Tome 67 — Numéro 7

MONTRÉAL, JUILLET 1938

BIBLIOTHÈQUE
DU
P. G. PRÉMONTRÉ — SAINT-JEAN, QUÉBEC

L'Union Médicale du Canada

(Revue mensuelle fondée en 1872)

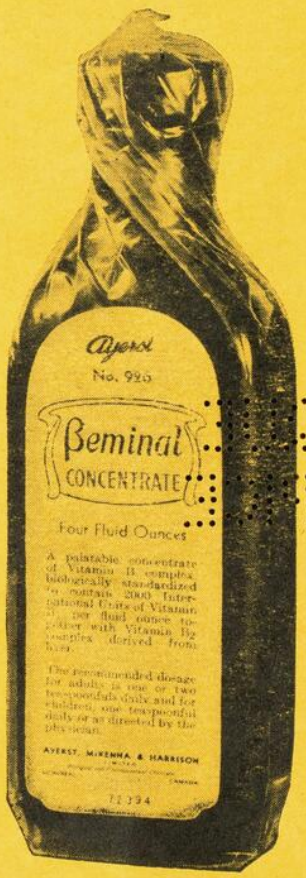
Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

SAINT-SULPICE

PROCHAIN CONGRÈS
ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMÉRIQUE DU NORD
OTTAWA — HULL
5 — 6 — 7 — 8 — septembre 1938.

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

Trois nouveaux produits CONTENANT les VITAMINES B dans une teneur élevée



Indiqués dans le traitement de l'anorexie, de l'hypotonie gastro-intestinale, des vomissements de la grossesse, de la polynévrite, de la névrite alcoolique et autres formes de névrite.

BÉMINAL CONCENTRÉ No 926

Un extrait concentré renfermant le groupe des vitamines B, standardisé biologiquement et agréable au goût. Chaque once fluide contient 2,000 unités internationales de vitamine B_1 et le groupe des vitamines B_2 provenant du foie.

Présentation: Bouteilles de 4 onces.

COMPRIMÉS DE VITAMINE B_1

Vitamine B_1 cristallisée.

Deux dosages:

No 812: Chaque comprimé contient 1 milligr. (300 unités internationales).
Bouteilles de 50 et 100 comprimés.

No 813: Chaque comprimé contient 5 milligr. (1,500 unités internationales).
Bouteilles de 25 comprimés.

VITAMINE B_1 EN AMPOULES

Vitamine B_1 cristallisée.

Trois dosages:

No 467: Chaque ampoule contient 1 milligr. (300 unités internationales).

No 468: Chaque ampoule contient 2 milligr. (600 unités internationales).

No 469: Chaque ampoule contient 5 milligr. (1,500 unités internationales).

Présentation: Boîtes de 10 ampoules et de 25 ampoules d'un c.c.

Littérature sur demande*

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITEE

Biologistes et Pharmaciens

MONTRÉAL CANADA

* Nouvelle adresse de nos bureaux: Édifice McGill, 485, rue McGill, Montréal.



L'épreuve du Temps

« Ferro-Catalytic », présenté à la profession médicale seulement après que des épreuves cliniques sérieuses eurent prouvé sa valeur thérapeutique dans le traitement des

ANÉMIES SECONDAIRES

a résisté à l'épreuve du temps, et chaque jour apporte une preuve nouvelle de son utilité. Les malades qui, pendant des années, ont été des demi-invalides à cause de l'anémie et qui ont été traités par différents modes thérapeutiques sans résultats évidents, ont bénéficié d'une façon étonnante du traitement par

FERRO-CATALYTIC

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

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL.- CANADA

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

CAPSULES
pour adultes
et
SIROP
pour enfants

SOMMAIRE

•

BULLETIN

LeSAGE:
Le Congrès de Médecine Ottawa-Hull — A.M.L.F.A.N. 675

MEMOIRES

Noël FIESSINGER:
Foie et système nerveux 679

Albéric MARIN et Georges LECLERC:
Etude comparative de trois agents pyrétogènes 688

Pierre SMITH:
La cholécystendèse ou cholécystostomie — A propos de 16 cas personnels 691

Charles LEFRANÇOIS:
Considérations sur deux cas de plaies par balle du gros intestin . . 698

REVUE GÉNÉRALE

Raymond SIMARD:
Les métrites cervicales 703

MOUVEMENT MEDICAL

Marcel PINARD:
Heureux résultats thérapeutiques dans les tuberculoses cutanées et dans la lèpre avec certains extraits pancréatiques 715

Jean SAUCIER:
Prophylaxie de la poliomyélite 717

J.-Henri CHARBONNEAU:
Traitement précoce de la poliomyélite 719

MEDECINE SOCIALE

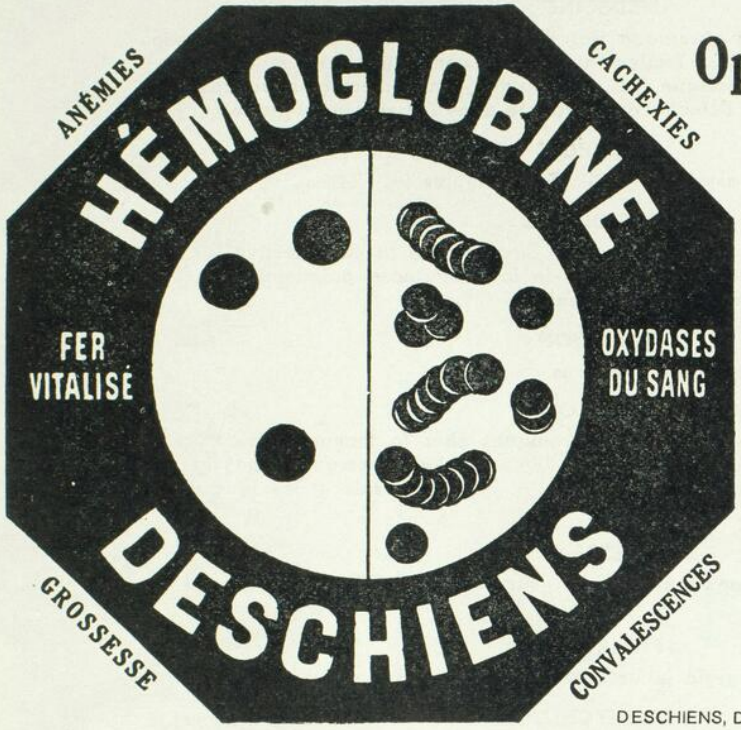
A. BOLDUC:
Contrôle sanitaire du lait à Montréal 724

MÉDECINE PRATIQUE

C. LIAN et G. SIGURET:
Traitement de la néphrite mercurielle 730

P. FERNET et R. GIRARD:
Difficultés des traitements préventifs de la syphilis 731

ANALYSES 732



Opothérapie Hématique *Totale*

SIROP de
DESCHIENS
à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances Minimales du Sang total

Médication rationnelle des
SYNDROMES ANÉMIQUES
et des
DÉCHÉANCES ORGANIQUES

Une cuillerée à potage à chaque repas.

DESCHIENS, Dr en Phie, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8e)

Représentant : ROUGIER, 350, Rue Lemoine - MONTRÉAL (Canada)

STANNO-SUFROL

COMPRIMÉS DÉPURATIFS SOUFRÉS ANTISTAPHYLOCOCCIQUES

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

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

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

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

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

LABORATOIRES CROSNIER, Montreuil - Paris

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

SOMMAIRE

(Suite)

MEDECINE

Le traitement de l'intoxication chronique par l'opium. Etude des diverses méthodes de désintoxication (p. 732). **Traitement des toxicomanies par le « Rossium »** (p. 732). **Méningite gonococcique** (p. 733). **Nature des hémorragies au cours de l'ictère** (p. 733). **Valeur de l'électrocardiographie dans l'angine de poitrine** (p. 733).

CHIRURGIE

De l'appendicite pseudo-néoplasique (p. 734). **Anus patulus** (p. 734).

PHTISIOLOGIE

Pneumothorax spontané dans l'asthme (p. 735). **Efficacité de la cure déclive** (p. 735). **La notion de position dans le traitement de la tuberculose pulmonaire** (p. 735). **Les hémothorax tardifs après pneumothorax** (p. 735).

NUTRITION

Obésité de l'adolescence guérie sans injections (p. 736).

GYNECOLOGIE

Diagnostic des petites infections génitales chroniques chez la femme jeune (p. 736). **Diagnostic précoce du cancer utérin** (p. 736). **Problème thérapeutique du prolapsus chez la femme après la ménopause** (p. 736). **Les vrais et les faux utérus fibromateux** (p. 736).

OBSTETRIQUE

Influence des facteurs hormonaux sexuels sur l'avortement récidivant et la stérilité (p. 737).

PEDIATRIE

Contribution à l'étude de l'allergie tuberculinique chez l'enfant (p. 738).

NEURO-PSYCHIATRIE

Le sulfate de benzédrine dans le syndrome parkinsonien post-encéphalitique (p. 738). **Taux de la mortalité dans la méningite cérébro-spinale** (p. 739).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Action biologique exercée par les rayons « gamma » sur le système glandulaire et pilifère de la peau en conditions normales et pathologiques (p. 739). **Le dépistage de la syphilis dans une clinique d'urologie** (p. 740). **Dermatite par tryparsamide** (p. 740).

RADIOLOGIE

Mise en évidence de l'intestin grêle par une nouvelle technique radiologique (p. 740).

LABORATOIRE

Sur le cancer gastrique à forme chorio-épithéliomateuse (p. 741). **Léiomyomyxosarcome primitif de la prostate, chez un enfant** (p. 741). **Le pouvoir bactéricide du sang. Sa mesure et sa valeur en clinique** (p. 741).

SOCIETES 743

La Société Médicale de Montréal: Séance du 15 février 1938 (p. 743). Séance du 3 mai 1938 (p. 745). **Assemblée scientifique du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame:** Séance du 19 mai 1938 (p. 748).

REVUE DES LIVRES 757

BIBLIOGRAPHIE 764

NOUVELLES 780

Faculté de Médecine: Médecins diplômés le 27 mai 1938. — Cours de perfectionnement en Pédiatrie. — Vaccination antituberculeuse. — Sympathies. — La Fédération d'Hygiène infantile. — Vaccination antidiphtérique obligatoire en France. — Félicitations au Dr Adélard Groulx. — Quatrième congrès annuel des Médecins électro-radiologistes de langue française. — Union Thérapeutique. — Elections à la Faculté de Médecine.

NECROLOGIE 786

Le Docteur Joseph-Georges-Albert Bouvier. — Le Docteur Jean-Solomon Taupier.

LIVRES REÇUS EN JUIN 1938 786

PYRIDIUM

REG. U. S. PAT. OFF.

Pour une amélioration sûre et rapide des symptômes douloureux dans les infections génito-urinaires.

Le Pyridium produit ses effets thérapeutiques sans qu'il soit nécessaire de contrôler le pH urinaire, sans médication adjuvante, sans hospitalisation et sans régime spécial.



Littérature envoyée sur demande.

MERCK & CO. Limited - *Fabricants Chimistes* - **MONTRÉAL, P. Q.**

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

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

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

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint
Roma Amyot

Membres

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

BUREAU DE COLLABORATION

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

LE LUSALDOL

est une combinaison moléculaire stable

d'un bactéricide éprouvé ***l'Aldéhyde Formique***

et d'un savon immunisant ***le Ricinoléate de Soude***

Par l'action conjugée de ses deux composants, le LUSALDOL exerce une puissante action bactéricide sans causticité ni toxicité.

Le LUSALDOL n'a pas d'inconvénients irritants et ne coagule pas les matières albuminoïdes; sa réaction alcaline favorise son action bactéricide.

Des essais comparatifs des divers procédés antiseptiques ont démontré que le LUSALDOL constitue un excellent désinfectant; il est remarquablement bien approprié aux différents besoins de la pratique médicale.

Il est permis de croire que le LUSALDOL participe aux propriétés détoxicantes du Ricinoléate de Soude qui ont déjà été mises en évidence.

De nombreux observateurs ont étudié l'action du LUSALDOL, ses propriétés et aussi ses applications, dont nous nous permettons de rappeler les principales.

EN GYNÉCOLOGIE

Pour un examen gynécologique, pratiquer le toucher après s'être enduit le doigt de LUSALDOL. Désinfecter ensuite la vulve avec une solution à 1%; puis, après application du speculum, faire avec la même solution un lavage, qui aura l'avantage de laisser les voies génitales lubrifiées.

Le LUSALDOL est aussi conseillé au cours des vaginites et métrites, pour les rétentions placentaires, et pour les soins de la toilette féminine en injections journalières avec une solution faible (½ à 1%).

EN CHIRURGIE

Pour la désinfection du champ opératoire, des mains, instruments et objects de pansements, un grand nombre de praticiens emploient le LUSALDOL de préférence.

Peyton Beale a toujours insisté sur l'usage du LUSALDOL, en solution à 2 ou 3%, dans les lavages d'abcès ou dans les traitements des furonculoses et des phlegmons.

Le LUSALDOL est particulièrement recommandé, en solution à 3%, pour la stérilisation des instruments.

EN MÉDECINE

Le LUSALDOL est employé couramment, en solution à 1%, pour les pansements des plaies et des écoulements fétides.

Aussi contre les manifestations inflammatoires des muqueuses, en particulier contre les poussées d'herpès ou d'eczéma sur les lèvres, la bouche et les organes génitaux.

Le LUSALDOL donne également de bons résultats dans les lavages pour otites suppurées et pour le traitement de l'érysipèle, et, en solution à 2 ou 3%, pour combattre l'hyperhydrose plantaire.

N.B.-Deux cuillerées à thé dans une pinte ou litre d'eau donnent une solution à 1%. Le LUSALDOL est livré en flacons stilligouttes de 3 onces et en bouteilles de 8 et 16 onces.

Produit de prescription strictement médicale à prix modique.

M. CARTERET, PHCIEN — 15, RUE D'ARGENTEUIL, PARIS — FRANCE

Concessionnaires au Canada: **ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne — Montréal**

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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

ADMINISTRATION

OFFICIERS

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

COMITÉ EXÉCUTIF

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

COMITÉ DE PUBLICITÉ

MM. A. LeSage, D. Marion, E. Saint-Jacques, J.-A. Vidal.

Jacques-D. Clerk, publiciste.

COMITÉ DE PROPAGANDE

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

CORRESPONDANTS

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

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

SULFOCIDE

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

INFECTIONS STREPTOCOCCIQUES & GONOCOCCIQUES

▼

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

●

LITTERATURE ET ECHANTILLONS SUR DEMANDE

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE
MONTRÉAL

• L'Union Médicale •

(du Canada)

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

Fondée en 1872

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

•

OFFICIERS

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

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint
Roma Amyot

Membres

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

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 66

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

PIPÉRAZINE MIDY

"ANTI-URIQUE TYPE"

2 à 4 cuillerées à café par jour.

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY, PARIS

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

HÉMODUCTYL



RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION DU SANG

HAMAMELIS, CUPRESSUS
MARRON D'INDE STABILISÉ
CRATÆGUS, GUI, BOLDO & CONDURANGO

LABORATOIRES LICARDY, 38. BOULd BOURDON, NEUILLY (SEINE)

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

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION

Des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

•

PRÉSIDENT HONORAIRE

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

DIRECTEUR-GÉNÉRAL

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

•

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER

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

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

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

•

COMITÉ DU XVe CONGRÈS

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

•

ANCIENS PRÉSIDENTS

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

•

MEMBRES DU CONSEIL

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



L'emploi des Aliments Tamisés Aylmer dans l'alimentation des enfants

L'alimentation des enfants a été grandement simplifiée par l'emploi des aliments tamisés AYLMER. Ces aliments spéciaux ont été créés par les Laboratoires de Recherches de Canadian Canners Limited pour l'alimentation des enfants et les régimes spéciaux.

C'est un fait bien connu que les bébés et les enfants ont besoin d'une grande quantité de vitamines et de minéraux pour une croissance et un développement normaux. Une étude expérimentale récente a démontré que pour fournir les quantités nécessaires de minéraux et de vitamines, les fruits et les légumes doivent être adjoints au régime de l'enfant.

Les travaux de Kohman et autres ont démontré que les minéraux et les vitamines sont retenus à un haut degré dans les produits de conserve du commerce, et que la valeur en vitamines et en minéraux de ces derniers est plus grande que celle de ces mêmes produits préparés à la maison.

Le problème dans l'alimentation de l'enfant consiste dans l'adjonction de nourriture de consistance assez délicate pour être assimilable par son tube digestif. Les nourritures tamisées AYLMER sont préparées par un mécanisme moderne qui assure un très beau produit, uniforme, gardant toute sa saveur et sa couleur. Il est impossible de préparer à la maison les nourritures tamisées comparables à celles de AYLMER. En plus, les nourritures tamisées AYLMER sont cuites dans des boîtes scellées sous pression et le procédé de cuisson en exclut l'air et stérilise l'aliment.

La première adjonction au régime, souvent à l'âge de trois mois, est la soupe tamisée AYLMER, puis viennent ensuite les fruits et les légumes tamisés en quantité progressive à mesure que le bébé grandit et se développe.

Les demandes de renseignements sur l'emploi des nourritures tamisées AYLMER seront accueillies avec plaisir.

DÉPARTEMENT MÉDICAL, CANADIAN CANNERS LIMITED
HAMILTON CANADA

ALIMENTS TAMISÉS AYLMER

Compote de pommes	Betteraves	Abricots	Pois	Épinards
Asperges	Carottes	Fèves	Pruneaux	Tomates

Soupes pour enfants

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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

•

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

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

•

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

•

COLLABORATION: Seuls les travaux inédits sont acceptés.

•

MANUSCRITS: Les manuscrits doivent être dactylographiés avec double interligne.

L'AMPHO-VACCIN INTESTINAL

à ingérer

INFECTIONS MICROBIENNES

AIGUES OU CHRONIQUES

EMPLOI COMMODE ET AGREABLE

IL AGIT RAPIDEMENT PAR SON LYSAT, SANS CHOC NI REACTION, ASSURANT RAPIDEMENT UN

MICROBISME INTESTINAL NORMAL

AVEC TOUTES SES CONSEQUENCES HEUREUSES

●

AUCUNE CONTRE-INDICATION

Laboratoires des AMPHO-VACCINS

AGENTS GENERAUX:

MILLET, ROUX & Cie Limitée

1215, rue Saint-Denis - Montréal

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

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

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

•

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

•

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

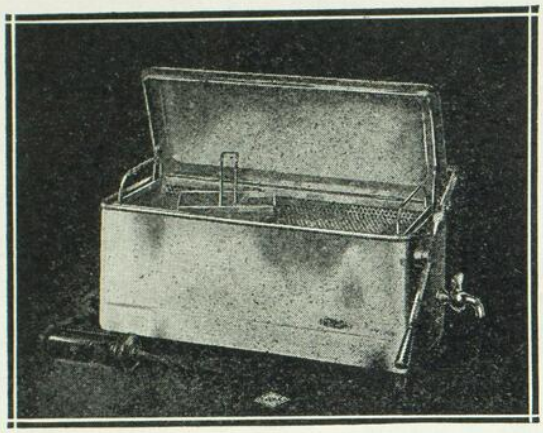
	4 pages	8 pages	16 pages	32 pages
100	$3.00	$ 5.00	$ 7.50	$12.50
200	3.75	6.00	11.00	18.00
500	5.50	10.50	17.00	26.50
1000	7.75	15.00	23.15	33.00

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

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

100	$ 5.00
200	6.50
500	11.00
1000	18.50

STERILISATION



EFFICACE
AUTOMATIQUE
ECONOMIQUE
POUR
Médecins et Hôpitaux

●

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

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

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

Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.

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

WILMOT CASTLE COMPANY
Rochester, N. Y.

"CASTLE"

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

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

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

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

▲ Littérature descriptive gracieusement fournie ▼

▼

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée

REPRESENTANTS EXCLUSIFS

LAncaster 3292 M O N T R E A L 30 est, rue St-Paul

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

•

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

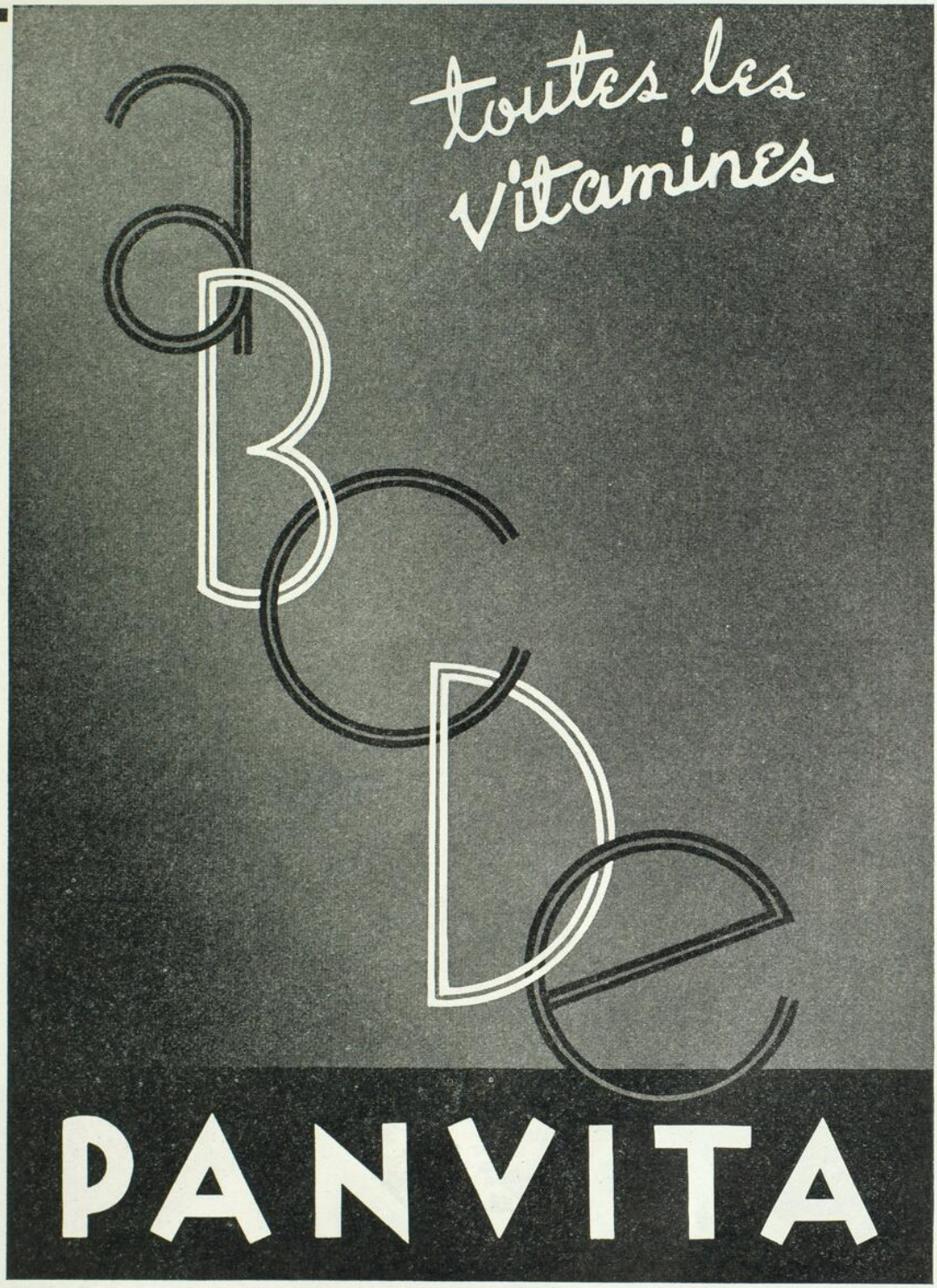
•

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

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

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

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



ANTI-INFECTIEUX PREVENTIF ET CURATIF

VITAMINOTHÉRAPIE INTÉGRALE

En flacons de 40 et 300 comprimés :-: Dose: 2 à 6 par jour suivant les cas.

Littérature et échantillons.

Dépositaire pour le Canada et les Etats-Unis:

Anglo-French Drug Cie, 354 est, rue Sainte-Catherine - MONTRÉAL
- - - 1270 Broadway, New-York.

PREMIÈRE
HORMONE MÂLE

PERANDREN

"CIBA"

De nombreuses observations cliniques bien définies sur l'action du **Perandren** (propionate de testostérone) sont maintenant acquises. Les applications pratiques de cette thérapeutique nouvelle dans certains symptômes et réactions pathologiques dus à un trouble de la sécrétion hormonale chez l'homme et quelquefois chez la femme deviennent de plus en plus précises. Outre les ampoules de **Perandren** de 5 mgrms, l'expérimentation clinique a reconnu la nécessité de doses plus fortes; des ampoules de 10 et 25 mgrms sont donc maintenant présentées pour l'usage thérapeutique.

Par suite du développement de notre hormone orchitique de synthèse, le **Perandren**, il nous a été possible de diminuer d'à peu près de 50% le prix des ampoules de 5 mgrms, et de fixer des prix les plus bas pour les ampoules de 10 et 25 mgrms.

Ampoules de 1.1 *cc. contenant* 5, 10 *et* 25 *mgrms.*

Boîtes de 3 *et* 6 *ampoules*



CIBA

759 Victoria Sq., Montreal.

ÉNÉSOL

(Salicylarsinate de Mercure)

38,46% de Mercure métal et 14,4% d'Arsenic.

70 fois moins toxique que HgI_2

•

Traitement ***Arsenico-Mercuriel*** de la **SYPHILIS** et du **PSORIASIS**

Traitement de choix des malades fatigués, de la femme enceinte, des enfants.

•

DOSES:

Injections intramusculaires indolores (2 à 8 cc.)
Injections intraveineuses (4 à 10 cc.)

FORMES:

Ampoules d'ÉNÉSOL, de 2 et 5 cc., titrées à 0 gr. 03 d'Énésol par cc.

INJECTIONS CLIN

STRYCHNO-PHOSPHARSINÉES

permettent la triple médication

phosphorée - arsenicale - strychnique

Formules	I. N° 596	II. N° 796	III. N° 740	IV. N° 940
Cacodylate de Soude	0 gr. 05	0 gr. 05	0 gr. 10	0 gr. 25
Glycérophosphate de Soude . .	0 gr. 10	0 gr. 10	0 gr. 20	0 gr. 10
Sulfate de Strychnine . . .	½ mgr.	0 gr. 001	0 gr. 001	0 gr. 001
	Amp. de 1 c.c.	Amp. de 1 c.c.	Amp. de 2 cc.	Amp. de 5 cc.

LES GOUTTES CLIN STRYCHNO-PHOSPHARSINÉES réalisent la même médication par voie digestive.

NEURASTHÉNIE - DÉPRESSION NERVEUSE - CONVALESCENCE

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

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



PEPTONE IODÉE SPÉCIALE

LA PLUS RICHE EN IODE ORGANIQUE, ASSIMILABLE, UTILISABLE

Iodogénol Pépin

GOÛT AGRÉABLE

TOUTES LES INDICATIONS DE L'IODE ET DES IODURES MÉTALLIQUES

TOLÉRANCE PARFAITE

Bien supérieur aux Sirops et Vins Iodés ou Iodotanniques.

PRESCRIRE

AUX ENFANTS : 10 à 30 gouttes par jour. — AUX ADULTES : 40 à 60 gouttes par jour.

Échantillons sur demande à MM. les Docteurs.

Laboratoires PÉPIN & LEBOUCQ, COURBEVOIE — PARIS

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



HOMME
AVEC UNE HOUE

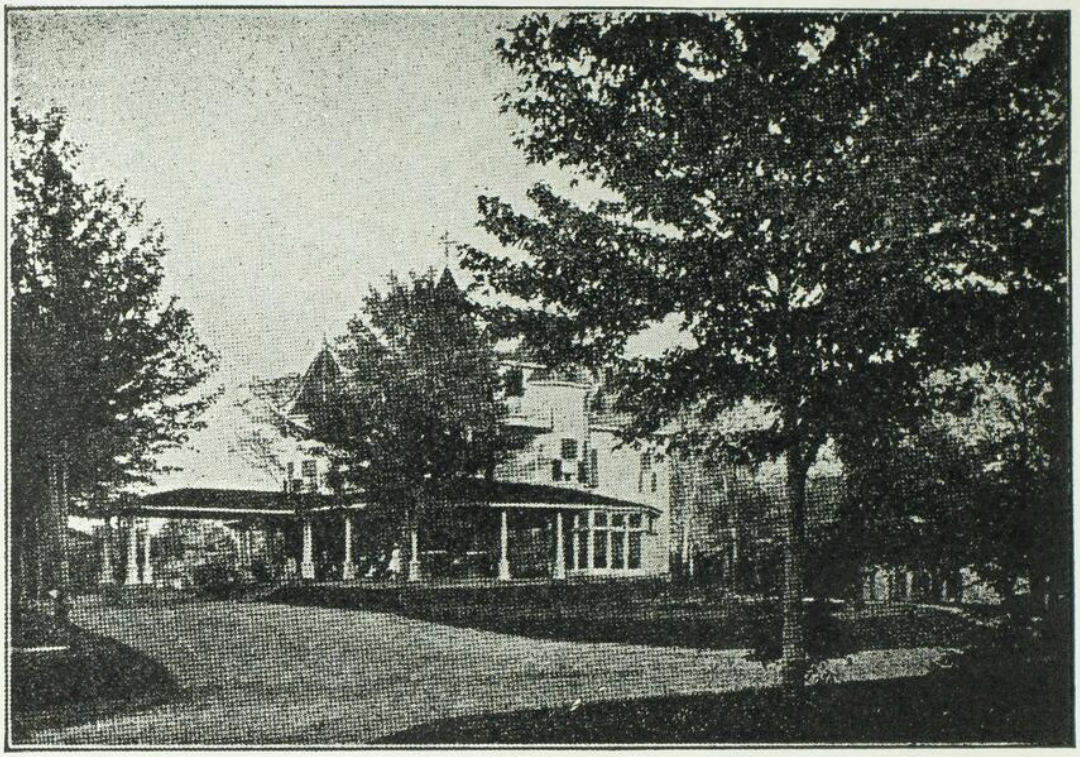
Loin du tumulte de la foule, les jours de l'agriculteur sont cependant déprimants. Levé au chant du coq, sa vie est souvent trop remplie. Ses nerfs sont aussi détraqués que le sont ceux du citadin. Il souffre de céphalées aussi souvent que ce dernier. Lorsqu'il cherche un soulagement Bromo-Seltzer devrait le lui procurer. Cet analgésique, scientifiquement préparé, habituellement calme rapidement la douleur sans affecter les facultés mentales. Les citrates combattent l'acidose causée par l'épuisement et font de Bromo-Seltzer une boisson effervescente très agréable. Pour la douleur d'origine nerveuse, lorsque le patient est à son travail, conseillez l'économique Bromo-Seltzer.

Pouvons-nous vous envoyer des échantillons et de la littérature?



BROMO-SELTZER LIMITED
TORONTO, CANADA

SANATORIUM PRÉVOST
INCORPORE



ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHERAPIE

Magnifique situation au bord de la Rivière-des-Prairies, à proximité de Montréal. Parc de 600,000 pieds carrés. Tennis, billard, etc. Chambres pourvues de tout le confort moderne.

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

par trois médecins spécialistes et un personnel expérimenté. Cure de repos. Régimes. Electrothérapie. Rayons U. V. Hydrothérapie. Traitements spéciaux des toxicomanies (alcool, morphine, cocaïne). Malariathérapie et toutes pyrétothérapies. Prospectus sur demande.

Personnel médical: Dr Edgar Langlois, médecin-directeur; Dr Jean Saucier; Dr Roma Amyot; Dr Charles A. Langlois (électro-radiologie).

4455 Boulevard Gouin ouest, **Téléphone, BYwater 1240**



UTILISATION INTÉGRALE

assurée quand la vitamine D est incorporée à du lait.

La diffusion, dans le lait, du Drisdol, en solution de glycol de propylène est uniforme et rapide.

Le Drisdol est une vitamine D_2 cristalline pure. Son dissolvant, le glycol de propylène, n'est pas toxique aux doses minimes employées par la thérapeutique à la vitamine D. Il se dissout facilement dans le lait et les formules lactées, sans en modifier le goût.

Dose moyenne pour les bébés: 2 gouttes par jour, dans du lait.

PRÉSENTATION: Le Drisdol en solution de Glycol de Propylène est présenté en flacons de 5 cc. et 50 cc. Un compte-gouttes spécial, débitant 250 unités (« U.S.P. ») de vitamine D par goutte, est fourni avec chaque flacon.

INSIPIDE
BIEN TOLÉRÉ
DOSAGE PRÉCIS
ÉCONOMIQUE

Notice et échantillon sur demande

DRISDOL

Marque déposée au Canada et aux E.-U. d'A.

Vitamine D_2 Cristalline en solution de glycol de propylène



WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté

Laboratoires — Préparation
1019 ouest, rue Elliott,
Windsor, Ontario.

A Montréal, P.Q., MM. les Médecins et Pharmaciens voudront bien s'adresser à l'Immeuble « Dominion Square ».

TAMPOL
"ROCHE"

au thigénol "roche"

PANSEMENT-TAMPON GYNÉCOLOGIQUE IDÉAL

en boîtes de 6 Tampols

(ovule derrière lequel est comprimée de la laine aseptique non-absorbante, contenue dans une capsule de gélatine soluble)

DÉCONGESTIONNE, CALME LA DOULEUR, ANTISEPTISE ET CICATRISE

Le Tampol au thigénol offre l'avantage d'un emploi facile et rigoureusement aseptique. Il est sage de le prescrire dans les affections gynécologiques et chaque fois qu'il existe **douleur, congestion, inflammation** ou **infection.**

VAGINITE, GONORRHÉE, MÉTRITE, etc.

Échantillons et littérature à la disposition de Messieurs les Médecins.

ONGUENT D'ŒSTROGLANDOL
"ROCHE"

Tube de 20 grammes. Un gm. = 0.0001 gm. Folliculine cristallisée
= 1000 Unités Internationales

PRURIT VULVAIRE, ACNÉ JUVÉNILE ET DE LA MÉNOPAUSE, HYPERTRICHOSE

Une application matin et soir suivie d'un léger massage.

Produits HOFFMANN-LA ROCHE Limitée
286 ouest, rue Saint-Paul, Montréal.

RECONSTITUTION des HORMONES
BROMÉES NEURO - SÉDATIVES

•

SED'HORMONE

DRAGÉES et SUPPOSITOIRES
à base de DI-BROMO-CHOLESTEROL

•

Une à six dragées ou un à trois suppositoires par jour

•

HYPEREXCITABILITÉ NERVEUSE
INSOMNIE — ANXIÉTÉ
GRANDS SYNDROMES D'EXCITATION
ÉPILEPSIE — ÉNURÉSIE

LABORATOIRE AMIDO, PARIS
Agents pour le Canada: **VINANT Ltée,** 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL**

AMINO-SEL BYLA

Remplace le Sel
Régimes Achloruré et Déchloruré

•

INDICATIONS: Affections circulatoires, hépatiques
Albuminurie — Néphrites aiguës — Scarlatine.

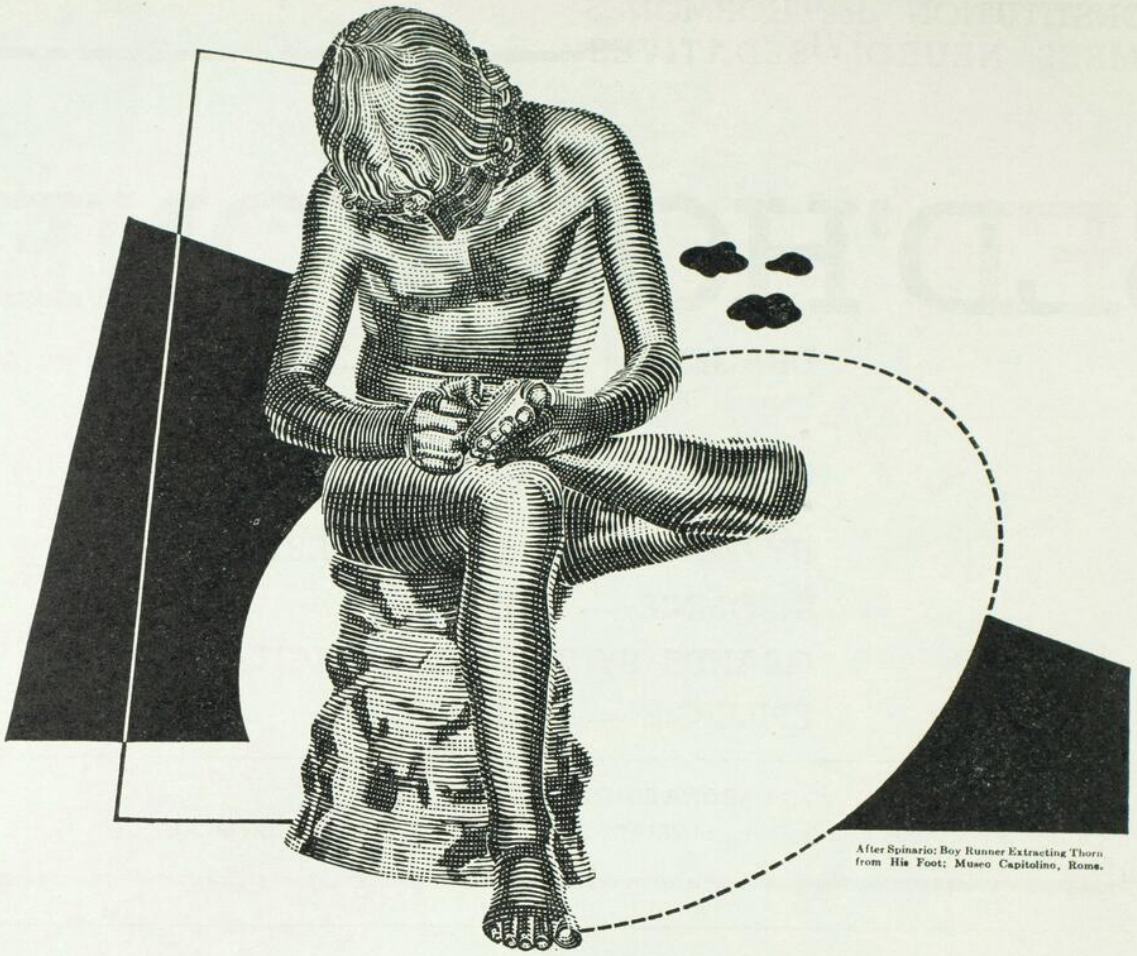
VAGOTONINE

Hormone régulatrice du Système Organo-Végétatif
(Contrôlée et titrée physiologiquement)

•

Traitement de l'Hypertension Artérielle et des Déséquilibres Vago-Sympathiques.

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA, PARIS
Agents pour le Canada: **VINANT Ltée,** 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL**



After Spinario: Boy Runner Extracting Thorn from His Foot; Museo Capitolino, Rome.

ANTISEPTIQUE PUISSANT - *non-irritant*

Des propriétés antiseptiques exceptionnelles s'exerçant sans causer la moindre irritation aux tissus même les plus délicats et sans coagulation de l'albumine des tissus; une stabilité parfaite en présence des protéines du sérum sanguin; telles sont, résumées en quelques mots, les qualités fondamentales qui ont valu au Métaphène son succès auprès du chirurgien moderne.

LA TEINTURE DE MÉTAPHÈNE, solution alcoolique de Métaphène au 1:200 est la forme la plus concentrée sous laquelle ce composé mercuriel soit offert à la profession médicale. Elle est spécialement désignée pour résoudre le problème de la stérilisation du champ opératoire en chirurgie.

La Teinture de Métaphène est présentée en flacons de 1-oz., 4-oz., 16-oz. et 80-oz.

LABORATOIRES ABBOTT
388 OUEST, RUE SAINT-PAUL - MONTRÉAL

METAPHENE

Veuillez me faire parvenir votre échantillon et littérature sur la teinture de Métaphène.

Dr .....

Adresse .....

BIBLIOTHÈQUE DU PHÉNIX – SAINT-JEAN, QUÉBEC

BULLETIN

LE CONGRÈS DE MÉDECINE OTTAWA-HULL

A.M.L.F.A.N.

« Les Français du Canada doivent rester unis étroitement pour conserver les forces et les puissances de l'avenir qui s'annonce pour eux. »
SERGENT.

Dans mon Bulletin du mois de mai, j'ai évoqué, dans une courte note, le souvenir de nos Congrès de Médecine C. F. et les nombreux avantages que nous en avons tirés depuis trente ans, grâce à l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord et à l'union de toutes les bonnes volontés, selon la pensée de Sergent.

Brochu, dont la haute silhouette domine encore nos délibérations, a voulu, en 1902, à Québec, mobiliser les forces vives des Sociétés Médicales de ce temps-là, afin de les orienter vers une conception plus haute et plus féconde: celle de notre perfectionnement scientifique, et d'assurer, ainsi, notre survivance médicale française au Canada malgré l'emprise anglo-américaine.

