 AVENUE DU PARC

(près de la rue Milton)

MONTRÉAL

Téléphone: HArbour 4752

J. H. Boivin
Opticien

Spécialité :

ORDONNANCES DE MM. LES OCULISTES

2037, RUE ST-DENIS, - - - MONTRÉAL

Service de Voitures Ambulances
à la VILLE et à la CAMPAGNE,
JOUR et NUIT

SPÉCIALISTES DANS LE TRANSPORT DES
MALADES ET DES BLESSÉS

Geo. Vandelac Limitée

Fondé en 1890

DIRECTEURS DE FUNÉRAILLES
SALONS MORTUAIRES

120 RUE RACHEL EST, - - MONTRÉAL

Tél.: BELair 1717

G. VANDELAC, jr.

ALEX. GOUR

MÉDECINS!

ACHETEZ VOTRE VOITURE

chez . . .

JARRY & FRÈRE

Vendeurs autorisés de la voiture FORD.

4450, RUE ST-DENIS

BEIair 2442

BEIair 2443

ASSURANCES

FINANCE

Bureau de VÉRIFICATION MÉDICALE

COLLECTION

TARIF MODÉRÉ **15%**

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

GUARDIAN FINANCE COMPANY

266 RUE ST-JACQUES OUEST, - MONTRÉAL

Tél. MArquette 2587

GASTON RIVET,
Gérant.

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

Avec les compliments de

JOSEPH FILION, M.P.P.

ENTREPRENEUR

CONSTRUCTEUR

464, CHEMIN DU BOULEVARD DES PRAIRIES

LAVAL-DES-RAPIDES



Téléphone: BYwater 1225

F. H. PHELAN

MARCHAND DE CHARBON

à la tonne ou au wagon

Anthracite Gallois — Anthracite Ecosais

ANTHRACITE SCRANTON

“Buckwheat” et petites variétés.

Charbon bitumineux de première qualité.

HUILE À CHAUFFAGE

315, RUE COLBORNE, - - MONTRÉAL

Téléphone : MARquette 1270 et 1279

AVEC LES COMPLIMENTS

DE L'

A. O. A.



Bureau-chef : 4869 RUE ST-DENIS

BElair 1144-1148

TABLE DES ANNONCEURS

	Page		Page
Abbott Laboratories	IX	Horner, Frank W.	XVIII
Anglo-French Drug Cie	VIII	J. J. Joubert (Santéine)	XXI
A. O. A.	XXVII	Jarry & Frère	XXV
Apioline (Lab. de Pharmacologie) ..	IV	Jouot, G.	IX
Boivin, J.-A.	XXIII	La Compagnie J. F. Hartz de Montréal (limitée)	XXI
Brault, C.-A.	XXIII	Merck & Co.	XIII
Canada Drug Co.	VI	Millet, Roux & Lafon	VIII, XIV
Carrière & Sénécal	IV	Nadeau (Laboratoire)	I
Casgrain & Charbonneau	XV	National Optical Co.	XII
Cloutier & Cloutier	Couverture 3	Oxygène du Canada (Compagnie) ..	V
Ciba (Compagnie)	II	Phelan, F. H.	XXVII
Duckett, J. A.	VI	Pyridium (Merck)	Couverture 1
J. Eddé (limitée)	XXII	Rougier Frères	XVII
Filion, Joseph, M.P.P.	XXVI	Sorignet, Auguste	V
General Electric X-Ray Corp.	XI	Scott & Bousquet Frères	XX
Girard Automobile	XXVIII	Thérien Frères Limitée	XIX
Granger Frères	VII	Vandelac, Geo.	XXIV
Guardian Finance Co.	XXV	Yogourt (J. D. Delisle)	III
Harris, J. A.	X		
Herdt & Charton	XVI		

LES NOUVEAUX MODÈLES 1932 DE SOTO ET CHRYSLER

Valeur incomparable — Prix inégalés — Élégance insurpassable.

POURQUOI ILS FONT SENSATION :

- 1° Moteur suspendu (avec les améliorations de Chrysler);
- 2° Embayage automatique;
- 3° Transmission robuste;
- 4° Roulement libre permettant la vitesse variable;
- 5° Freins hydrauliques indéréglables;
- 6° Tambours de freinage à métaux sélectionnés.