Ses successeurs ont repris sa pensée, mais ils l'ont singulièrement amplifiée, afin de réaliser les prédictions de son fondateur. En effet, nous avons avancé rapidement et sûrement, si bien que la France nous conviait, bientôt, à participer officiellement à ses congrès nationaux périodiques de médecine.

Plus tard, l'*Association de Médecine Française* désignait un délégué canadien-français pour siéger sur son bureau. On accordait ce privilège et cet honneur pour la première fois à un médecin canadien-français. Pourquoi?

En retour, notre Association canadienne-française, avec l'appui de nos Gouvernements, invitait officiellement nos collègues Français à tenir l'un de leurs prochains Congrès au Canada. L'invitation fut agréée avec empressement et bienveillance. En fusionnant, cette fois, nos deux Associations, ce fut l'inoubliable Congrès de Médecine de Québec, en 1934, à l'occasion des fêtes du quatrième centenaire de la découverte du Canada.

203304

Si nous avions pu, au début, entrevoir un pareil couronnement, nous n'aurions mis ni plus de persévérance ni moins d'enthousiasme dans notre élan, car notre solidarité a toujours été complète, au Canada, et notre confiance, inébranlable. Chaque congrès nous retrouvait unis, au même poste; chaque nouvelle délégation française recevait le même accueil empressé; chaque fois nous échangions de part et d'autre des vœux que nous nous efforcions de réaliser. C'est ainsi que tous ont longuement recueilli le fruit de leurs activités conjointes, ne l'oublions pas.

Nous avons écrit, là, une belle page d'histoire de la médecine canadienne. Nous devons maintenir cette attitude, sinon ce serait le suicide et l'abandon de tout ce qui peut contribuer à notre avancement.

Le Congrès d'Ottawa-Hull est un nouvel appel à tous les médecins d'origine française disséminés dans l'Amérique du Nord. La France y sera représentée. Le programme suscitera, sans doute, suffisamment d'intérêt pour grouper les membres en grand nombre dans la capitale du Canada. On a dressé une longue liste de questions en demandant à certains de nos membres d'en faire un exposé succinct mais complet. Ceci a paru soulever quelques objections, du moins, provoquer quelque surprise! Mais il serait peut-être opportun, dans nos congrès futurs, de mettre à l'étude, en les sériant, certaines questions d'actualité plutôt que d'en laisser le choix aux uns et aux autres... Le Conseil central sera sans doute appelé à se prononcer sur ce point.

Nous *espérons que tous les médecins se feront un devoir d'assister au Congrès d'Ottawa-Hull,* dont l'organisation parfaite, la haute réputation des délégués étrangers, l'attrait de la ville et de ses environs, constituent un programme aussi attrayant pour l'homme de science que pour le dilettante.

LESAGE.

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

MARDI, LE 6 SEPTEMBRE

Avant-midi.

Ulysse FORGET	*Vision et accidents d'automobile.*
Donatien MARION	*Conception actuelle de l'éclampsie.*
J.-E. PERRAS	*La radiothérapie des affections cutanées non cancéreuses.*
Edmond PIETTE	*Les hémorragies utérines.*
Pierre SMITH	*Lever précoce en chirurgie abdomino-pelvienne.*
Horace VIAU	*Diagnostic de l'épilepsie par l'épreuve de l'eau.*

Après-midi.

Roma AMYOT	*Les tremblements-diagnostic clinique.*
François BADEAUX	*Examen du fond de l'œil comme moyen de diagnostic et de contrôle.*
I. COTE	*L'accidenté et son psychisme, le médecin et sa conduite à tenir.*
J.-E. GENDREAU	*Radiothérapie profonde dans les cancers.*
Oscar MERCIER	*Hydronéphroses latentes simulant des troubles digestifs.*
Eugène SAINT-JACQUES	*Diagnostic précoce du cancer de l'estomac.*

MERCREDI, LE 7 SEPTEMBRE

Avant-midi.

Albert BERTRAND	*Nouvelles réactions de floculation pour le diagnostic rapide de la syphilis.*
A. BOHEMIER	*Pathologie et thérapeutique de l'individuel.*
O.-E. CAZA	(Le titre du travail sera donné ultérieurement.)
J.-A. DENONCOURT	*Les hémorroïdes et leur traitement par les injections sclérosantes.*
Charles DUMONT et Georges DUMONT	*Abdomen aigu.*
J.-E. GAULIN	*Traitement chirurgical de l'impuissance chez l'homme.*
C.-E. GRIGNON	*Progrès de l'insulino-thérapie.*
Daniel LONGPRE	*Alimentation artificielle du nourrisson.*
J. Roméo PEPIN et Charles NADEAU	*Les comas — diagnostic différentiel.*

Après-midi.

Chevalier JACKSON et C. Lawrence JACKSON	*Les tumeurs broncho-pulmonaires, bénignes et malignes.*
Sénateur Gustave LACASSE	*Médecine d'Etat et assurance sociale.*
Albert LeSAGE	*Le Syndrome angineux.*
R.-E. VALIN	500 *thyroïdectomies. Quelques réflexions d'ordre pratique.*

JEUDI, LE 8 SEPTEMBRE

Avant-midi.

Antonio BARBEAU	*Dystonies neuro-végétatives.*
J.-H. CHARBONNEAU	*Conceptions modernes — Maladies contagieuses.*
J.-C. DOUCET	*L'éclectisme dans l'anesthésie.*
Edmond DUBE	*Traitement moderne des brûlures.*
Albéric MARIN	*Chimio-vaccino-pyrétothérapie de la syphilis nerveuse.*
Alfred MOUSSEAU	*Gastroscopie.*
Jean SAUCIER	*Note préliminaire sur le traitement de la chorée par l'électro-pyrexie.*
J.-A. VIDAL	*Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire.*

Après-midi.

J.-E. DUBE	*L'hypertension artérielle.*
Wilder PENFIELD et William CONE	*Traitement chirurgical de l'hypertension artérielle.*
A. PROVOST	*Le problème amygdalien.*
J.-E. SAMSON	*Les douleurs lombo-sacrées.*

PROGRAMME POUR LES DAMES

LUNDI, LE 5 SEPTEMBRE

9 heures du soir	SEANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE.

MARDI, LE 6 SEPTEMBRE

Matinée	*Visite du Parlement, Sénat, etc. Concert du Carillon par Percival Price.*
Après-midi	*Promenade en auto autour de la ville.*
Soir	*Danse au Club de Golf Royal, Ottawa.*

MERCREDI, LE 7 SEPTEMBRE

Matinée	*Visite des Archives, du Conseil National de Recherches, Hôtel de la Monnaie, etc.*
12 heures 30	*Déjeuner offert par la ville d'Ottawa et l'Association, aux congressistes et à leurs dames.*
5 heures de l'après-midi . .	*« Garden Party » au « Country Club ».*
9 heures du soir	*Réception du Président.*
11 heures du soir	*Cinéma français.*

JEUDI, LE 8 SEPTEMBRE

Matinée	*Visite au camp de la Police Montée — Manœuvres.*
5 heures de l'après-midi . .	*Thé sur la Terrasse du Château Laurier.*
8 heures du soir	*Banquet et Bal.*

Un comité spécial est formé, lequel s'occupera des jeunes enfants

MEMOIRES

FOIE ET SYSTÈME NERVEUX [1]

Par **Noël FIESSINGER,**
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

Les connexions pathologiques du foie et du système nerveux peuvent s'opérer de façons bien différentes. Ou bien le foie est atteint le premier et détermine l'atteinte du système nerveux, ou c'est l'inverse, l'atteinte du système nerveux entraîne la réaction secondaire du foie, ou d'une façon sélective les deux systèmes sont intéressés en même temps par la même cause. En réalité une telle classification est difficile à établir pour la raison importante que du foie et du système nerveux, il est souvent impossible de dire quel est celui dont la lésion a commencé la première et a entraîné l'apparition de l'autre. Il faut par la force des choses situer les faits connus dans un ordre artificiel. De plus, il est nécessaire de ne tenir compte que des faits précis; inutile de se lancer dans l'étude des signes vaguement fonctionnels: asthénie hépatique, troubles hépatiques des dépressions nerveuses, dont les critères manquent d'objectivité et prêteraient aux conceptions fantaisistes et imprécises.

Une notion anatomo-clinique doit nous guider au départ. Il existe une maladie connue où l'atteinte du système nerveux s'associe à celle du foie. *C'est la cirrhose de Wilson*, mieux dénommée *dégénération juvénile progressive et symétrique du noyau lenticulaire avec cirrhose hépatique*. Je ne vous en donnerai que les caractères primordiaux.

Elle s'observe dans le jeune âge entre 10 et 15 ans. C'est une maladie par excellence du système moteur; elle se traduit par des *mouvements involontaires choréiformes, tétanoïdes, cloniques* ou plus rarement *athétosiques*, par un *tremblement* de faible amplitude, rappelant par son rythme le tremblement parkinsonien, par une *rigidité musculaire* précoce, constante, progressive et rapidement généralisée conduisant plus tard à des *contractures* qui peuvent entraîner des attitudes vicieuses. Comme chez le parkinsonien, cette hypertonie s'accompagne d'une *asthénie musculaire*. Les mouvements sont lents et faibles. La dysarthrie et la dysphagie constituent des traductions de cette association de contractures et d'asthénie.

Par contre pas de troubles sensitifs, pas de troubles réflexes, intégrité de l'œil, pas de nystagmus, liquide céphalo-rachidien normal. Au point de vue psychisme, du *puérilisme mental* avec une tendance dépressive ou mélancolique.

Aucun signe hépatique, ni troubles digestifs, ni ictère, ni ascite. Dans quelques rares cas, une hématémèse grave. Le foie peut être augmenté de volume et s'associe à une grosse rate, comme dans le cas de Lhermitte et Wendell S. Muncie. Mais on observe rarement un trouble important des fonctions hépatiques. Cependant Alajouanine, Cathala et Olivier décèlent, dans un cas semblable, une glycosurie avec hyperglycémie provoquée et une rétention au rose bengale.

Un signe spécial mérite d'être isolé: la présence, sur le limbe scléro-cornéen, de l'anneau de bronze de Kayser-Fleischer que l'on peut retrouver d'ailleurs dans certains syndromes lenticulaires sans lésion du foie, comme *la pseudo-sclérose fruste de Westphal-Strumpell*. La maladie est le plus souvent chronique et s'étale sur plus de cinq années avec une évolution lentement progressive.

Anatomiquement, un processus de désintégration bilatérale, symétrique du *globus pallidus* et surtout du *putamen* pouvant aller de l'état spongieux du noyau lenticulaire à sa

1. Leçon faite le 18 février 1938, à la clinique neurologique de la Salpêtrière (Prof. Georges Guillain). Adressée à *l'Union Médicale du Canada* en mars 1938.

transformation cavitaire, les lésions sont uniquement dégénératives, pas d'altération vasculaire, mais une hyperplasie névroglique aboutissant à la formation de cellules volumineuses, dépourvues de fibrilles névrogliques, contenant plusieurs noyaux bourgeonnants: les cellules d'Alzheimer.

Et en même temps, *un foie granuleux atrophié,* fortement atteint de cirrhose annulaire à petits lobules avec extension extra et intralobulaire. Avec cette cirrhose, une grosse rate à capsule épaissie.

Voici ce que l'on nomme la maladie de Wilson, elle est rare. En France, après la première observation de Raymond, Lejonne et Lhermitte en 1911, on n'en rapporte que quelques observations. J. Lhermitte et Wendell S. Muncie ont décrit en 1929 une forme familiale où les modifications spléno-hépatiques avec hémorragies, anémie, ictère et ascite, occupent la première place et où les manifestations neuro-psychiques sont si atténuées qu'elles peuvent échapper à un observateur insuffisamment averti. Ces faits à symptomatologie hépatique de premier plan sont rares. Abely et Guyot récemment rapportaient une observation dans laquelle les signes d'insuffisance hépatique dominaient, mais ces faits, comme ceux de Lhermitte, restent d'une exceptionnelle rareté. Le plus souvent la participation clinique du foie est entièrement latente.

Je ne veux pas vous décrire les syndromes du système nerveux qui se rapprochent de cette maladie. Le syndrome de Vogt-Oppenheim s'en rapproche par son atrophie du corps strié, noyau caudé et putamen, de même la pseudo-sclérose de Westphal et Strumpell, mais dans ces cas jamais l'altération du foie ne se retrouve ni avec la même constance, ni avec la même importance que dans la maladie de Wilson.

* * *

Et voilà où commence la difficulté dans les relations qui unissent la lésion nerveuse à la lésion hépatique. Ce que l'on sait, c'est qu'il ne s'agit pas de syphilis, ni d'un trouble de développement. Wilson avait pensé que sous l'effet de la cirrhose hépatique une toxine, de nature inconnue, mais non microbienne agissait d'une façon élective sur les cellules du noyau lenticulaire.

Il est certain que les cellules des noyaux gris centraux possèdent des affinités spéciales puisque dans l'ictère grave familial du nouveau-né, le « Kernikterus » de Beneke, il se produit une imprégnation biliaire du noyau lenticulaire à l'exclusion du thalamus et du noyau caudé. Mais on a discuté pendant longtemps, on discute encore sur ce sujet et à cette occasion c'est toute l'étude des relations entre les deux systèmes qu'il faut envisager.

Considérons donc la maladie de Wilson comme point de départ et essayons à cette occasion de résoudre le problème. Il nous faudra par la force des expériences et des faits distinguer:

1° Les relations du système nerveux avec le foie;

2° Les relations du foie avec le système nerveux.

A) Les relations du système nerveux avec le foie.

Physiologiques d'abord, pathologiques ensuite.

a) *Physiologiques*:

N'oublions pas que l'expérience de Claude Bernard, en 1848, qui consistait dans la piqûre du quatrième ventricule, démontra que la glycosurie et la glycémie ainsi déterminées venaient de la libération du glycogène hépatique. Certes, on a discuté sur le mode de transmission de l'excitation nerveuse, pour les uns adrénalo-secrétion surrénale, pour les autres transmission directe par l'intermédiaire du sympathique. Peu importe. L'ordre est transmis par le sympathique ou par son transmetteur chimique, l'adrénaline. L'excitation du bout périphérique du splanchnique provoque, même après surrénalectomie double, une hyperglycémie et une glycosurie.

Mais cette influence aboutissant à une rupture d'équilibre, n'est pas nécessaire, par contre, pour le maintien de l'équilibre même. Chianello d'une part, Donati et Cavazza de

l'autre, soit par sympathectomie périartérielle, soit par énervation totale du foie n'observent qu'une légère hypoglycémie. Un de mes collaborateurs, Pierre Demant (de Varsovie) a nettement démontré que des foies de chiens dont le foie avait été énervé par Raoul Palmer, conservaient, malgré cette intervention, leur charge en glycogène. Il semble au contraire que l'énervation du foie produise un aplatissement de la courbe hyperglycémique, comme si elle augmentait la fixation hépatique.

D'autre part, je fais depuis plusieurs années des expériences de perfusion hépatique avec Henri Benard, L. Dermer et Mlle Bareillier, et nous avons constaté que le foie « in situ » ou exclu, aussi avec ou sans son innervation, conservait de la même façon sa stabilité glycogénique, si on ne le lave et ne le perfuse qu'avec un sang chauffé, oxygéné, défibriné et citraté.

La stabilisation fonctionnelle du foie est donc indépendante de son système nerveux autonome. Nous avons, dans nos perfusions, établi, comme glycogénolytique, le rôle de l'adrénaline, de l'insuline qui agissent non directement sur le glycogène, mais en activant la glycogénèse, inhibée normalement, de la cellule hépatique. Si on freine l'action nerveuse de l'adrénaline par l'yohimbine, on n'empêche pas cette action glycogénolytique, mais on supprime la vaso-constriction des veines sus-hépatiques, comme si la glycogénolyse seule était indépendante de l'influence nerveuse de l'adrénaline.

Ces constatations expérimentales prouvent que l'équilibre fonctionnel du foie peut se maintenir sans que forcément intervienne le système nerveux.

b) *Les arguments pathologiques se classent en deux groupes*:

1° Arguments expérimentaux d'une part;

2° Arguments cliniques de l'autre.

Les premiers sont surtout dus à Oberling et Kallo (1929). Les auteurs, sur 29 animaux (chiens, lapins, cobayes, chats), pratiquent la thermo-cautérisation des noyaux gris centraux. A l'autopsie de ces animaux, on découvre une congestion intense du centre du lobule, avec, dans quelques cas, des figures de dégénérescence graisseuse centro-lobulaires, mais il faut reconnaître ques les lésions parenchymateuses étaient des plus réduites et des plus limitées.

Froment, Ravault et Dechaume invoquant à l'origine des lésions hépatiques la fatigue musculaire entraînée par la contracture musculaire, et, surmenant des souris par le supplice de la roue, trouvent argument dans la « légère chondriolyse périportale » ainsi obtenue.

Si cette manière d'envisager les phénomènes est exacte, nous allons observer des altérations fonctionnelles et anatomiques du foie dans les atteintes des noyaux gris centraux.

Mais, dans une semblable observation il faut se méfier des coexistences, une cirrhose du foie chez l'adulte peut être la conséquence de toute autre cause que l'atteinte du système nerveux et c'est bien certainement dans ce groupe qu'il faut classer l'observation de Babonnaix et Wideez qui, chez une femme de 59 ans atteinte de chorée chronique morte d'une pneumonie, trouvent à l'autopsie une cirrhose graisseuse et les observations de Lhermitte et L. Cornil chez les vieillards, où peuvent coexister des lacunes de désintégration du corps strié avec une cirrhose de Laënnec.

Pour mon compte, j'ai, chez cinq parkinsoniens de mon service, et chez trois sujets atteints de choréo-athétose chronique, qui me furent envoyés de la clinique neurologique de la Salpêtrière, pratiqué des explorations fonctionnelles du foie sans observer la moindre défaillance pas plus de la fonction biliaire, de la fonction sucrée, uréogénique que de la fonction chromagogue. A ce point de vue, je ne partage aucunement l'avis de Hang, ni de Ghargorodsky et Scheimann. D'ailleurs, n'est-il pas classique d'affirmer, en l'opposition avec la maladie de Wilson, l'intégrité du foie dans ce syndrome de Vogt-Oppenheim et dans la pseudo-sclérose de Westphal.

Je sais bien que dans la thèse récente de Henri Brocard (Paris 1937), on trouve un chaleureux plaidoyer en faveur de l'influence du système nerveux sur le déterminisme des hépatites. Mais les arguments employés, la

richesse de la documentation ne prévalent pas contre l'évidence des faits. A l'appui de son opinion, Henri Brocard apporte des expériences inspirées par Reilly, où avec des doses minimes de substances toxiques déposées après laparotomie au voisinage des splanchniques ou dans le pédicule du foie, on obtient des lésions importantes plus ou moins rapides, plus ou moins massives du parenchyme hépatique. Je ne veux pas reprendre ces expériences, car elles sont nombreuses et toutes très bien étudiées. Mais il n'échappera à personne le côté artificiel de leur esprit. Je veux bien que la dose employée pour l'huile phosphorée dans l'injection du pédicule soit le cinquantième de la dose qui donne le même résultat par injection sous-cutanée. Mais songeons que la totalité du toxique est portée au niveau du foie. Il aurait fallu comparer cette expérience avec les résultats apportés par l'injection portale très lente. Il aurait fallu établir la dose toxique générale. Or le cobaye fait une hépatite phosphorée avec une injection sous-cutanée d'un milligramme de phosphore frais. Ce milligramme exerce son action sur tout l'organisme dont le foie n'est que le 1/25. Si nous étudions combien de phosphore arrive de cette sorte au foie,

$$\frac{\text{un milligramme}}{25} = 0 \text{ mmg } 04,$$

on trouve que c'est précisément la dose qu'emploie Brocard dans ses injections du pédicule. Et bien d'autres critiques pourraient être soulevées. Comment par exemple une laparotomie large avec éviscération totale n'aggrave-t-elle pas l'équilibre viscéral dans l'injection des splanchniques? J'ai refait souvent ces expériences sans résultats constants. J'ai lu avec soin la thèse de Brocard et reste aussi peu convaincu de leur réalité d'une part, de leur signification de l'autre. Je prétends, et personne ne peut me contredire, que jamais dans la vie pathologique le taux toxique qui circule dans l'organisme ne correspond à celui que ces expériences portent artificiellement au contact du nerf. Elles ne prouvent pas plus que l'alcoolisation d'un nerf n'apporte de preuve à la nature alcoolique de certaines polynévrites. Il faut se méfier de l'expérimentation, elle ne peut dire que ce qu'elle peut dire, il ne faut pas lui faire tout dire.

Rien n'est moins certain à mon avis que la cirrhose évolutive due à une altération du système nerveux central, pas plus d'ailleurs que du système nerveux autonome. Cette cirrhose, je ne l'ai jamais vue dans le nombre des cirrhoses que j'ai observées et que j'ai étudiées depuis plus de trente ans.

B) Les relations du foie avec le système nerveux.

Une expérience primordiale en physio-pathologie hépatique a depuis longtemps été mise à contribution pour étudier les relations du foie avec le système nerveux. Je veux parler de la *fistule d'Eck*. Celle-ci consiste dans l'anastomose porto-cave et dans la ligature de la veine porte au-dessus de la fistule de telle façon que le sang porte se trouve entièrement dérivé dans la veine cave inférieure. Il en résulte une anomalie importante de la circulation hépatique. Les animaux, porteurs d'une fistule d'Eck bien faite, continuent une vie en apparence normale, mais dans certains cas, sous l'effet d'une alimentation carnée massive, ils présentent des troubles nerveux: leur démarche est incertaine, le train de derrière est maladroit, bientôt apparaît de la somnolence, puis de la torpeur et même des crises convulsives. C'est ce que Fischler (de Munich) a parfaitement décrit sous le nom de « Fleischintoxikation ». On a pensé que ces accidents pouvaient résulter d'une infection par un virus neurotrope, mais un argument plaide contre cette manière de voir: il suffit d'augmenter chez ces animaux le sucre dans l'alimentation pour voir s'effacer ces accidents. D'ailleurs Balo et Karpassy ont échoué dans la transmissibilité de ces accidents par l'inoculation intracérébrale. Les auteurs ont fait une remarquable étude des altérations histologiques des centres nerveux.

Avec L. Cornil, G. Poursines et J. Paillas (de Marseille), nous avons étudié les lésions encéphaliques de chiens porteurs de fistules d'Eck pratiquées dans notre laboratoire par

Raoul Palmer. Les lésions sont de deux ordres:

d'une part, des altérations dégénératives des cellules ganglionnaires plus évidentes dans les fistules à longue survie;

d'autre part, des lésions névrogliques caractérisées par une réaction obligodendroglique prédominante au niveau des noyaux gris centraux et dans la substance blanche voisine.

Enfin, nous avons été frappés par l'importance des lésions vasculaires (congestion, suffusion hémorragique, adventicite) paravasculaires pour Balo et Karpassy, intravasculaires pour nous-mêmes. Ce sont, avons-nous conclu, des lésions de *leuco-encéphalose diffuse*.

Ajoutons que ces animaux, sous l'effet de leur cachexie lente d'une part, de leur anomalie circulatoire de l'autre, présentent une atrophie hépatique avec dégénérescence graisseuse. Dans le cas le plus prolongé dont nous avions étudié le système nerveux et qui vécut 54 jours avec sa fistule, il s'ajoutait une légère cirrhose extensive périportale.

Certainement la fistule d'Eck n'engendre plus une cirrhose banale, mais elle crée une intoxication par suite de l'exclusion incomplète du foie et l'action de cette intoxication est intéressante à enregistrer à l'appui de notre thèse. On a longuement discuté sur la nature de cette intoxication. D'après notre expérience personnelle, je puis affirmer qu'elle n'est pas d'origine polypeptidique. L'intoxication par la viande est d'une autre nature. Parmi les explications rapportées, la plus vraisemblable me semble être celle qui invoque l'intoxication par cette amine uréogène, *la guanidine*. L'intoxication guanidique chez les chats de Fuchs détermine des accidents de même ordre: des contractions fasciculaires, des mouvements et des crises cloniques, de la somnolence avec paralysie et coma. Les lésions ainsi déterminées prédominent, comme l'ont vu Gomez Mariano, Sanz Ibanez et Perez, au niveau des noyaux gris centraux, du corps de Luys et du locus niger sous forme de dégénérescence des neurones avec réaction de la névroglie.

Mais en plus de l'expérimentation, les *arguments anatomo-cliniques* ne manquent pas: importance de l'atteinte hépatique dans les cas de Lhermitte et Muncie, existence dans les familles de Wilsoniens de nombreux cas de cirrhose analogue sans lésions nerveuses, ancienneté manifeste des lésions hépatiques par rapport aux lésions nerveuses, existence dans certaines cirrhoses de dégénérescence du striatum avec prolifération névroglique (Demole et Rédalié, 1922).

On connaît de même des cas de cancer de la tête du pancréas compliqué de métastases hépatiques avec dégénérescence vacuolaire des noyaux gris centraux (Borberg, Pollak). Pollak même trouve au cours d'une cirrhose avec adénome et au cours d'un coma hépatique des cellules d'Alzheimer dans le striatum, dont il attribue l'apparition à l'action d'une toxine hépatique. Or en 1933, Scherer, sur 41 cas de cirrhoses ou d'atrophies jaunes aiguës, constate dans 30% des cas une prolifération de la névroglie avec cellules d'Alzheimer. L'opinion est fixée et Stadler dans 64% des affections hépatiques retrouve les mêmes lésions. Ainsi, chez l'homme l'atteinte chronique et aiguë du foie retentit sur les noyaux gris centraux.

* * *

L'hépatite dégénérative du foie peut donc entraîner des atteintes des noyaux gris centraux. Rappelons que Mahaim chez le chien au moyen des injections d'alcool à 50° dans les voies biliaires détermine une forte dégénérescence du noyau caudé et du thalamus, tandis que la même injection par une autre voie n'entraîne aucune altération des centres nerveux.

La relation expérimentale est donc de même sens que la relation anatomo-clinique.

C'est que la lésion du foie détermine une infiltration toxique de l'organisme. J'ai montré, avec mes collaborateurs Léon Michaux et Maurice Herbain, que l'insuffisance hépatique au cours des cirrhoses graves et de l'ictère grave, pouvait s'accompagner de syndromes nerveux: délire, somnolence et coma; et souvent d'un état méningé avec Kernig et raideur de la nuque. Dans tous ces cas, le liquide céphalo-rachidien ne montre aucune réaction cyto-

logique. Il s'agit d'une méningite toxique et la seule anomalie chimique que l'on enregistre consiste dans une polypeptidorachie.

Chez nos malades atteints d'insuffisance hépatique, la polypeptidorachie s'élevait à des chiffres variant de 22 à 28 milligrammes. Tandis que normalement elle ne dépasse pas un à deux milligrammes. L'indice d'insuffisance de clivage $\frac{\text{N. polypeptique}}{\text{N. total non protéique}}$ peut, chez eux, être formulé dans le liquide céphalo-rachidien. S'il ne s'élève pas au-dessus des chiffres considérés comme normaux dans le sérum, il n'en est pas moins augmenté de façon relative: il ne faut en effet pas perdre de vue que la teneur en polypeptides du liquide céphalo-rachidien est toujours inférieure à la polypeptidémie physiologique; pour parler d'élévation de l'indice, des taux moindres sont donc exigibles dans le liquide céphalo-rachidien que dans le sang. Sous ces réserves, l'indice du liquide céphalo-rachidien apparaît augmenté dans l'insuffisance hépatique.

Il est donc certain que la polypeptidorachie intervient au moins pour une part essentielle dans la genèse des états nerveux de la grande insuffisance hépatique. Cela ressort des arguments suivants:

a) à l'état normal, la polypeptidorachie ne dépasse pas quelques milligrammes par litre;

b) chez les malades atteints d'insuffisance hépatique grave, avec ou sans hyperpolypeptidémie, mais sans syndrome méningé clinique, les polypeptides n'augmentent pas dans le liquide céphalo-rachidien;

c) il existe des états méningés liés à des polypeptidorachies locales dues à des processus névraxiques d'inflammation ou d'autolyse, cela en dehors de toute insuffisance hépatique ou rénale; l'hyperpolypeptidémie y est absente ou secondaire.

Dupérié, Monpetit et Dumon observent une jeune fille de 12 ans atteinte de splénomégalie avec hématémèses. Il s'agit d'un syndrome de Banti typique. Une altération hépatique se montre avec une ascite et des troubles de la fonction uréogénique. Au cours d'une splénectomie, on découvre un petit foie cirrhotique dont une biopsie fixe les lésions. La malade s'améliore par la suite, mais six mois plus tard apparaissent des signes d'un syndrome strié: hypertonie et spasmes des membres et de la face, léger tremblement, troubles de la démarche, rire et pleurer spasmodique, puérilisme et attitudes anormales des membres; pas de signes cérébelleux, mais atteinte pyramidale légère avec clonus des pieds.

E. Sjövall et A. Walgreen, chez un enfant de 15 ans, avec ictère, anémie et fièvre, avec gros foie et grosse rate sans ascite, observent, après deux ans d'évolution, du tremblement, de l'incoordination, de la lenteur des mouvements, avec parole scandée et cercle cornéen. Ce syndrome hépato-vésiculaire fut vérifié à l'autopsie.

H. Roger, L. Cornil et G. P. Paillas, dans leur excellent article de nutrition, joignent l'observation non moins typique de E. Gjonys et G. E. Sohröder. Je n'insiste pas sur ces faits qui tous ont un point commun: la précession de la lésion hépatique sur celle du système nerveux.

* * *

Je n'irais pas jusqu'à prétendre que la polypeptidorachie soit à l'origine des altérations des noyaux gris centraux. Car je ne l'ai observée que dans les périodes avancées des cirrhoses comme d'ailleurs l'hyperpolypeptidémie. Mais il est vraisemblable d'admettre qu'il puisse s'établir une relation plus précoce. Peut-être la guanidine, molécule uréifiable, intervient-elle plus précocement? Le problème reste encore posé, car les techniques chimiques n'ont pas encore atteint ni la sensibilité, ni la précision désirables.

Mais le foie peut intervenir d'autres façons pour entraîner l'apparition de troubles nerveux. Etudions par exemple les polynévrites alcooliques.

Pendant longtemps, on avait admis que l'alcool, s'il touchait les nerfs épargnait le foie, s'il touchait le foie épargnait les nerfs. Il n'en est rien. Klippel d'abord, puis Léopold Lévi avaient insisté sur la part que revenait à l'altération du foie dans le déterminisme des complications nerveuses centra-

les et périphériques des alcooliques. Castaigne et Sainton signalent la coexistence de la cirrhose alcoolique avec la névrite périphérique. Enfin Klippel et Lhermitte décrivent deux formes spéciales de polynévrite au cours des cirrhoses.

Dans la polynévrite alcoolique, il est incontestable que le foie est atteint lésionnellement et fonctionnellement. Klippel et Gouges avaient admis que dans ces cas certaines endotoxines, libérées par les lésions dégénératives hépatiques, pouvaient léser les troncs nerveux.

Avec mon élève André Andoux (Thèse, Paris 1933), j'ai, au cours des polynévrites alcooliques, mis en évidence avec les épreuves fonctionnelles: urobilinurie, bilirubinémie, rose bengale et concentrations galactosuriques fractionnées, des signes incontestables de défaillance fonctionnelle hépatique.

Récemment, Maurice Villaret, L. Justin Bésançon et H. Pierre Klotz proposent de faire jouer un rôle important à une avitaminose B. sous l'effet de la gastrite atrophique, de l'hépatite graisseuse et de la sclérose thyro-ovarienne dues à l'alcoolisme, souvent associée à un processus tuberculeux. Cette conception vitaminique de la polynévrite alcoolique a été défendue par plusieurs auteurs américains qui ont mis en relief l'importance de cette avitaminose chez leurs malades. Elle conduit à un traitement des polynévrites alcooliques par la vitamine B. Malheureusement, et les auteurs ne cachent pas leurs insuccès, pour notre compte la vitaminothérapie ne nous a pas paru apporter de notables changements à l'évolution des polynévrites alcooliques. Mais il n'en persiste pas moins que dans la polynévrite alcoolique, on signale d'une façon constante une atteinte lésionnelle et fonctionnelle du foie.

Certes, on pourrait aussi invoquer une avitaminose A.

André Chevalier (de Marseille) insiste sur la charge du foie en vitamine A qui prend ainsi l'aspect d'un organe de réserve. La vitamine A se forme d'ailleurs au niveau du foie au dépens des caroténoïdes. Dans les cirrhoses hépatiques, on observe une diminution de cette réserve vitaminique de 100 à 1500 unités de vitamine A par gramme de tissu normal, ce taux peut tomber à 10 ou 20 unités. A. Chevalier et L. Erpy montrent que, lorsque la réserve en vitamine A s'abaisse, on observe une diminution de la chronaxie des extenseurs, (chronaxie de constitution), et c'est un fait constant au cours des cirrhoses alcooliques.

C'est dans une série analogue qu'il faut ranger l'héméralopie, autrement dit l'amaurose crépusculaire, et le xérosis du syndrome de Bitot et qui consiste dans des plaques mates nacrées de la conjonctive externe de l'œil. G. Marinesco, A. Kreindler, S. Nestianu, O. Arama et I. Lupulesco rapportaient récemment un cas d'hépato-splénomégalie avec ictère compliqué d'héméralopie et de xérosis. On peut admettre dans ces cas que l'insuffisance hépatique explique l'insuffisance de la transformation du carotène alimentaire en vitamine A et, du fait de cette avitaminose, se produisent des troubles dans les échanges lipoïdiques de l'épithélium pigmentaire de la rétine.

Dans les syndromes de Korsakoff au cours des polynévrites alcooliques, ces troubles fonctionnels sont encore plus évidents. J'en ai actuellement un très bel exemple dans mon service. Il s'agit d'une femme de 38 ans que nous avons hospitalisée pour une polynévrite alcoolique très marquée aux membres inférieurs, avec abolition des réflexes, douleur à la pression des muscles et des nerfs, et étendue en partie aux extenseurs des membres supérieurs. Cette polynévrite s'accompagna au début d'un léger syndrome de Korsakoff avec confusion mentale et amnésie rétro-antérograde. Le foie ne présente pas objectivement trace de lésion importante. Mais l'exploration hépatique découvre son altération fonctionnelle: rose bengale: 3,6; indice biliaire plasmatique: 2,7; condensations galactosuriques fractionnées:

I.	21 c.c.	19,8%	0,415
II.	80 c.c.	15,46%	1,236
III.	135 c.c.	2,98%	0,402
IV.	480 c.c.	rien	
	716 c.c.		2,053

Dans la forme la plus courante, la paralysie des membres inférieurs s'accompagne de pieds tombants, d'abolition des réflexes, d'hypoesthésie, de douleur à la pression des masses musculaires et des nerfs. Mais elle prend un aspect spécial du fait de la différence marquée de la paralysie aux membres supérieurs et de la présence de troubles sphinctériens.

A la période terminale des cirrhoses, par contre, la latence est absolue. Peu de troubles sensitifs, peu de troubles réflexes. Les malades sont cachectiques et œdématiés. L'examen histologique montre la démyélinisation et la fragmentation des nerfs.

M. Roger, L. Cornil et J. L. Paillas ont joint à ces formes, un type de cirrhose hypertrophique avec latence des signes nerveux; les réflexes rotuliens sont à peine diminués, les achilléens seuls sont abolis. Il existe des algies diffuses, profondes, continues, exacerbées le matin et à la pression des masses musculaires des mollets en particulier.

Une malade que je soigne actuellement à Necker, femme de ménage de 47 ans, ayant présenté, en juillet 1937, une crise de delirium tremens, entre dans mon service le 7 septembre 1937 pour un état de confusion mentale avec désorientation complète. A son entrée, elle a de la raideur de la nuque et un signe de Kernig. Le syndrome méningé s'accompagne d'une abolition des réflexes tendineux et de douleur à la pression des masses musculaires et des nerfs avec atrophie et hypotonie musculaires.

On découvre à l'examen un œdème malléolaire et un gros météorisme. Rapidement, le 15 septembre, apparaît une ascite qui se développe rapidement et en même temps l'état de confusion mentale régresse. Rapidement ainsi, après un début méningé et polynévritique, s'installe une symptomatologie de cirrhose à petit foie, ascitique, véritable syndrome polynévrito-ascitique.

L'indice biliaire plasmatique est à 5,8; le rose bengale à 5,09.

Les concentrations galactosuriques fractionnées donnent:

I.	36 c.c.	22,4%	0,806
II.	23 c.c.	8,03%	0,184
III.	18 c.c.	traces	
IV.	90 c.c.	0	
	167 c.c.		0,990

L'examen du sang:

$$\frac{\text{Sero-albumine:}}{\text{globuline}} = \frac{32,25}{35,15} = 0,92$$

Tous ces signes témoignent d'une atteinte à la fois scléreuse et dégénérative du foie.

Voici encore un autre malade de mon service qui peut rentrer dans les formes frustes de H. Roger, L. Cornil et J. L. Paillas.

Une malade, âgée de 36, éthylique avérée, entre dans mon service pour un syndrome ictéro-ascitique de cirrhose atrophique. Elle a une luxation congénitale de la hanche gauche, avec atrophie du membre inférieur gauche. Durant son séjour à l'hôpital apparaissent des douleurs en éclair de la jambe droite. Les réflexes rotuliens et achilléens diminuent considérablement d'amplitude avec hypotonie musculaire. La malade étant syphilitique depuis 1934, malgré un traitement suffisant et un B. W. négatif, on craint un début de tabès. La ponction lombaire fait retirer un liquide céphalo-rachidien chimiquement et cytologiquement normal. Il s'agit, sans erreur possible, d'une polynévrite unilatéralisée par le surmenage musculaire de la boiterie.

L'indice biliaire plasmatique: 3,8; le rose bengale: 4,3; l'urée sanguine: 0,24.

Les condensations galactosuriques fractionnées donnent:

I.	59 c.c.	33%	1,012
II.	90 c.c.	24.9%	2,223
III.	79 c.c.	4.7%	0,371
IV.	600 c.c.	traces	
	828 c.c.		3,606

Ces quelques exemples suffisent pour montrer l'extrême polymorphisme que peuvent prendre les polynévrites alcooliques.

En matière de psychiatrie, on observe au cours de différents syndromes des signes évidents d'insuffisance hépatique et l'on peut, comme le Professeur Laignel-Lavastine l'a

fait au Congrès de Vichy, attribuer certains troubles psychiques graves, comme le syndrome de Korsakoff, certaines psycho-névroses asthéniques ou anxieuses à des insuffisances hépatiques associées que révèlent l'hypoglycémie, la polypeptidémie, l'alcalose, le rose bengale, etc.

Dans la schizophrénie, I. Ornstein, M. Sibi et L. Smilovici d'une part au Congrès de Vichy, J. Pronap et O. Skalu Kova de l'autre à Prague, signalent de même que dans les psychoses graves des troubles manifestes d'une insuffisance hépatique: modification du coefficient de Maillard, élévation de la courbe glycémique et bilirubinémie.

Lucien Cornil et Joseph Alliez distinguent dans cette association hépato-psychique:

a) des troubles mentaux élémentaires: troubles affectifs comme la mélancolie et l'anxiété; troubles intellectuels depuis les troubles de la mémoire jusqu'à la confusion mentale et le délire onirique;

b) des psychoses hépatiques: folie hépatique de Klippel pouvant ressembler à une paralysie générale;

c) des troubles mentaux dans les maladies du foie: cancer, cirrhoses, hépatites aiguës;

d) des altérations hépatiques dans les maladies mentales et c'est là que prend place l'insuffisance hépatique de la schizophrénie.

Tous ces faits montrent l'étroite corrélation qui unit le psychisme au fonctionnement du foie.

* * *

Si nous essayons d'établir le bilan de cette étude, nous saisissons bien des incertitudes. Certes si le système nerveux retentit sur le fonctionnement hépatique, nous trouvons beaucoup plus d'arguments en faveur de l'atteinte du système nerveux au cours des altérations fonctionnelles et anatomiques du foie. Retentissements toxiques, comme retentissement nutritif ou vitaminique, tout milite en faveur d'une atteinte fonctionnelle d'abord, anatomique ensuite du système nerveux central ou périphérique. Mais il reste encore bien des inconnus dans la raison du retentissement. La notion des polypeptides n'éclaire qu'un petit côté de la question.

Pour en revenir à la maladie de Wilson, il semble que l'enfant offre une sensibilité plus grande de son système nerveux; sa cirrhose paraît bien précéder l'atteinte nucléaire. Quant à la nature de cette cirrhose infantile, elle s'entoure de la même façon de brumes épaisses. Il existe chez l'enfant des cirrhoses qui ne sont ni syphilitiques, ni tuberculeuses, ni même alcooliques. J'ai, le mois dernier, présenté à la Société Anatomique, un travail très curieux d'un médecin viennois, le Dr Rezak, sur les cirrhoses infantiles des Indes Anglaises et je les comparais à celles que j'ai étudiées dans les statistiques des Indes Néerlandaises. Ce sont des cirrhoses du tout jeune âge que toutes les raisons cliniques et expérimentales permettent d'attribuer à la charge anormale de l'alimentation maternelle et juvénile en « curry ». Voilà une raison. Il y en a certainement d'autres que nous ne connaissons pas.

Toutes ces impressions appellent de nouvelles études sur ces sujets. Mon rôle n'a donc consisté qu'à établir des jalons sur un chemin qui n'en est qu'à son début et que les analyses fonctionnelles contemporaines pourront tracer plus large et plus long vers le but à atteindre.

Les polypeptides semblent n'intervenir que dans les formes graves et terminales de l'insuffisance hépatique. Mais il y a d'autres substances qui se fixent sur le système nerveux, ne serait-ce que les pigments ou les sels biliaires. Et encore, faut-il joindre l'association certaine des amines toxiques, les imidazols sur lesquels le Professeur Loeper a attiré l'attention et qui expliqueraient peut-être les faits rapportés récemment par Caroli, où l'on voit la migraine précéder l'apparition d'un ictère bénin. Dans cette relation humorale entre le foie et le système nerveux, dans l'état de nos connaissances actuelles, on ne peut se livrer qu'à des hypothèses, mal soutenues par les constatations chimiques en raison des difficultés techniques de recherches.

ÉTUDE COMPARATIVE DE TROIS AGENTS PYRÉTOGÈNES

(Sulfoléum — Dmelcos — Pyrifer)

Par **Albéric MARIN** et **Georges LECLERC.**

Les résultats que nous opposons ici ne touchent que les réactions thermiques obtenues avec ces trois médicaments, sans préjuger de leurs effets thérapeutiques. Ils sont, du reste, de nature dissemblable: l'un, le Sulfoléum, étant une substance chimique, les deux autres, le Dmelcos et le Pyrifer, des vaccins donnant un choc protéinique absent dans le premier cas.

Nous avons choisi, au hasard, dans le Service de Dermato-Syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame, 30 malades répartis en 3 groupes: 10 étant traités au Sulfoléum, 10 au Dmelcos, 10 au Pyrifer.

Chacun de ces sujets reçut 10 injections du médicament auquel il était soumis. Nous avons donc observé 100 réactions dues au Sulfoléum, 100 au Dmelcos et 100 au Pyrifer. Nous croyons ces chiffres suffisants pour établir une moyenne.

Aucun de ces malades ne souffrait préalablement de maladie fébrile. Sur 30, 23 étaient atteints de syphilis nerveuse (soit 77%) et 7 d'eczéma (soit 23%).

Ces individus étaient tous des adultes: 22 hommes et 8 femmes.

La moyenne d'âge était de 41 ans et sensiblement la même chez les trois groupes (44, 38, 41).

* * *

Le Sulfoléum est une préparation de soufre pur en solution à 1% dans l'huile d'olive. Il se donne à dose progressive de 0.5 c.c. à 10 c.c. en injection intramusculaire.

On l'administre de préférence vers 6 heures du soir parce que la réaction commence 12 heures environ après l'injection.

Le Dmelcos est une émulsion stabilisée de bacilles de Ducrey de plusieurs souches, titrée à 225 millions de corps microbiens par centimètre cube.

On l'injecte par voie intraveineuse à doses croissantes de ½ cm³, 1 cm³, 1½ cm³ jusqu'à 6 et même 10 cm³.

Le Pyrifer est composé d'extraits microbiens tirés de certaines souches microbiennes non pathogènes du groupe des coli-bacilles. Il est préparé à des degrés d'activité divers correspondant à une teneur de 50 millions à 5 milliards de germes par c.c. (50 à 5000 unités). Une unité correspond à 1 million de germes.

Il se donne par la voie intraveineuse, de préférence le matin, à jeun. La dose de début est de 50 unités. On augmente progressivement les doses subséquentes pour atteindre la dose de 5000 unités vers la 10e injection.

* * *

Début de réaction et maxima dans le temps

Sulfoléum. — La réaction thermique ne débute jamais avant 6 heures et très rarement avant 8 heures.

Un début de réaction thermique est obtenu
en moins de 9 heures dans 18% des cas
" " " 10 " " 28% " "
" " " 11 " " 55% " "
" " " 12 " " 75% " "

Il y a 8% des cas chez lesquels la réaction thermique n'est pas encore commencée au bout de 14 heures.

La réaction thermique maxima est atteinte
en deça de 12 heures dans 32% des cas
" " " 15 " " 71% " "
" " " 18 " " 93% " "

Dmelcos — Un début de réaction thermique est obtenu
en moins de 1 hr. dans 12% des cas
" " " " " 2 " " 57% " "
" " " " " 4 " " 80% " "

Jamais la réaction ne retarde de plus de 7 heures.

La température maxima est atteinte
en deça de 3 heures dans 16% des cas
" " " 4 " " 59% " "
" " " 6 " " 88% " "

Une seule fois la réaction maxima fut atteinte en 12 heures.

Pyrifer — A partir du moment de la piqûre, un début de réaction thermique est obtenu
en moins de 1 heure dans 18% des cas
" " " 2 heures " 46% " "
" " " 4 " " 82% " "

Jamais la réaction n'est retardée de plus de 7 à 8 heures.

La température maxima de l'accès thermique est atteinte
en déça de 3 heures dans 26% des cas
" " " 4 " " 57% " "
" " " 6 " " 80% " "

Une seule fois la maxima fut atteinte en 12 heures.

* * *

Total d'heures à chaque température

Le tableau suivant indique le total du nombre d'heures où la température des malades s'est maintenue avec chaque agent pyrétogène.

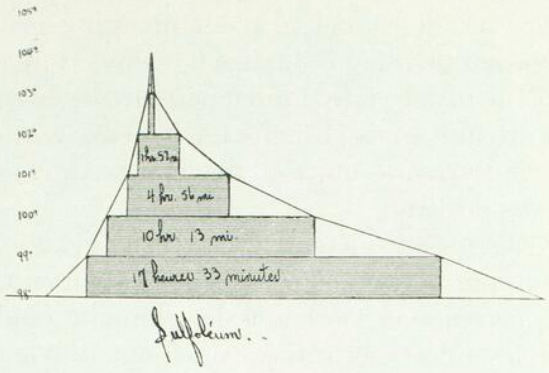
	SULFOLEUM	DMELCOS	PYRIFER
104°	4 heures	1 heure	15 heures
103°	38 "	15 "	72 "
102°	187 "	92 "	193 "
101°	494 "	248 "	395 "
100°	1022 "	574 "	665 "
99°	1755 "	1052 "	1010 "

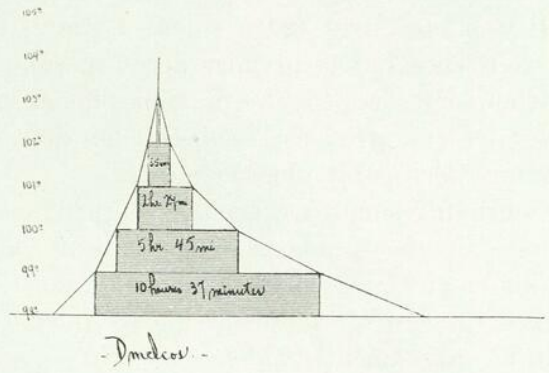
En divisant ces chiffres par 10 on obtient la moyenne du nombre d'heures à chaque température pour une série de 10 injections.

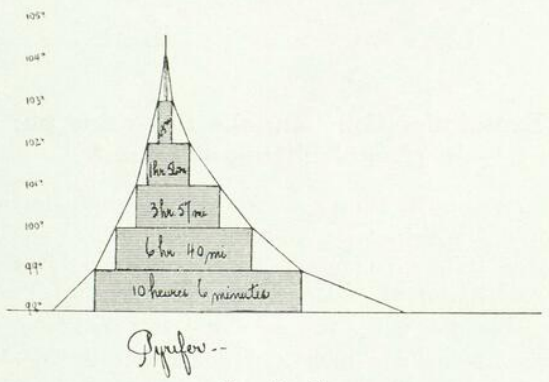
En les divisant par 100 on obtient les chiffres de la courbe moyenne d'un accès thermique.

* * *

Nous reproduisons la courbe typique à chaque agent pyrétogène.







* * *

Le tableau suivant indique le nombre de fois que chaque degré de température fut la maxima dans les 300 courbes.

	SULFOLEUM	DMELCOS	PYRIFER
97 - 100	11	6	3
100 - 101	18	20	8
101 - 102	25	32	32
102 - 103	26	30	29
103 - 104	17	11	18
104 - 105	3	1	10
105 - x	0	0	0
TOTAL:	100	100	100

Sur 300 injections, 6 n'ont produit aucune élévation thermique. Jamais la température de 105° ne fut atteinte. La température de 104.4° fut atteinte 3 fois i.e. dans 1% des cas. A noter que le Pyrifer a fourni 10 fois une maxima au-dessus de 104°.

Chez les 30 sujets, il y en eut 6 (i.e. 20%) chez qui la première injection n'a produit qu'une réaction thermique insignifiante tandis que les injections subséquentes ont provoqué des réactions progressivement plus fortes.

Il y eut 6 autres (20%), dont 4 traités au Pyrifer, chez qui le premier accès thermique a atteint une température maxima plus élevée que tous les autres accès subséquents dont la maxima décroissait plus ou moins.

Courbature, nausées, céphalée, prurit, douleurs dans les jambes, fourmillements aux mains et aux pieds, malaises vagues sont les signes subjectifs les plus fréquents quel que soit le médicament employé.

Sommaire

a) Nous avons obtenu: avec le Pyrifer un début de réaction en 1 - 2 heures, une température maxima en 3 - 4 heures; avec le Dmelcos un début de réaction en 2 heures, une température maxima en 4 heures; avec le Sulfoléum, un début de réaction en 9 - 12 heures, une température maxima en 15 heures.

b) Jamais la température de 105° ne fut atteinte.

c) La température 104.4° fut atteinte dans 1% des cas.

d) Le Pyrifer donne le plus grand nombre d'heures aux températures élevées 102°, 103° et 104°.

e) Le Sulfoléum donne de beaucoup plus grand nombre d'heures aux basses températures 99° et 100°.

Exploration fonctionnelle des reins par la phénolsulfonephtaléine *

Cette année, l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine a fait l'objet de nouvelles recherches.

A la suite de nombreuses investigations, Pasteur Vallery-Radot, P. Delafontaine, R. Israël et J. Porge ont constaté que plus la durée de l'épreuve est longue, plus les éliminations du colorant tendent à s'égaliser, que les reins soient normaux ou pathologiques; en outre, ils ont remarqué que l'injection intramusculaire, même profonde, donnait souvent des résultats discordants.

En conclusion, ces auteurs proposent d'écourter le temps de l'épreuve et de substituer l'injection intraveineuse à l'injection intramusculaire.

Jusqu'ici, il était classique d'attendre 70 minutes pour la lecture des résultats lorsqu'on employait la voie intramusculaire, et 30 minutes lorsqu'on utilisait la voie endoveineuse. Pasteur Vallery-Radot et ses élèves recommandent de réaliser l'épreuve en 15 minutes.

Leur technique peut ainsi se résumer:

Le sujet, autant que possible à jeun, sera obligatoirement étendu pendant toute la durée de l'épreuve. On lui fera absorber un ou deux verres d'eau; dix à quinze minutes plus tard la vessie sera vidée à fond.

Immédiatement après, on injectera un c.c. d'une solution contenant six milligrammes de P.S.P. très exactement mesurée au moyen d'une seringue de précision.

L'heure de l'injection sera notée, et ¼ d'heure après les urines seront recueillies par miction spontanée ou par sondage.

Quand, après ¼ d'heure, le chiffre d'élimination est égal ou supérieur à 25% du colorant injecté, on peut en conclure que les reins fonctionnent normalement. Ce chiffre indique que l'élimination en 60 ou 70 minutes sera sûrement normale; il est inutile dans ces cas de prolonger l'épreuve.

Un chiffre d'élimination égal ou inférieur à 15% autorise à dire, au contraire, que l'élimination en 60 ou 70 minutes serait nettement défectueuse; il est encore inutile dans ce cas de prolonger l'épreuve.

Enfin, quand le chiffre d'élimination est voisin de 20% il est impossible d'affirmer l'intégrité ou l'altération des fonctions rénales. Mais l'épreuve prolongée ne fournirait pas de résultats plus concluants; de toute nécessité, d'autres épreuves fonctionnelles s'imposent et l'épreuve des « 15 minutes » garde encore sa valeur.

C. LIAN et G. SIGURET.

* *L'Année Médicale pratique* (René Lépine, éditeur, Paris).

LA CHOLÉCYSTENDÈSE OU CHOLÉCYSTOSTOMIE

A propos de 16 cas personnels

Par **Pierre SMITH**,
Chirurgien, hôpital Saint-Luc.

> « Dans la calculose vésiculaire, ne faites que ce qui est strictement nécessaire et rien d'autre; tenez-vous-en de préférence aux pratiques conservatrices. »

Si nous plaçons en épigraphe à cet article ce judicieux précepte d'Einhorn, c'est que, mieux que nul autre, il a su inspirer nos directives en chirurgie de la calculose vésiculaire.

En effet, dès 1926, cet auteur exhortait ainsi les chirurgiens à pratiquer la cholécystotomie de préférence à la cholécystectomie dans les cas de lithiase biliaire simple. Sans doute avait-il remarqué, et depuis longtemps peut-être, les malaises, voire les méfaits post-opératoires divers, parfois graves, souvent persistants des malades cholécystectomisés.

Nombre de chirurgiens aussi, et non des moindres, ont de même ajouté leurs propres déceptions à celles de leurs opérés, en constatant souventes fois, la persistance post-opératoire de douleurs hépatiques rebelles, de crises ictériques fugaces ou durables, de troubles digestifs divers, nécessitant parfois des interventions chirurgicales itératives et graves.

Et en dépit de ces multiples déboires, on persiste encore cependant à utiliser beaucoup trop souvent les mêmes méthodes radicales et mutilatrices lorsqu'une simple cholécystotomie suffirait à atténuer notablement, voire à faire disparaître de façon définitive, maints troubles d'ordre hépato-vésiculaire.

Depuis le 15 juin 1934, date de notre première cholécystendèse, jusqu'au 28 avril 1938, nous avons pu, au cours de 39 interventions pratiquées sur la voie biliaire accessoire vésiculo-cystique, réaliser la cholécystendèse chez 16 de nos opérés.

La simplicité et la bénignité de l'intervention, la très grande sécurité des suites opératoires immédiates, le mieux-être des opérés dans les suites secondaires, bref l'avantage que cette cholécystotomie semble réaliser sur la cholécystectomie, nous ont incité à publier ces 16 observations et leurs résultats, la technique de la cholécystendèse et ses indications opératoires [1].

Observation I.

(Dossier 15336, hôpital Saint-Luc.) E. C., âgée de 57 ans, opérée le 15 juin 1934, pour cholécystite calculeuse, douloureuse depuis plusieurs années. Femme grasse à pannicule adipeux très développé.

Examen radiologique: « Vésicule non opacifiée. Image arrondie à contour opaque visible dans la région vésiculaire. »

Libération de quelques adhérences lâches vésiculo et cystico-duodénales. La voie biliaire principale hépato-cholédocienne semble libre. La vésicule a une teinte bleue, ardoisée, et la paroi est apparemment normale.

Ponction à l'aiguille assez grosse du fond de la vésicule et aspiration de la bile d'aspect normal. Incision du fond de la vésicule et extraction d'un petit calcul rugueux de la grosseur d'une noix. Cholécystendèse, après nettoyage de la cavité vésiculaire à l'eau stérilisée et à l'éther. Petite mèche de cellophane en raison d'un léger suintement sanguin. Paroi fermée en trois plans séparés et solidarisés. Suites opératoires immédiates très simples, indolores et sans nul choc. Fébricitante les trois premiers jours; normale ensuite. Lever le 5e jour et les jours suivants sans incident; état local et général excellents. Départ le 24e jour.

---

1. Les neuf premières interventions ont déjà été publiées dans *l'Union Médicale du Canada*, janvier 1936.

Observation II.

(Dossier 17928, hôpital Saint-Luc.) A. B., âgée de 54 ans, opérée le 12 décembre 1934, pour cholécystite calculeuse, douloureuse depuis trois ou quatre ans.

Examen radiologique: « Vésicule faiblement opacifiée. Nombreuses taches dans le bas-fond vésiculaire. » Vésicule apparemment normale; libération d'une adhérence bridant le cystique. Dans le cholédoque et l'hépatique, aucun calcul. La paroi de la vésicule est souple et d'aspect normal.

Incision du fond de la vésicule après ponction et aspiration de 10 c.c. de bile apparemment normale. Extraction d'une trentaine de petits calculs durs et rugueux. Exploration et nettoyage de la vésicule et du cystique à l'eau distillée et à l'éther, cholécystendèse.

Suites opératoires simples; petit hématome suppuré pariétal. Douleurs et malaises post-opératoires quasi nuls. Lever le 3e jour et suivants sans incident. Départ le 17e jour.

Observation III.

(Dossier 18691, hôpital Saint-Luc.) V. M., âgée de 36 ans, malade maigre et fragile. Douleurs vésiculaires depuis plus d'un an. Opérée le 30 janvier 1938.

Examen radiologique: « La vésicule biliaire n'est pas visible. Pas d'image calculeuse. » L'examen digital du cholédoque et de l'hépatique est négatif. Gros hydro-cholécyste de 120 c.c. vidé par ponction à l'aiguille. Extraction de deux calculs de la grosseur de l'extrémité du doigt, dont un enclavé dans le cystique; le cholédoque semble libre; après l'extraction des calculs, la bile verte et normale reflue dans la vésicule; cavité vésiculaire détergée à l'eau distillée et à l'éther. Cholécystendèse; pas de drainage.

Suites opératoires: fébricitante les 4 premier jours, normale ensuite. Lever le 2e jour et suivants sans incident. Départ le 9e jour. Etat local: guérison *per primam*; état général excellent; pas de douleur post-opératoire. Revue le 1er mars, aucun trouble ni local ni général.

Observation IV.

(Dossier 20709, hôpital Saint-Luc.) E. C., âgée de 35 ans. Crises vésiculaires douloureuses depuis plus de 18 mois. Rapport radiologique: « La zone vésiculaire paraît densifiée. » Opérée le 31 mai 1935. Grosse vésicule ardoisée sans forte tension liquidienne; libération d'adhérences au niveau du cystique. Le cholédoque et l'hépatique sont perméables et libres. Aspiration par ponction de 20 c.c. de bile apparemment normale. La vésicule et le cystique sont remplis d'une multitude de petits calculs mous (environ 200) dont le volume varie d'une amande à une lentille. Extraction complète des calculs. Cholédoque apparemment libre. Cholécystendèse: deux petits drains de cellophane. Suites opératoires: fébricitante (aux environs de 100) les 3 premiers jours, normale ensuite. Lever le 4e jour et suivants sans aucun incident. Départ le 11e jour. Etat local: guérison *per primam*; état général excellent. Revue le 9 juillet 1935, c'est-à-dire 6 semaines plus tard, légères douleurs au niveau de la cicatrice opératoire, depuis 2 jours; les douleurs hépato-vésiculaires ont entièrement disparu.

Observation V.

(Dossiers 20850 et 23314, hôpital Saint-Luc.) O. G., âgée de 36 ans, malade adipeuse, souffrant de crises hépatiques douloureuses depuis près de deux ans.

Rapport radiologique: « Pas de signes radiographiques directs de lithiase biliaire. » Opérée le 14 juin 1935. Vésicule ardoisée apparemment normale; libération d'adhérences lâches au niveau du cystique. Pas de calculs dans l'hépatique et le cholédoque. Aspiration par ponction d'environ 20 c.c. de bile trouble, contenant quelques filaments grumeleux. Examen de la bile négatif. Incision du fond vésiculaire. Absence de calculs; nettoyage à l'eau distillée et à l'éther. Cholécystendèse, pas de drainage. Fébricitante les 10 premiers jours, normale ensuite. Lever le 5e jour et suivants sans incident. Départ le 24e jour. Départ possible le 12e jour. Revue le 13 octobre 1935, plus aucune douleur hépatique.

Observation VI.

(Dossier 21496, hôpital Saint-Luc.) A. B., âgée de 59 ans; malade fortement adipeuse, souffre de crises vésiculaires douloureuses depuis 10 ans.

Examen radiologique: « Vésicule non injectée; à l'angle costo-vertébral, deux taches arrondies claires pouvant faire croire à des calculs. » Opérée le 9 août 1935. Exploration du cholédoque et de l'hépatique: aucun calcul. Grosse vésicule sous tension. Extraction par ponction de 40 c.c. de bile trouble et d'une dizaine de petits calculs à facettes. Nettoyage à l'eau stérilisée et à l'éther. Cholécystendèse, sutures difficiles à réaliser, vu l'adiposité du sujet et la profondeur de la vésicule. Drain de cellophane en raison de la précarité des sutures. Suites opératoires simples. Lever le 5e jour et les jours suivants sans incident. Suppuration de la paroi retardant le départ jusqu'au 41e jour. Départ possible cependant du 15e au 20e jour. Aucun écoulement et aucune fistule biliaire post-opératoire.

Observation VII.

(Dossier 21866, hôpital Saint-Luc.) A. B., âgée de 30 ans. Crises vésiculaires remontant à deux ans.

Rapport radiologique: « Vésicule très faiblement opacifiée avec taches arrondies légèrement opaques, visibles en son centre; présence probable de calculs. » Opérée le 12 août 1935.

Vésicule de grosseur moyenne à paroi assez épaisse et bleuâtre. Aucun calcul décelable dans le cholédoque et l'hépatique. Aspiration par ponction de 10 c.c. de bile. Incision de la paroi vésiculaire et extraction de 7 petits calculs mous de la grosseur d'un pois. Vésicule détergée à l'eau distillée et à l'éther. Cholécystendèse. Deux petits drains de cellophane. Suites opératoires très simples. Fébricitante les 2 premiers jours, normale ensuite. Lever le 4e jour et suivants sans incident. Départ le 9e jour; plus aucune douleur.

Observation VIII.

(Dossiers 21624 et 22389, hôpital Saint-Luc). L. A., âgée de 25 ans, malade corpulente présentant des crises vésiculaires douloureuses depuis quelque temps.

Examen radiologique: méthode de Stuart-Illick. « Assez grosse vésicule, faiblement opacifiée, sans image calculeuse visible. » Opérée le 13 août 1935. La voie biliaire principale hépato-cholédocienne semble normale et libre. Vésicule de couleur ardoisée, apparemment normale, ponctionnée et vidée de sa bile, ensuite incisée et vidée de 12 petits calculs mous. Nettoyage à l'eau distillée et à l'éther. Cholécystendèse, suivie d'appendicectomie. Pas de drainage. Suites très simples. Lever le 3e jour et suivants, pas d'incident. Départ le 14e jour. Revient à l'hôpital le 4 septembre 1936 pour légères crises douloureuses avec subictère; le sulfate de magnésie, le matin, à jeun, entraîne une guérison au bout de quelques jours.

Observation IX.

(Dossier 21090, hôpital Saint-Luc.) F. L., âgée de 42 ans. Crises douloureuses vésiculaires depuis 7 ou 8 ans.

Examen radiologique: «Assez grosse vésicule, faiblement opacifiée, qui se profile sur le bord droit de D^{12}; images arrondies, claires, en son centre. » Opérée il y a 4 ans dans un autre hôpital pour appendicectomie et simple exploration des voies biliaires. Les mêmes douleurs persistent après opération. Ré-opérée par nous le 15 septembre 1935. Libération d'adhérences lâches au niveau du cystique. La voie biliaire principale hépato-cholédocienne est libre et non dilatée. Grosse vésicule bleutée, et apparemment normale, remplie d'environ 15 c.c. de bile extraite par ponction. Extraction après incision du fond de la vésicule de 5 petits calculs mous. Cholécystendèse. Drainage par 2 mèches de cellophane. Fébricitante les 3 premiers jours. Température à clochers du 9e au 14e jour, causée par une suppuration du tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Lever à partir du 4e jour; garde le lit du 9e au 14e jour. Départ le 22e jour, guérison.

Observation X.

(Dossier 23483, hôpital Saint-Luc.) A. M., âgée de 56 ans. Crises de cholécystite calcu-

leuses depuis nombre d'années, souvent accompagnées de spasmes coliques douloureux.

Examen radiologique: « Grosse vésicule apparemment lithiasique; faiblement opacifiée. » Opérée le 29 novembre 1935. L'appendice normal est laissé en place. Grosse vésicule pâle, bleutée, à parois légèrement hypertrophiées, pas d'adhérences péri-vésiculaires. Extraction par ponction de 20 c.c. de bile foncée. Extraction d'environ 300 petits calculs durs. Le canal hépato-cholédocien est libre. Cholécystendèse après nettoyage de la vésicule à l'eau distillée et à l'éther. Fébricitante les 10 premiers jours, en raison d'un petit hématome pariétal infecté. Lever à partir du 4e jour, aucun incident notable. Départ le 22e jour. Guérison.

Observation XI.

(Dossier 26213, hôpital Saint-Luc.) G. G., âgée de 49 ans. Malade adipeuse. Douleurs vésiculaires et appendiculaires depuis plusieurs années. Cholécystographie: « Grosse vésicule, pas de calcul visible. » Opérée le 27 avril 1936. Appendicectomie (appendicite chronique). Vésicule à paroi légèrement épaissie, bleu-ardoisée. Extraction par ponction de la bile vésiculaire. Extraction d'environ 45 calculs mous dont l'un de la grosseur d'une amande, un autre de la grosseur d'une noix. Pas de calcul dans l'hépato-cholédoque. Cholécystendèse. Deux petits drains de cellophane dans la région sous-hépatique en raison d'un léger suintement sanguin. Légère suppuration post-opératoire du tissu cellulo-cutané nécessitant une contre-incision latérale droite déclive le 26e jour. Lever le 4e jour et la plupart des jours suivants sans incident notable. Départ le 32e jour. Etat général excellent. Paroi abdominale, en bonne voie de guérison au départ.

Observation XII.

(Dossier 28194, hôpital Saint-Luc.) H. S., âgée de 47 ans. Souffre depuis plusieurs années de crises vésiculaires calculeuses, malade pâle et affaiblie en raison de crises intenses récentes.

Examen radiologique: « Vésicule apparemment lithiasique, faiblement opacifiée. » Opérée le 24 août 1936. Ponction et extraction de 10 c.c. de bile foncée. Extraction d'environ 300 petits calculs mous et de boue biliaire. La voie principale hépato-cholédocienne semble libre. Vésicule détergée et nettoyée à l'eau distillée et à l'éther. Cholécystendèse. Deux petits drains de cellophane dans la région hépatique. Guérison locale « per primam ». Suites opératoires très simples. Lever le 8e jour et tous les jours suivants. Revue plusieurs mois plus tard; engraissée d'une quinzaine de livres en quelques mois. Etat général excellent. Plus aucune douleur.

Observation XIII.

(Dossier 28937, hôpital Saint-Luc.) P. F., âgée de 32 ans. Depuis plusieurs années souffre de cholécystite calculeuse.

Examen radiologique: « Vésicule légèrement injectée. » Opérée le 13 novembre 1936. Vésicule plutôt petite bleutée, bien irriguée. Pas d'adhérences péri-vésiculaires. Ponction et extraction de 10 à 15 c.c. de bile foncée. Incision du fond de la vésicule et extraction d'environ 150 petits calculs jaunes et mous. Aucun calcul décelable dans le canal hépato-cholédoque. Cholécystendèse. Pas de drainage.

Suites opératoires: fébricitante les 5 premiers jours en raison d'un petit hématome pariétal. Lever le 13e jour (malade un peu fatiguée). Départ le 22e jour. Etat local et général excellents.

Observation XIV.

(Dossier 31441, hôpital Saint-Luc.) I. B., âgée de 30 ans, employée à l'hôpital Saint-Luc. Crises vésiculaires douloureuses depuis plusieurs mois.

Examen radiologique: « Vésicule légèrement injectée dans laquelle il semble y avoir des taches douteuses (calculs ?). » Opérée le 1 mars 1937. Vésicule à parois souples bleu-ardoisée, ponction du fond de la vésicule et extraction de 15 c.c. de bile; extraction d'un calcul unique, sphérique, rugueux de la grosseur d'une petite bille. Pas de calcul dans le cholédoque. Cholécystendèse, appendicectomie (appendicite chronique). Pas de drainage.

Suites opératoires: légère congestion pulmonaire les 3 premiers jours. Lever le 7e jour et

les jours suivants sans incident. Demande son congé le 15e jour. Revue deux mois plus tard, état local et général excellents.

Observation XV.

(Dossier 33483, hôpital Saint-Luc.) H. L., âgée de 46 ans. Malade très adipeuse. Crises de coliques vésiculaires depuis nombre d'années.

Examen radiologique: « Sur les 2 et 3e épreuves, la vésicule est injectée sans image calculeuse. »

Opération le 16 juin 1937. Appendicectomie pour appendicite chronique. Voiles adhérentiels sous la vésicule et le cystique. Vésicule de volume moyen, paroi souple. Vésicule normale. Cholédoque libre. Ponction de la vésicule et extraction de 30 à 40 c.c. de bile foncée. Extraction d'une quinzaine de petits calculs foncés et friables, et de sable biliaire.

Cholécystendèse. Pas de drainage.

Suites opératoires immédiates sans incident alarmant. Suppuration prolongée du tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Lever tardif. Suites secondaires: très bonnes.

Observation XVI.

(Dossier 13658, hôpital de la Miséricorde.) A. B., âgée de 64 ans. Adipeuse. Arythmique. Souffre intensément de cholécystite calculeuse depuis plusieurs années.

A l'examen radiologique aucun calcul décelable au niveau de la vésicule.

Opérée le 27 novembre 1937. Vésicule gonflée, tendue. Ponction de la vésicule et extraction de bile épaisse, foncée. Extraction de 150 petits calculs mous.

Cholécystendèse. Petit drain à l'extrémité inférieure de l'incision.

Suites immédiates très simples. Suites secondaires: plus aucune douleur hépatique. Etat général excellent.

* * *

Chez 15 de nos opérées, la réalisation de la technique a été fort simple. Dans un cas seulement (Obs. VI), la suture de la vésicule a été assez laborieuse en raison de l'adiposité prononcée du sujet et de la profondeur de la région vésiculaire. Chez cette malade, pas plus que les autres, n'est survenue de fistule biliaire post-opératoire; toutes les sutures ont donc tenu hermétiquement. Les suites opératoires immédiates ont été de toute quiétude; nulle réaction péritonéale; aucune atteinte de l'état général, aucun incident marqué d'ordre digestif. Evolution post-opératoire comparable en tout point, à celle de toute intervention abdominale simple, telle l'appendicectomie, la herniotomie, les salpingo-ovariectomies et hystérectomies banales. Les suites secondaires, idéales aussi; une seule malade (Obs. VIII) est revenue dans la service quelques semaines plus tard, pour une légère crise sub-ictérique rapidement guérie, par l'administration buccale de sulfate de magnésie à jeun pendant quelques jours. Aucune autre malade n'est revenue se plaindre de douleurs sous-hépatiques post-opératoires, comme il advient si fréquemment pour les cholécystectomisés.

Onze malades sur seize ont pu se lever dans les cinq jours qui suivirent l'intervention et cela sans ennui ou incident notable. Six opérées ont pu quitter l'hôpital du 9e au 15e jour. Les départs retardés au delà de ce temps le furent surtout en raison d'une suppuration pariétale du tissu cellulo-adipeux.

Quel sera l'avenir lointain de ces cholécystotomisées? Présenteront-elles d'autres crises de cholécystite calculeuse pour lesquelles nous aurons à ré-intervenir? Il est certes encore difficile de l'affirmer, mais si l'on présume de nos résultats à venir par ceux déjà obtenus par certains chirurgiens et notamment par les chirurgiens italiens, qui pratiquent cette intervention sur une grande échelle depuis nombre d'années, il y a lieu d'espérer qu'ils seront, dans l'ensemble, excellents et en tout cas plus favorables que si nos malades avaient été systématiquement cholécystectomisées.

Quel est le sort anatomique de cette suture vésiculaire? Des vésicules ainsi suturées et revues dans les années qui suivirent, ne décelaient à leur surface qu'une petite traînée scléreuse et blanchâtre, trace de l'intervention antérieure pratiquée sur leur paroi.

Technique

Cette opération consiste à isoler la vésicule biliaire; à l'ouvrir et à la vider de son conte-

nu: bile et calculs; à la suturer, puis à la replacer libre dans la cavité abdominale; elle a été désignée sous le nom de « cholécystendèse » [1].

La technique de la cholécystendèse a été bien décrite par Benedetteo Schiassi de Bologne, dans le « Journal de Chirurgie » de janvier 1934. C'est à lui, d'ailleurs, que nous empruntons la description de la technique ainsi que maintes remarques qui suivront.

La région vésiculaire, parfaitement protégée en profondeur et à sa périphérie, on place deux anses de fil de soie n° 0, n'intéressant que la séreuse, pour maintenir soulevé le fond de la vésicule. Avec une aiguille d'assez gros calibre, on ponctionne le fond de la vésicule entre les anses tendues du fil de soie, et on aspire la bile intra-vésiculaire. En passant à l'endroit de la ponction, le bistouri incise le fond et la face inférieure de la vésicule, sur une longueur de 2 à 3 centimètres, suivant l'axe de la vésicule. L'extrémité supérieure de cette incision doit être assez éloignée du tissu hépatique rigide, afin que les sutures puissent être facilement réalisables et de toute sécurité. Les 2 fils de soie de soutien sont remplacés par deux pinces de Terrier ou de Chaput appliquées sur chacune des lèvres de l'incision. Les calculs sont extraits à l'aide de la pince à calculs ou de la curette mousse. L'index explore soigneusement la cavité vésiculaire pour s'assurer qu'aucun calcul n'est oublié, en même temps qu'on examine par l'exploration digitale et instrumentale le cystique et la voie biliaire principale hépato-cholédocienne.

La vésicule vidée de son contenu, on détergе sa cavité à l'aide de multiples petites mèches de gaz imbibées d'eau distillée d'abord, et d'éther ensuite. Il arrive qu'au cours de cette détersion, du sable biliaire ou des fragments de calculs oubliés par la curette, adhèrent aux mèches et sont ainsi ramenés vers l'extérieur. La fermeture de la section vésiculaire est facilement réalisée de la façon suivante:

1° Une première suture totale au catgut 00; nettoyage de cette ligne de suture et de la surface vésiculaire du voisinage à l'eau distillée et à l'éther.

L'opérateur et ses assistants changent de gants, et les champs sont renouvelés.

2° Suture séro-séreuse de Lembert à la soie fine.

3° Deuxième suture séro-séreuse de Lembert à la soie (facultative); dernier nettoyage de la suture et de son voisinage à l'eau distillée et à l'éther.

4° Fermeture étagée de la paroi avec ou sans drainage, suivant les circonstances.

Commentaires

Cette simple intervention nous a donné, chaque fois que nous l'avons pratiquée, des résultats tellement satisfaisants que nous nous proposons de la réaliser encore lorsqu'elle sera indiquée.

Les indications de la cholécystendèse, nous croyons pouvoir les préciser ainsi: chaque fois que la vésicule a des parois d'aspect normal, bleu-ardoise, peu ou pas augmentées d'épaisseur, à séreuse lisse, mobile sur les plans sous-jacents; que l'infection du contenu est seulement probable, que la muqueuse est gonflée mais non ulcérée. Le cas idéal est celui où l'on ne trouve dans la vésicule qu'un seul ou quelques calculs de dimension moyenne, facilement extirpables, sans infection de la bile, sans lésion de la paroi de la vésicule.

Les contre-indications de la cholécystendèse deviendront les indications, soit: 1° de la cholécystostomie, soit: 2° de la cholécystectomie. (Je ne mentionnerai pas ici les autres interventions sur les voies biliaires telles les anastomoses de dérivation, etc., qui s'imposent éventuellement.)

1° De la cholécystostomie lorsque les voies biliaires sont infectées, lorsqu'il existe de l'angio-cholite, des calculs du cholédoque, de la boue biliaire, de la bile noire; lorsqu'il existe de la lymphangite ou des adénites cholédociennes; quand le foie est gros, le pancréas touché; quand le malade est « hépatique » ou que la maladie est « humorale »; quand le malade présente un état général précaire; bref, dans

1. *Ενδω, ενδεσις*: je ferme, fermeture.

les vésicules à parois modérément épaissies, à séreuse pâle, mais lisse et polie, à contenu évidemment infecté, à muqueuse modifiée avec quelques ulcérations. Ici il faut préférer la cholécystostomie avec drainage au drain de De Pezzer dans la vésicule et fixation de la vésicule au péritoine ou au muscle.

2° De la cholécystectomie: pour les hydrocholécystes avec mucus vésiculaire ou bile blanche; pour toutes les vésicules exclues dont le type est la cholécystite scléro-atrophique; pour les vésicules infectées, phlegmoneuses, gangréneuses, pour les vésicules fissurées ou perforées, lorsque le malade présente un bon état général; pour les vésicules dégénérées; bref, lorsque la capacité et les parois de la vésicule sont gravement altérées au point que ses fonctions essentielles de réservoir rétractile et de lieu de concentration de la bile sont supprimées.

* * *

La suppression chirurgicale de la vésicule ne prévient nullement la formation de nouveaux calculs biliaires et ne met pas non plus le malade à l'abri de crises lithiasiques douloureuses ultérieures. Le foie lithogène est organiquement constitué de telle sorte qu'il fournit dans son intimité comme dans ses voies biliaires une bile calculogène. Et comme le pense Maurice Chiray, ce n'est ni par la vésicule ni à cause de la vésicule que se forment les calculs biliaires. La cholécystectomie est souvent illusoire parce qu'elle est maintes fois pratiquée à la phase de cholangiopathie, lorsque la phase de cholécystopathie n'est plus exclusive. La cholécystectomie est suivie dans environ la moitié des cas, de séquelles post-opératoires dont certaines peuvent être très graves: fistules biliaires, crises d'ictère persistant, nécessitant parfois des opérations fort laborieuses dans le but de libérer des adhérences serrées comprimant les voies biliaires principales hépato-cholédociennes, péri-duodénites et sténoses pyloro-duodénales marquées jusqu'à commander éventuellement une gastro-entérostomie de dérivation, péri-colites sténosantes, troubles dyspeptiques divers et intenses.

En supprimant une vésicule saine on supprime un organe dont le fonctionnement physiologique est imminemment utile à l'organisme; la vésicule en effet pourvoit à l'excrétion périodique de la bile pour assurer la succession convenable des processus chimiques de la digestion intestinale, et cette suppression entraîne des troubles physio-pathologiques nombreux. La cholécystectomie produit en outre des manifestations morbides telles que la destruction progressive de l'épithélium des gros canaux biliaires, la dégénérescence du tissu élastique de ces mêmes canaux et la transformation fibreuse de la paroi; elle facilite l'infection des voies biliaires, augmente le degré de putréfaction intestinale et l'exaltation de la virulence et de la flore intestinale; elle favorise les accidents de la pancréatite; les sensations douloureuses au niveau de l'hypocondre, dues vraisemblablement à l'irritation ou à la compression des éléments nerveux du carrefour sous-hépatique par les néoformations fibreuses, sont très fréquentes après les cholécystectomies. De même les risques opératoires de la cholécystectomie sont plus graves que ceux de la cholécystotomie; risques de péritonite, d'hémorragie, de collapsus, de dégénérescence hépato-pancréatique parenchymateuse (éventualité intimement liée à l'état du foie dans la période pré et post-opératoire). Mentionnons encore les soins difficiles et de longue haleine que requièrent les cholécystectomisés de la part de leur médecin qui revoit ces malades après que les chirurgiens les ont renvoyés comme guéris. Si l'on considère tous ces faits, il semble donc légitime d'endosser, à cet égard, certaines remarques formulées au dernier Congrès de la lithiase biliaire, à Vichy, à savoir: que la cholécystectomie est loin de réaliser, dans la plupart des cas de lithiase biliaire, le traitement chirurgical de choix et partant; non moins légitime de suggérer, la cholécystotomie ou cholécystendèse dans un beaucoup plus grand nombre de cas de lithiase biliaire. Nous l'avons déjà dit, la cholécystendèse nous a semblé être l'opération de choix dans près de cinquante pour cent de nos cas personnels de cholécystite calculeuse.

CONSIDÉRATIONS SUR DEUX CAS DE PLAIES PAR BALLE DU GROS INTESTIN [1]

Par **Charles LEFRANÇOIS**,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Luc.

Les traumatismes abdominaux se divisent dans les traités de pathologie externe en deux classes: les contusions et les plaies pénétrantes.

La conduite à tenir du chirurgien dans les contusions abdominales n'est pas toujours facile. Il sait qu'un traumatisme peut causer, à travers la paroi, de graves dégâts aux organes abdominaux, des ruptures d'intestins, du foie, de la rate, des arrachements de mésos, etc. Il connaît les complications possibles de l'hémorragie intestinale et de la péritonite tardive. Mais il sait aussi que la laparotomie simplement exploratrice peut être fatale chez un patient qu'on amène habituellement en état de choc. Il doit donc tâcher d'établir avant d'opérer si oui ou non il y a des lésions internes graves. La défense musculaire après quelques heures le renseignera sur la péritonite, les caractères du pouls, la P.A., le toucher rectal, sur l'hémorragie interne possible. Mais ici, il lui faut éliminer les symptômes quelquefois alarmants du choc traumatique, symptômes qui peuvent exister sans lésion interne. Il doit suivre son patient d'heure en heure et dans le doute, croyons-nous, il doit intervenir.

Dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, la conduite à tenir est plus facile: il faut toujours opérer. Si on n'est pas certain que la plaie est pénétrante, avant de s'abstenir de faire la laparotomie et ceci est très important, il faut débrider à l'anesthésie locale le trajet et bien s'assurer qu'il n'y a pas pénétration abdominale.

Il y a trois ans, nous avons perdu un malade qui nous fut adressé en pleine péritonite, quatre jours après être tombé sur une fourche, à la campagne. Il n'y avait sur la paroi abdominale qu'une seule petite plaie punctiforme et à l'opération, l'intestin n'était perforé qu'à un seul endroit; mais le ventre était déjà plein de pus. Si on avait au début débridé la porte d'entrée, on se serait rendu compte que la plaie était pénétrante et on nous aurait dirigé le patient à temps.

Une fois l'intervention décidée, pour savoir où ouvrir, il faut imaginer le trajet suivi par l'instrument pénétrant. Si c'est un projectile, il y a un orifice d'entrée et souvent un orifice de sortie: le trajet toujours rectiligne est alors facile à imaginer et aussi par déduction les organes atteints. S'il n'y a pas d'orifice de sortie, la radiographie en répérant le projectile pourra nous indiquer à peu près son trajet.

Ainsi dans les plaies de l'hypocondre, il fait faire l'incision sous-costale. Dans les plaies lombaires, il faut faire l'incision de la néphrectomie et souvent ensuite la laparotomie. Dans les plaies de l'étage inférieur de l'abdomen et dans les plaies de la fesse ou du périnée, il faut faire la laparotomie médiane.

Une fois le ventre ouvert, il faudra trouver les lésions et les traiter. La première chose à faire est d'assurer, par des ligatures, l'hémostase des vaisseaux qui saignent ordinairement. Quelquefois on ne peut faire qu'un tamponnement serré pour arrêter l'hémorragie, dans les plaies du foie par exemple. D'autres fois, le plus simple est d'enlever tout un organe comme l'utérus, la rate. Après, on traitera les lésions du tube digestif. Pour l'estomac, le plus souvent, on pourra faire la suture des perforations. Pour l'intestin grêle, il faut l'explorer dans son entier; s'il y a des perforations, on les suturera soigneusement en deux plans. Si les perforations sont nombreuses et rapprochées, il vaut mieux faire la résection intestinale avec anastomose termino-terminale.

Pour les plaies du côlon, qui sont les plus graves, nous discuterons après nos observa-

1. Travail présenté à la *Société de Chirurgie de Montréal*, séance du 4 mai 1938.

tions les différentes tactiques que doit suivre le chirurgien.

Observation (1).

Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans qui dans la soirée du 5 mai 1935, à onze heures, fut tiré par la police pendant qu'il essayait de s'enfuir. Nous l'examinons vers minuit. Il est encore en état de choc intense, il est cyanosé et accuse des douleurs atroces dans son abdomen. Son pouls n'est pas très rapide, mais sa P.A. n'est que de 80/50. L'entrée du projectile siège à gauche de l'articulation sacro-coccygienne. En palpant son abdomen qui présente une défense musculaire généralisée, nous sentons la balle sous la peau au point de Mac-Burney. Nous sommes alors fixés sur le trajet du projectile et sur les dégâts certains qu'il a dû causer aux anses intestinales. Sans autre examen qu'un toucher rectal où le Douglas est très douloureux et un cathétérisme vésical qui ne ramène pas de sang, nous décidons l'intervention immédiate, après avoir prescrit du sérum anti-tétanique, de la morphine et de la coramine, mais pas de sérum intra-veineux pour ne pas augmenter la tension sanguine et aggraver l'hémorragie.

Opération. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il existe du sang en quantité moyenne dans la cavité. Immédiatement se présente à nous une anse intestinale criblée de perforations, exactement treize sur une longueur d'environ un mètre. Nous suturons en deux plans quatre perforations siégeant à une quinzaine de centimètres du cæcum. Plus loin nous réséquons quarante centimètres d'intestin comprenant neuf perforations dont une est tangentielle; le mésentère d'ailleurs à ce niveau était gravement blessé à deux endroits. Nous faisons une suture termino-terminale en deux plans.

Nous passons alors au rectum qui lui aussi est troué à l'emporte-pièce à un seul endroit sur sa face antérieure. Il n'existe ici qu'une seule perforation visible, l'autre, se trouvant sur la face postérieure ou latérale du rectum en dehors de la cavité abdominale et en arrière du péritoine pariétal. Nous suturons la perforation antérieure avec précaution, en trois plans. Nous couvrons le rectum et l'anse intestinale suturée de compresses et après avoir changé de gants nous explorons avec minutie les côlons et le grêle dans son entier. Il n'existe aucune autre perforation. Nous fermons alors la paroi en deux plans avec une cigarette sans faire de cæcostomie de dérivation.

Suites opératoires. Le lendemain matin, l'état de notre opéré n'est pas trop mauvais et nous décidons d'aller débrider la porte d'entrée du projectile pour parer à l'éventualité du phlegmon gangréneux du périnée. Nous ouvrons largement le trajet sur le côté gauche du coccyx et du sacrum, en profondeur jusqu'au rectum, et nous drainons ainsi la loge postérieure et latérale du rectum.

L'état du malade est assez inquiétant pendant les deux ou trois jours qui suivent. Nous lui donnons du sérum en quantité, des stimulants et de l'opium pour le constiper et ainsi protéger notre suture rectale. Mais il reprend rapidement le dessus à partir du troisième jour, pour poursuivre une évolution presque normale. Un seul vomissement post-opératoire, une selle spontanée le cinquième jour, aucune subocclusion, aucune réaction péritonéale. Au bout de deux semaines, la plaie abdominale est complètement cicatrisée. Comme la plaie périnéale draine encore beaucoup, à ce moment, nous demandons une radio pour voir si le projectile a perforé le sacrum. La réponse est négative. Le patient se lève le vingtième jour et nous donnons son congé le trente-cinquième jour de son hospitalisation alors que le périnée est lui aussi complètement cicatrisé.

Observation (2).

André S., (dossier 37899 de l'hôpital Saint-Luc), 16 ans, est atteint par une balle du calibre 38 l'après-midi du 23 janvier à 5.45 p.m. Nous voyons le malade une heure plus tard. Son état général n'est pas trop mauvais. Son pouls est à 70. Sa P.A. à 90/70. Il accuse des douleurs assez fortes dans tout son abdomen. La porte d'entrée du projectile siège en arrière, à droite, à deux pouces en dehors de l'articulation sacro-iliaque vers le

milieu de l'aile iliaque droite. Du côté de l'abdomen, il existe une défense musculaire marquée dans le bas ventre avec maximum d'intensité au point de Mac-Burney. On sent d'ailleurs à ce niveau la balle sous son ancienne cicatrice d'appendicectomie. Au toucher rectal, il existe une douleur au niveau du Douglas, mais le doigt ne ramène pas de sang. Après cathétérisme vésical les urines sont limpides. Nous imaginons facilement le trajet suivi par la balle et étant certains qu'il existe des lésions intestinales et tout probablement du cæcum nous décidons l'intervention immédiate.

Opération. Incision sur la cicatrice antérieure d'appendicectomie prolongée vers le haut et vers le bas. Nous extrayons immédiatement sous la peau le projectile. Nous ouvrons prudemment l'abdomen. Il existe du sang libre dans le péritoine mais en petite quantité. Nous apercevons une perforation à la face antérieure du cæcum, à l'union du cæcum et de l'ascendant au niveau de l'abouchement de l'iléon. Il existe une hémorragie rétro-péritonéale, en arrière du côlon ascendant, hémorragie ou plutôt hématome remontant jusqu'à l'angle hépatique.

Avant de rechercher l'orifice d'entrée colique de la balle, nous explorons le sigmoïde où il n'y a rien. Nous changeons de gants et nous explorons l'iléon sur tout son trajet sans faire d'éviscération. Rien ni à l'iléon ni au mésentère. Nous revenons à droite et nous incisons le péritoine pariétal dans l'angle cæco-colo-pariétal. Nous relevons le cæcum et nous apercevons facilement l'orifice d'entrée du projectile en arrière, un peu plus bas que l'orifice de sortie. Le projectile a traversé le muscle et l'os iliaques. Avec le doigt nous sentons de nombreuses esquilles osseuses dans le fond de la plaie. Mèche au contact de la fracture. Pas d'hémorragie notable, la balle ayant passé un peu en dehors des vaisseaux iliaques.

Nous nous demandons à ce moment quelle conduite tenir? Nous pourrions suturer les deux orifices du cæcum, mais il y a déjà des matières dans l'abdomen et nous ne sommes pas du tout certains qu'il n'y a pas ici des lésions des artères nourricières du côlon et du cæcum: ce qui occasionnerait une gangrène localisée du cæcum, avec catastrophe possible quelques jours plus tard. Il n'est pas ici question de réséquer le cæcum: les perforations, surtout l'antérieure, sont trop haut situées. Il nous aurait fallu faire une implantation iléo-colique transversaire. L'hémicolectomie aurait peut-être été indiquée mais il y avait l'hématome considérable remontant jusqu'à l'angle hépatique au niveau du mésocôlon ascendant et il n'aurait pas été facile d'y reconnaître l'uretère.

Nous décidons alors d'extérioriser le cæcum avec ses deux perforations. Nous décollons prudemment le cæcum et la partie inférieure du côlon ascendant. Nous suturons la lèvre péritonéale interne de l'incision au cæcum à un endroit immédiatement au-dessous de la perforation postérieure. En dehors nous ne suturons rien, mais nous glissons une compresse étalée en arrière du cæcum et du côlon ascendant, compresse qui pend hors du ventre. Nous ajoutons une cigarette qui sort à la partie inférieure de l'incision.

Fermeture aponévrotique et cutanée. Pardessus le cæcum extériorisé avec les deux perforations, nous mettons une large feuille de gutta-percha percée d'un orifice qui laisse passer l'organe et ainsi le péritoine sera protégé jusqu'à un certain point contre les matières fécales. Nous débridons l'orifice d'entrée de la balle en haut de la région fessière et nous drainons.

Suites opératoires. Le lendemain de l'opération le malade va très bien, aucun ballonnement, aucune douleur. Pansements bi-quotidiens dans les jours qui suivent. Quatre jours après l'intervention, apparaît une plaque de sphacèle sur la face antérieure du cæcum. Les matières intestinales s'écoulent abondantes par la plaie. Sept jours après l'intervention, le patient a une selle spontanée. Son état général est excellent. Il ne fait pas de fièvre et on lui donne une nourriture assez substantielle mais sans légumes verts. On enlève à ce moment la compresse et le gutta-percha. Le cæcum avec ses deux perforations antérieures, la perfora-

tion postérieure étant déjà fermée, commence à entrer spontanément dans l'abdomen. Environ 15 jours après la première intervention, nous tentons de suturer l'orifice de cæcostomie après avivement des bords de la plaie. Nous opérons en dehors de la cavité, mais sans succès: les points lâchent au bout de quelques jours. A ce moment la plus grande partie du contenu intestinal s'écoule par l'ouverture du cæcum avec des selles par le rectum de temps en temps. Nous laissons se cicatriser la plaie et comme au bout de cinquante jours l'ouverture de cæcostomie ne semble pas vouloir se fermer spontanément, nous décidons de l'aller fermer par la méthode intra-péritonéale.

Nous préparons auparavant le patient pendant trois jours. Diète hydrique et lactée pendant deux jours. La veille de l'opération, rien par la bouche, 1500 c.c. de sérum intra-veineux, grand lavement. Le matin de l'intervention, autre grand lavement; on vide avec le doigt le cæcum du liquide et des matières qu'il contient. Nous avions également pendant cinq jours fait changer le pansement sept ou huit fois par jour, ce qui a permis à la peau de guérir autour de la fistule.

Seconde intervention, le 14 mars 1938. Incision elliptique de la peau à ¾ de pouce du cæcum extériorisé. On décolle la peau et on la suture par-dessus la fistule pour opérer en vase clos. On continue l'opération en suivant la technique habituelle de la fermeture intra-péritonéale des anus iliaques. Les suites opératoires sont excellentes. On retire les cigarettes le cinquième jour et le patient a déjà des selles spontanées par l'anus. La paroi suppure légèrement mais il n'existe plus de fistule stercorale. Le 12 avril, 80 jours après l'accident, nous donnons le congé au patient qui est complètement guéri.

Commentaires.

Chez le malade de la première observation, les plaies du grêle ne présentent rien de bien particulier au point de vue de la technique chirurgicale. Nous avons fait une résection intestinale comprenant neuf perforations, et nous avons suturé quatre autres perforations. Nous aurions pu faire la seule résection comprenant toutes les perforations. Nous avons cru préférable d'enlever le moins d'intestin possible. Nous avons pratiqué l'anastomose classique termino-terminale avec deux plans de sutures. Peut-être aurions-nous pu appliquer un bouton de Murphy, comme certains auteurs le préconisent, pour gagner du temps.

Nous nous permettons en plus d'insister sur le fait que dans toute plaie pénétrante abdominale, le grêle doit être exploré dans son entier. On sait les dégâts variés que peut faire un projectile à travers les nombreuses circonvolutions intestinales et il n'est pas rare qu'il y ait des perforations près du jéjunum et d'autres près de la terminaison de l'iléon. Cette exploration, qu'on doit faire avec des gants non souillés, doit être minutieuse et délicate, autant que possible intra-abdominale, pour éviter les dangers de l'éviscération: la manœuvre est relativement facile si le malade dort bien.

La perforation du rectum nous semble intéressante à quelques points de vue. Les plaies du rectum comportent comme nous savons une grosse mortalité de 80 à 90%. Cette mortalité s'explique par le fait que le péritoine n'existe que sur les faces latérales et antérieure du rectum. La face postérieure est enfouie dans le tissu cellulo-adipeux du bassin où il existe de nombreux lymphatiques pouvant propager l'infection. Enfin le contenu du rectum est excessivement septique. Les grands dangers des plaies du rectum seront donc la péritonite et le phlegmon gangréneux du périnée. Pour parer à la péritonite, il faudra suturer la ou les perforations antérieures ou latérales du rectum. Souvent il sera indiqué de faire une côlotomie de dérivation pour protéger les sutures. Pour les perforations sur la face postérieure du rectum, il n'est pas question de les suturer. Il faut cependant drainer la loge postérieure du rectum pour éviter le phlegmon gangréneux: pour le faire il faudra débrider profondément la plaie de la région sacrée ou fessière.

Chez notre malade après avoir suturé la perforation rectale en trois plans, nous n'avons pas cru nécessaire de faire de cæcostomie de dérivation, parce que le rectum et le côlon nous apparurent au moment de l'intervention, vides de matière fécale. Mais nous avons pris soin, pour protéger la suture, de constiper le patient avec de l'opium à hautes doses pendant plusieurs jours.

Chez notre deuxième patient, comme dans la première observation, nous avons trouvé la balle sous la peau au point de Mac-Burney. D'après les nombreuses observations de plaie pénétrante abdominale que nous avons parcourues, on trouve ainsi assez souvent le projectile sous la surface cutanée. On pourrait expliquer le fait par la grande résistance de la peau comparée à celle des autres tissus mous que le projectile a traversés. La balle à la fin de son trajet conserve assez de force pour traverser les muscles de la paroi abdominale, mais pas assez pour vaincre la résistance et l'élasticité de la peau. Il convient donc dans les plaies par balle où il n'y a pas de porte de sortie, de toujours rechercher le projectile par une palpation attentive de la peau du côté opposé du corps. Souvent on le trouvera et on sera ainsi fixé sur son trajet sans l'aide des rayons X.

Nous étions, chez notre patient, en présence d'une double perforation du cæcum. Nous avons expliqué, dans notre observation, pourquoi nous n'avons fait ni la suture ni la résection colique. Nous avons fait l'extériorisation du cæcum et l'apparition d'une plaque de sphacèle quelques jours après l'intervention prouve que nous avons bien fait de ne pas avoir laissé le cæcum dans le ventre après l'avoir simplement suturé.

L'extériorisation du côlon à la suite de plaies de cet organe a été pratiquée assez souvent durant la guerre. Cependant certains traités actuels semblent plutôt préconiser l'extériorisation comme une méthode d'exception, à laquelle on doit recourir quand il n'y a pas moyen de faire autre chose. Jacques-Charles Bloch, dans une séance de la Société de la Chirurgie de Paris, en octobre 1934, s'est élevé avec d'autres chirurgiens contre cette manière de penser. Après avoir rapporté deux cas de plaies par balle du transverse, traités et guéris par cette méthode, il termine ainsi ses commentaires: « L'extériorisation, loin d'être réservée aux cas désespérés, constitue dans les cas de plaies de segments mobiles du côlon, une méthode rapide, facile et bénigne dont l'emploi doit être particulièrement conseillé toutes les fois que le chirurgien a des doutes sur la vitalité du côlon ou sur la valeur de ses sutures. »

Traitement des psychoses puerpérales *

Sous le nom de psychoses puerpérales, il ne faut pas englober tous les troubles mentaux qui surviennent pendant la grossesse et la lactation. Dans beaucoup de cas, il s'agit de simples coïncidences; et c'est ainsi qu'une psychose maniaque dépressive peut récidiver au cours d'une grossesse, sans qu'il s'agisse alors d'une véritable psychose puerpérale, ainsi que le prouve la notion d'un état antérieur. Les véritables psychoses puerpérales, suivant l'opinion de M. P. Sivadon, de MM. P. Guiraud et Ch. Nodet, sont celles qui sont la conséquence directe d'une forme pathologique des transformations neuro-endocriniennes subies normalement par l'organisme féminin pendant la grossesse et l'allaitement. Il s'agit d'une véritable « puberté aiguë », qui disparaît ensuite et permet le retour à l'état normal; les troubles mentaux, qui peuvent s'observer dans les formes pathologiques de ces états s'effacent en même temps, sans jamais récidiver en dehors d'eux.

L'idée de traiter les psychoses puerpérales par la vitamine E paraissait logique, étant donné l'importance maintenant prouvée de ce facteur de reproduction. MM. Guiraud et Nodet ont d'ailleurs remarqué le nombre élevé des accouchements avant terme chez les femmes atteintes de psychoses puerpérales et l'importante mortalité infantile chez les enfants nés viables dans ces conditions. Ils préconisent la vitamine E en injections sous-cutanées, faites tous les deux jours, par séries de dix à douze injections, avec des repos de quinze jours entre les séries. Ils ont obtenu ainsi de très heureux effets sur les psychoses puerpérales, à condition de commencer le traitement de façon précoce. Dans la suite, un traitement préventif, par ingestion de vitamine E, peut être prescrit à l'occasion de toute grossesse nouvelle.

J. PERISSON.

* *L'Année Médicale pratique* (René Lépine, éditeur, Paris).

REVUE GÉNÉRALE

LES MÉTRITES CERVICALES

Par **Raymond SIMARD,**
Paris.

La question des métrites, et particulièrement des métrites cervicales, a été abordée depuis très longtemps, surtout au point de vue thérapeutique.

De tout temps, l'idée d'introduire des pansements dans les cavités naturelles est venue aux médecins.

Cette partie de la thérapeutique entrait déjà dans la médecine hippocratique. Hippocrate, Gallien, Celse faisaient usage de lavements. Nous savons que le Moyen Age en abusait. Injections et lavements se pratiquaient depuis longtemps, avant l'apparition de la douche d'Esmarch, soit au moyen de clysoirs, soit au moyen de l'irrigation.

Puis on introduisit des onguents dont la durée d'action était plus longue. Ces onguents étaient à base d'axonge; on y ajoutait des astringents, des altérants, des émollients ou des narcotiques. Astruc, en 1755, recommandait l'action de pommades mercurielles sur « les cols de matrice enflammés ».

Flockhart et Clark (Mundé) (1) conseillaient les tampons au cérat.

Près d'un siècle plus tard (1854) Mme Boivon prescrivait l'emploi d'onguents iodés, et Demarquay (2), les pansements à la glycérine pour les mêmes lésions. Max Runge et surtout Emmet employaient les injections très chaudes additionnées ou non d'antiseptiques qui, par leur action « fluxionnaire et irritante » (P. Dalché) (3) sur les muqueuses, en augmentaient les sécrétions physiologiques.

Labadie, Legueu et Lagrave (4), dans leur traité de gynécologie médico-chirurgicale, avaient bien abordé la pathogénie de ces lésions cervicales et recommandaient l'emploi des caustiques en application extra et intracervicale.

Du reste, cette thérapeutique n'était pas née avec eux. Leblond préconisait l'acide nitrique fumant, Gerstemberg le formol à 40%, etc.

Pozzi s'attaqua avec raison à l'emploi de ces caustiques diffusibles qui donnaient lieu à des eschares et à des sténoses.

Plus près de nous, J.-L. Faure et A. Siredey (5) se rallient complètement au Filhos qu'employait autrefois Amussat et que G. Richelot remit en honneur au début du siècle.

Les lésions du col de la matrice furent donc l'objet de nombreuses recherches surtout au point de vue thérapeutique.

Dans l'exposé qui suit, nous voulons remettre en valeur l'étude de cette question en insistant sur les seules lésions de métrite cervicale chronique.

Rappel anatomique et histopathologique

Le col utérin est divisé en trois segments. Un segment sus-vaginal, qui n'existe que pour la paroi antérieure, et répond à la vessie; un segment vaginal, qui répond à l'insertion du vagin, et un segment intravaginal ou museau de tanche. Cette dernière portion intravaginale diffère chez l'enfant, la nullipare et la multipare.

Chez l'enfant le col est cylindrique, lisse, uni et de consistance dure. L'orifice externe est punctiforme; ses bords sont mousses et réguliers. Chez la nullipare, il s'aplatit légèrement en forme de barillet (Bouilly) (6) et devient moins ferme. Chez la multipare, il se raccourcit franchement, se tasse, surtout quand il y a eu déchirure bilatérale, et l'orifice

externe présente des bords irréguliers.

La cavité du col est aplatie d'avant en arrière et offre, à sa surface, ce que les anciens auteurs ont appelé l'arbre de vie.

La muqueuse intracervicale est pourvue de glandes en grappe ramifiées. Ces glandes sont tapissées d'un épithélium caliciforme qui sécrète, à l'état normal, un mucus peu épais, transparent et dont l'abondance varie suivant les femmes, suivant qu'elles sont, ou non, enceintes, ou au voisinage de leurs règles. La glaire, facile à différencier de l'écoulement blanchâtre et crémeux de la vaginite, est caractéristique de l'endocervicite.

Les glandes du col pénètrent toutes dans la couche musculaire jusqu'à deux ou trois centimètres de profondeur.

Au niveau de l'orifice externe du col se différencie l'épithélium cylindrique et l'épithélium pavimenteux. Toutefois cette ligne de démarcation peut se déplacer soit vers la cavité cervicale, soit vers le vagin. C'est cette dernière variété que Fischel a étudiée, chez le nouveau-né, sous le nom d'ectropion congénital physiologique et qui résulte, en somme, de la non-transformation de l'épithélium cylindrique des conduits de Müller en épithélium pavimenteux. Chez l'adulte, il peut persister dans son intégrité (Abel et Landau). Mais le plus souvent, l'épithélium de revêtement ayant fini par subir l'évolution normale, les glandes persistent (Klotz) et deviennent une amorce pour les érosions futures.

Dans les métrites cervicales chroniques, il faut distinguer des lésions en surface et des lésions en profondeur. Dans la première catégorie, elles portent uniquement sur l'épithélium pavimenteux de revêtement. Il peut s'agir soit de simples surfaces érodées s'accompagnant d'une réaction inflammatoire, soit d'une véritable métaplasie épithéliale. Cette transformation se fait surtout sentir au niveau du museau de tanche. On observe alors une mutation complète de l'épithélium cylindrique du canal cervical en épithélium pavimenteux. Ce phénomène métaplasique peut aussi se produire en sens inverse et recouvrir le museau de tanche d'un revêtement cylindrique donnant facilement l'apparence d'un ectropion.

Les lésions en profondeur portent sur les tissus musculaire et interstitiel, mais surtout sur les glandes. Elles présentent, toutes, des altérations. Les tubes glandulaires s'allongent, s'hypertrophient et pénètrent plus avant dans la couche fibro-musculaire. Une réaction d'éléments lympho-plasmocytaires envahit rapidement le tissu interstitiel, accompagnée d'une vascularisation intense.

Les culs-de-sac glandulaires eux-mêmes s'hypertrophient par bourgeonnement et présentent un aspect adénomateux ou polypoïde.

Souvent, également, on observe une métaplasie pavimenteuse disséminée ici et là sur des îlots glandulaires. Ces glandes hypertrophiées, contenant un mucus épais et filant, sont souvent oblitérées et présentent des renflements kystiques donnant à la muqueuse un aspect irrégulier, marécageux.

L'accroissement de ces glandes en profondeur traverse complètement la couche musculaire et leurs transformations kystiques, recouvertes de l'épithélium pavimenteux du museau de tanche, apparaissent sous forme de petites nodosités arrondies, de couleur opaline et d'aspect visqueux: ce sont les œufs de Naboth.

Les cellules elles-mêmes des culs-de-sac glandulaires subissent des déviations. En effet, on observe fréquemment un changement dans leur polarité. Le noyau n'est plus local, mais se dispose en couronne vers la lumière de la glande. Ce qui fait que le mucus, au lieu d'être sécrété vers la cavité glandulaire, s'accumule autour des culs-de-sac, formant de véritables cysto-adénomes.

La muqueuse endo-cervicale, ainsi agrandie en surface par suite de son hypertrophie, et trop à l'étroit dans la cavité, se déplisse forcément au dehors par l'orifice externe. C'est un véritable ectropion tapissant en couronne les bords de l'orifice cervical, offrant un aspect bourgeonnant, rouge vif, et maintes fois confondu avec une ulcération.

Symptômes

La symptomatologie est dominée par trois phénomènes qui ne manquent jamais.

1° *Leucorrhée.*

Elle consiste en un écoulement glaireux de couleur jaunâtre, très souvent verdâtre (leucorrhée à gonocoques) et quelquefois teintée de sang. Cet écoulement est généralement continu et abondant, obligeant les malades à se garnir. Cependant on observe, chez certaines femmes dont le col est largement hypertrophié en barillet, une stase de ces sécrétions dans le canal cervical, d'où elles s'en échappent d'une façon intermittente sous forme de gros bouchons glaireux à l'occasion d'efforts et particulièrement quand on presse l'extrémité cervicale entre les lèvres du spéculum.

Le catarrhe infectieux se produit sur toute la surface de la muqueuse endocervicale et a pour caractéristique spécifique « *d'empeser et de tacher le linge* ». Seules les pertes du col ont cette propriété. Elles se distinguent donc facilement des écoulements d'origine utérine ou vaginale. Du reste, la recherche du PH tranche assez facilement la question. On sait que la sécrétion normale ou pathologique des glandes endocervicales est fortement alcaline, contrairement à celle des écoulements vaginaux.

Les sécrétions s'accumulent dans le vagin, entretiennent une viscosité constante de l'orifice vulvaire, provoquant une irritation épidermique à cet endroit, qui se propage à la face interne des cuisses.

Les anciens auteurs ont décrit le *facies utérin* des leucorrhéiques: masque pâle, étiré et obsédé par cette *souillure quotidienne.* Ils en faisaient un véritable syndrome pathognomonique chez les femmes jeunes. On sait cependant, d'autre part, que l'aspect floride s'accommode très bien des leucorrhées persistantes.

2° *Douleur.*

Elle n'a pas, en général, beaucoup d'intensité et consiste surtout en une pesanteur lombaire, en des tiraillements constants au niveau des reins. Les douleurs pelviennes sont surtout ressenties sous l'influence des mouvements brusques et quand, par le toucher, on mobilise l'utérus. C'est la réponse du plexus hypogastrique inférieur dont les rameaux supérieurs, au nombre de deux ou trois, atteignent la portion sus-vaginale du col.

3° *Troubles menstruels.*

Ils sont très inconstants et peuvent revêtir toutes les variétés possibles. Toutefois, chez un grand nombre de femmes, on observe des troubles de dysménorrhée secondaire avec paroxysme au premier jour des règles (ancienne dysménorrhée utérine). Egalement, dans certains cas, surtout quand il existe une anté ou rétroflexion, le processus cataménial est augmenté en durée et en abondance, avec présence de caillots. Toutefois ce caractère est négligeable dans la symptomatologie des métrites cervicales chroniques. On n'attachera d'importance qu'au seul fait de dysménorrhée secondaire.

Quant aux métrorragies vraies, elles n'existent pas en dehors des métropathies associées. L'écoulement sanguin intermenstruel tient du processus ulcéro-hémorragique de l'exocervicite.

Diagnostic

La métrite chronique présente un ensemble de signes qu'il importe de bien mettre en évidence, tant au point de vue du diagnostic différentiel qu'au point de vue du traitement. Ce diagnostic est généralement facile, quand on se trouve en présence du thème classique, de l'évolution ordinaire de ces métrites. Mais si d'autres lésions viennent s'associer, le tableau change souvent, au point que l'interprétation en devient difficile. Il faut donc s'aider de tous les moyens d'investigation que la clinique met à notre portée.

Dans la métrite cervicale chronique, l'inspection de la vulve permet de constater une hyperhémie intense de la région avec lésions épidermiques souvent compliquées par le grat-

tage. Les lèvres sont encombrées de débris glaireux, mucilagineux qui s'agglutinent pour former des croutelles jaunâtres. La glande de Bartholin est souvent intéressée. Elle se présente sous forme de tuméfaction rénitente, kystique; à la pression de l'orifice glandulaire, on fait sourdre un liquide opalin qui témoigne de l'infection. Le méat urinaire présente souvent également la signature d'une participation infectieuse. Il est rouge, quelquefois ectropionné et laisse couler une sécrétion caractéristique.

Le toucher permet l'exploration haute du tractus génital. Il est surtout utile dans l'appréciation des lésions associées, soit d'annexite, de métropathies corporéale ou de propagation infectieuse aux paramètres.

L'empâtement des culs-de-sac n'est pas toujours la preuve d'une annexite. En effet, la résistance réellement latérale au niveau du col témoigne surtout d'une réaction lymphangitique dans les ligaments larges; c'est véritablement une paramétrite et non une annexite. Les annexes, qui, par réaction inflammatoire ou autre se prolabent, tombent dans le plan le plus déclive, c'est-à-dire en postéro-latérale. C'est là que le doigt les rencontrera.

Par le toucher, on apprécie également la mobilité utérine qui est toujours douloureuse dans les inflammations du col. Nous avons vu que cette réponse douloureuse était due au sympathique pelvien.

Au spéculum, on trouve le fond du vagin baigné de grosses glaires qui masquent également le col. Suivant leur abondance, leur couleur, leurs caractères de purulence, on pourra déjà s'orienter vers une forme étiologique.

Le col affecte les aspects les plus divers. Cylindrique chez la nullipare et légèrement ventru, il s'hypertrophie davantage et s'aplatit en forme de bouchon de champagne chez la multipare, surtout quand il est le siège de déchirures anciennes. C'est dans cette dernière catégorie surtout qu'on observe l'ectropion de la muqueuse enflammée que favorise l'état béant de l'orifice cervical.

Dans l'endocervicite des multipares, le col se renfle de préférence en barillet. La muqueuse hypertrophiée, ne trouvant pas une expansion suffisante vers l'orifice externe punctiforme, agit sur les parois par prolifération interne en profondeur. Cette réaction interstitielle dont elles sont le siège en augmente l'épaisseur.

Au niveau du museau de Tanche, on trouve les lésions de la muqueuse se caractérisant par une exulcération. Généralement unique, elle est le plus souvent circulaire, ceignant le col à la façon d'une couronne. De couleur rouge vif, suintante, elle saigne facilement au contact.

Au pourtour de l'orifice cervical et sur la surface externe du col, apparaissent très souvent des petites nodosités bleutées qui sont des kystes, des glandes, faisant saillie sous le revêtement muqueux. Bleutées si elles contiennent du mucus, jaunâtres si elles contiennent du pus: ce sont les œufs de Naboth. Certains auteurs en font une réaction nerveuse. Il est tout de même certain que ces glandes participent aux phénomènes infectieux, puisque dans ces dilatations kystiques on trouve du pus.

La muqueuse cervicale est aussi le siège de petites zones plus ou moins blanchâtres, plus ou moins nacrées: ce sont des plaques de leucoplasie. Il faut être très prudent dans l'appréciation de ces lésions. En effet, se trouve-t-on en présence d'un processus précancéreux, ou d'une évolution purement banale d'un phénomène irritatif chronique? L'examen histo-pathologique seul tranchera la question.

Dans la leucoplasie vraie, le microscope ne révèle qu'un processus superficiel de kératinisation. Quand il s'agit d'évolution prénéoplasique, on tombe sur des zones d'hyperchantose en profondeur avec lymphocytose très abondante. En dehors de la colposcopie, le test de Schiller trouve ici son indication, sans qu'il soit absolu. On sait que normale-

ment la muqueuse du vagin et du col se colore en brun acajou foncé par l'imprégnation iodo-iodurée. Le phénomène est dû à la présence de glycogène au niveau des cellules de la muqueuse, lequel glycogène est directement lié à la fonction ovarienne.

Dans les lésions cancéreuses, dans la kératinisation épithéliale, la charge glycogénique manque, de même que chez la femme ménopausée, privée de son activité ovarienne. Quand, sous l'influence du lugol, la teinte caractéristique fait défaut, qu'il persiste une zone blanchâtre, on se trouve donc en présence soit d'une dyskératose banale, soit d'une lésion épithéliomateuse au début, soit d'une absence complète de glycogène au niveau des cellules: (l'exulcération de la muqueuse prend une teinte rougeâtre).

Chez la femme en plein fonctionnement ovarien, la persistance d'une zone blanchâtre pourra faire penser à une évolution suspecte. Mais chez la femme ménopausée, le même processus, sans éliminer les lésions douteuses, ne tiendra peut-être qu'à l'absence de la sécrétion hormonale ovarienne. Donc, si le test ioduré présente ici un intérêt fonctionnel évident, sa valeur lésionnelle est plus que discutable.

Dans ce cas, l'injection de folliculine, en provoquant la réapparition du glycogène au niveau des cellules de la muqueuse, fait disparaître rapidement ces taches nacrées, qui se colorent à nouveau, supprimant ainsi tout doute sur la nature de la lésion.

La muqueuse du canal cervical n'est pas épargnée dans ces lésions métritiques. L'endocervicite peut exister à l'état pur; souvent elle est associée. Nous avons vu comment la couche glandulaire s'hypertrophie et entre dans une phase sécrétoire intense, en même temps qu'elle pousse en profondeur dans le tissu musculaire. Ce boursouflement de la muqueuse s'accompagne souvent de formation polypoïdes au niveau des glandes elles-mêmes. En s'éversant par l'orifice externe, l'endomètre cervical offre alors un aspect framboisoïde (ancien adénome des cervicites chroniques).

Formes anatomo-cliniques

La métrite cervicale chronique tient surtout de deux causes, les plus fréquentes: *la gonococcie et la puerpéralité*. Ces deux infections peuvent également s'associer.

La cervicite chronique gonococcique est d'emblée la forme la plus fréquente et la plus répandue.

Evoluant sournoisement et sans grand fracas, elle est souvent méconnue de la malade elle-même. Elle résulte généralement de l'inoculation directe ou peut être la séquelle d'une vulvo-vaginite de l'enfance.

Le symptôme capital est caractérisé par l'expulsion de mucus épais, glaireux, jaune verdâtre, tachant et empesant le linge. C'est le crachat cervical des anciens auteurs.

Cette sécrétion mucoïde s'accompagne de phénomènes d'irritation au niveau de la vulve.

Le col hypertrophié peut ne présenter que des lésions banales, mais il est toujours baigné de gros flocons de muco-pus: c'est le cas de l'endocervicite. Le plus souvent, il est le siège de l'exulcération caractéristique saignotant au contact et résistant à toutes les thérapeutiques ordinaires.

Ces lésions peuvent s'atténuer et rester stationnaires jusqu'à une nouvelle poussée évolutive. Elles ne se traduiront que par des sécrétions opalines puis transparentes dans lesquelles il est impossible de mettre le gonocoque en évidence.

Il est bien difficile, malgré les résultats négatifs de plusieurs examens microscopiques de savoir si l'infection est réellement disparue. Il peut persister, dans les culs-de-sac glandulaires, quelques diplocoques encore virulents malgré la transparence parfaite des sécrétions cervicales.

Depuis quelque temps, pour le dépistage de ces gonococcies latentes, on a mis au point, en France, une méthode sérologique qui s'apparente de très près à la réaction de

Bordet-Wassermann: c'est la gono-réaction. Elle consiste, en utilisant le sang de la malade, dans la recherche de la déviation du complément.

Les statistiques, publiées jusqu'ici, sont très intéressantes, puisqu'elles fournissent 40% de résultats positifs dans les cas chroniques. Il faut, toutefois, que ces malades n'aient pas été soumises, au préalable, à une vaccination anti-gonococcique.

La puerpéralité, si elle est moins fréquente que la gonococcie, joue toutefois un rôle assez important dans le déterminisme de ces infections chroniques du col. Elle agit cependant plus par ses séquelles, que par l'inoculation streptococcique elle-même qui a peu de tendance à passer à la chronicité.

Les pertes sont moins abondantes que dans l'infection à gonocoque, moins épaisses et ne présentent pas les caractères d'une véritable glaire.

L'évolution de cette métrite est également lente, présentant des altérations de la muqueuse assez identiques aux lésions neissériennes.

Bouilly a insisté sur le rôle des déchirures du col qui, en favorisant l'infection, exagèrent l'hypertrophie scléreuse qui en découle.

Il est encore trois autres formes de métrite chronique du col qu'il est bon de rappeler à cause de leur fréquence.

Tout d'abord, la métrite virginale des jeunes filles qui se distingue par le caractère latent qu'elle revêt. La cause la plus fréquente est la contamination blennorrhagique accidentelle. On voit apparaître à la vulve de ces fillettes de grosses gouttes de muco-pus qui traduisent le catarrhe cervical. Cette métrite est la conséquence habituelle de la vulvo-vaginite. Elle apparaît souvent tardivement et peut ne se manifester qu'à l'installation de la puberté. (Siredey) (7). Il n'est pas impossible toutefois de rencontrer, chez la fillette, des métrites banales dus à un réveil des microorganismes du vagin.

Les rétroflexions congénitales favorisent également l'apparition de ces métrites banales, généralement d'origine colibacillaire. Enfin, la métrite virginale revêt souvent le caractère hémorragique.

La métrite sénile, qui s'installe après la ménopause, se distingue par un écoulement purulent d'odeur fétide, très souvent teinté de sang, laissant ainsi persister un doute sur la bénignité de ces lésions. Cette leucorrhée s'accompagne toujours d'une irritation au niveau de la peau et d'un prurit intense. On a comparé la métrite sénile à une dermatose. Il s'agirait surtout d'une intolérance de la muqueuse aux sécrétions, intolérance due à l'arrêt de la fonction ovarienne. Il est du reste prouvé que cette affection réagit beaucoup mieux au traitement qu'on lui applique, après hormonothérapie. Enfin, il est bon de toujours suspecter l'existence du diabète dans ces métrites cervicales de la ménopause.

Quant à la troisième variété, il s'agit de la métrite cervicale qui accompagne les grands prolapsus génitaux. Il peut s'agir ici de lésions dues au port trop prolongé d'un pessaire. On observe alors des lésions portant sur le col et le dôme vaginal et correspondant aux points de contact. Il suffira d'enlever cette prothèse pour obtenir une guérison rapide. Dans le prolapsus total, le col hypertrophié et allongé, étant presque toujours extériorisé et soumis par conséquent à une irritation continue, est le siège de véritables ulcérations qui saignent facilement et qui résistent à toute thérapeutique, si la malade n'est pas mise au repos complet le prolapsus réduit. On peut croire alors à une évolution maligne. Toutefois, il est extrêmement rare de trouver un épithélioma sur ces cols ainsi prolabés.

Le diagnostic différentiels de ces lésions n'offre pas, en général, de grandes difficultés.

La tuberculose du col est rare et si elle se présente avec des caractères variés, ils n'en sont pas moins définis. Il s'agit le plus souvent d'un semis de fines granulations sur la portion vaginale du col: ce sont des follicules tuberculeux que le microscope classera définitivement.

Le chancre syphilitique par son exulcération, pourra faire penser à une érosion banale. Sa forme parfaitement arrondie, numullaire, n'entourant pas l'orifice cervical et l'examen microscopique le différencieront toutefois facilement.

La vaginite à trichomonas et les lésions cervicales qui l'accompagnent diffèrent également par le caractère de l'écoulement, la présence de maculo-papules sur toute l'étendue de la muqueuse vaginale, le prurit très intense et l'abondance toute particulière de l'élément pathogène dans les sécrétions. Toutefois, cette infection par les lésions secondaires qu'elle favorise au niveau du col, simule très souvent la métrite cervicale chronique.