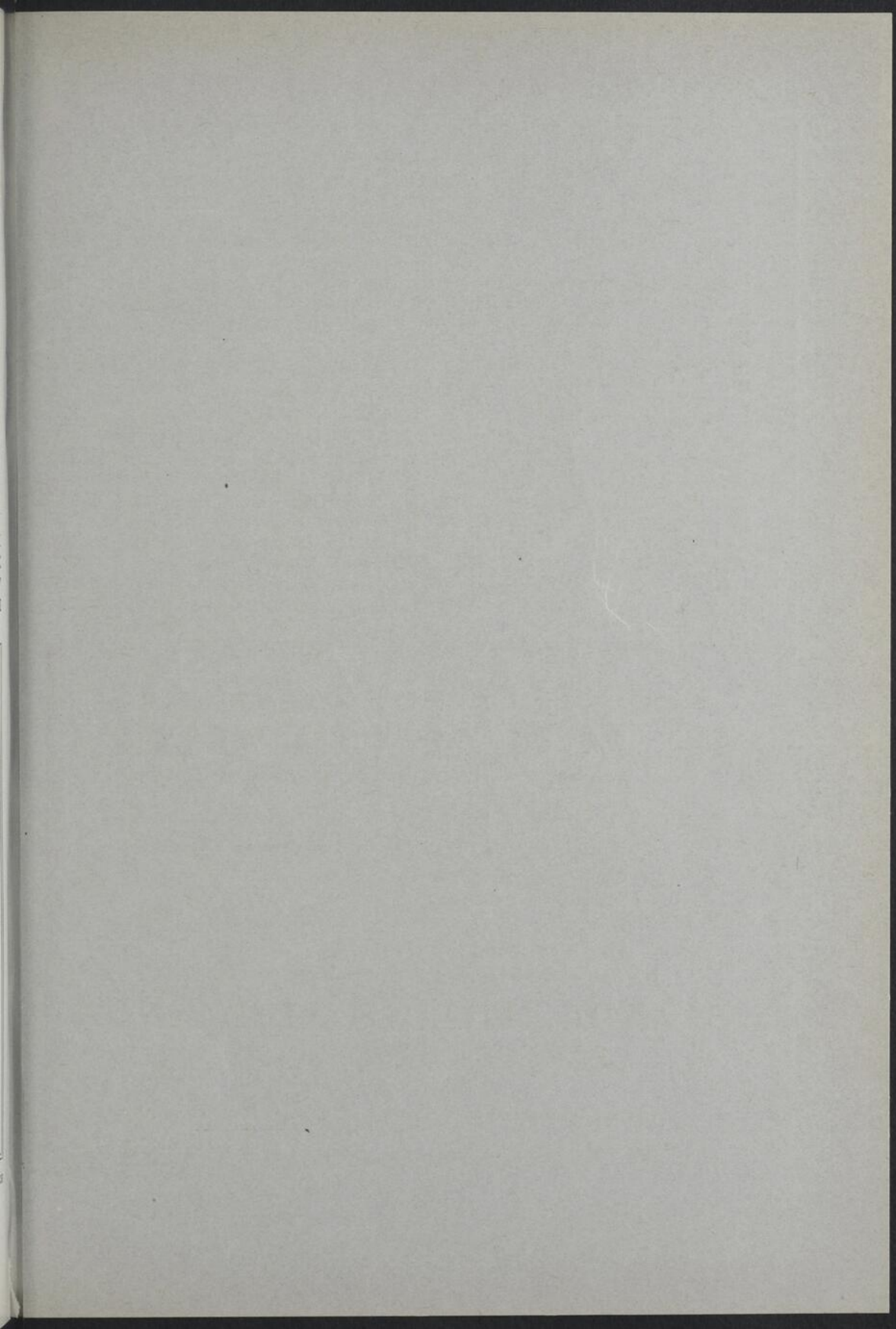
GIRARD AUTOMOBILE, INC.

1448 DORCHESTER OUEST

MARquette 4228*

NOS DÉMONSTRATEURS SONT À VOTRE DISPOSITION.

THÉRIEN FRÈRES, LIMITÉE



Lifetime
Baumanometer
STANDARD FOR BLOODPRESSURE



Modèle KOMPAK
\$37.50

Echelle de 260 mm.
Contient sa soufflerie.

Dimensions:
1 $\frac{1}{8}$ x 3 $\frac{3}{8}$ x 11 $\frac{1}{8}$



Fidèle!

Le mal n'est plus qu'un souvenir, c'est la convalescence.

Bientôt, ce sera le retour à la santé complète.

Mais . . .

Le médecin, toujours prudent, monte quand même la garde, l'oeil fixé sur *Baumanomètre*, fidèle rapporteur des moindres variations de la tension artérielle.

Conscients de nos responsabilités vis-à-vis la profession médicale, nous n'offrons en vente que des marchandises de provenance surexcellente.

Quels que soient vos besoins, nous pouvons les satisfaire. Fiez-vous à nous, à nos fabricants, à leurs produits.

Sur demande nous vous ferons tenir, à l'essai, l'un ou l'autre des trois modèles du "Baumanomètre".

CLOUTIER & CLOUTIER CIE

Physiothérapie et Rayons X

4338, rue Saint-Denis

Téléphone: BELair 1616

MONTREAL, Canada