Seules les lésions pré-néoplasiques seront d'interprétation difficile. En effet, elles peuvent être facilement confondues avec une dyskératose banale, une simple exulcération.

Toute lésion suspecte ne doit pas bénéficier du doute, l'examen histologique seul établira le diagnostic précis.

Pronostic

La métrite cervicale chronique, si elle ne trouble pas profondément l'existence de la malade, expose cependant à de fâcheux ennuis dont les principaux sont les sténoses rétractiles et l'obstacle à la fécondation. Cette stérilité secondaire tient à deux causes. D'abord, l'abondance des sécrétions pathogènes au niveau du col, puis la destruction de toute la muqueuse du canal cervical par un traitement trop énergique et les sténoses cicatricielles qui en découlent.

Toutefois, il ne faut pas conclure à la généralité, car il n'est pas rare de rencontrer des malades porteuses de vieilles lésions abondamment fournies en sécrétions qui deviennent enceintes.

Ce fait s'explique par un phénomène physiologique. En effet, dans les exocervicites avec glaires abondantes, on observe autour du 14e ou 15e jour des règles, c'est-à-dire au moment de l'ovulation, une régression complète des sécrétions pathogènes qui se clarifient, deviennent purement muqueuses, favorisant ainsi la montée des spermatozoïdes. Ce phénomène serait-il déclenché par la décharge folliculinique intense à ce moment? Tout nous porte à le croire.

C'est surtout l'endocervicite qui est la cause la plus fréquente de la stérilité et l'infection blennorrhagique tient ici la première place.

On a vu comment la lumière du col était obstruée par des masses glaireuses qui suffisent à elles seules à empêcher la pénétration des gamètes mâles. Souvent du reste, ceux-ci sont amoindris dans leur résistance par les modifications chimiques du milieu vaginal.

Mais les lésions inflammatoires ne sont pas toujours seules en cause dans la pathologie de cette stérilité. Un traitement intempestif vient souvent compliquer le tableau. Il ne faut pas oublier que la muqueuse endocervicale avec la sécrétion qui lui est propre, est indispensable à la fécondation. Sans cette dernière, l'élément mâle viendra se heurter à une barrière infranchissable. Il faut donc, dans la thérapeutique de ces lésions, procéder avec ménagement et ne pas détruire complètement les couches glandulaires du segment cervical.

Traitement

Le traitement de la métrite cervicale chronique est indiscutablement un des chapitres où toute la littérature médicale se rencontre. La multiplicité des moyens préconisés et utilisés s'explique par la persistance vraiment tenace de ces lésions.

Pour traquer le microbe pathogène dans la profondeur de ses repairs muqueux, pour modifier les réactions et les altérations tissulaires, une grande diversité de procédés est née.

Nous n'avons pas l'intention de faire la revue de toutes ces thérapeutiques dont un grand nombre étaient et sont encore inopérantes, voire même dangereuses. Qu'il nous suffise de rappeler les injections et pansements

vaginaux à l'aide d'antiseptiques, les instillations et badigeonnages aux caustiques diffusibles, les injections de vapeur dans la cavité utérine, les scarifications et hersages du col, les curettages du canal cervical.

Tout cet arsenal thérapeutique prouve suffisamment la lutte engagée contre ces lésions de chronicité.

Il est essentiel de bien envisager les indications avant d'instituer un traitement.

Tout d'abord, le dépistage de toute lésion infectieuse en évolution du tractus génital, qu'il s'agisse d'infiltration des paramètres, d'annexite ou autre. Dans ces cas, il faut s'abstenir de toute manœuvre surtout endo-utérine qui favorisera, à coup sûr, l'accentuation des phénomènes infectieux.

C'est ici que la vaccination donne les plus beaux résultats. Actuellement en France, on pratique la vaccination antigonococcique directement dans le col utérin, non pas qu'on croie particulièrement à la vertu de la porte d'entrée, mais il semble que ce procédé soit des plus efficaces dans la grande majorité des cas. Les études qui ont été faites récemment montrent que le vaccin a surtout une action sur les tissus lymphatiques et interstitiels et qu'il touche moins la couche superficielle de la muqueuse. De toute façon, c'est un excellent procédé de stérilisation tissulaire ou du moins, d'atténuation des prénomènes aigus.

C'est quand toute évolution active est bien éteinte qu'on procède directement à une thérapeutique plus énergique.

Il faut éviter également les contacts prolongés d'antiseptiques trop puissants qui favorisent l'irritation au niveau des muqueuses enflammées. C'est particulièrement le cas des crayons médicamenteux introduits dans le col qui exposent en outre à des rétentions caustiques par désagrégation et aux sténoses qui en résultent.

Enfin, il est superflu de rappeler le repos génital complet qui s'impose à ces malades sans lequel il est illusoire d'instituer tout traitement.

Nous étudierons, dans le traitement de la métrite cervicale chronique, premièrement les modificateurs, deuxièmement les destructeurs.

Les modificateurs

Si les injections et pansements vaginaux à l'aide d'antiseptiques peuvent améliorer et même guérir certaines formes bénignes de métrite cervicale, il est indiscutable qu'ils n'ont aucun effet sur des lésions plus sévères où ils ne peuvent atteindre l'élément pathogène au sein même de la cellule. Ils demeurent un adjuvant précieux, à condition toutefois de ne pas être trop irritants.

Nous faisons cependant mention du pansement vaginal à la glycérine solidifiée que Simpson, le premier, introduisit en gynécologie.

Ce corps très avide d'eau exagère momentanément les sécrétions du col qu'il rend plus fluides.

Par ses propriétés osmotiques, il produit un exsudat abondant de sérosité issue de la muqueuse, favorisant ainsi la décongestion du segment cervical: c'est la saignée blanche de Pozzi (8).

Les badigeonnages du col et les instillations intracervicales au nitrate d'argent, à l'acide picrique, au perchlorure de fer et autres, n'agissent que sur les couches superficielles de la muqueuse, à moins qu'on n'ait recours à des substances véritablement caustiques. Ces dernières, tels l'acide nitrique fumant, le formol, etc., produisent alors de véritables macérations.

La columnisation du vagin au-dessus du col, préconisée par Bozeman et vulgarisée, en France, par Laroyenne, réalise le soutien et l'immobilité utérine, appliquant ainsi une des grandes lois générales du traitement des infections, l'immobilisation. C'est une aide précieuse à laquelle il est bon de recourir plus souvent.

Les ondes courtes sont employées depuis quelques années, surtout en Amérique, dans le traitement de la cervicite chronique. Ces radiations, en outre de leur action analgésique

indiscutable, provoquent une dilatation capillaire qui subsiste pendant un certain temps et une diapédèse intense, favorisant ainsi les défenses tissulaires.

Ces applications d'ondes courtes, après vaccinothérapie in loco, ont donné des résultats les plus appréciables.

L'ionisation est actuellement le mode de traitement le plus efficace dans la cure des endo-cervicites. C'est même la seule arme vraiment active, sans qu'elle soit absolue, que nous ayons dans la lutte contre ces lésions. Il faut, toutefois, l'appliquer à des cas ne s'accompagnant d'aucune douleur, d'aucune température, d'aucune suppuration pelvienne pour éviter toute activation infectieuse.

On sait que l'ionisation agit par la désagrégation moléculaire. L'électrode de cuivre branchée sur le pôle positif de l'appareil produit, au contact des tissus, de l'acide chlorhydrique avec mise en liberté d'oxygène naissant. Le chlore, se combinant avec la molécule cuivre, donne un chlorure de cuivre qui agit, au niveau de l'endomètre cervical, comme antiseptique, comme astringent et comme topique. L'oxygène naissant, avec sa propriété osmotique, agit également comme antiseptique.

Il faut, dans l'application de ce procédé, choisir une électrode bien calibrée au diamètre du canal cervical. Il est indispensable de bien enfiler la muqueuse, de la déplisser complètement de façon à obtenir une surface de contact parfaite. En général, six séances suffisent dans la cure de ces lésions. On procède à deux applications par mois; la première, quelques jours après les règles; la deuxième, quelques jours après l'intermenstruum.

Les destructeurs

On a préconisé depuis longtemps l'emploi de caustiques chimiques dans le traitement des métrites cervicales.

Le Filhos, mélange de chaux vive et de potasse caustique est certainement celui qui fut le plus employé et le plus critiqué. On l'a accusé de compromettre l'avenir obstétrical des femmes par l'atrésie du col, qui accompagne dans certains cas, la cicatrisation des lésions; des accoucheurs lui ont imputé des cas de dystocie grave. En réalité, ces complications sont dues, non pas à la causticité particulière du produit, mais à une application défectueuse.

C'est Amussat qui, le premier, en 1842, introduisit cette thérapeutique. Mais les accidents observés après ces applications furent tels, qu'on dût abandonner ce procédé. Ce n'est que vers 1900, que G. Richelot (9) reprit cette thérapeutique avec le néofilhos, plus facile à manier que le produit primitif. Actuellement, en France, Pouliot, que nous avons eu l'opportunité de voir opérer, et son élève Maury-Karcher, ont bien précisé la technique du Filhos et en font des applications de pratique courante; de même Douay et son élève Klein.

Il est indiscutable que cette méthode employée sans technique précise, n'est pas exempte de grands dangers et les échecs passés ne relèvent pas d'autres causes. On doit cautériser la muqueuse malade et la muqueuse seule; si la cautérisation est faite trop profondément, et si le processus de destruction atteint, sous la muqueuse, les tissus musculaires, des tissus conjonctifs cicatriciels se substituent aux éléments contractiles du col, déterminant des lésions d'atrésie.

Ce mode de traitement peut être appliqué dans tous les cas de métrites chroniques, qu'elles soient blennorragiques, puerpérales ou mixtes; les métrites du moignon cervical consécutif à une hystérectomie subtotale, sont également justifiables de ce mode de traitement.

La première application doit être faite une semaine environ après les règles et précédé d'un traitement local décongestif (pansements à la glycérine solidifiée). Après nettoyage du col et du vagin à sec, une compresse est placée dans le cul-de-sac postérieur qu'elle protège.

Le crayon de néofilhos est saisi par une pince et maintenu au contact de la partie

malade du col jusqu'au moment où l'eschare déterminée, blanche au début, commence à noircir. Il faut procéder par une application mesurée, *non d'après le temps, mais d'après les résultats obtenus.* (G. Richelot). Quand toutes les parties malades sont cautérisées, on neutralise l'exès de potasse avec une solution acide: acide acétique à 10%. Puis, on lave largement le col par un jet d'eau bouillie ou de sérum. On place un pansement vaginal qu'on retire au bout de vingt-quatre heures. Pour les cautérisations intracervicales, on commence par une dilatation à l'aide de bougies d'Hégar. On utilise ensuite un tampon de coton monté sur une tige et imprégné de caustique.

La seconde application doit se faire quinze ou vingt jours après la première, de façon à ce que les parties cautérisées aient le temps de se réparer. En moyenne, le nombre des applications est de trois à six au total (Douay), six à dix (Pouliot).

Employée de cette façon, la cautérisation au Filhos ne laisse aucun doute sur son efficacité.

Le caractère aigu des lésions, l'existence de lésions annexielles concomitantes en évolution ou insuffisamment refroidies, la grossesse, sont autant de contre-indications à l'emploi de ce caustique.

La cautérisation du col au galvano-cautère, si elle réalise une bonne destruction de la muqueuse, pèche exactement par son intensité d'action. En effet, on s'expose à des lésions en profondeur, à des brulûres musculaires qui laisseront des cicatrices vicieuses et favoriseront les sténoses rétractiles. L'introduction d'une tige rougie dans le canal cervical est un procédé aveugle et très souvent néfaste.

L'électro-coagulation est indiscutablement le procédé de choix dans le traitement des cervicites chroniques et particulièrement des exocervicites.

Sans entrer dans des particularités d'ordre technique, il est bon de rappeler certains points qui nous guideront dans l'application de ce traitement.

Le courant alternatif de haute fréquence qui est utilisé en électro-coagulation peut être produit ou par un appareil à éclateurs fournissant un courant à ondes amorties, ou par un appareil à lampes fournissant un courant à ondes entretenues. C'est l'appareil à éclateurs qui réalise la meilleure coagulation.

Deux méthodes s'offrent à notre choix dans l'emploi de ce procédé.

1° La monopolaire n'utilisant qu'un seul pôle.

2° La bipolaire qui utilise deux pôles.

Elle est mono-active, si elle ne comporte qu'un pôle actif, l'autre étant appliqué contre la malade sous forme de plaque métallique, ou bi-active si les deux pôles actifs sont branchés sur les bornes de l'appareil. C'est cette dernière variété (bipolaire bi-active) qu'il faut choisir de préférence, parce qu'elle produit une coagulation moins douloureuse et qu'elle réalise une destruction plus superficielle de la muqueuse.

La mono-active fournit une destruction portant surtout en profondeur et affectant la forme d'un coin.

La bi-active n'agit que sur les couches superficielles, n'exposant pas aux cicatrices rétractiles et aux hémorragies souvent abondantes qui suivent la chute d'une eschare trop prononcée.

Il est inutile d'insister sur la technique bien connue de l'électro-coagulation. On emploiera de préférence les électrodes sphériques qu'on appliquera jusqu'à la production de la plaque blanchâtre caractéristique. Il ne faut pas insister davantage et surtout éviter la production d'étincelles. On obtiendra de cette façon une coagulation superficielle et suffisante. Quant aux électrodes aiguilles, il ne faut s'en servir que montées sur une garde avec quelques centimètres de pointe seulement, de façon à éviter les trop grandes pénétrations.

Dans l'endo-cervicite, où ce mode de traitement a une valeur thérapeutique moindre, on procède de la même façon en introduisant l'électrode dans le canal cervical.

L'électro-coagulation, dans les lésions d'exocervicite, doit être souvent répétée pour en arriver à une guérison complète. On pratique une première séance quelques jours après les règles, qu'on renouvelle à un mois d'intervalle, si nécessaire. En général, deux ou trois applications suffisent amplement. Enfin, il est bon de rappeler la phase d'hypersécrétion transitoire qui suit généralement l'électro-coagulation. Un pansement hydrophile (glycérine solidifiée) atténuera ces phénomènes congestifs.

Quant aux contre-indications, les mêmes subsistent: tout phénomène infectieux aigu de l'utérus ou des annexes. Pratiquement toute douleur vive ressentie à la mobilisation utérine.

Le traitement chirurgical employé dans la cure des métrites cervicales chroniques, n'a vraiment que des indications bien limitées et ne s'adresse uniquement qu'aux séquelles laissées par ces lésions.

Deux cas seulement sont justifiables des procédés sanglants.

D'abord, les sténoses du col post-thérapeutiques avec stérilité consécutive. Il s'agit alors d'agrandir d'une façon permanente l'orifice du col utérin rétréci du fait d'une malformation acquise. Quel que soit le procédé employé, il doit avoir comme objectif de créer un nouvel orifice de dimension suffisante et n'ayant aucune tendance à la rétraction.

Les trachélotomies temporaires consistant en de simples incisions commissurales, même avec mise en place d'un tube dilatateur, doivent être rejetées. Seuls les procédés autoplastiques peuvent donner un agrandissement définitif.

On peut recourir soit à la technique de Courty qui consiste à recouvrir la surface de section par un lambeau autoplastique, soit à celle de Pozzi qui arrive au même résultat en réunissant la muqueuse vaginale du col à la muqueuse endocervicale.

Viennent en second lieu les déchirures anciennes avec ectropion persistant. On s'adresse alors à la trachélorraphie pratiquée en dehors de toute lésion inflammatoire.

Le procédé de Pestalozza est actuellement le plus employé. Il consiste à réséquer toute la zone cicatricielle puis à reconstituer le col en deux plans: réfection du canal cervical d'abord et des couches sus-jacentes ensuite. On peut également employer la technique toujours excellente d'Emmet.

L'amputation du col ne doit être réservée qu'aux seuls cas d'hypertrophie, de dégénérescence scléreuse et d'élongation.

Il faut bien se rappeler que cette opération pratiquée sur des femmes jeunes, expose souvent aux avortements ultérieurs.

Il est inutile de revenir sur la technique toujours classique de Schröder. Nous citerons seulement le procédé de Pouey (10), modifié par Sturmdörf (11) et que Radoulovitch (12) décrit dans sa thèse. Il consiste à disséquer, en zone saine, une collerette muqueuse sur tout le pourtour du col et à pratiquer un évidement conoïde. On réunit ensuite la collerette extérieure à la muqueuse endocervicale.

Conclusion

La métrite cervicale chronique est une affection grave. Non seulement elle trouble profondément la vie de la femme, mais elle a de fâcheuses répercussions sur son état social.

Au point de vue étiologique, le premier facteur en cause est indiscutablement l'infection gonococcique et la fréquence de la chronicité de ces lésions s'explique, dans la grande majorité des cas, par la réinfection.

Nous sommes alors en présence de deux malades qu'il faut traiter conjointement. Quand ce nombre augmente, le problème devient évidemment plus compliqué. Les armes dont nous disposons dans la lutte contre cette infection ne sont certes pas absolues, mais elles ont du moins prouvé une certaine

efficacité. Un avenir prochain nous réserve-t-il de plus grandes garanties?

Espérons-le.

BIBLIOGRAPHIE

(1) *Petite chirurgie gynécologique.*
(2) *Bull. de l'Acad. Méd.*, Paris, 1867.
(3) *La Gynécologie.*
(4) *Traité de gynécologie médico-chirurgicale.*
(5) *Traité de gynécologie médico-chirurgicale.*
(6) *Semaine Médicale*, Paris, 1893. « Endométrite cervicale glandulaire chronique. »
(7) *Maladies des organes génitaux de la femme.*
(8) *Traité de gynécologie.*
(9) *La chirurgie utérine.*
(10) *Congrès latino-américain*, Buenos-Ayres, avril 1904.
(11) *Surg. Gyn. Obst.*, janvier 1916.
(12) *Evidement conoïde du col, par le procédé de Sturmdorf.* Thèse, Paris, 1921.

Vaccination triple (contre le tétanos, la diphtérie et les infections typhoïdes dans l'armée) *

Cette vaccination revêt désormais dans l'armée un caractère obligatoire, grâce à l'article 1er de la loi du 14 août 1936 dont le texte est le suivant:

« Les vaccinations antitétanique et antidiphtérique seront obligatoires dans les armées de terre, de mer et de l'air sur décision des ministres intéressés. Elles pourront être associées à la vaccination antityphoïdique. »

L'application de cette méthode des vaccinations associées est encore trop récente et limitée pour permettre des observations épidémiologiques concluantes. Néanmoins, Dopter, Sacquépée et Pilod ont donné sur les résultats sérologiques obtenus d'intéressantes indications de nature à faire espérer une immunisation satisfaisante.

En ce qui concerne l'immunité antidiphtérique résultant de cette vaccination triple, Pilod et Jude fournissent des précisions relatives à 418 jeunes soldats vaccinés en 1934 et 1935 avec un vaccin mixte préparé par l'Institut Pasteur — anatoxines diphtérique et tétanique associées au vaccin T.A.B. La vaccination avait comporté trois injections sous-cutanées de ce mélange administré à quinze jours d'intervalle, aux doses successives de 2 c.c., 3 c.c. et 3 c.c.; l'anatoxine diphtérique employée titrait 25 unités par centimètre cube. Les dosages de l'antitoxine diphtérique ont été effectués sur des sérums prélevés 8 jours après la dernière injection de vaccin (238), un mois (97) et dix mois (83) après la vaccination. Un seul des sérums du premier lot contenait moins de 1/30e d'U.A. (unité antitoxique), niveau au-dessous duquel l'immunité est considérée comme insuffisante; neuf des sérums du troisième lot titraient moins de 1/30e d'U.A. ce qui porte à penser qu'au bout de dix mois, 10.83% des vaccinés pouvaient être tenus pour réceptifs.

Les auteurs concluent:

« 1° que l'immunité antidiphtérique conférée par la vaccination triple (anatoxine diphtérique et tétanique + T.A.B.) est acquise 8 jours après pour la presque totalité des vaccinés (99.58%);

« 2° que la rapidité d'apparition et la valeur de cette immunité sont au moins égales sinon supérieures à celles enregistrées chez les sujets vaccinés avec l'anatoxine seule ou associée au T.A.B.;

« 3° que les vaccinés dont le sérum contient moins de 1/3 d'U.A. au huitième ou au trentième jour redeviennent réceptifs au bout de dix mois. La proportion de ces sujets, justiciables d'une injection de rappel, serait d'environ 10% d'après nos recherches. »

Vis-à-vis du tétanos, l'administration d'anatoxine semble, par comparaison avec ce qui a été constaté chez le cheval, conférer aux vaccinés une protection suffisante, qui persisterait au moins un an. Ici encore apparaît la probable opportunité d'injections de rappel dont la valeur ne manquera pas d'être à l'avenir appréciée par des travaux que rend nécessaires le caractère encore précaire de nos connaissances relatives aux fluctuations de l'immunité antitoxique.

Pierre JOANNON.

* *L'Année Médicale Pratique* (René Lépine, éditeur, Paris).

Erratum

Dans le numéro de juin, à la page 597, on est prié de lire: « On sait en effet que Frédéric III, fils de Guillaume Ier, mourut en 1888 d'un cancer du larynx. » au lieu de « On sait que Guillaume Ier mourut en 1888 d'un cancer du larynx. »

MOUVEMENT MÉDICAL

HEUREUX RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES DANS LES TUBERCULOSES CUTANÉES ET DANS LA LÈPRE AVEC CERTAINS EXTRAITS PANCRÉATIQUES[1]

Par **Marcel PINARD**,
Médecin de l'hôpital Cochin, Paris.

Frappé par les conclusions expérimentales des longs travaux d'Auclair qui a abouti à la vaccination du cobaye, contre la tuberculose, par des extraits pancréatiques de poule, persuadé comme lui que dans la défense contre les maladies le pancréas est une des principales places d'armes, nous avions envisagé le pancréas sous toutes ses formes et avions enregistré des effets satisfaisants dans différentes affections.

Mais les effets les plus curieux, les plus nets, les plus actifs ont été obtenus dans deux affections: les tuberculoses cutanées et la lèpre.

Les extraits pancréatiques du commerce, que nous avions employés au début ne nous avaient pas donné toute satisfaction, lorsque nous eûmes l'heureuse chance de rencontrer M. le Dr Paris qui a été longtemps le collaborateur d'Auclair. Il nous a donné les plus utiles conseils et surtout nous a procuré un extrait pancréatique véritablement actif. Cet extrait a été obtenu en partant du pancréas de poule. Il faut qu'il soit traité immédiatement, encore chaud, vivant si l'on peut dire.

Au bout d'une heure, l'activité tombe de 70 à 80% et, cinq heures après la mort, l'activité est nulle. L'insuline, la trypsine, les albuminoïdes ont été éliminés, il ne reste que des substances albuminosiques très solubles dans l'eau et très hygrométriques; 0,50 centig. de cet extrait représente 1 litre 600 d'extrait pancréatique à 33%. Nous avons dissous 0,10 de cet extrait dans 20 c.c. d'eau distillée. La dose que nous avons injectée au début de nos recherches, à chaque séance, un centimètre cube, contient donc 5 milligrammes de cet extrait.

L'action paraît surtout heureuse en injections intradermiques. La peau assure à l'organisme sous-jacent une protection efficace, elle est en relations intimes, directes ou réflexes, avec tous les organes sans exception.

Les intradermo-réactions à la tuberculine, au Frei, le Dick, le Schick, montrent comment la peau donne rapidement des réponses satisfaisantes, quand on l'interroge à propos de lésions d'organes différents. L'efficacité de la vaccination jennerienne contre la variole démontre également l'importance de la voie intradermique.

En effet, au début nous étions partis de cette idée très simple qu'Auclair ayant réalisé son vaccin expérimental avec des extraits pancréatiques et des bacilles de Koch, nous pouvions réaliser le vaccin dans les tuberculoses cutanées en injectant dans les lésions directement l'extrait pancréatique qui trouverait sur place les bacilles.

Les résultats ont été immédiatement bons, mais ils nous ont paru être aussi bons avec les injections intradermiques.

Quelles doses faire? Au début nous faisions 1 cc. 8 deux fois par semaine (en 15 à 20 piqûres intradermiques).

Nous avons augmenté ces doses et avons fait sans aucun inconvénient et chaque jour, un centimètre cube en intradermique et cinq centimètres en intramusculaire.

Si les progrès sont immédiats et relativement rapides, il faut prolonger le traitement pendant plusieurs mois sur les lupus étendus, car si l'on arrête avant la guérison, il semble

1. Travail inédit adressé à *l'Union Médicale du Canada* en avril 1938.

qu'à la reprise du traitement les effets thérapeutiques soient moins marqués.

Quels malades faut-il traiter? Les lupus, les tuberculoses cutanées d'abord, puis les tuberculoses localisées comme les orchiépididymites tuberculeuses. Il n'y aura qu'avantage à en faire, semble-t-il, aux pleurésies tuberculeuses ou tuberculoses pulmonaires, mais ici nous ne faisons que commencer ces essais.

A côté des résultats obtenus dans les tuberculoses cutanées ou épididymaires, nous avons eu un résultat très encourageant sur un lépreux. Celui-ci que nous avions impaludé pour sa lèpre en 1929 avec un résultat heureux qui lui avait permis de continuer à exercer son métier de peintre en bâtiments n'était pas guéri et est revenu en 1937 présentant une grosse déficience de l'état général (il était en même temps syphilitique avec ulcérations des jambes), un faciès léonin, de l'hypertrophie des nerfs cubitaux, des tubercules lépreux de la grosseur de petits pois siégeant au milieu des arcades sourcilières, autour du nez.

Dans les sécrétions nasales plus de 100 amas de bacilles de Hansen en volumineux globi sur chaque lame.

Dès la première injection d'extrait pancréatique, le malade rétif et hostile à toute thérapeutique, ressent un bien-être qui l'incite à continuer. A la troisième piqûre, il se sent très bien, à la 4e, disparition des tubercules sourciliers et périnasaux. Après la 9e injection, la recherche du bacille de Hansen est négative, mais nous donnons de l'iodure de potassium et nous retrouvons alors quelques rares bacilles en globi, mais 4 par lame et les globi sont composés de bacilles fragmentés et mal colorés. L'action sur les accidents est donc des plus nettes et sur les bacilles, aussi bien pour le nombre que pour leur qualité, elle est indiscutable.

Nous avons donc là une arme qui nous donne les plus belles promesses pour le traitement de deux affections particulièrement graves.

La difficulté, c'est la préparation partant du pancréas des oiseaux, petit et difficile à recueillir. Mais le Dr Paris vient d'effectuer la même préparation en partant du pancréas du bœuf et les résultats paraissent satisfaisants. Ceci simplifiera beaucoup la question.

Je suis d'autant plus à l'aise pour parler de ces extraits qu'ils n'existent pas dans le commerce. Mais le Canada, pays qui a vu naître et donné au monde l'insuline, saura trouver sur place les extraits qui lui seront nécessaires pour lutter contre ces fléaux sociaux.

BIBLIOGRAPHIE

Marcel PINARD: « Les extraits pancréatiques dans les tuberculoses cutanées. » *Bull. de la Soc. de Thérapeutique,* 10 novembre 1937.

Marcel PINARD et CHICHE: « Présentaton d'un lépreux. Essai de traitement par les injections intradermiques d'extrait de pancréas. » *Soc. Fr. de Dermatologie et de Syphiligraphie,* décembre 1937.

Traitement médical du duodénum mobile *

Ch. Garin (de Lyon), sur la base de 31 observations, recueillies en trois ans, de duodénum mobile où l'anomalie de fixation était, dans chaque cas, limitée au seul duodénum, considère que *ces cas précis ne doivent pas être opérés*: ils peuvent être améliorés par un traitement purement médical — à moins de complication ulcéreuse, éventualité assez fréquente. Ces améliorations ont été notées par Garin quelle que fût l'importance des symptômes: syndromes pseudo-ulcéreux, avec stase gastro-duodénale, vomissements alimentaires; ou syndromes hépato-biliaires, avec grands vomissements bilieux, migraines, urticaire, etc.

Le repas de midi étant, en règle, le plus mal toléré, l'auteur prescrit un *repos de une heure en procubitus, immédiatement après ce repas*; et la prise au lit du petit déjeuner (moins indispensable). Ce traitement devra être prolongé durant des mois, et repris de temps à autre pendant des années. La constance de la gastro-duodénite chez ces malades doit faire associer à la cure précédente les moyens d'action classiques en pareils cas. Et, naturellement, dans les formes hépato-biliaires, la diète alimentaire spéciale et les médications de la désensibilisation.

GASTON-DURAND.

* *L'Année Médicale Pratique* (René Lépine, éditeur, Paris).

PROPHYLAXIE DE LA POLIOMYÉLITE [1]

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

Un exposé de la prophylaxie de la poliomyélite peut être à la fois relativement court et relativement long. Si je m'en tiens aux seules mesures préventives scientifiquement éprouvées, ma communication peut être terminée en 5 minutes. Si, par ailleurs, nous envisageons le problème prophylactique dans son ensemble, il faut admettre qu'il existe une foule de précautions à prendre, et j'ai l'intention, au cours des prochains 15 minutes de vous présenter les principales mesures préventives contre la poliomyélite, me basant strictement sur les acquisitions à peu près partout admises.

Tous les ans, à la menace d'une épidémie de poliomyélite, la population s'alarme de façon exagérée et accepte pour certaines les opinions du premier venu qui vient recommander un traitement, préconiser une prophylaxie ou expliquer le mode de transmission de la maladie. De tels individus offrent des espérances parfois décevantes, ou bien créent un sentiment de pessimisme souvent mal fondé. Dans les deux cas nous ne devons pas permettre la diffusion d'opinions fantaisistes. Il importe de renseigner sincèrement, totalement, la population au sujet des inconnues du problème prophylactique et au sujet des acquisitions certaines. C'est ce que je vais tenter de faire devant vous ce soir.

Au cas où une épidémie sévirait cette année dans notre province, il serait désirable que le public fût averti du fait que les avis et recommandations officiels lui seront donnés par un comité provincial ou municipal, lequel aura seul autorité de publier ou de radiodiffuser. A ce sujet, je ne saurais trop approuver l'attitude qui fut prise en Ontario lors de l'épidémie de 1937. Dans cette province, un groupe de médecins spécialisés se réunissait à intervalles réguliers et communiquait à la population les renseignements qu'il jugeait utiles en même temps qu'il la tenait au courant des faits. Un comité de ce genre pourrait être réalisé chez nous et pourrait être composé, pour chaque centre, d'un pédiâtre, d'un neurologiste, d'un orthopédiste, d'un électro-radiologiste, d'un bactériologiste et d'un médecin hygiéniste.

Je voudrais dès à présent que l'on ne soit pas effrayé outre mesure par le spectre de la poliomyélite. Après tout, cette maladie n'est pas si redoutable! Jugez vous-mêmes par la statistique de l'épidémie d'Ontario l'année dernière:

Nombre de cas:	2,634
Guéris sans paralysies:	45.8%
Guéris de leurs paralysies:	18%
Paralysies persistantes:	31.9%
Décédés:	4.3%

Ces chiffres n'ont rien d'extraordinairement alarmant surtout si l'on songe que le groupe des paralysies persistantes comporte des enfants qui sont à peine touchés. Il est permis de croire que nous pouvons obtenir une statistique aussi bonne dans la province de Québec. Nous pouvons même améliorer ces pourcentages en utilisant l'expérience de nos confrères de l'Ontario.

Un excellent moyen d'arriver à cette fin consisterait à faire adresser à tous les médecins de la province un opuscule où seraient consignées les données actuelles sur l'état de la question: signes de diagnostic précoce, mesures thérapeutiques immédiates, soins orthopédiques précoces, mesures physiothérapiques, conceptions actuelles sur la sérothérapie, état présent de l'expérimentation prophylactique, adresses des centres où se trouvent les respirateurs, etc.

Je note en passant que les praticiens de l'Ontario ont eu à leur disposition 43 respirateurs. Cette constatation pourrait peut-être faire songer à doubler et tripler nos effectifs, et surtout à les distribuer dans plusieurs cen-

1. Communication faite à *La Société Médicale de Montréal*, séance du 7 juin 1938.

tres de la province, afin de ne pas être pris au dépourvu, si nous devions avoir une épidémie provinciale.

* * *

Voyons maintenant ce qu'il convient de faire devant un malade atteint de poliomyélite, en ayant bien à l'esprit la prophylaxie des troubles éventuels de la convalescence et la protection des individus qui sont dans l'entourage immédiat du malade.

Et d'abord, il faut s'entendre sur la classification des cas, car nous pouvons observer deux variétés de malades: les poliomyélitiques non-paralysés et les poliomyélitiques paralysés. Dans les deux cas, les malades auront, assez subitement, de l'hyperthermie, de la céphalée, de la raideur de la nuque puis de la raideur de toute la colonne vertébrale, des alternatives d'irritabilité et de somnolence, de la rachialgie, de la raideur des articulations, de la constipation, des vomissements, un peu d'angine, du sub-délire ou du délire franc, du tremblement, et *toujours*, une augmentation assez importante de la lymphocytose rachidienne. Les auteurs américains ont fixé à 10 lymphocytes par mm.c. le chiffre limite de la maladie dite abortive. Si les choses en demeurent à ce stade et que tout rentre dans l'ordre dans 10 à 15 jours, le malade a fait une poliomyélite *non-paralytique*. Si maintenant le tableau précité s'enrichit de paralysies flasques avec abolition des réflexes tendineux au niveau des membres paralysés, le malade fait de la poliomyélite *paralytique*.

En pratique, la forme non-paralytique est avant tout diagnostiquée par l'hyperlymphocytose rachidienne, mais dans les cas où une ponction lombaire ne peut être pratiquée, la présence de signes indiquant la souffrance du système nerveux central établit le diagnostic. Ces signes, pour la majorité des auteurs, sont la raideur vertébrale et la raideur de la nuque. Avec l'hyperthermie et la céphalée, ce sont, du reste, les signes les plus précoces et les plus fréquents de la maladie. Un bon moyen de mettre la raideur vertébrale en évidence consiste à inviter le petit malade à toucher ses genoux avec son menton; cette manœuvre est impossible lorsque la colonne est raidie et douloureuse.

Le diagnostic de poliomyélite étant posé, il faudra que le malade soit laissé au repos absolu et il sera préférable qu'il demeure à la maison, si les parents peuvent en prendre soin convenablement. On enverra à l'hôpital les cas dont le milieu familial est vraiment mauvais. La maladie sera déclarée sans tarder et la maison sera mise en quarantaine. Toutes les personnes qui viendront au contact du malade devront antiseptiser leur naso-pharynx et se laver les mains soigneusement, car il est admis que le naso-pharynx constitue la porte d'entrée à peu près certaine du virus. Il semble que je dise des banalités, mais c'est précisément l'observance de ces menus détails qui empêche la dissémination de la contagion et restreint l'importance des épidémies. J'insiste à dessein sur l'importance de surveiller non seulement le malade, mais encore son entourage, puisque la toux, l'éternuement et la simple conversation de ces personnes sont autant de circonstances qui peuvent contribuer à véhiculer le virus.

Que la poliomyélite soit non-paralytique ou paralytique, on prescrira le repos absolu au lit, et il faudra, si le malade est paralysé, enseigner aux parents ou aux aides les moyens de réaliser la position neutre des membres paralysés, c'est-à-dire, la position de ces membres dans un état intermédiaire entre la flexion et l'extension, entre l'adduction et l'abduction. Cette notion bien appliquée évitera souvent des difformités importantes.

Que penser maintenant de l'emploi du sérum de convalescents? Ici l'opinion médicale est fort partagée. L'expérience célèbre de Park en 1931 semble démontrer son inefficacité. Au cours de l'épidémie ontarienne de l'an dernier, 1900 malades reçurent entre 20 et 50 c.c. de sérum de convalescents soit en injection intramusculaire, soit en injection intraveineuse soit par l'une et l'autre voie. Les résultats obtenus ne permettent pas d'établir des conclusions évidentes en faveur du sérum. Le Dr Martin de l'Institut Pasteur de Paris me communiquait tout récemment qu'il attendait encore

la démonstration manifeste de son efficacité; par contre, il semble accorder une certaine faveur au sérum antipoliomyélitique de cheval préparé par Pettit, à condition que celui-ci soit administré à la phase initiale de la maladie, mais cette opinion n'est pas partagée par tous les auteurs. En somme, le sérum n'a pas fait la preuve de son efficacité indubitable. S'il doit être administré au cours d'une prochaine épidémie, il faudra en limiter l'emploi aux cas authentiques et à la période initiale.

Lorsque le diagnostic de poliomyélite aura été prononcé, le malade et son entourage seront isolés pendant au moins 3 semaines.

Au cas d'épidémie le « slogan » qui contribuera le mieux à éviter les contacts pourra s'exprimer par le court conseil suivant: *Gardez votre enfant chez vous.*

Un autre fait qui mérite d'attirer l'attention provient de l'observation d'une fréquence plus grande des décès, des paralysies et de la forme bulbaire de la maladie chez les enfants qui ont été amygdalectomisés et le pourcentage est d'autant plus élevé que les amygdales ont été enlevées plus récemment. Ces constatations viennent encore appuyer nos raisons de croire que le naso-pharynx est le carrefour qu'il faut protéger.

Afin de bloquer une partie de la surface naso-pharyngée, on a imaginé un procédé qui consiste à recouvrir l'aire olfactive d'une solution de sulfate de zinc à 1% soit par vaporisation, soit en laissant séjourner au niveau des bulbes olfactifs pendant une minute, ½ c.c. de la solution placée goutte à goutte dans chaque narine du sujet dont la tête est complètement renversée.

Cette précaution fut appliquée à 5,492 enfants de l'Ontario qui furent ainsi soumis aux vaporisations de sulfate de zinc à 1%, mais l'expérience s'avéra non concluante.

Depuis l'an dernier, les auteurs américains prétendent que la vaporisation est insuffisante et qu'il faut lui substituer le contact plus précis réalisé par l'instillation goutte à goutte. En somme, il s'agit de mesures prophylactiques qui sont encore au stade expérimental.

Je voudrais pouvoir vous dire qu'il existe un vaccin efficace, mais les essais récents ont abouti à de tragiques échecs. Pas plus que la sérothérapie, la vaccinothérapie n'est au point. Il nous reste les mesures prophylactiques apparemment banales dont je vous ai parlé, mais c'est sur leur application rigide que nous devons compter pour réduire les proportions d'une épidémie. C'est en les appliquant sérieusement que nous réussirons peut-être à empêcher qu'il y ait une épidémie.

TRAITEMENT PRÉCOCE DE LA POLIOMYÉLITE [1]

Par **J.-Henri CHARBONNEAU,**
Directeur médical, hôpital Pasteur.

Peu de maladies ont suscité autant de controverse au point de vue de leur traitement que la poliomyélite antérieure aiguë. Ceci est dû évidemment au fait qu'il n'existe malheureusement pas un seul traitement qui soit véritablement spécifique de la maladie et qui puisse prévenir à coup sûr les localisations même à la période préparalytique. Je me sens, dans de telles circonstances, en très mauvaise posture pour reviser le traitement précoce de la poliomyélite, et je me contenterai de résumer les opinions de divers auteurs en divisant le traitement sous les aspects suivants:

1° Soins généraux.

2° Sérothérapie ou plutôt traitement biologique.

3° Autres méthodes de traitement.

4° Le respirateur et le traitement de la forme bulbaire.

5° Isolement.

1° **Les soins généraux** sont certainement la partie la plus importante du traitement, et c'est probablement le seul point sur lequel tout le monde est d'accord. Tous les auteurs insis-

1. Communication faite à *La Société Médicale de Montréal*, séance du 7 juin 1938.

tent en effet sur le repos absolument complet de ces malades, et plusieurs vont presque à dire que par cette méthode on prévient nombre de localisations. Dans un éditorial récent, le J.A.M.A. va même jusqu'à dire que si le transport doit être trop long et trop fatiguant il vaut mieux traiter ces malades à domicile. Toutefois nous croyons que dans la majorité des cas l'on doive recommander l'hospitalisation, étant donné qu'il y a bien peu de familles où l'on puisse réaliser la tranquillité et l'immobilisation nécessaire. Nous savons tous que l'enfant est éminemment plus docile à l'hôpital que chez lui. De même l'entourage y est beaucoup moins nerveux, et tous les soins que requiert le malade y sont beaucoup plus faciles à donner sans le remuer. Partant de ce principe, le transport devra être fait autant que possible par ambulance et les ambulanciers devront prendre des précautions inouïes de façon à n'être pas responsables des dégâts qui pourraient survenir. Si le repos est absolument essentiel, l'immobilisation en bonne position ne l'est pas moins, et elle doit être aussi précoce que possible. Lange, Hammon et Kreuze qui sont sûrement ceux qui sont allés le plus loin dans cet ordre d'idées vont même jusqu'à recommander une immobilisation de tout le corps dans un appareil plâtré, en position couchée, comme si le malade était debout. Sans aller aussi loin qu'eux, disons qu'il est d'extrême importance que l'orthopédiste soit consulté le plus tôt possible, de façon que soit bien observé un des facteurs les plus importants, i.e. le soin méticuleux à conserver la fonction musculaire et à éviter la surextension et les contractures. Il est beaucoup plus facile et plus sage d'éviter les contractures que d'avoir à les réduire par la suite, ce qu'il faut faire avec précaution et avec de la chaleur (bains chauds, etc.) pour éviter d'incommoder le malade. De nombreux moyens peuvent être employés à partir des sacs de sable jusqu'au plâtre, mais il faut éviter avec soin les bandages ou toute cause qui pourrait amener des troubles de la circulation. On diminuera la douleur par le cerceau, des sédatifs, des applications chaudes ou l'immersion du membre malade dans un bain tiède. Dans les formes algides, l'infirmière devra déranger son malade le moins possible. Qui ne se rappelle ces pauvres malades qui crient de douleur par le seul fait de voir quelqu'un approcher de leur lit. On ne devra faire aucun massage ni manipulation durant la période algide. Le cathétérisme vésical doit être évité même dans les paralysies marquées, la vessie finissant presque toujours par se vider. L'intestin doit être évacué par tous les moyens possibles et surtout par un régime riche en fruits. Ceci paraît prendre encore plus d'importance à la lumière des expériences de Toomey relativement à l'action des poisons de l'intestin chez le singe inoculé.

2° **La sérothérapie et les traitements biologiques** sont certainement les moyens qui ont donné lieu à la plus grande controverse.

Le sérum de convalescent, le sérum d'anciens malades, le sérum d'adulte sain, de même que le sang total de convalescent, d'adulte ou des parents ont donné lieu à de nombreux rapports. On peut dire d'une façon générale en revisant la littérature: en Europe, sauf en Allemagne, le sentiment général est plutôt favorable à la sérothérapie précoce, tandis qu'en Amérique on est très pessimiste sur son efficacité. De même le mode d'administration a fait l'objet de plus d'une controverse. Pour Landon, Davison, Root et nombre d'autres le sérum n'a aucune valeur, ni dans la période paralytique ni dans la période préparalytique. Pour Neal, et c'est là, je crois, le plus fort argument contre la sérothérapie, elle n'aurait aucun avantage, à la lumière des expériences de Kramer qui a démontré que chez les singes, les lésions existent au niveau des cornes antérieures de la moelle avant les symptômes cliniques. Il borne son traitement aux ponctions lombaires, au repos absolu et aux précautions orthopédiques. Au Danemark, au cours de la même épidémie (1933), deux rapporteurs arrivent l'un à la conclusion qu'il est inefficace, tandis que l'autre est formellement enthousiaste. Ce dernier, Jensen, publie une statistique de 4000 cas. Chez les malades qui ont reçu le sérum dans les premiers jours de

l'infection, il eut 5.4% de paralysés, tandis que chez les malades ayant reçu le sérum le 3e jour ou après il en eut 17.6%. En Allemagne, pour une même épidémie, May ne croit pas à l'efficacité réelle du sérum ni d'aucune autre méthode de traitement d'ailleurs. Au contraire Schlossberger et Link croient que le sérum est très utile dans la période préparalytique. Aux Etats-Unis encore, Hawser et Bower, après l'épidémie de Los Angeles, croient que le sérum de convalescents I. V. et I. M. avait « a définite value » dans la période préparalytique. Barnett et Lyon, après l'épidémie de Washington, ont gardé leur confiance au sérum.

En France, de nombreux auteurs ont gardé leur confiance au sérum, d'autres sont d'avis contraire. La littérature est ainsi remplie d'opinions disparates, et cela devient un fouillis inextricable. Il y a cependant en tout ceci des statistiques qui n'ont aucune valeur. Ainsi certains rapporteurs constatent que les séquelles paralytiques ont été plus nombreuses chez les malades traités avec le sérum que chez les malades traités sans sérum; mais sans spécifier si le sérum avait été administré avant l'apparition de la paralysie ou non. Le sérum de Pettit peut être, et comme question de fait il l'a été, peut être dis-je l'objet des mêmes critiques que le sérum de convalescents. Son créateur en est naturellement très enthousiaste, et il rapporte dans son livre une excellente statistique, et une foule d'observations qui à la lecture paraissent très concluantes. Le sérum de Rosenow, lequel est fait par inoculation d'une souche de strepto au cheval, a donné des résultats aux uns sans se répéter chez les autres.

En résumé que faut-il penser de la sérothérapie? *Il est incontestable* que le sérum de convalescent et certains sérums d'adultes ont montré d'une façon absolue un pouvoir antitoxique vis-à-vis le virus. Il est encore avéré que même les plus enthousiastes détracteurs de la méthode l'ont employé pour la plupart. De plus le public connaît la sérothérapie, souvent même dans un état d'esprit facile à comprendre et il la réclame. Nous croyons donc que nous devons employer cette thérapeutique même dans le chaos d'incertitude où nous sommes placés. S'il avait fallu abandonner le sérum antiscarlatineux à cause des nombreuses publications qui dès le début ont tenté de prouver son inefficacité, nous nous serions privés d'une méthode thérapeutique qui a pourtant sauvé de nombreux malades. Il y avait ici en plus, l'école du virus et l'école dualiste qui avaient des arguments très brillants à l'encontre de la sérothérapie.

La voie d'administration a aussi fait l'objet de nombreuses controverses. Les uns opinent pour la voie intra-rachidienne, d'autres pour la voie I.V. et I.M. Nous croyons que la voie intra-rachidienne est une arme à deux tranchants à cause de la possibilité d'augmenter les œdèmes locaux, fait qui s'est très fréquemment produit. De toute façon il faudra avoir la précaution d'enlever une quantité au moins égale de l.c.r. avant l'injection de sérum ou y ajouter de l'épinéphrine. La voie I.V. ou I.M. nous paraît donc préférable.

La dose à employer varie pour les auteurs de 25 à 100 c.c. en se basant sur la chute de la température. Certains rapporteurs australiens ont même été jusqu'à 250 c.c., probablement sans plus de résultats. Répétons ici que le seul temps où le sérum peut être utile, est dans la période préparalytique ou lorsque la température se maintient ou encore dans les formes ascendantes. Lorsque les paralysies sont installées, il ne saurait être d'aucune utilité. Personnellement à la suite de quelque 200 cas que nous avons traités en 1931, nous croyons que plusieurs de nos malades ont bénéficié de ce traitement.

3° Passons maintenant aux **autres méthodes de traitement.** Parmi celles-ci mentionnons les ponctions lombaires répétées avec ou sans injection de sérum salé hypotonique. L'administration de sérum glucosé hypotonique, de sulfate de magnésie pour réduire la pression intra-cranienne et intra-rachidienne, la pyrétothérapie, le salicylate de soude I.V. etc. Les ponctions lombaires répétées ont des avocats et des adversaires.

Enfin le traitement préconisé par Bordier, la radiothérapie profonde de la moelle avec

la diathermie. Cette méthode qui a de nombreux enthousiastes en Europe a aussi ses adversaires même en France. Hadrinka, Bordier, Rohmer (au moins en 1931, je ne sais s'il a modifié son opinion depuis) ont confiance d'aider considérablement à la guérison. La méthode est basée sur la diminution de l'œdème et de la congestion au niveau des cornes antérieures par l'irradiation, de même que sur la destruction du tissu de sclérose de néo-formation autour des cellules nerveuses non encore détruites. A la suite de l'épidémie de 1931 à Montréal, le Dr Laquerrière a publié ses résultats et trouve qu'il est extrêmement délicat de tirer une conclusion nette. Cependant il a observé comme nous-mêmes des résultats manifestes dans plusieurs cas dans les quelques heures ou quelques jours qui ont suivi le traitement. Les auteurs anglais, américains et allemands paraissent avoir peu expérimenté cette méthode. Cependant l'« American Council of Physical Therapy » conclut, dans un article reproduit dans le J.A.M.A., que l'électricité n'a pas sa place dans le traitement de la polio.

4° **Le respirateur.** Dans les paralysies de la respiration, que ce soit une forme bulbaire ou une paralysie des muscles, il y a urgence de faire respirer le malade. « Le pulmo-respirateur » a pour but de suppléer à l'insuffisance de la respiration par l'expansion et la compression de la cage thoracique. Les malades qui peuvent bénéficier d'un séjour dans le poumon d'acier doivent être choisis avec beaucoup de discernement. Dans des statistiques publiées après l'épidémie de N. Y., Landon d'une part et Brahdy de l'autre arrivent à la conclusion que les paralysés du bulbe guérissent plus facilement en dehors du P. R. que ceux qui y sont installés. En effet tous les cas de paralysie bulbaire qui y ont été installés sont morts, et ils arrivent à la conclusion que dans ces cas il fait plus de tort que de bien. Ils préfèrent alors élever le pied du lit, aspirer les sécrétions, calmer le malade, nourrir par gavage, administrer de l'oxygène et du gaz carbonique contre la cyanose.

Le succès du respirateur est meilleur dans les cas de paralysie des muscles de la respiration. Le grand danger est l'empysème pulmonaire, lequel est beaucoup moins à craindre avec un appareil fournissant alternativement une compression du thorax à la suite de la décompression. Brahdy rapporte 12 cas de forme bulbaire traités dans le respirateur qui sont tous morts en traitement, ainsi que 51 cas de paralysie des muscles de la respiration. Sur ces 51 cas, 24 sont morts en traitement;

27 { 13 morts de 19 jours à 2 ans
14 vivants { 7 au lit
7 debout { 5 Paralysés
2 N. Paralysés.

Il faut donc conclure que, d'après les expériences de ces auteurs, il est inutile d'immobiliser les respirateurs pour les cas de forme bulbaire, (au contraire cette thérapie leur serait fatale) et garder les appareils libres pour les autres formes. Il faudra donc s'assurer d'un bon diagnostic afin de ne pas perdre des heures inutiles.

5° *Enfin* quelques mots seulement sur **l'isolement** de malades au cours de leur traitement. Nous ne voudrions pas empiéter sur le domaine de la prophylaxie et cependant qu'il nous soit permis d'attirer l'attention sur la morbidité très élevée constatée chez les médecins et les g.m. aux Etats-Unis et particulièrement au cours de l'épidémie de Los Angeles. Landon et autres recommandent le port du masque, le brossage des mains, les pulvérisations nasales d'alun ou de sulfate de zinc (expérimentées depuis en instillations). Pour nous, nous croyons qu'une solide technique d'isolement sans port de masque (sauf auprès de certains malades indociles) est susceptible de protéger le personnel contre cette maladie, comme elle le protège efficacement contre les autres.

Conclusions

Que devons-nous conclure de tout ceci?

1° Les soins généraux sur lesquels tout le monde est d'accord doivent être appliqués le plus vite possible, et ici rappelons-nous l'importance de l'immobilisation et de la tranquil-

lité absolue, de même que l'importance de la prévention orthopédique.

2° Nous croyons devoir faire de la sérothérapie qui rassure les parents et qui est peut-être utile dans la période fébrile préparalytique. Nous croyons également devoir appliquer le traitement de Bordier jusqu'à ce qu'il soit démontré qu'il est efficace.

BIBLIOGRAPHIE

LANDON, J. Fitch: *J. of Pediatry*, juillet 1934.

KADRNKA: *Arch. Elec. Med.*, mai 1933.

KRAUSE: *Jour. Med. Munich*, nov. 1933.

TOROK: *Med. Klin.*, août 1934.

CRONE: *New Eng. J. Med.*, juillet 1935.

TOOMEY: *J. A. Ch. Dis.*, mai 1937.

DAVISON: *J. A. Chil. Dis.*, nov., 1936.

LANDON, J. F. & SMITH, L. W., MacMillan Co. N. Y., 1934.

GAY, C. H.: *South Med. & Surg.*, août 1936.

LARVENBERG: *Arch. Ped.*, nov., 1935.

CANADIAN HOSPITAL: juin 1938.

NEAL, N. J. Ste.: *J. Med.*, août 1935.

GREGORY: *R. I. M. J.*, août 1936.

SCHLOSSBERGER & LINK: *Paidoterapia*, mars 1936.

McNAMARA: *Australia Med. J.*, sept. 1935.

BRAHDY, N. Y.: *S. J. M.*, mai 1938.

PETTIT, *Sérum A. P. d'origine animale*, 1936.

Urémie *

Le progrès de nos connaissances sur la chimie humorale et le métabolisme a permis de réaliser des thérapeutiques plus efficaces de l'urémie.

G. de Flora, soutenant que l'urémie n'est pas seulement due à l'insuffisance rénale, mais constitue la résultante de lésions fonctionnelles et anatomiques de nombreux organes, insiste sur la valeur du traitement extrarénal. (*La Riforma medica*, 28 août 1937.) Il invoque pour justifier cette théorie l'existence de graves troubles fonctionnels du foie dans l'urémie ainsi que la facilité et la rapidité avec lesquelles des lésions importantes de néphrite chronique peuvent être améliorées par un traitement bien conduit. Il attache d'autre part une grande importance à l'action de l'hormone cortico-surrénale sur les vaccinations du métabolisme, action que ses recherches expérimentales lui ont montrée être particulièrement nette sur le métabolisme du glycogène. Se basant sur ces diverses considérations, il a mis au point un traitement de l'urémie qui est le suivant.

Régime achloruré ou hypochloruré, suivant la tendance du malade aux œdèmes, minime apport de protéines, hydrocarbones en forte quantité, un gramme de graisse par kilo de poids du corps, beaucoup de fruits et de légumes verts.

Le traitement en lui-même consiste en une injection de 4 c.c. d'hormone cortico-surrénale, suivie une demi-heure après de l'injection sous-cutanée de 250 cmc. d'une solution de glucose à 80 o/oo. Quand il existe des œdèmes importants on la remplace par l'injection intraveineuse de 30 cmc. d'une solution de glucose à 30 o/o.

Ce traitement est continué pendant 5 jours, puis suivi de deux jours de repos et repris à nouveau.

L'auteur rapporte un certain nombre d'observations favorables. Il s'agissait presque toujours de néphrite chronique déjà ancienne avec albuminurie, hypertension élevée et gros cœur gauche, azotémie importante, atteignant 1 gramme ou dépassant ce taux. Dans tous les cas, on constata une diminution d'environ la moitié du taux de l'urée, une amélioration de la réserve alcaline, un retour à la normale du taux des chlorures et surtout une amélioration importante des symptômes fonctionnels de l'urémie: cessation des vomissements, des crampes musculaires, de la céphalée et du prurit.

L'auteur discute quelques-unes des objections qu'on peut faire à sa méthode. On peut d'abord invoquer les améliorations passagères et spontanées qui s'observent parfois dans le cours des néphrites chroniques. Mais le nombre de succès obtenu est trop élevé pour être rapporté à une simple coïncidence. D'ailleurs, on ne peut admettre l'apparition spontanée d'améliorations aussi importantes et aussi durables dans le cours d'une néphrite chronique.

On a aussi discuté la valeur des injections sucrées qui n'agiraient que fort peu sur l'urémie. Mais dans plusieurs cas cliniques, alors que l'hormone surrénale s'était montrée à elle seule peu efficace, l'adjonction d'une solution glucosée a permis d'améliorer considérablement l'état des malades.

De Flora insiste en terminant sur la nécessité d'appliquer ce traitement d'une manière aussi précoce que possible et par conséquent sur l'intérêt primordial qu'il y a à dépister la néphrite chronique urémigène dès ses premiers symptômes. Sans avoir la prétention d'enrayer l'évolution fatale de cette maladie, on peut en retarder l'évolution dans des proportions extrêmement importantes et améliorer quelques-uns de ses symptômes les plus pénibles.

A. RAVINA.

---

* *L'Année Thérapeutique* (Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1937).

MÉDECINE SOCIALE

CONTRÔLE SANITAIRE DU LAIT À MONTRÉAL

Par **A. BOLDUC,**
Médecin-chef des Laboratoires, Service de Santé de la Cité de Montréal.

La métropole du Canada, avec sa population de plus d'un million d'habitants, consomme journellement environ soixante-dix mille gallons impériaux de lait.

Ce lait provient de quatre mille cinq cents fournisseurs ou producteurs et est livré à la consommation par soixante-sept laitiers (raisons sociales ou particulières).

Trente-deux de ces laitiers vendent leur produit à l'état nature, sous forme de lait spécial et de lait certifié (2,500 gallons); les trente-cinq autres en font la pasteurisation (67,500 gallons).

Tous les fournisseurs habitent dans une zone ne s'étendant pas au delà de cent milles.

Comme chacun le sait, le rôle des services d'hygiène est de sauvegarder la santé publique et ceci comprend la santé de l'individu aussi bien que celle de toute la communauté. Il leur incombe donc de ne pas laisser circuler un lait pouvant être préjudiciable à qui que ce soit, fût-ce l'individu le plus faible de la collectivité.

Depuis 1925, la vente du lait dans notre Cité est régie par un règlement spécial connu sous le nom de Règlement nº 891. Ce règlement comporte 164 articles et sa mise à exécution exige un personnel assez considérable.

D'après ce règlement, tout lait destiné à la consommation locale doit provenir de vaches convenablement nourries et entretenues, ayant subi l'épreuve à la tuberculine, à l'exclusion de celui obtenu pendant les trente jours qui précèdent, et les dix jours qui suivent le vêlage; il doit contenir au moins trois et un quart (3.25) pour cent de matières grasses du lait et soixante-huit centièmes (.68) de 1 pour cent de sels. Le total des matières solides du lait autres que les matières grasses (extrait sec dégraissé) doit être d'au moins huit et demie (8.5) pour cent. Il ne doit pas contenir une proportion d'eau supérieure à quatre-vingt-huit et vingt-cinq centièmes (88.25) pour cent, et sa densité ne doit pas être inférieure à 1.029 ni supérieure à 1.033. Il ne doit contenir ni préservatif, ni antiseptique, ni aucune substance étrangère ni bactéries pathogènes; il ne doit présenter aucun caractère physique anormal, tel qu'amertume, viscosité, couleur rouge, jaune ou bleue. Son odeur et sa saveur ne doivent révéler aucune souillure. A son arrivée à Montréal, il ne doit pas être plus vieux que quarante-huit heures (36 sur semaine) et son degré d'acidité ne doit pas être supérieur à vingt et un centièmes (.21) de 1 pour cent ou inférieur à seize centièmes (.16) de 1 pour cent. Il doit avoir été refroidi et conservé à 45° Fahrenheit, et, du premier mai au premier octobre, ne doit pas séjourner plus de trente minutes sur les quais ou les débarcadères de chemin de fer.

Le Service de Santé a rencontré bien des difficultés, lorsqu'il s'est agi de faire accepter le règlement actuel du lait.

A l'origine, celui-ci avait pour objectif de rendre obligatoire la pasteurisation de tout le lait vendu à Montréal. Mais, devant les protestations des nombreux intéressés, il fallut faire des concessions et se résoudre à tolérer le lait spécial et le lait certifié.

Tel qu'exercé présentement, le contrôle sanitaire du lait dans notre Cité n'est rien autre chose que l'application pratique du Règlement nº 891.

Voyons sommairement ce que fait le Service de Santé pour fournir à la population de Montréal, tous les jours de l'année, un lait

sain sous tous rapports. Nous passerons successivement en revue:

1° le travail de la Division de l'Inspection des Aliments;

2° la contribution du laboratoire;

3° les moyens pris pour prévenir les différentes maladies transmissibles par le lait.

Toutefois, avant d'entrer dans les détails de nos opérations, permettez-moi d'exposer certaines données théoriques concernant le lait. Cette digression nous fera mieux comprendre que le contrôle sur cet aliment n'est pas sans utilité.

Sans être, comme l'eau, une nécessité de la vie humaine, le lait n'en constitue pas moins un aliment de première importance pour un grand nombre d'humains. C'est la nourriture presque exclusive des jeunes enfants et il entre pour une large part dans le régime diététique des adultes malades, convalescents et débilités: il renferme, en effet, dans les proportions voulues, tous les éléments nécessaires pour répondre aux besoins physiologiques de ces organismes frêles et délicats, et dont les fonctions digestives exigent certains ménagements.

Le lait est l'unique aliment préparé par la nature pour l'alimentation du jeune de l'espèce. Comme tel, il contient tous les éléments nécessaires à la vie et c'est avec raison qu'on le considère comme l'aliment se rapprochant le plus de la perfection.

Une pinte de lait renferme, outre de 85 à 90 pour cent d'eau, de 1 à 1½ once de graisse finement émulsionnée, environ 1½ once de matières protéiques et près de 2 onces de sucre de lait; à ces éléments s'ajoutent des ferments, des sels (chlorures, citrates, phosphates de calcium, de sodium et de potassium), une certaine quantité des diverses vitamines. Comme source d'énergie, une pinte de lait dégage environ 800 calories.

Les matières solides du lait représentent 13 pour cent de son poids: c'est là une quantité supérieure à celle que l'on trouve dans bon nombre de fruits et de légumes.

Pour le jeune enfant qui a besoin de chaux dans l'élaboration de son système osseux, le lait constitue un aliment excellent. C'est aussi lui qui fournit, aux meilleures conditions, les protéines nécessaires à son développement musculaire. A ceci ajoutons que, comme aliment, le lait est probablement le plus digestible qui soit; Crumbine et Tobey fixent son coefficient de digestibilité entre 97 et 98 pour cent.

« Le lait, dit Gaston Lyon dans sa « *Clinique Thérapeutique* », est l'aliment qui introduit dans l'organisme le moins de substances toxiques; grâce au régime lacté, on supprime donc déjà en grande partie l'intoxication de cause alimentaire.

« Quant aux toxines formées dans l'organisme, aux dépens des éléments cellulaires, le régime lacté en réduit la proportion et facilite l'élimination en raison de son action éminemment diurétique. »

Malheureusement, à côté de ces précieuses qualités, le lait présente certains inconvénients. C'est un liquide de conservation difficile; il prend toutes les odeurs émanées par les objets environnants; laissé à lui-même, il s'altère très facilement par l'effet de la température ou même par le simple séjour prolongé dans un récipient.

D'autre part, le lait étant un aliment vendu à la mesure, il arrive par-ci par-là que des commerçants peu scrupuleux le falsifient, soit en y ajoutant de l'eau (pour en augmenter la quantité), soit en l'écrémant partiellement (pour réaliser un bénéfice sur la matière grasse ainsi soustraite), soit en y incorporant des substances chimiques, telles que formol ou carbonate de soude, pour le conserver frais plus longtemps.

Le lait présente un autre désavantage. Renfermant tous les éléments nécessaires à la vie et à la multiplication des microbes, il constitue pour ceux-ci un excellent milieu de culture. De plus, du fait des manipulations nombreuses qu'il subit du moment de la traite au moment de la livraison au consommateur, il est bien exposé à être contaminé. S'il arrive, donc, que des germes pathogènes y soient déposés, le lait ne tarde pas à devenir dangereux, surtout si les conditions de température

sont favorables ou si la contamination a été tant soit peu massive. C'est un fait connu de tous les hygiénistes que le lait vendu à l'état nature (c'est-à-dire non pasteurisé ou non stérilisé) constitue l'un des principaux véhicules de contagion pour la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, les oreillons, l'angine septique, la typhoïde et la tuberculose.

Après cet exposé un peu élaboré, mais que je croyais utile, voyons maintenant ce que fait le Service de Santé de Montréal pour la production et la distribution d'un lait de bonne qualité au point de vue sanitaire.

1o Contrôle exercé par les inspecteurs laitiers

Parmi les employés de la Division de l'Inspection des Aliments, vingt-six sont affectés exclusivement au lait.

Ils sont divisés en deux groupes:

a) le groupe de l'inspection générale qui comprend un surveillant, dix inspecteurs ruraux et sept inspecteurs locaux;

b) le groupe des inspecteurs de la pasteurisation qui comprend un surveillant et sept inspecteurs locaux. En vue d'une plus grande compétence dans leur travail, ces fonctionnaires, durant toute l'année 1928, suivirent des cours spéciaux de chimie et de bactériologie du lait, le tout accompagné de démonstrations pratiques au laboratoire et dans les divers établissements laitiers.

Les inspecteurs ruraux, médecins-vétérinaires pour la plupart, visitent les fermes et voient à ce que tout y soit conforme au règlement. Une inspection complète est faite tous les ans chez tous les fournisseurs, à la suite de laquelle une fiche est rédigée par l'inspecteur et remise au fournisseur.

Cette inspection porte sur de nombreux item dont les principaux sont: état de santé et de propreté des vaches, vérification de la tuberculination, qualité de la nourriture et de l'eau; situation, ventilation, éclairage, propreté de l'étable; état de la cour, moyens pris pour disposer des excréments; propreté pendant la traite; qualité des récipients; moyens pris pour les laver et les stériliser; propreté de la chambre à lait; qualité de l'eau et de la glace; moyens pris pour refroidir le lait après la traite; moyens pris pour le conserver froid jusqu'au moment de la livraison au marchand. Un total de cent points est alloué à ces divers item, et le nombre de points mérités par chacun est inscrit sur sa fiche.

Seuls les fournisseurs ayant obtenu 80 points et plus peuvent faire le commerce du lait spécial; tous les autres doivent envoyer leur produit aux usines de pasteurisation. Lorsqu'un inspecteur constate de la malpropreté, le total des points ne dépasse point 49 et le fournisseur en faute doit effectuer immédiatement les améliorations jugées nécessaires, sinon, il est exclu du marché.

Les inspecteurs ruraux visitent plusieurs fois par année les établissements sous leur surveillance; ils y prodiguent conseils et encouragements, agissant par persuasion plutôt que par menaces. Quand les circonstances l'exigent, ils prélèvent des échantillons pour analyses (lait, eau potable, eau servant à la fabrication de la glace, etc.).

Quant aux inspecteurs de la ville, ils surveillent l'arrivée du lait aux gares et aux quais, ils voient si la propreté du produit, son degré d'acidité et sa température sont en tous points conformes au règlement.

Chacun est muni d'un nécessaire spécial qui lui permet de faire sur place les essais voulus.

Lorsqu'un lait laisse à désirer, il est retourné à son lieu d'origine, avec une étiquette, apposée sur les contenants, expliquant pourquoi le produit a été refusé. Dans le cas de lait sale, un colorant inoffensif y est ajouté avant de le retourner au fournisseur.

Le groupe des inspecteurs locaux visite également les crémeries, les épiceries, pour s'assurer que le lait y est bien conservé, qu'il ne subit aucun contact pouvant en altérer le goût et l'odeur, qu'il n'est l'objet d'aucun transvasement, ni d'aucune manœuvre frauduleuse. Quand ils le jugent opportun, ils prélèvent des échantillons pour analyse bactériologique ou chimique.

Les inspecteurs de la pasteurisation sont préposés à la surveillance des usines de pas-

teurisation, ainsi que des établissements d'embouteillage de lait spécial et de lait certifié.

Dans les usines de pasteurisation, ils voient à ce que le lait soit chauffé à la température requise et pour le temps nécessaire, qu'il soit refroidi à la température et dans le temps voulus, qu'il soit ensuite déposé dans les contenants le plus tôt possible, et enfin, gardé au froid jusqu'à la livraison.

Ils s'assurent que les différents appareils sont en bon état de fonctionnement, y compris les thermomètres. Ils voient aussi à ce que les bidons et bouteilles soient lavés et stérilisés convenablement.

Dans les établissements de lait spécial, ils contrôlent le fonctionnement, le lavage et la stérilisation des trayeuses mécaniques, des réfrigérateurs, des embouteilleuses et des récipients. Ils s'assurent que la traite se fait dans de bonnes conditions hygiéniques, que le lait est refroidi et embouteillé convenablement, qu'il est conservé au froid jusqu'à la livraison.

Au cours de leur travail, les inspecteurs de la pasteurisation prélèvent de nombreux échantillons pour analyses bactériologiques.

2o Travail du laboratoire en rapport avec le contrôle du lait.

Le laboratoire du Service de Santé exerce un double contrôle sur le lait: un contrôle chimique et un contrôle bactériologique.

La chimie nous permet de déceler les principales falsifications: écrémage, mouillage, addition de préservatifs ou de substances étrangères.

L'analyse chimique routinière comporte pour chaque échantillon: détermination du pourcentage de matières grasses, d'après le procédé Babcock, détermination de la densité, recherche des préservatifs le plus fréquemment utilisés (formol, carbonates). Lorsque le chiffre de la matière grasse est trop bas, lorsque la densité est anormale, nous procédons à une analyse complète (matières grasses, matières solides, extrait sec dégraissé, pourcentage d'eau). Si cette analyse révèle écrémage ou mouillage, rapport est fait à la division de l'Inspection des Aliments, qui voit à traduire le ou les coupables devant la Cour des Recorders. Il en est de même lorsque nous constatons présence de préservatifs ou de substances étrangères.

Le contrôle bactériologique a pour objet principal la vérification des points suivants du Règlement du lait:

a) le lait ne doit pas contenir de bactéries pathogènes; il ne doit pas avoir été souillé par des mouches ou autres insectes, par des matières fécales ou par une autre substance quelconque;

b) le lait spécial ne doit pas contenir plus de cinquante mille (50,000) colonies par centimètre cube de juin à septembre, ni plus de vingt-cinq mille (25,000) colonies par centimètre cube d'octobre à mai inclusivement; il ne doit avoir été ni pasteurisé, ni stérilisé;

c) le lait pasteurisé ne doit pas contenir, au moment de la livraison au consommateur, plus de cent mille (100,000) colonies par centimètre cube.

Notre travail de routine en bactériologie du lait comporte pour tous les échantillons soumis à l'analyse:

1° la numération du nombre global des colonies provenant d'un centimètre cube de lait qui se développent sur plaques de gélose après 48 heures d'incubation à 37° C.;

2° l'épreuve du coli-bacille (en bile lactosée au vert-brillant et incubation de 48 heures à 37° C.).

Tous les échantillons prélevés par les inspecteurs laitiers sont remis au laboratoire sous forme de numéros. Le personnel du laboratoire n'en connaît jamais la provenance; de la sorte, il ne peut y avoir d'entente avec les commerçants et les résultats d'analyses sont toujours impartiaux.

Au fur et à mesure que les analyses sont complétées, les résultats sont transmis à la division de l'Inspection des Aliments. Là, ils sont transcrits sur un registre « ad hoc » que le public peut consulter en tout temps.

Notre programme actuel d'analyses bactériologiques du lait comporte un minimum hebdomadaire de 160 échantillons, dont un au

moins de chacun des soixante-sept laitiers, prélevé au moment de la livraison au consommateur.

Lorsque les rapports d'analyses sont défavorables, les inspecteurs doivent trouver la cause du mal et y remédier. A cette fin, lors de leur visite subséquente dans les établissements, ils prennent des échantillons au cours des diverses opérations. Cette manière de procéder met en évidence le point défectueux, indiquant en même temps le remède à apporter.

Au cours de 1935, sur 2124 échantillons de lait pasteurisé, 20 seulement (0.9%) ont accusé plus de 100,000 colonies au c.c.

Sur ces mêmes 2124 échantillons, 1660 (78.2%) ont accusé moins de 10,000 colonies au c.c. En ce qui concerne le lait spécial et le lait certifié, 1857 échantillons sur 1945 (95.5%) se sont montrés conformes au règlement, c'est-à-dire ne contenant pas plus de 50,000 colonies au c.c. durant les mois d'été 25,000 durant la balance de l'année.

Au point de vue du coli-bacille, nous ne considérons comme lait de bonne qualité que celui qui ne fermente pas la lactose dans un centimètre cube. Dans le lait pasteurisé, il est aujourd'hui admis que la présence de cet organisme dans un c.c. est l'indice d'une pasteurisation défectueuse. Ceci peut être occasionné, soit par une température de chauffage trop basse (140° F. au lieu de 145° F.), soit par un temps de retenue trop court (25 minutes au lieu de 30), soit par des poches froides (écume à la surface du lait, parties de tuyaux où le lait n'est pas chauffé), soit enfin par une contamination subséquente au chauffage, par appareils et récipients non complètement stérilisés. Dans le lait spécial ou certifié, la présence de coli-bacille dans un c.c. indique généralement négligence ou malpropreté.

Durant l'année 1935, 1909 échantillons de lait pasteurisé sur 2124 (89.8%) n'ont pas révélé la présence de colibacille dans un c.c. Pour le lait spécial et le lait certifié, 1412 échantillons sur 1945 (72.6%) ont donné le même résultat.

3o Moyens pris pour prévenir les différentes maladies transmissibles par le lait.

Toutes les fois qu'un cas de maladie contagieuse se déclare dans la famille d'un fournisseur, dans son personnel ou chez ses animaux, le lait de cet établissement est exclu du marché jusqu'à ce que la cause du danger soit disparue. Il en est de même si l'eau est exposée à une contamination dangereuse.

A la ville, quand un cas de maladie communicable existe dans la famille d'un employé de laiterie, ce dernier est suspendu de son travail à moins qu'il n'aille demeurer en dehors de son foyer et qu'il reste sans communication aucune avec les siens tant que dure le danger de contagion. De plus, dans toutes les familles où il existe de la contagion, nous demandons aux gens de garder à domicile les bouteilles à lait et à crème. Ces bouteilles ne sont retournées au laitier que sur une autorisation écrite, émanant de la division des Maladies Contagieuses, après qu'elles ont subi une stérilisation convenable sous la surveillance d'un désinfecteur de cette division.

Pour enrayer les ravages causés par la tuberculose, nous exigeons la tuberculination de toutes les vaches dont le lait est destiné à Montréal. A l'heure actuelle, 100 pour cent de celles-ci ont subi l'épreuve à la tuberculine et toutes les bêtes à réaction positive ont été abattues.

Pour prévenir la propagation de la typhoïde par des « porteurs de germes », nous faisons systématiquement, depuis le début de 1928, la recherche de ces « porteurs » chez tous les employés des laiteries de Montréal en contact immédiat avec le lait. Une séance d'examens a lieu tous les mardis, à notre laboratoire, et les échantillons sont prélevés par les médecins attachés à celui-ci. Au delà de 5,000 employés ont à date subi l'examen et les « porteurs de germes » découverts ont dû suspendre tout travail en rapport avec les aliments. Outre cet examen spécial, les employés des laiteries subissent un examen médical bi-annuel (à la Division du Contrôle Médical). Tous doi-

vent avoir été vaccinés avec succès depuis moins de 7 ans.

Pour diminuer enfin les ravages causés par le streptocoque, les inspecteurs ruraux font, depuis 1935, la recherche de la mammite infectieuse dans les troupeaux. Les vaches trop gravement atteintes sont éliminées.

Mais de tous les moyens mis à notre disposition pour prévenir la transmission des maladies contagieuses par le lait, le plus efficace consiste en une pasteurisation bien faite. Grâce à ce traitement, tous les germes pathogènes se trouvant dans le lait sont détruits. De ce fait, le lait pasteurisé présente de meilleures garanties sanitaires que le lait certifié et le lait spécial, lesquels sont des laits vendus à l'état nature et par conséquent des véhicules toujours possibles de contagion.

En ce qui concerne Montréal, les résultats d'analyses, depuis 1928, indiquent qu'au point de vue bactériologique la qualité du lait spécial et du lait certifié est légèrement inférieure à celle du lait pasteurisé. Ce dernier, sans être parfait, est à l'heure présente aussi bon qu'on peut le désirer.

Je ne crois pas me tromper en vous disant que notre Cité, pour un approvisionnement en lait sain, n'a rien à envier aux autres grandes villes du monde, et nous avons raison d'être fiers du travail accompli par notre Service de Santé.

Action de l'ouabaïne administrée à hautes doses et par voie buccale, au cours de l'insuffisance ventriculaire gauche *

(Jean LUCQUIN — Thèse de Paris, 1938)

Pour obtenir avec l'ouabaïne, en l'administrant par voie buccale, une action comparable à celle du même produit injecté par voie veineuse, il faut utiliser de fortes doses, 35 à 40 fois plus élevées que par voie veineuse. Chez l'homme, on donnera de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 par jour. Encore, *per os*, l'action semble se produire avec un retard de 2 jours environ, ce qui contre-indique l'emploi de cette voie d'introduction dans les cas nécessitant une action rapide, en particulier dans l'œdème aigu du poumon.

Avec ces deux réserves et en utilisant une solution concentrée, l'ouabaïne en ingestion est indiquée comme l'ouabaïne par voie intraveineuse, spécialement dans l'insuffisance ventriculaire gauche, généralement dans toutes les insuffisances cardiaques s'accompagnant d'un rythme régulier et lent et dans tous les cas où la digitaline se trouve inefficace ou mal tolérée.

17 observations montrent l'action de l'ouabaïne par la bouche, lorsqu'elle est administrée à doses convenables, sur les troubles fonctionnels, et les symptômes objectifs. Les doses élevées préconisées sont parfaitement supportées. On n'a observé aucun accident grave. Les incidents d'ordre digestif sont dus à l'effet éméto-cathartique de la drogue et ne doivent pas être considérés comme un seuil de toxicité vraie.

En raison de sa prompte élimination, l'ouabaïne ne s'accumule pas dans l'organisme et peut être prescrite à la dose de 2 centigr. pendant longtemps.

* Robert Clément. *La Presse Médicale*, 13 avril 1938, p. 576.

A l'appendice d'un article paru dans le numéro de mai 1938, page 482, apparaissaient ces chiffres:

19		19
3.209		4.821
77	qu'on est prié de remplacer	77
2.4	par les suivants:	1.5
61.232		45.924
10.9		9.9
16.563		12.423

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la néphrite mercurielle *

Le traitement de la néphrite mercurielle a retenu l'attention de Justin-Besançon. Dans une revue générale récente, cet auteur indique la conduite à tenir au cours des différents stades de la maladie.

I. *Quand le mercure a été absorbé par voie digestive et que le toxique n'a pas encore eu le temps d'altérer le parenchyme rénal,* il faut d'extrême urgence s'efforcer d'évacuer et d'insolubiliser le sel de mercure se trouvant encore dans l'estomac. A cet effet, on pratiquera sans retard un lavage gastrique en se servant d'eau bicarbonatée, de lait, d'eau albumineuse ou sulfureuse, d'hyposulfite de soude, de thioacétate de sodium ou mieux de méthylène sulfoxylate de soude qui, d'après l'auteur, constitue l'antidote de choix. Ce sel sera prescrit en solution aqueuse à 10%; on laissera 50 à 100 c^3 de la solution dans l'estomac après évacuation de la majeure partie du toxique. Le secret de la réussite réside dans la rapidité d'intervention. Une heure après l'ingestion de mercure, il est prouvé en effet que le médicament n'a plus aucune action.

II. *Quand la néphrite est définitivement constituée,* le traitement varie suivant la période de la maladie.

En dehors des soins généraux (alitement strict, régime hydrique ou amylacé, applications lombaires chaudes en permanence, injections de sérum glucosé), dont l'affection reste justiciable pendant tout le cours de son évolution, il faut:

A) *Pendant les deux ou trois premiers jours de l'anurie,* se préoccuper principalement de l'état de déshydratation, des accidents digestifs, hépatiques et cardio-vasculaires.

La déshydratation sera traitée par le sérum chloruré isotonique en voie hypodermique et en goutte à goutte (un litre environ par 24 heures). La stomatite sera traitée par des applications de bleu de méthylène en solution à 1%, le jaune d'acridine, le novarsénobenzol en solution glycérinée. On y adjoindra des lavages de bouche avec une solution à 10% de méthylène sulfoxylate de soude.

Contre les vomissements on prescrira l'eau de Seltz additionnée de bicarbonate de soude ou mieux une eau minérale naturelle bicarbonatée sodique ou mixte (Vichy, Vals, Pougues).

L'entérite et la recto-colite seront justiciables d'une absorption massive de bismuth (30 à 40 gr. de bismuth pur).

On aura recours aux extraits hépatiques antitoxiques injectables à haute dose (répondant à 300 gr. de foie gras) pour amender l'insuffisance du foie.

Les accidents cardio-vasculaires nécessiteront l'emploi quotidien de V à X gouttes de la solution de digitaline au 1/1.000.

B) *Si le médecin est appelé à partir du quatrième ou cinquième jour de l'anurie,* son altitude thérapeutique doit être encore plus énergique; il ne faut pas oublier en effet, qu'à cette période, le malade est gravement touché et que de toute urgence on doit lutter contre l'acidose, le déséquilibre chloré et les accidents cardiovasculaires.

L'acidose appelle l'alcalinothérapie massive; malheureusement le moment à choisir pour l'application de cette mérication reste, malgré tout, discutable. L'alcalinothérapie trop précocement employée peut être nuisible; trop tardive elle n'est plus que d'une utilité relative. On mesurera donc sans retard la réserve alcaline. Toute chute de cette réserve au-dessous de 35 volumes exige l'emploi immédiat des alcalins.

Quand la tolérance digestive permet l'absorption du bicarbonate de soude, on s'adressera de préférence aux voies buccale et rectale. On emploiera alors une solution saturée de CO^2 en dissolvant le bicarbonate dans l'eau de Seltz ou en utilisant comme véhicule une eau minérale carbo-gazeuse alcaline. En cas d'acidose associée à la chloropénie on accordera la préférence à la solution de Fischer qui contient 15 gr. de bicarbonate de soude et 15 gr. de chlorure de sodium par litre. La voie intra-veineuse est à réserver en cas d'urgence. On utilisera alors une solution isotonique à 17/1.000 qu'on introduira en goutte à goutte.

La rechloruration a une action rapide et efficace sur l'évolution des symptômes morbides qui sont sous la dépendance du déséquilibre chloré. Toutefois l'application de cette médication faite sans discernement, est susceptible de provoquer des accidents graves de rétention chlorurée. Aussi en dehors des cas d'extrême urgence où la rechloruration pourra être ordonnée en s'en tenant exclusivement aux seuls signes cliniques de la déperdition du chlore (vomissements, diarrhée), il sera indispensable de faire une analyse de sang avant d'avoir recours à cette thérapeutique. Le rapport $\frac{\text{chlore globulaire}}{\text{chlore plasmatique}}$ indiquera ou non l'opportunité de la rechloruration. On en contrôlera les effets cliniques et humoraux au jour le jour, et s'ils sont défavorables on supprimera aussitôt le chlorure de sodium. La rechloruration sera effectuée soit par des grandes injections sous-cutanées de sérum salé à 10/1.000, soit par des injections intra-veineuses d'une solution saline hypertonique (30 à 40/1.000). La dose de 500 à 1.000 cm^3 par jour ne doit être dépassée que d'une fa-

* *L'Année Médicale Pratique* (René Lépine, éditeur, Paris, 1937).

çon exceptionnelle. En cas d'accidents cardio-vasculaires on prescrira l'ouabaïne, l'éphédrine, le camphre et même une saignée modérée; la saignée toutefois ne constitue qu'une thérapeutique d'exception, de même, par ailleurs, que la transfusion et la décapsulation rénale. La radiothérapie rénale ne compte pas encore suffisamment de succès pour qu'on puisse se juger de sa valeur.

C) *Plus tard au déclin de la maladie,* le rôle du médecin n'est pas terminé. A ce moment, il doit poursuivre la réhydratation de son malade et la cicatrisation des lésions digestives à l'aide des médicaments déjà mentionnés. Si l'anémie persiste, la transfusion sera indiquée. Si les urines sont infectées de colibacilles, on aura recours à la vaccinothérapie anticolibacillaire par voie vésicale.

Le régime amylacé sera continué pendant toute la convalescence et quand la néphrite sera suffisamment refroidie, une cure thermale (Saint-Nectaire, Evian, Vittel, Contrexéville ou Capvern) sera particulièrement recommandable.

C. LIAN et G. SIGURET.

Difficultés des traitements préventifs de la syphilis *

Ce traitement se propose d'arrêter la syphilis avant sa généralisation. La majorité des syphiligraphes sont adversaires de cette méthode, car, disent-ils, on peut, laissant une chance au malade, attendre l'apparition du chancre et, étant aux aguets, on aura toujours le temps de faire par l'ultramicroscope un diagnostic très précoce et immédiatement un traitement abortif puissant.

M. H. Gougerot, qui reste parmi les défenseurs du traitement préventif, ne se dissimule pas, du reste, les difficultés de ce traitement, aussi ne doit-il être fait qu'à bon escient, sur des indications précises. (Mais la plupart des auteurs s'accordent en constatant qu'elles sont exceptionnellement remplies). Elles sont au nombre de trois, toutes trois nécessaires, l'absence d'une seule contre-indiquant le traitement; ce sont: — contamination certaine (nécessite d'une confrontation);

— délai suffisant pour que le traitement ait le temps d'agir;

— patience et confiance du sujet pour faire un traitement prolongé.

D'autre part, un traitement préventif mal fait, insuffisant défigure la syphilis et la rend méconnaissable, difficile et souvent même impossible à diagnostiquer; d'où tous les dangers précoces et lointains d'une syphilis méconnue.

Tantôt le chancre existera avec tous ses signes, induration, ganglions, mais il sera retardé, n'apparaissant que deux, trois et même quatre mois après la contamination. Ce chancre tardif aura grande chance d'être pris pour une lésion banale et d'être méconnu.

Tantôt le chancre, presque toujours retardé, est déformé: il est petit, peu ou pas induré, les ganglions manquent et tout s'accumule pour entraîner l'erreur de diagnostic.

Tantôt le chancre manque, les ganglions existent, mais peu de sujets y font attention: ils sont indolents et froids.

Tantôt chancre et ganglions sont absents, la syphilis dont le traitement est trop court et trop faible ne se révélera que quelques mois plus tard par des signes secondaires: rarement toute l'explosion secondaire avec sa roséole, etc., qui alertera un malade soigneux; d'ordinaire quelques papules ou quelques plaques muqueuses qui seront presque toujours méconnues, d'où la possibilité de contagions.

Tantôt il n'y a ni chancre, ni ganglions, ni accidents secondaires et c'est le hasard d'un B.W. qui fait découvrir la syphilis.

Tantôt, enfin, tout est muet, mais si on fait la réactivation de Milian, on découvre le syphilis.

Telles sont toutes les embûches dressées devant le médecin qui cherche à préciser si oui ou non le sujet traité par un traitement préventif à la syphilis. Le problème est souvent insoluble. Si on attend sans traiter, on risque de laisser évoluer une syphilis muette dans les premiers mois et qui, plus tard, donnera une aortite, un tabes, une P.G.P. et sera source d'hérédo-syphilis.

Faire un traitement sans preuve? Bien qu'on risque de traiter pendant des années un sujet indemne, c'est cependant la méthode la moins mauvaise.

On voit donc, dit M. Gougerot, qu'un traitement préventif insuffisamment indiqué, insuffisamment poursuivi, brouille l'évolution de la syphilis et empêche de conclure.

Le traitement préventif, dûment indiqué, doit être un traitement d'attaque d'un an, aussi actif, aussi prolongé que le traitement d'attaque d'un chancre. Il faut en outre une surveillance clinique et sérologique des sujets ayant subi des traitements prophylactiques, deux à quatre ans suivant la date du début du traitement, donc aussi longue que si le chancre était apparu.

Avant d'assurer l'avortement de la syphilis, il faut pratiquer la réactivation et ne pas se contenter de BW négatifs, même en série.

La plupart des syphiligraphes, dont nous sommes, se séparent de M. Gougerot en constatant que les difficultés et même les dangers de ce traitement préventif ne sont pas compensés par un avantage net sur l'expectative armée qui attend le chancre à son apparition.

P. FERNET et R. GIRARD.

* *L'Année Médicale Pratique* (René Lépine, éditeur, Paris, 1937).

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quaterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois, si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple:

J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. Ann. Med. — psychol. **94**: 1 (juin) 1938.

MEDECINE

Lawrence KOLB. — **Le traitement de l'intoxication chronique par l'opium. Etude des diverses méthodes de désintoxication.** « La Revue de la Santé Nationale », **6**; 9 (avril), 1938.

L'auteur passe en revue les méthodes les plus connues de traitement employées au cours de la désintoxication des sujets habitués à l'opium: abolition immédiate du toxique; désintoxication rapide; désintoxication lente; traitement à l'hyocine; adjonction de la purgation et de la strychnine; action combinée de la belladone, de l'hyociamine, du « xanthoxylum » et de la purge qui constituent la cure de Towne-Lambert comprenant en plus l'usage occasionnel d'autres médicaments comme la phénacétine, la caféine, le pyramidon, la codéine, le chloral, etc., selon les symptômes à combattre, cure qui fut très populaire aux Etats-Unis; l'autohémothérapie; l'autosérothérapie; le traitement par le « Narcosan » (injection de lipoïdes végétaux); traitement par le rhodanate de sodium; le traitement par des lipoïdes (le traitement au « Narcosan » ferait partie de cette méthode thérapeutique); le traitement au « Rossium »; le traitement à l'insuline.

L'auteur fournit l'historique de certains de ces traitements, les circonstances qui leur ont donné naissance et les postulats qui ont déterminé leur application. Il mentionne de plus qu'on a même traité des morphinomanes par l'hypnotisme et par une méthode découlant de l'usage des réflexes conditionnés. Il critique d'une façon pertinente tous ces traitements et est d'avis que la plupart sont inutiles, et même, surtout les plus actifs, nuisibles aux malades. A son avis, le traitement idéal consisterait à sevrer le malade rapidement, dans un laps de temps d'environ 14 jours, traitement comportant une diminution du toxique, chaque jour, d'un quatorzième de la dose initiale. Il conseille comme moyen adjuvant le recours aux bains chauds de 5 à 10 minutes de durée, 3 fois durant la journée, l'usage de paraldéhyde pour favoriser le sommeil de la nuit et, pour les sujets qui ne mangent pas, l'ingestion de 1000 c.c. d'une solution à 10% de glucose qui peut être opérée 3 fois par jour.

Ce traitement simple a pour mérite principal de ne pas abrutir les malades, de ne pas les affaiblir ou les intoxiquer par des médications trop actives ou déprimantes; il favorise assez rapidement d'abord l'élimination toxique et la reprise précoce de l'énergie et du poids du malade. Il est assez bien supporté par les sujets qui collaborent de bon gré, du fait qu'il ne dure pas trop longtemps et ne prolonge pas outre mesure la période des malaises, du fait aussi que la décroissance de la dose du stupéfiant est graduelle et douce.

Roma AMYOT.

C. K. HIMMELSBACH. — **Traitement des toxicomanies par le « Rossium ».** « La Revue de la Santé Nationale », **6**; 1, (avril), 1938.

L'emploi du « Rossium » dans les toxicomanies découle de l'hypothèse que les accidents de la désintoxication seraient la conséquence d'une crise d'anaphylaxie. Nous devons cette hypothèse à Ostromislensky. Le « Rossium » fut recommandé par cet auteur, parce que cette substance possédait pour lui une activité anti-choc évidente.

Dans le but de connaître exactement l'effet du « Rossium » dans la cure de la morphinomanie, l'auteur a étudié, au cours de leur sevrage, un certain nombre de sujets qu'il partagea en quatre groupes selon quatre méthodes différentes de désintoxication: cure avec « Rossium »; cure avec « Rossium » et avec médication adjuvante (insuline, amytal sodium, codéine, glucose en intraveineuse); cure avec médication adjuvante seule; cure de contrôle, sans aucune médication.

Le résultat de cette étude effectuée scientifiquement grâce à un contrôle objectif de l'état des malades, appliqué d'une façon systématique, a permis à l'auteur de rejeter l'hypothèse du choc anaphylactique.

Il conclut que le « Rossium » a paru n'être d'aucune utilité évidente sur le syndrome de désintoxication morphinique. Les accidents observés chez les malades des quatre groupes furent à peu près identiques. Seul, le glucose en injection intraveineuse a semblé, pour l'auteur, amener une atténuation temporaire des troubles de la démorphinisation.

Roma AMYOT.

Sara E. BRANHAM, Reginald H. MITCHELL et William BRAININ. — **Méningite gonococcique.** « J. A. M. A. », **110**: 1804 (28 mai), 1938.

Les auteurs rapportent un cas de méningite gonococcique, et à cette occasion ils insistent sur deux points: la rareté relative de la méningite gonococcique, si on se base sur les cas contenus dans la littérature médicale; la difficulté à identifier bactériologiquement cette méningite et de la différencier de celle dont la cause est le méningocoque. Aussi est-il probable qu'un certain nombre de méningites gonococciques n'aient pas été reconnues comme telles et aient été rangées dans les cadres de la méningite méningococcique. Ainsi sur 500 cultures envoyées depuis deux ans à l'Institut National d'Hygiène, à Washington, dans le but de reconnaître les divers types de méningocoques qu'on croyait présents dans ces cultures, 10 étaient constituées par des colonies de gonocoques. Les auteurs donnent une grande importance aux critères de différenciation qui suivent, entre le gonocoque et le méningocoque; *a*) la culture du gonocoque sur milieu gelose-sang est toujours délicate et les colonies ont un aspect translucide, alors que le méningocoque croît avec beaucoup plus de luxuriance; *b*) le gonocoque produit la fermentation du glucose à l'exclusion des autres sucres, alors que le méningocoque ne fait fermenter le glucose qu'exceptionnellement; c) les colonies de gonocoques montrent une solubilité complète au test d'alcalinité de Thompson alors que les méningocoques ne sont que partiellement dissous. Les réactions de fixation du complément et d'agglutination sont loin d'avoir une valeur aussi utilisable; le gonocoque et le méningocoque appartiennent à la même famille de microbes et il arrive que ces réactions biologiques soient interchangeables dans la pratique. A ce propos, il semble exister une relation très étroite entre le gonocoque et le méningocoque type 2. A tout événement, la méningite gonococcique est peut-être plus fréquente qu'on ne le croit, et il est possible qu'elle s'installe d'emblée sans aucune localisation de l'infection, à distance. Le cas rapporté par les auteurs est un exemple de cette éventualité.

Roma AMYOT.

A. J. QUICK. — **Nature des hémorragies au cours de l'ictère.** « J. A. M. A. », **110**: 1658 (14 mai), 1938.

L'auteur a pu élaborer une technique précise permettant d'apprécier la concentration du sang en prothrombine. Elle est remarquablement constante. Elle peut cependant se trouver franchement diminuée dans trois circonstances: 1° chez l'animal soumis à une diète déficiente en vitamine K; 2° expérimentalement à la suite de l'ingestion de trèfle gâté; 3° au cours de l'ictère chez l'homme.

On sait que l'ictère s'accompagne fréquemment d'hémorragies parfois graves. Le taux de la prothrombine est alors très diminué et inférieur à 10% de la normale. Le temps de saignement et celui de coagulation sont allongés. Seule la transfusion paraît efficace. Il est possible qu'un déficit ou une mauvaise utilisation de la vitamine K ait une certaine importance au cours de ces hémorragies.

Henri GELINAS.

Daniel ROUTIER. — **Valeur de l'Electrocardiographie dans l'angine de poitrine.** « Revue Médicale Française », janvier 1938, page 33.

L'examen d'un angineux doit obligatoirement comporter à l'heure actuelle un électrocardiogramme. Depuis déjà plus de quinze ans que les altérations morphologiques de la courbe électrique dues aux thromboses coronariennes ont été étudiées et codifiées, de nombreux points de détail ont retenu l'attention des observateurs et sont venus enrichir la séméiologie électrocardiographique. Il n'y a pas que les infarctus myocardiques, récents ou anciens, ou que les thromboses coronariennes, qui impressionnent l'électrocardiogramme; ce dernier est sensible à toutes les causes qui modifient, même partiellement, la nutrition myocardique.

Nous avons publié récemment une statistique personnelle portant sur 184 cas d'angor pectoris nettement caractérisée où, dans 169 cas, l'électrocardiogramme s'est montré altéré. La proportion des cas électriquement positifs ressortait donc à 92%, ce qui consacre la valeur séméiologique de la méthode. Or ces 92% de résultats positifs ont été obtenus avec les trois seules dérivations standard, sans l'intervention de l'épreuve d'effort, ni de la dérivation précordiale.

Il ne faut pas s'attendre, en présence d'un syndrome angineux, même nettement caractérisé, à recueillir un électrocardiogramme sûrement anormal par la méthode habituelle des trois dérivations dans les conditions de base. Il s'agit de dépister dans le temps et dans l'espace les modifications même les plus subtiles des potentiels développés par la contraction cardiaque, pour en déceler, qualitativement tout au moins, les vicissitudes. C'est vers ce but que convergent les diverses épreuves dont nous disposons actuellement et dont les plus faciles et les plus immédiatement accessibles sont l'épreuve d'effort et l'inscription de la dérivation précordiale. D'autres épreuves ont été imaginées et étudiées, telle l'épreuve d'anoxémie, par inhalation d'un mélange gazeux riche

en CO^2, soit par apnée commandée, telles aussi les épreuves pharmacodynamiques au moyen de substances vaso-motrices diverses.

Quant à l'épreuve d'effort, il est inutile, pour obtenir des modifications de l'électrocardiogramme, d'arriver à provoquer la crise douloureuse. Une simple marche pendant deux à trois minutes dans la salle d'examen, ou une vingtaine de flexions du tronc sur les talons, suffisent amplement, n'entraînent généralement ni dyspnée, ni douleur, et pourtant changent suffisamment l'aspect de la courbe pour les besoins requis.

Toutes choses égales, d'ailleurs, c'est-à-dire avec un appareillage précis et bien mis au point, avec une technique rigoureuse et toujours identique, avec des soins méticuleux qui doivent réduire l'erreur inhérente à toute instrumentation compliquée au minimum, l'électrocardiographie est la méthode d'investigation de choix dans l'angine de poitrine.

Est-ce à dire que le diagnostic de l'angine de poitrine et son pronostic sont subordonnés à l'interprétation d'un électrocardiogramme? Evidemment non. L'angine de poitrine reste un syndrome fonctionnel et doit continuer à être étudiée et analysée comme tel. L'interrogatoire du patient doit être aussi soigneux que possible; l'évocation, la reconstitution des malaises, des crises, doivent être détaillées avec le maximum d'objectivité et d'impartialité par le clinicien, dont la curiosité devra être inlassable.

Quant à l'électrocardiogramme, il arrive en son temps pour nous renseigner sur la participation du myocarde au syndrome fonctionnel. Pour cela une simple anomalie de la courbe nous suffira, obtenue même sous des influences artificielles commandées par nous (épreuves d'effort, d'anoxémie, etc...). Cette participation du myocarde, nous devrons en évaluer la gravité par tous les autres tests en notre possession, car l'ampleur ou l'importance de la déformation électrocardiographique, dans l'état actuel de nos connaissances, est indépendante de la sévérité du cas. Toutes les statistiques qui ont été établies sur ce sujet sont valables pour le grand nombre et sont utilisables avec un profit certain par les compagnies d'assurances mais elles perdent de leur valeur en présence du cas individuel.

Paul MORIN.

CHIRURGIE

VERGOZ, GARNIER et G. COHEN-SOLAL. — **De l'appendicite pseudo-néoplasique.** « Gazette Médicale de France », **45**: (15 mai) 1938.

La réaction tumorale de l'appendice, dure, irrégulière et peu douloureuse rencontrée dans certaines formes inflammatoires a pu donner le change pour un cancer. Legueu et Baussenat donnèrent à cette forme tumorale le nom d'appendicite néoplasique; il semble, toutefois, que le nom réel devrait être: appendicite tumorale pseudo-néoplasique.

L'appendicite tumorale est décrite classiquement sous trois formes; la première est la forme tumorale pure scléreuse ou scléro-lipomateuse; la seconde est la forme ligneuse et la troisième est la forme abcès; or ces abcès ne sont pas des tumeurs.

La forme scléro-lipomateuse est la véritable forme tumorale de l'appendicite, et cliniquement et d'après l'anatomie pathologique.

La forme ligneuse se présente comme une masse dure, irrégulière. « Le cæcum est refoulé par une tumeur inflammatoire à surface péritonéale irrégulière, épaissie, rouge et grenue dont l'effondrement au doigt libère un amas de granulations inflammatoires d'étendue variable contenant peu ou pas de pus, au centre de ces granulations un appendice tantôt dur et scléreux. »

Le diagnostic différentiel est difficile, surtout avec le cancer. La présence d'une tumeur bosselée, irrégulière avec possibilités d'accidents d'obstruction intestinale, induit aisément en erreur. La radiographie, elle-même, ne peut pas toujours signer le diagnostic précis.

La tuberculose peut également s'imposer à l'esprit en présence de certaines manifestations, surtout quand à la réaction tumorale de l'appendice s'ajoutent des réactions ganglionnaires du méso-appendice et de l'angle iléo-cæcal avec bloc ganglionnaire se prolongeant plus ou moins loin dans le mésentère.

Le traitement chirurgical exige une voie directe par la fosse iliaque droite. Il faut parfois libérer d'abord les adhérences et les brides épiploïques avant de faire la résection de la masse tumorale et de son pédicule. Cinq observations judicieusement choisies complètent cet article.

Edouard DESJARDINS.

G. FRIEDEL. — **Anus patulus.** « Paris Médical », **28**: (28 mai) 1938.

L'anus béant est une affection heureusement peu fréquente. Elle peut être consécutive à une absence congénitale de l'appareil sphinctérien, à une absence des sphincters après intervention sanglante pour prolapsus hémorroïdaire ou à une absence totale de l'appareil sphinctérien après amputation abdomino-périnéale pour néoplasme de la face postérieure de l'ampoule.

Cette infirmité peut faire suite également à un appareil sphinctérien paralysé ou à une insuffisance sphinctérienne avec ou sans prolapsus muqueux. Elle peut se rencontrer aussi chez certains tuberculeux et

par incontinence due à une atrophie sphinctérienne dans la maladie de Nicolas-Favre.

Le diagnostic en est facile par la simple inspection; le toucher renseigne sur l'état de l'insuffisance, et la rectoscopie montre l'état de la musculature et de l'ampoule. L'auteur préconise le traitement médical.

Edouard DESJARDINS.

PHTISIOLOGIE

MM. MARIANO, R. CASTEX et EGIDIO S. MAZZEI. — **Pneumothorax spontané dans l'asthme.** « La Presse Médicale », n° 23; (6 avril) 1938.

C'est la tension alvéolaire qui, d'une part, au cours d'une crise d'asthme, provoque cette rupture pleuro-pulmonaire. D'autre part, des lésions anatomiques préparent le terrain en l'affaiblissant en différents endroits de l'arbre pulmonaire; or, ces lésions offrent une résistance amoindrie.

Le pneumothorax spontané est heureusement une rareté dans l'asthme. A peine une douzaine de cas sont rapportés à date. On le constate chez les jeunes, hommes ou femmes.

Un point de côté très violent en est le premier symptôme. La fièvre n'apparaît pas. La dyspnée est alors très marquée; cette dyspnée est cependant différente de la crise d'asthme. Son pronostic est bénin, puisqu'il guérit sans épanchement en quelques semaines ou quelques mois.

Paul-René ARCHAMBAULT.

Jacques-Philippe LELONG et F. CHATONNIER. — **Efficacité de la cure déclive.** « Revue de la Tuberculose », **4**; 71; (janvier) 1938.

C'est l'observation d'un cas de tuberculose fibro-caséeuse du sommet droit, avec spélonque, où la cure en déclivité a été tentée trois ans après la phrénicectomie. Malgré l'ascension et la paralysie du diaphragme droit, l'expectoration était fortement bacillifère et l'état général médiocre. Ce patient, entré au sanatorium pour y subir la thoracoplastie, évite cette opération en faisant une cure sévère en position fortement déclive.

Les auteurs insistent sur la nécessité de cette position après les phrénicectomies. Les insuccès qu'on attribue à cette opération sont probablement dus à l'absence de précautions post-opératoires. Ils préconisent d'élever le pied du lit jusqu'à 45 cm. pour avoir des résultats.

Dans le cas rapporté, la guérison clinique a été obtenue en cinq mois de cure. Ce patient avait fait trois ans de cure horizontale auparavant sans pouvoir négativer son expectoration. A la suite d'une bronchorrhée la culture et de multiples examens ont été négatifs. L'état général est excellent et la guérison dure depuis dix-sept mois.

Jean-Philippe PAQUETTE.

Pierre PRUVOST. — **La notion de position dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.** « Archives Médico-Chirurgicales de l'Appareil Respiratoire »; n° 4; 1937.

La valeur des positions obliques et transverses dans les examens radioscopiques et radiographiques est incontestable. Ce genre d'examens donne son plein rendement surtout chez les porteurs de pneumothorax.

Les connaissances acquises par cette méthode, jointes à celles de la mécanique pulmonaire, prouvent que la position dans les affections tuberculeuses du poumon n'est pas une aide à négliger.

Dans la cure seule, la position déclive accentuée crée une détente plus accentuée que la cure en position horizontale. En soulageant le sommet de tout le poids du poumon, elle crée en plus une certaine compression du sommet.

Dans les cas de phrénicectomie, elle est pour cette raison une aide plus précieuse encore. Le poids des organes abdominaux vient alors accentuer la compression et la détente par le changement de la direction des *forces* mécaniques.

Plus grande et plus efficace serait encore l'action de la cure déclive ou latéro-déclive dans les cas de pneumothorax. La détente *évite* ici la traction sur les adhérences.

Jean-Philippe PAQUETTE.

Ch. GERNEZ. — **Les hémothorax tardifs après pneumothorax.** « Revue de la Tuberculose », **4**: (janvier) 1938.

L'épanchement sanguin de la plèvre qui survient longtemps après cessation des insufflations et résorption du pneumothorax est chose assez rare. Les observations en sont rares. L'auteur en rapporte deux cas dont l'un est mort quatre ans après la cessation d'un pneumothorax entretenu sept années durant. C'est une véritable hémoptisie pleurale qui alors se produit. Quant à l'autre hémothorax, il est apparu dix-huit mois après la cessation d'un pneumothorax entretenu depuis six ans; cet incident, comparable à une véritable pachypleurite hémorragique, s'est heureusement terminé par la guérison.

Le développement d'hémothorax tardifs chez d'anciens pneumothorax longtemps entretenu peut donc

apparaître plusieurs années après cessation des insufflations et après résorption totale de l'air.

Pour démontrer que les plèvres sont libres d'adhérences, l'hémothorax est toujours total.

Cliniquement, on remarque deux formes: l'une bénigne (latente, apyrétique, sans symptômes importants; le pronostic est favorable); l'autre est grave: (hyperthermique, symptômes rapidement imposants; le pronostic très réservé).

Pour prévenir cet accident tardif, il faut réduire la durée des insufflations en s'aidant d'une intervention complémentaire, la pleuro-caustie.

Paul-René ARCHAMBAULT.

NUTRITION

Horace GRAY. — **Obésité de l'adolescence guérie sans injections.** « Journ. Am. Med. Ass. », **110**: 1430 (30 avril), 1938.

L'obésité observée à la puberté n'est pas toujours rattachable à un « syndrome adiposo-génital ». Le diagnostic est rendu difficile chez les garçons par la présence à la région pubienne d'un coussin graisseux masquant les organes génitaux externes, qui peuvent être normalement développés.

Avant de recourir au traitement de ces états par des injections de pituitaire antérieure ou d'extrait testiculaire, le médecin ne doit pas perdre de vue que l'emploi de ces préparations n'est pas toujours exempt de dangers, et qu'une évolution favorable à la suite des injections n'est pas nécessairement due à l'action des médicaments. La réduction spontanée de ces obésités est possible, et l'auteur la croit plus fréquente qu'on ne l'admet généralement.

G. rapporte l'observation détaillée de deux jeunes garçons obèses, du type eunuchoïde, dont la stature et le développement génital devinrent normaux en tous points, à la suite d'un simple traitement diététique visant à la réduction de l'obésité.

L'incidence des différents degrés d'obésité chez les garçons d'âge scolaire est établie d'après l'observation méthodique de plus de 3000 enfants et adolescents.

L. PATOINE.

GYNECOLOGIE

Claude BECLERE. — **Diagnostic des petites infections génitales chroniques chez la femme jeune.** « Le Monde Médical », **48**: 564 (15 mai), 1938.

C'est une véritable clinique magistrale dans laquelle l'auteur attache une importance capitale à l'anamnèse et à l'examen systématique de toutes les régions, glandes, pertuis, ouvertures, où peut se loger la flore microbienne qui est susceptible d'infecter la femme. Il n'hésite pas à avoir recours à l'utéro-salpingographie lorsque les organes externes sont négatifs et qu'il y a doute sur la possibilité d'une infection. Il a pu ainsi dépister de nombreux cas d'hydrosalpinx ou de salpingite oblitérante que l'examen clinique n'avait pas réussi à déceler.

L'article est illustré de nombreux schémas. Tous, praticiens ou spécialistes, bénéficieraient de la lecture de cet article.

L. GERIN-LAJOIE.

Jean-Louis FAURE. — **Diagnostic précoce du cancer utérin.** « Le Monde Médical », **47**: 1080 (décembre), 1937.

Dans son style imagé et si prenant, l'auteur étudie les cancers au début, d'abord ceux du col, puis ceux du corps. Pour les premiers il importe de toujours avoir recours aux biopsies sur les ulcérations douteuses du col, surtout celles où l'éponge de coton revient légèrement teintée de sang. Pour choisir le lieu d'élection, F. recommande d'avoir recours à la liqueur de Schiller qui ne teinte pas aussi fortement la région susceptible d'être cancéreuse. A ce stade, le cancer du col est localisé, il est curable par la chirurgie. L'âge n'est pas un facteur. Pour le cancer du corps il faut être prêt à faire l'ablation totale de l'organe après le curettage-biopsique et l'examen instantané des débris retirés.

L. GERIN-LAJOIE.

B. Y. YOVANOVITCH. — **Problème thérapeutique du prolapsus chez la femme après la ménopause.** « Le Monde Médical », **48**: 76 (1er février), 1938.

L'hystéropexie ou suspension très haute de l'utérus est plus satisfaisante que tout autre mode de colpo-périnéorraphie ou ligamentopexie. Cette théorie révolutionne un peu ce que Fayot écrivait récemment: « la colpo-périnéorraphie est tout, l'hystéropexie n'est rien. » L'auteur décrit sa technique et l'illustre de deux schémas, mais auparavant, il fait la critique de la périnéorraphie qu'il considère une opération illogique chez la femme ménopausée.

L. GERIN-LAJOIE.

Claude BECLERE. — **Les vrais et les faux utérus fibromateux.** « Le Monde Médical », **47**: 961 (15 novembre), 1937.

Dans une étude d'ensemble l'auteur nous montre que la question de l'utérus fibromateux est aujourd'hui complètement transformé. Il les divise en vrais et en faux utérus fibromateux. A l'aide d'utéro-salpingographie B. illustre bien ses avancés. Il arrive ainsi qu'un grand nombre de cancers du corps ont été reconnus avant l'intervention et confirmés par le curettage biopsique. Il y a des cas d'hémorragie fonc-

tionnelle ménopausique qui ne sont rien autre chose que des utérus scléreux. En conclusion il recommande l'utéro-salpingographie dans tous les cas diagnostiqués « Utérus fibromateux » se révélant par des hémorragies à l'approche de la ménopause.

L. GERIN-LAJOIE.

OBSTETRIQUE

Lyman W. MASON. — **Influence des facteurs hormonaux sexuels sur l'avortement récidivant et la stérilité.** « American Journal of Obstetrics and Gynecology », **35** (avril), 1938.

Dans cet article l'auteur attire surtout l'attention sur certains facteurs pathologiques auxquels pourraient être soumis la stérilité, la fécondation difficile ainsi que certains types d'avortements spontanés, et nous présente une série de cas traités en tenant compte de ces facteurs pathologiques possibles. Il semblerait exister une anomalie soit de l'ovule, du spermatozoïde ou encore de l'endomètre qui serait le reflet parfait d'une bonne ou d'une mauvaise sécrétion endocrinienne.

En résumé, une conception normale dépend de l'union d'éléments cellulaires normaux mâles et femelles se greffant sur un endomètre normal, c'est-à-dire que l'œuf vaudra ce que vaudront les matériaux servant à le fabriquer. Les succès obtenus par des traitements endocriniens sur certaines patientes semblent indiquer que les facteurs endocriniens sont suffisamment puissants pour altérer le développement normal d'un œuf humain.

Connaissant l'influence défavorable d'une déficience hormonale sur la structure de la muqueuse utérine, il serait logique de supposer que l'ovule fécondé et déposé sur une muqueuse mal préparée pour le développer, devrait avoir pour conséquence l'avortement spontané.

Le spermatozoïde peut aussi avoir un pouvoir de fécondation diminué sans qu'il soit nécessaire de constater microscopiquement quelque défectuosité cellulaire. Ceci semblerait démontrer chez l'homme une sécrétion hormonale anormale avec, comme conséquence logique, fertilité diminuée.

L'auteur résume la physiologie du cycle jusqu'à la formation du corps jaune et conséquemment l'influence de ce dernier sur l'endomètre, c'est-à-dire la métamorphose pré-menstruelle; et présume que la dualité hormonale hypophysaire devrait logiquement commander la physiologie de l'ovaire quant à la formation du follicule et du corps jaune.

C'est dire que pour avoir un endomètre pré-menstruel normal, il faut qu'il y ait cycle normal ainsi qu'une activité endocrinienne normale tant pour l'ovaire que pour l'hypophyse.

Vient ensuite l'étude microscopique faite de quelques endomètres où l'auteur trouve une métamorphose pré-menstruelle incomplète imputable à un certain défaut de sécrétion du corps jaune. S'il y a fécondation, la sécrétion du corps jaune se continue pour au moins deux mois pour être ensuite remplacée par une sécrétion similaire et d'origine placentaire.

Les cas d'avortements spontanés se présentent ordinairement entre le deuxième et le troisième mois de grossesse.

Il serait possible qu'à cette période de la grossesse une diminution de sécrétion du corps jaune ou la sécrétion placentaire lente soient responsables d'un arrêt de développement de l'embryon.

Le même raisonnement s'appliquerait pour les cas où la conception ne se réalise pas ou semble ne pas pouvoir se réaliser: l'endomètre se trouvant préparé si pauvrement que la nidation est impossible.

Dans la description des cas traités par l'auteur, il y eut examen microscopique de l'endomètre à l'exception d'un seul et dans chaque cas il s'est trouvé des signes évidents de déficience du corps jaune.

L'auteur insiste sur la nécessité, pour le traitement, de s'adresser à des extraits tirés d'urine de femmes enceintes, extraits que l'on est en droit de supposer originer de la glande pituitaire mais qui seraient cependant différents dans leurs effets, des effets obtenus par les extraits tirés de la glande pituitaire elle-même.

Et après la description de 7 cas traités par des hormones tirées d'urine de femme enceinte, l'auteur conclut:

I) qu'il est relativement facile de faire des examens microscopiques d'endomètre parce que la petite quantité nécessaire de tissus d'endomètre peut se prélever à la curette sans anesthésie;

II) qu'il est intéressant de noter que, dans un des sept cas traités, le traitement fut discontinué 2 mois avant terme et que cette patiente a accouché prématurément à huit mois;

III) qu'il est préférable de se servir d'extraits hypophysaires obtenus des urines de femmes enceintes, plutôt que des extraits tirés de la glande pituitaire elle-même;

IV) qu'il est logique de penser que, s'il y a défience du corps jaune avant fécondation, cette déficience qui se continuera probablement s'il y a fécondation, aura des effets désastreux sur l'endomètre où l'œuf ira faire sa nidation et sur l'œuf lui-même quant au développement du placenta et de l'embryon.

V) Le traitement doit débuter dès qu'il y a doute de fécondation et être continué toute la durée de la grossesse avec des doses d'extraits données plus fréquemment et à dose plus élevée.

J.-A. MANSEAU.

PEDIATRIE

R. CHAUSSINAND (Institut Pasteur de Saigon). — **Contribution à l'étude de l'allergie tuberculinique chez l'enfant.** « Ann. de l'Inst. Pasteur », **60**: (avril) 1938.

Pour les recherches de la sensibilité tuberculinique, l'auteur emploie la technique suivante: il pratique d'abord la réaction cutanée de Moro-Hamburger. Chez les sujets qui réagissent négativement, il fait une semaine plus tard une intra-dermo-réaction avec une solution brute de 2 mgr. chez les sujets qui viennent d'un milieu contaminé; et de 1 cgr. chez ceux qui viennent d'un milieu non contaminé. Les sujets qui ont reçu 2 mgr. de tuberculine et qui n'ont pas réagi, reçoivent une injection de 1 cgr. la semaine suivante. Chez ceux qui sont négatifs à la réaction de Mantoux de 1 cgr., il pratique une autre réaction de Mantoux à la même dose six semaines plus tard. Seuls, ceux qui restent négatifs à ces diverses réactions sont vaccinés par le BCG. Il contrôle avec la cuti-réaction et le Mantoux à la dose de 1 cgr. 6 à 8 semaines plus tard.

Sur 128 cas qui ont reçu le BCG *per os*, 46% ont réagi à l'intra-dermo-réaction de 1 cgr. et 19.4% à la cuti-réaction (la période pré-allergique variant de 1 à 18 mois). La cuti-réaction est négative 3 ans après l'ingestion de BCG tandis que l'intra-dermo-réaction à 1 cgr. persiste jusqu'à 5 ans.

Dans la vaccination par voie sous-cutanée (2 injections simultanées de 0 milligr. 01 de tuberculine), l'allergie est plus précoce (168 cas). Sept semaines après, 92.3% sont sensibles à la cuti-réaction. Douze à dix-huit mois plus tard, 83% réagissent à la cuti-réaction et 95.7% à l'intra-dermo-réaction de 1 cgr.

Dans les deux cas (vaccination par ingestion et par injection), la réaction à la tuberculine n'est jamais aussi intense que chez un sujet atteint par le bacille de Koch virulent; la période d'allergie existe pendant 2 à 5 ans. Les sujets vaccinés par le BCG et remis dans un milieu tuberculeux se comportent, sauf quelques rares exceptions, comme des sujets non vaccinés, c'est-à-dire qu'ils acquièrent bientôt une allergie forte et durable. La période qui s'écoule entre la réaction de Mantoux à 1 cgr. positive et le virage de la cuti-réaction peut varier entre une semaine et au moins sept mois.

Antonio LEVEILLE.

NEURO-PSYCHIATRIE

Perk H. DAVIS et Winifred B. STEWARD. — **Le sulfate de benzédrine dans le syndrome parkinsonien post-encéphalitique.** « J. A. M. A. », **110**: 1890 (4 juin), 1938.

Il est maintenant bien connu que la benzédrine exerce une action stimulante sur le système nerveux central, supérieure à celle que produisent l'épinéphrine et l'éphédrine. Il est probable que cette action est due, soit à une augmentation de la circulation sanguine du cerveau, soit à une activité chimique sur les centres nerveux eux-mêmes.

La benzédrine améliore l'état des sujets déprimés, de ceux qui sont fatigables, ou encore des malades asthéniques. Elle provoque un effet favorable sur les hypotendus et sur certains cas de myasthénie, surtout comme complément à l'activité de la prostigmine. Elle exciterait les fonctions intellectuelles. Elle serait de trois fois plus active que l'éphédrine dans la narcolepsie.

Récemment, on l'employa dans le syndrome parkinsonien post-encéphalitique, et les résultats seraient heureux à l'égard de certains troubles de ce syndrome. Ainsi, les symptômes subjectifs surtout seraient améliorés, quoiqu'on remarquerait une amélioration et même une disparition des crises oculogyres, une augmentation de l'activité et une disparition de la somnolence. La force et la raideur musculaires seraient moins favorablement modifiées.

Les auteurs ont traité 90 parkinsoniens, mais seulement 74 de ces cas fournissent aux auteurs des documents complets pouvant servir à leur étude. Soixante et onze de ces cas étaient d'étiologie encéphalitique. Trois apparaissaient comme appartenant à la maladie de Parkinson. Les âges des malades varient de 15 à 68 ans. Comme tests cliniques de comparaison, les auteurs soumirent les malades aux épreuves suivantes: force de la flexion des doigts estimée au dynamomètre, rédaction par les malades de leurs noms, d'une phrase, de nombres et de figures comme un carré, un triangle; cinématographie de dix malades ambulants.

Deux doses d'éphédrine furent données par jour: à huit heures a. m. et à midi, 30 milligrammes chaque fois pour les jeunes adultes ayant une pression systolique ne dépassant pas 130 millimètres de mercure, de 20 milligrammes pour les personnes âgées ou dont la pression systolique dépassait 130.

Quarante-cinq des malades continuèrent à prendre de la scopolamine ou du stramonium ou de l'atropine. Vingt-neuf n'avaient été soumis à aucune médication antérieure.

Comme ailleurs, ce furent surtout les troubles subjectifs qui furent améliorés: diminution de la fatigabilité et de la somnolence avec augmentation

de l'activité physique et mentale; amélioration de la cénesthésie. Ainsi 70 des malades bénéficièrent de cette amélioration subjective. D'autre part, 53 des cas manifestèrent une atténuation de certains signes objectifs. Vingt-trois malades à crises oculogyres virent leurs attaques diminuer en fréquence et en durée, mais chez aucun elles ne disparurent complètement. Chez 63 malades, amélioration de la force dans l'acte de serrer avec la main. Quarante-huit malades sur 63 pouvaient écrire et dessiner avec plus de facilité; 3 des 11 malades incapables d'accomplir ces actes, purent tracer certaines figures durant le traitement.

Le tremblement fut réduit chez 19 malades sur 66; il ne fut pas modifié chez 40 et augmenté dans 7 cas. L'hypertonie fut atténuée dans 20 cas, inaltérée chez 46 et augmentée dans 6.

L'action du médicament sur la pression artérielle se montra paradoxale dans ce sens que les pressions basses furent élevées et les hautes, abaissées.

La benzédrine donna des résultats favorables surtout lorsqu'elle fut associée à la médication par les solanées: la benzédrine seule montra une amélioration sensible dans 64% des cas; la médication couplée, dans 82%.

Il ressort de l'étude des auteurs que la benzédrine, surtout si elle est employée en synergie avec les substances du groupe atropine, peut rendre des services au cours du syndrome parkinsonien et contribuer à produire une amélioration des troubles dans 71.6% des malades. Ce sont là les chiffres fournis par les auteurs découlant des observations de leurs malades. Ils nous paraissent élevés. Leurs conclusions nous sembleraient optimistes. A tout événement, il paraît indiqué de tenter l'emploi de la benzédrine chez les parkinsoniens auxquels la cure par les solanées seules n'aurait pas rendu de services appréciables.

Roma AMYOT.

Glœsbeck WALSH. — **Taux de la mortalité dans la méningite cérébro-spinale.** « J. A. M. A. », **110**: 1894 (4 juin), 1938.

Après une enquête faite par l'auteur sur la mortalité pendant une période de seize ans dans un groupe d'environ vingt-trois millions habitants de diverses municipalités des Etats-Unis, il découle que le taux moyen de mortalité a été de 51.2% des cas. Ce taux varie considérablement d'une année à l'autre. Si on compare ces chiffres à ceux qui ont été colligés par des cliniciens avant l'ère qui précéda l'emploi du sérum, on en vient à cette conclusion, qui est celle de l'auteur, que la sérothérapie n'aurait pas ou très peu réduit la mortalité causée par la méningite cérébro-spinale. Il faut cependant prendre en considération que cette conclusion découle de l'étude de statistiques où le coefficient d'erreur et d'inexactitude est considérable. A tout événement, c'est toute la question du traitement sérothérapique de la méningite cérébro-spinale qui est mise en demeure.

Roma AMYOT.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

V. PALUMBO. — **Action biologique exercée par les rayons « gamma » sur le système glandulaire et pilifère de la peau en conditions normales et pathologiques.** « Les Cahiers de Radiologie », **26**: 422 (mai), 1938.

Dans cet article, que l'on aurait souhaité plus long et plus détaillé, en raison de l'intérêt pratique qu'il suscite, l'auteur rapporte l'expérience qu'il a acquise de l'emploi des rayons « gamma » dans les troubles de la fonction pilogène.

Au cours des nombreuses irradiations radio-actives qu'il a pratiquées dans des cas de teigne à répétition, il a remarqué que l'épilation thérapeutique était suivie d'une repousse de cheveux beaucoup plus abondants et vigoureux, voire même de cheveux bouclés.

Ce fait l'a amené à considérer le rayonnement « gamma », à dose épilante, comme un nouveau et recommandable moyen de combattre certaines alopécies des cheveux et des sourcils. Il ajoute que ce rayonnement du radium, en plus d'une action locale sur la reproduction du poil, semble pouvoir produire une réaction à distance, d'ordre général, attribuable à l'intervention du système endocrinien sympathique.

L'auteur illustre sa théorie par l'exemple suivant: une femme présentait une alopécie totale du cuir chevelu et des sourcils, depuis trois ans, alopécie rebelle à toute espèce de traitement. En plus, elle souffrait de dysménorrhée.

Il pratique sur la moitié droite de son cuir chevelu une irradiation radio-active à dose épilante. Trois semaines plus tard, il observe la croissance des cheveux et des sourcils, mais strictement limitée à la surface du crâne recouverte par la plaque de radium.

Puis, il pratique une autre irradiation, mais à gauche cette fois, et le même phénomène de repousse est observé. De plus, l'irrégularité menstruelle disparut.

Il en conclut donc: 1° que le rayon « gamma » du radium, donne à dose épilante (dose érythème), crée une singulière stimulation de la fonction pilogène, par action biologique locale et même à distance (par le rayonnement secondaire, sans doute?); 2° que l'on devrait se servir de cette stimulation dans des affections aussi désespérantes que la calvitie précoce.

Voilà, jusqu'à nouvel ordre du moins, une lueur d'espoir pour la légion des chauves. Et pour les dermatologistes, il y aurait peut-être en cette méthode une arme précieuse contre certaines maladies connues jusqu'ici comme irrémédiablement décalvantes, telle la pseudo-pelade de Brocq.

J.-Adrien LAMBERT.

Léon FREIDMAN et Morton L. MAZER. — **Le dépistage de la syphilis dans une clinique d'urologie.** « Am. Journ. Syph., Gon. and Ven. Dis. », **22**: 340 (mai), 1938.

Après avoir insisté sur la nécessité du dépistage systématique de la syphilis chez tous les vénériens, l'Auteur donne les méthodes employées et les statistiques de 252 patients non sélectionnés, examinés à l'hôpital de l'Université de Pensylvanie.

A la première visite du patient, celui-ci subit un questionnaire très serré. Ensuite il subit un examen minutieux des parties génitales et anales y compris l'examen microscopique s'il y a des lésions ou un écoulement uréthral et enfin l'examen du sang, répété même à plusieurs reprises.

Suivent ensuite des tableaux démontrant le pourcentage et la classification des syphilitiques et la valeur relative de chaque méthode.

En résumé: 1° 252 patients ont été examinés
2° Trois méthodes de dépistage ont été employées
3° 29% des patients souffraient de syphilis.
4° 40% des cas dépistés étaient complètement ignorés
5° 70% des cas dépistés ne pouvaient l'être que par une seule des 3 méthodes.
6° Des pourcentages variables moins impressionnants furent trouvés chez tous les groupes à tous les stages de la gonorrhée et d'autres conditions urologiques et chez toutes les races.

Donc un système de dépistage pratique est établi permettant de dépister les cas de syphilis méconnus ou insuffisamment traités à condition de se servir des trois méthodes. Ce système devrait être établi dans toutes les cliniques d'Urologie.

F.-L. BOULAIS.

Francis A. ELLIS. — **Dermatite par tryparsamide.** « American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases », **22**: 336 (mai), 1938.

Après avoir rappelé que l'usage de composés arsenicaux peut causer de la pigmentation, de l'hyperkératose, de l'épithélioma spino-cellulaire, l'auteur rappelle que les composés organiques causent assez souvent une dermatite exfoliative. Mais si cette dermatite est relativement fréquente avec les composés trivalents (Novar, Arsphénamine, etc.), elle est très rare avec les composés pentavalents (Tryparsamide, Stovarsol, etc.). Onze cas seulement sont rapportés dans la littérature, 8 cas à forme érythémateuse généralisée (4 bénins et 4 graves) et 3 cas à forme localisée. L'auteur rapporte ensuite l'histoire d'un patient âgé de 49 ans souffrant de neuro-spécificité. Après 9 mois de traitement combiné, Tryparsamide et bismuth, sont apparues des sensations de prurit et de nombreuses papules. La Tryparsamide est alors suspendue, le bismuth est continué et on y ajoute du Mapharsen et cependant les lésions disparaissent. Huit mois plus tard, reprise de la Tryparsamide avec retour des papules et du prurit. Nouvelle suppression de la Tryparsamide avec amélioration et même disparition des symptômes. Enfin, reprise de la Tryparsamide et récidive immédiate des lésions. La Tryparsamide est alors supprimée définitivement.

L'auteur conclut à de l'idiosyncrasie.

F.-L. BOULAIS.

RADIOLOGIE

B. GHELEW et O. MENGIS. — **Mise en évidence de l'intestin grêle par une nouvelle technique radiologique.** « La Presse Médicale », n° 23, p. 444, 15 mars 1938.

Les méthodes ordinaires pour l'opacification radiologique de l'intestin grêle ne donnent point satisfaction. Le pylore assujettit l'évacuation à un débit qui n'est guère adéquat. En outre, on ne peut faire déglutir aux malades les préparations de thorium trop désagréables au goût et aptes à floculer dans l'estomac. Pour supprimer l'obstacle pylorique et pouvoir injecter des solutions de thorium à jet continu dans le grêle, G. et M. procèdent avec la technique suivante: laxatif, jeûne, lavement, introduction d'une sonde en caoutchouc occluse par une pince de Kocher. Vérification radiologique de la présence du tube dans le duodénum, injection de 30 grammes d'huile de ricin tiédie, chasse de l'huile par 30 c.c. d'eau tiède, repos de quarante-cinq minutes, abouchement de la sonde à un bock contenant 150 cmc d'oxyde de thorium à 1.50 m. au-dessus du malade, enlèvement de la pince de Kocher sur la sonde, observation sous écran de la pénétration du liquide opaque avec patient debout ou couché, suivant les préférences de l'opérateur, radiographies en décubitus avec ventre creux.

G. et M. relatent les étapes de leurs recherches avant d'en arriver à leur présente technique. Les points principaux semblent: le remplacement de la sonde d'Einhorn par un tube un peu plus gros et

un peu plus rigide, l'injection de 30 grammes d'huile de ricin quarante-cinq minutes avant l'injection de liquide opaque, la substitution de l'oxyde de thorium (umbrathor) au baryum.

L'article comporte quelques beaux clichés du jéjunum et de l'iléon normaux. Aucune image pathologique n'est présentée.

Personnellement, nous connaissons cette méthode pour l'avoir pratiquée avec quelques variantes depuis bientôt deux ans, c'est-à-dire bien avant la publication de G. et M. Comme eux, nous avons constaté que l'injection massive de liquides dans le grêle provoque des nausées et des vomissements; mais ceci ne se produit point si l'on ne surdistend avec brusquerie un long segment. Nous avons étudié ce problème pour notre technique d'opacification avec liquide en sac caoutchouté.

Nous avons aussi comparé les images de l'oxyde de thorium à celles obtenues avec certaines préparations de baryum; les premières sont sûrement plus fines, mais les secondes se montrent satisfaisantes quand on ne dispose pas de solutions colloïdales de thorium tel l'umbrathor ou le collothor. Enfin, nous accordons que les radiographies pratiquées après l'injection directe de substances opacifiantes dans le grêle ont un gros intérêt; mais le sac opaque en a pour le moins autant, nous le savons par expérience. L'avenir démontrera qu'il faut utiliser l'une et l'autre de ces deux méthodes si l'on veut explorer le petit intestin avec succès.

Albert JUTRAS.

LABORATOIRE

K. GAERTNER. — **Sur le cancer gastrique à forme chorio-épithéliomateuse.** « Frankf. Tchrft. f. Path. », **58**: 1; 1938.

G. publie deux observations inédites de cancer gastrique à structure partiellement chorio-épithéliomateuse.

Il s'agit dans le premier cas d'un homme de 54 ans, mort d'adénocarcinome du pylore avec métastases ganglionnaires, hépatiques et pulmonaires. Un certain nombre de ces métastases étaient hémorragiques et offraient l'aspect d'un chorio-épithéliome typique. Dans la seconde observation, qui concerne un homme de 37 ans, le cancer primitif lui-même présentait en majeure partie la structure chorio-épithéliomateuse. Dans les deux cas, les testicules ne montraient pas trace de tumeur.

L'auteur discute et rejette l'hypothèse de la coexistence d'un chorio-épithéliome, ou d'un hémangio-endothéliome, avec le cancer gastrique. Il passe en revue les quelques observations similaires qu'on peut relever dans la littérature, spécialement celles de Risel. Il n'existe entre chorio-épithéliome et épithélioma gastrique à forme chorio-épithéliomateuse aucune identité de nature, mais une simple convergence morphologique, dont la cause est d'ailleurs inconnue.

A la lumière de ces faits, le diagnostic de chorio-épithéliome extra-génital doit être soumis à une critique serrée. L'âge du patient ou de la patiente, le siège de la tumeur doivent être pris en considération. On recherchera s'il n'existe pas une tumeur d'autre nature, et l'on aura recours aux épreuves biologiques, que, malheureusement, l'auteur n'a pas eu l'occasion de pratiquer.

J.-L. RIOPELLE.

S. TOVARU et C. VASILESCU. — **Léiomyo-myxosarcome primitif de la prostate, chez un enfant.** « Frankf. Tchrft. f. Path. », **58**; 41; 1938.

Léiomyosarcome prostatique à évolution myxomateuse, avec invasion complète de la paroi vésicale, chez un enfant de 4 ans, souffrant depuis 5 mois de miction douloureuse, d'hématurie et de rétention.

Le sarcome de la prostate est une tumeur rare, et, si l'on se base sur les cas publiés, sa fréquence est beaucoup plus grande chez l'enfant que chez l'adulte. Son apparition précoce chez l'enfant est en faveur d'une origine congénitale.

Les sarcomes de la prostate sont généralement doués d'une prolifération très active, et forment des tumeurs volumineuses, par accroissement sur place et par invasion de proche en proche, dans toutes les directions. Ils sont très malins et, dans les cas où ils sont congénitaux, tuent leur porteur dès les premières années. Les métastases sont fréquentes.

La forme habituelle est le sarcome à cellules rondes. Le myxosarcome est un peu plus rare et le leiomyosarcome, exceptionnel.

Cliniquement, le sarcome manifeste sa présence par les troubles mécaniques qu'il provoque au niveau de la vessie, soit par de la dysurie, de l'hématurie, de l'hydronéphrose, etc.

Le sarcome de l'enfant est généralement inopérable. La radiothérapie et la curiéthérapie ne donnent pas de résultat notable.

J.-L. RIOPELLE.

H. FAJERMAN et L. VAN DAMME. — **Le pouvoir bactéricide du sang. Sa mesure et sa valeur en clinique.** « Presse Médicale », 21 mai 1938, p. 829.

L'évolution clinique d'une infection causée par un microbe en particulier varie d'une espèce à l'autre; dans la même espèce, d'un individu à l'autre; et chez le même individu d'un moment à l'autre. Ce fait bien démontré a détourné de la bactériologie

nombre de cliniciens qui n'accordent plus à la science bactériologique qu'une confiance limitée.

C'est que l'examen bactériologique seul ne suffit pas pour définir le pouvoir d'invasion d'un germe ni la gravité de l'évolution de l'infection, car le pouvoir d'invasion ne dépend pas seulement de l'agent causal, mais dépend également du terrain envahi.

Y a-t-il un critérium permettant de prévoir la force de résistance d'un organisme vis-à-vis d'une infection?

Le pouvoir de résistance d'un organisme vis-à-vis d'un agent infectant dépend du rapport de ces deux forces en présence et seule la connaissance de ce rapport permet d'établir un diagnostic plus ou moins précis.

Les recherches destinées à déterminer la virulence des germes ont donné de multiples désillusions. L'inoculation à l'animal, la culture, la recherche de l'index opsonique ont donné des résultats qui varient selon les expérimentateurs.

En 1923, Ruge eut l'idée de mettre en contact les agents pathogènes avec le sang de l'organisme infecté. Si les germes mis en présence du sang augmentent en nombre, Ruge conclut que le malade ne peut se défendre. Si au contraire le nombre des germes diminue, c'est que le pouvoir bactéricide du sang est supérieur au pouvoir d'attaque du germe.

L'expérience de Ruge, appliquable surtout aux streptocoques a été reprise et modifiée par Philipp. Elle semble serrer de près le diagnostic de virulence du microbe, mais laisse la porte ouverte à certaines causes d'erreur.

En effet, un germe peut être virulent pour un individu et non virulent pour le voisin. L'inverse est aussi possible.

De même un germe très virulent n'incommode que peu un patient ayant un pouvoir bactéricide considérable, ce même germe restant une menace sérieuse pour le voisin et vice versa.

Des épreuves croisées ont permis à Daels et Van Damme d'établir un diagnostic plus exact de la virulence des germes en les essayant vis-à-vis du sang de différents sujets humains. D'autre part, ces auteurs déterminent de façon plus exacte le pouvoir bactéricide du sang en placant ce dernier en contact avec des streptocoques différents dont la virulence est connue.

Leurs recherches ont porté sur 165 cas de fièvres puerpérales. De ce nombre 27.4% ont donné des réactions négatives avec une mortalité de 1.8%; 66.6% ont fourni des réactions positives avec une mortalité de 43.3%.

De plus, les auteurs ont constaté un rapport entre la réaction fébrile consécutive à la radium-thérapeutique et le pouvoir bactéricide du sang: des oscillations thermiques de 1.4° en cas de bonne bactéricidie; des oscillations thermiques de 4° environ en cas de mauvaise bactéricidie.

Il semble donc qu'une réaction de Daels-Van Damme négative signifie solution clinique sans danger alors qu'une épreuve positive indique un danger vital.

Pour D. et V. D. le pouvoir bactéricide réside plus dans les éléments figurés du sang que dans le plasma. L'injection de vaccins bactériens ne semble pas augmenter le pouvoir bactéricide du sang. Les anesthésiques au contraire augmentent sensiblement ce pouvoir et l'action est d'autant plus longue que l'anesthésique est plus lent à s'éliminer.

De même l'alcool à 20-30°, en injection intraveineuse, à la dose de 150-200 c.c. augmente le pouvoir bactéricide du sang du donneur.

Les auteurs concluent qu'avant toute transfusion, il faut rechercher le pouvoir bactéricide du donneur et rejetter tout sujet dont la bactéricidie est inférieure à celle du receveur.

La mortalité par fièvre puerpérale sans transfusion bactéricide est de 77.2%.

La mortalité par fièvre puerpérale avec transfusion sanguine bactéricide est de 14.5%.

La transfusion bactéricide est une thérapeutique de choix mais elle doit être appliquée sous contrôle de bactéricidies et non pas à l'aveugle.

A. BERTRAND.

Messieurs les médecins sont invités à consulter les nombreux journaux, monographies et traités de médecine qui sont à leur disposition tous les jours de 9 a.m. à 5 p.m., le samedi de 9 à 11 a.m., au Secrétariat: 326 est, boulevard Saint-Joseph.

Les auteurs qui désirent des extraits de leurs travaux sont priés d'en faire la demande à l'éditeur, dès la parution du numéro qui contient ces travaux.

SOCIÉTÉS

L' « Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Séance du 15 février 1938 [1]

Tenue à l'hôpital Sainte-Justine

Présidence de M. Léon Gérin-Lajoie

Un cas de leucémie myéloïde traité par la radiothérapie

MM. W. MAJOR et A. COMTOIS

M. Major rapporte l'histoire clinique d'une fillette de 8 ans atteinte de leucémie myéloïde avec splénomégalie et chez laquelle la formule sanguine donnait les chiffres suivants: globules rouges: 2,300,000; globules blancs: 467,000; hémoglobine: 40%. Un traitement arsenical de trois mois n'ayant eu aucun effet, la petite malade est dirigée vers le département de radiothérapie.

M. Comtois, instituant un traitement de Rayons X à doses moyennes, constate une amélioration rapide qui persiste. La rate diminue considérablement de volume, l'état général s'améliore et il s'opère un remaniement impressionnant, tant qualitatif que quantitatif, de la formule sanguine. Le pronostic cependant reste sombre car les récidives sont fréquentes, et la survie la plus longue n'est guère plus de dix ans.

Discussion:

M. O. DUFRESNE dit l'intérêt qu'il y a dans ces cas de faire de la télérœntgenthérapie, qui est une radiothérapie totale et qui rend de précieux services quand les irradiations sur la rate ne donnent pas des résultats satisfaisants.

1. Le rapport de cette séance aurait dû paraître en avril. Nous prions les médecins rapporteurs de nous excuser.

Considérations sur l'érythème noueux

M. L. COUTU

Trousseau fait de l'érythème noueux une maladie spécifique, autonome, dont le germe n'est pas encore trouvé, mais dont l'évolution cyclique simple et bénigne, le pronostic favorable et le traitement facile permettent de le comparer à une maladie infectieuse banale. Landouzy et ses élèves, de leur côté, rattachent l'érythème noueux à la tuberculose; les travaux les plus récents tendent à prouver leurs avancés. Cependant toutes les recherches anatomo-pathologiques, biologiques et expérimentales n'ont pas été concluantes. Et la clinique, avec ses milliers de sujets étudiés dans tous les centres importants tant de l'Europe que de l'Amérique nous permet de conserver encore, pour le moment du moins, à l'érythème noueux, le nom de Maladie de Trousseau.

Discussion:

M. P. LETONDAL est d'avis que l'érythème noueux est en réalité un syndrome d'allergie et qu'une toxi-infection, la tuberculose le plus souvent, est à son origine. Il en rapporte un cas chez deux fillettes vivant ensemble et qui présentaient tous les signes de primo-infection tuberculeuse, avec cuti-réaction très positive.

M. GUILBAULT demande à M. Coutu s'il y avait des sujets vaccinés par le B. C. G. parmi les cas qu'il vient de rapporter.

M. COUTU répond dans la négative.

M. DESCOTEAUX dit avoir observé des cas d'érythème noueux chez des malades souffrant d'amygdalite, et croit qu'il faut faire grand état de la condition du rhino-pharynx.

M. A. BERTRAND croit comme M. Letondal que la maladie est une manifestation allergique et le signe d'une primo-infection tuberculeuse.

M. BESSETTE dit avoir observé deux cas d'érythème noueux sans tuberculose antérieure.

Valeur clinique de la formule leucocytaire

M. L. PARE

Le rapporteur réagit contre la tendance habituelle de considérer la formule leucocytaire dite de routine comme un élément important de diagnostic. Seule la formule détaillée de Schilling permet de mesurer le degré de gravité d'une infection donnée. De plus, dans l'appendicite aiguë suppurée en particulier, le rapport des polynucléaires non-filamenteux aux filamenteux établit en quelque sorte un véritable pronostic. D'autre part, dans la tuberculose, l'étude du rapport des mononucléaires aux lymphocytes permet d'apprécier le degré d'activité des lésions; mieux que la formule d'Arneth, ce rapport monocytaire, dépassant l'unité par augmentation des mononucléaires, indique une tuberculose en évolution.

Discussion:

M. GAUTHIER demande à M. Paré s'il trouve des filamenteux ou des non-filamenteux dans les appendicites aiguës avec gangrène de l'organe.

M. PARE répond qu'il n'a pas fait cette recherche.

M. P. LETONDAL estime à 60% la proportion de polynucléaires dans les broncho-pneumonies graves des nourrissons.

M. GERIN-LAJOIE estime que l'attention du praticien devrait être spécialement attirée sur la valeur clinique de la formule leucocytaire, et plus généralement sur les services de plus en plus indispensables que procurent les recherches de laboratoire.

Radio-diagnostic précoce de certaines affections de l'enfance

M. L. GAGNIER, jr

M. Gagnier estime que c'est à la période initiale, à l'état d'ébauche qu'un diagnostic précoce a le plus d'importance en vue d'un mode de traitement le plus efficace. Dans certaines affections de l'enfance, telles que le scorbut infantile, le rachitisme, la syphilis osseuse, la mastoïdite aiguë, l'intoxication par le plomb, l'ostéomyélite aiguë, les altérations osseuses donnent des images radiologiques dont certaines sont plus ou moins typiques et d'autres pathognomoniques. Pour ce qui est de la mastoïdite, quel que soit l'âge de l'enfant, l'examen radiologique est toujours intéressant car il sert entre autres choses à préciser l'étendue de la pneumatisation, élément important de pronostic et de directive opératoire.

Discussion:

M. GUILBAULT pose deux questions: 1° A quel âge est-il possible de déceler radiologiquement une lésion de la mastoïde? R. Vers 4 ou 5 ans. 2° Fait-on une radiographie du crâne pour le diagnostic de rachitisme? R. Il est préférable de radiographier le genou et le poignet.

M. JUTRAS est d'avis que la radiologie donne dans ces cas des renseignements aussi précis que l'histo-pathologie.

M. P. LETONDAL avère que dans le scorbut les signes cliniques sont plus précoces que les signes radiologiques; quant au rachitisme, il n'est guère possible d'en faire le diagnostic avant six mois.

M. COMTOIS croit que le diagnostic radiologique de la mastoïdite aiguë, en dehors des cas de grosses lésions, peut rarement se faire avant cinq ans.

Séquelle d'arthrite de croissance; traitement

M. J.-C. FAVREAU

Broca, le premier, montra que les déformations osseuses de la croissance survinnent à l'époque où apparaissent les premiers signes de la puberté, qu'elles se voient de préférence chez les enfants présentant des troubles endocriniens qui affectent le métabolisme calcique, et qu'elles ont pour substratum anatomique une malléabilité anormale du tissu osseux; ces affections guérissent en laissant des séquelles plus ou moins sérieuses. La radiographie a permis d'isoler

toute une série de dystrophies osseuses que l'on confondait jusqu'ici avec les arthrites tuberculeuses. M. Favreau dit quelques mots du traitement, puis montre un petit malade chez lequel il pratiqua trois interventions sanglantes pour corriger très nettement une déformation importante du bassin.

Discussion:

M. SAMSON dit avoir observé de nombreux cas d'ostéochondrites juvéniles déformantes. Chez d'aucuns, le repos a donné une guérison sans séquelles sérieuses; chez d'autres, une longue immobilisation dans un plâtre fut effectuée, mais avec la réapparition fréquente de l'arthrite, il en est arrivé à la conclusion que les séquelles d'arthrite conduisent souvent à des interventions chirurgicales graves.

Le Secrétaire,

G.-A. SEGUIN.

Séance du 3 mai 1938

Tenue à l'Hôtel-Dieu

Présidence de M. Léon Gérin-Lajoie

A propos d'un cas de silicose

MM. A. JUTRAS et O. MANSEAU

M. Manseau rapporte l'histoire d'un malade, tailleur de pierre, souffrant de silicose compliquée de tuberculose pulmonaire. Cliniquement il reconnaît à la silicose trois stades. Au premier stade, seule la radiographie permet de poser le diagnostic; au second, quelques signes cliniques discrets; au troisième, on note une dyspnée intense, des douleurs thoraciques, une toux fréquente, l'expansion thoracique est à peu près nulle, l'inspiration est courte et il y a matité dans les deux poumons; les malades succombent habituellement à une défaillance du cœur droit. Fréquemment la silicose se complique de tuberculose, qui aggrave la morbidité et assombrit nettement le pronostic. Le traitement de la maladie, à l'heure actuelle, ne peut être que prophylactique.

M. Jutras considère la radiographie comme étant le plus simple et le plus sûr moyen de faire le diagnostic des pneumoconioses. Les poussières de silice, de beaucoup les plus pathogènes, déterminent la fibrose du poumon, créant ainsi une prédisposition particulière aux infections, notamment à la tuberculose et à la pneumonie. Ces poussières, envahissant le système lymphatique, gagnent d'abord les ganglions trachéo-bronchiques: c'est le stade ganglionnaire. Puis en se conglomérant, elles forment des pseudo-tubercules et enfin des nodules, donnant à la radiographie des taches opaques disséminées, plus nombreuses près des hiles: c'est le stade nodulaire. Plus tard, enfin, apparaît le stade de fibrose diffuse et généralisée; c'est aussi celui des complications.

Discussion:

M. MIGNAULT, tout en reconnaissant l'importance de la radiographie, insiste sur l'intérêt que présente, notamment au stade ante-primaire, l'anamnèse et les signes cliniques; il rappelle l'existence de la silicose occulte.

M. LEGER se demande si les cas de silicose, en général, doivent être considérés comme des accidents de travail.

M. JUTRAS répond qu'en Ontario un projet de loi a été adopté à cet effet, mais qu'il n'est pas encore sanctionné.

Notes préliminaires sur la transfusion du sang placentaire

M. P.-P. GAUTHIER

L'usage de la transfusion avec du sang conservé a été décrit dès 1916 par Rous et Tuner. Les Russes, à leur tour, se servent du sang de cadavre. A Montréal, les accoucheurs de l'hôpital St. Mary ont réussi à prélever et à conserver le sang placentaire en vue de transfusion. Pour sa part, M. Gauthier dit avoir obtenu des succès avec des transfusions de sang placentaire. Dans un cas en particulier, chez une petite malade dont la numération globulaire se chiffrait à 300,000 globules rouges, la transfusion de 470 c.c. de sang placentaire réussit à hausser ce chiffre à plus de 3 millions dans l'espace de 3 jours.

Les avantages de la méthode sont les suivantes: *a*) Elle est sans danger pour le nouveau-né; *b*) Le receveur reçoit un sang riche en éléments jeunes; *c*) Pour l'hôpital, la transfusion de sang en conserve est moins coûteuse que la recherche de donneurs; *d*) L'hôpital ainsi organisé a toujours en réserve du sang de bonne qualité pour les cas d'urgence.

Discussion:

M. BERTRAND est d'avis que la méthode constitue une belle innovation, tant du point de vue pratique que pécuniaire, et qu'elle ne présente pas les inconvénients dérivant des deux sources ordinaires de la transfusion: les donneurs professionnels et bénévoles.

M. MARION demande si le sang de chaque placenta est donné séparément ou s'il est mélangé à d'autre.

M. GAUTHIER répond que tout sang est donné séparément et provient du même placenta.

M. P. LETONDAL s'informe de l'âge de la malade et des signes cliniques qu'elle présentait. Il lui est répondu qu'elle avait 17 ans et qu'elle accusait une faiblesse extrême, de la céphalée et des vomissements.

M. J. FORTIER voit un inconvénient et un danger sérieux pour l'enfant en sectionnant trop tôt le cordon ombilical, privant ainsi le nouveau-né d'un sang dont il a grandement besoin.

M. GAUTHIER réplique que l'état de santé des petits donneurs d'occasion à l'hôpital St. Mary ne semble en aucune façon se ressentir de leur inconsciente contribution au bien-être d'autrui.

M. LEGER s'excuse de jeter une note discordante dans l'assemblée, mais il tient à soulever la possibilité de la transmission de maladies par le sang placentaire; à son avis il préfère un donneur jeune et sain.

M. GERIN-LAJOIE croit comme M. Fortier que le sang placentaire appartient de droit à l'enfant; en outre, au point de vue légal, la responsabilité du médecin ou de l'hôpital ne serait-elle pas sérieusement engagée, survenant le cas d'un accident grave, voire mortel, pour l'enfant.

L'iléus duodénal

M. D. HINGSTON

Il existe trois variétés de stase duodénale: la stase mécanique, fonctionnelle et mixte. La stase mécanique par compression de la troisième portion du duodénum est quasi la règle générale, car elle est sous la dépendance d'une compression qu'exerce l'artère mésentérique supérieure. Quant à la stase fonctionnelle, où l'on ne trouve aucun obstacle au passage de la bouillie barytée, elle se reconnaît aux signes suivants: sensation de plénitude, nausées, vomissements; migraine, asthénie profonde, mélancolie, teint terreux, haleine fétide; amaigrissement brutal. Cliniquement le diagnostic en est très difficile; par contre, la radiographie donne des signes très précis: dilatation duodénale considérable, stagnation persistante, péristaltisme violent, reflux du contenu duodénal dans l'estomac.

Discussion:

M. JUTRAS considère la stase duodénale comme l'une des questions les plus importantes de la gastro-entérologie. Il dit en avoir observé 58 cas chez 213 patients radiographiés. A cause de sa fréquence et de sa gravité, il estime que les médecins devraient la rechercher avec plus d'attention. Ce n'est pas toujours une lésion isolée; il s'y surajoute un élément neuro-musculaire important, d'où les brillants résultats de la médication anti-spasmodique. Dans les cas graves, la duodéno-jéjunostomie est l'opération de choix.

M. FAUTEUX est d'avis qu'il est très difficile de faire le diagnostic de la maladie et souligne l'importance d'avoir des indications très précises avant d'intervenir. Il conseille d'entreprendre auparavant un traitement médical prolongé, et aussi de traiter la viscéroptose concomitante.

Les produits sulfamidés en clinique

M. E. PRUD'HOMME

M. Prud'homme présente, sans commentaires, l'histoire de trois patientes, ayant toutes récemment accouché, chez lesquelles le « Sulfocide » a obtenu une action très nette et très

rapide à la fois sur la fièvre, l'hyperleucocytose et sur l'état général. Dans les 3 cas, les malades ont reçu 2 grammes de Sulfocide durant 2 jours et 1 gramme par jour dans la suite.

Discussion:

M. LAMARCHE demande à M. Prud'homme s'il donne du bicarbonate de soude en même temps que le Sulfocide. Celui-ci répond dans la négative.

« Légère avance sur tous les fronts »

M. L. PARISEAU

A) *La radioscopie en salle éclairée.*

Lors d'une séance tenue à l'Hôtel-Dieu, le 28 janvier 1937, M. Pariseau avait démontré « la radioscopie en salle éclairée » au moyen d'une lampe et d'un film assurant le maximum de visibilité dans la pièce et le minimum d'absorption de la lueur provenant de l'écran fluorescent. Il avait cru devoir reprendre les idées déjà émises par Strempf et Bucky, parce que nous disposons désormais d'écrans fluoroscopiques tellement lumineux, qu'il est devenu possible de perdre dans un filtre une partie de leur éclat sans pour cela exposer les patients à des doses excessives de Rayons X.

M. Pariseau depuis lors a trouvé mieux encore, mais il continue de professer que la solution du problème imaginé par MM. Ledoux-Lebard, Souq et Saget est beaucoup plus élégante, encore qu'elle exige un outillage plus coûteux. L'année dernière, il n'avait à sa disposition qu'un verre insuffisamment opaque à la lumière jaune monochromatique. Cette fois c'est avec la glace « Dymix » au néodyme qu'il a fait une démonstration très réussie. Il a rappelé que la méthode est surtout précieuse dans les cas où s'impose une collaboration radio-chirurgicale (extraction de corps étrangers ou réduction de fractures).

B) *Répartition de l'échauffement produit par les générateurs à ondes courtes.*

En 1927, M. Pariseau avait imaginé un artifice qui permettait d'observer, sans recours aux thermomètres, la répartition de l'échauffement produit par divers courants électriques dans des solutions conductrices solidifiées par l'admixtion d'un sel.

Lui-même n'opéra jamais qu'avec des ondes de cent mètres et plus; mais en 1930 l'illustre physicien Sir J. C. MacLennan eut l'idée d'appliquer les substances thermotropes a l'étude de l'échauffement sélectif causé par des ondes de l'ordre de 7 mètres. Dès lors M. Pariseau se tourna vers d'autres problèmes, laissant à des chercheurs mieux outillés que lui le soin de tirer de sa méthode tout ce qu'elle pouvait donner. Disposant depuis peu d'un poste à ondes courtes, M. Pariseau s'est remis à l'œuvre, afin de réaliser certaines expériences cruciales capables de mettre en évidence les différences essentielles entre l'ancienne diathermie à ondes relativement longues et la « néodiathermie » à ondes courtes, qui utilise des courants de très haute fréquence.

L'exposé des travaux en cours fut suivi d'une intéressante démonstration.

Réfection du pouce de la main droite

M. R. BOLTE

M. Bolté cite le cas d'un ouvrier dont le pouce et l'index de la main droite ont été emportés à la suite d'un accident. Or, comme la main fait office d'une pince formée de deux branches: d'un côté les quatre derniers doigts, de l'autre le pouce qui fait opposition, il s'agissait dans le cas présent de refaire un pouce à cette main, sans quoi elle devenait presque complètement inutile au point de vue fonctionnel.

L'opération fut exécutée en un seul temps le 2 avril 1938 à l'Hôtel-Dieu, avec l'assistance et sous la direction du Professeur Armand Paré. Elle consista d'abord en une résection de la partie inférieure du deuxième métacarpien, inutile puisque l'index manquait, puis dans l'ablation du muscle interosseux du 1er espace ainsi que du faisceau métacarpien de l'adducteur du pouce. Il s'est ainsi créé une fente verticale entre le 1er et 3e métacarpien, ce qui eut pour effet de transformer le 1er métacarpien en pouce, qu'il ne resta plus qu'à habiller par autoplastie cutanée.

Résultat: Le patient possède maintenant à sa main droite un pouce, court il est vrai, mais mobile et très solide. Actuellement il peut manier ses ustensiles de table, et commence même à se servir du marteau, instrument de son métier.

Le Secrétaire,
G.-A. SEGUIN.

ASSEMBLEE SCIENTIFIQUE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

Séance du 19 mai 1938

Présidence de M. A. Bellerose

Recto-colite d'origine syphilitique probable

R. DECARY et Arthur RICHER

Maladie actuelle.

Madame J. S..., 50 ans, entre à l'hôpital pour hémorragies venant de l'intestin, et pour asthénie assez marquée.

Ces hémorragies qui durent depuis trois ans, n'étaient pas très fréquentes au début, et la malade ne passait du sang qu'une fois par-ci par-là; mais les troubles s'accentuèrent et aujourd'hui la patiente a 3 ou 4 selles par jour et chaque selle s'accompagne d'un rejet de sang rouge.

La patiente accuse en même temps des douleurs anales à la défécation et des douleurs périnéales lorsqu'elle est assise.

Antécédents héréditaires.

Rien de particulier.

Antécédents personnels.

Scarlatine.

Antécédents gynécologiques.

Grossesses: 11. Accouchements à terme: 4. Fausses couches: 7, entre 3 et 5 mois. Les 3e, 4e, 5e, 7e, 8e, 9e et 10e grossesses furent des avortements. La 6e grossesse était à terme, mais l'enfant mourut à 11 jours. Curettage utérin.

Examen objectif.

Tête: réflexe photo-moteur conservé. Thorax: cœur: souffle systolique à la pointe. P.A. 140/90. Abdomen: toucher rectal: pourtour anal ulcéré et douloureux; muqueuse très lisse. Membres: réflexes conservés mais un peu vifs.

Examens de laboratoire:

1° Formules sanguines:

G. R.	G. B.	H.	Lymphoc.	Poly.
2,800,000	5,000	55%	26%	68%
4,300,000	7,000	58%	39%	47%
4,500,000	5,000	60%	40%	55%
4,400,000	4,000	60%	40%	46%
3,700,000	7,000	58%	37%	53%
4,400,000	8,000	55%	36%	55%

2° Ponction lombaire: rien de particulier.

3° Koch dans les selles: quatre analyses négatives.

4° Amibes: nil.

5° Urine: nil.

6° Biopsie: ulcération de la marge de l'anus. Muqueuse rectale atrophiée avec réaction inflammatoire minime, sans lésion caractéristique de T. B. ou de Nicolas Favre.

7° B. W.: négatif au début et négatif après tentative de réactivation au novar.

8° Nicolas Favre: réaction négative.

Examen gynécologique: organes génitaux atrophiés: aucun rapport avec les organes génitaux et les troubles accusés (Dr Gérin-Lajoie).

Rectoscopie.

I. 6-12-37: rectite atrophique sans ulcération perceptible. Sclérose empêche de passer la valvule recto-sigmoïdienne.

II. 18-12-37: les lésions sont les mêmes qu'à la restoscopie précédente, mais elles sont légèrement améliorées.

Rayons X.

Lavement baryté. Aucune explication aux hémorragies.

Requête en dermatologie: lues ou T. B. (Dr A. Marin) probables.

Traitement.

Du 2 décembre au 26 janvier la patiente eut différents traitements.

D'abord: diète sans aliments crus.

Ensuite: lavement à garder.

℞: Huile d'olive.....3 c. à s.
Chlorure de Ca. 3 grammes.
Laudanum.....10 gouttes.
Eau.....50 c.c.
Sig.: 1 lavement tous les jours.
Enfin: Bacté-intestiphage: 1 ampoule tous les jours.

Le 26 janvier tout fut cessé et on donna:
Cyanure de Hg. 0 gr. 02 tous les jours.
Suppositoire à l'adrénaline le soir.
Marronine.

Le 27 février: on cessa toute médication et congé.

Le 15 février: reprise du cyanure de Hg.

Evolution.

2 décembre: patiente anémiée et asthéniée Saigne beaucoup.

6 décembre: rectoscopie: rectite atrophique sans ulcération.

17 décembre: nouvelle rectoscopie: amélioration assez marquée de la muqueuse. La patiente saigne toujours mais il y a eu rémission des hémorragies entre les deux rectoscopies à la suite de réaction au novar.

5 janvier: la patiente continue de saigner.

26 janvier: la patiente continue de saigner.

15 février: les pertes sanguines viennent de cesser après avoir diminué graduellement depuis l'institution du traitement au cyanure de Hg. — Marronine — Suppositoire à l'adrénaline.

1er mars: la patiente n'a pas saigné depuis le 15 février.

1er avril: la patiente ne saigne pas.

1er mai: la patiente ne saigne pas.

Conclusions.

I. Etant donnée la lymphocytose marquée indiquant une infection chronique.

II. Etant donnée la baisse légère des lymphocytes avec le traitement au mercure.

III. Etant donnée l'amélioration de la muqueuse après la réactivation au novar.

IV. Etant donnée la diminution de l'hémorragie après la même réactivation au novar.

V. Etant donné le nombre des fausses couches sans cause apparente.

VI. Etant donnée la cessation apparemment définitive des hémorragies par le cyanure de mercure.

Nous concluons que la patiente souffre de lues probable malgré que l'examen objectif soit absolument négatif et que les examens de laboratoire soient aussi négatifs.

Discussion:

M. J.-A. MOUSSEAU. Cette histoire de cæco-colite est intéressante et complète, mais imparfaite en ce sens que l'on ne sait si cette femme de cinquante ans est ménopausée ou non; car il se peut fort bien, si elle est au début de sa ménopause, qu'elle ait des hémorragies supplémentaires par voie rectale.

Dans l'examen objectif on ne fait pas mention des signes locaux. Le cæcum est-il douloureux? le transverse, le descendant est-il spasmodique?

Le titre de cæco-colite n'est peut-être pas tout à fait exact; c'est plutôt recto-colite que l'on devrait dire.

Sur la première radiographie on voit un spasme important au niveau du côlon pelvien. Le radiologiste n'est pas en mesure de dire si l'hémorragie est due à une lésion de cette région.

A la rectoscopie, il y a atrophie de la muqueuse rectale et le rectoscope aurait buté au niveau de la valvule recto-sigmoïdienne; peut-être l'obstacle est-il de nature spasmodique? Par suite, le relâchement du spasme expliquerait peut-être les modifications attribuées au traitement spécifique. La mère était-elle vraiment spécifique? Le mari présente-t-il quelques signes de spécificité?

M. A. BERTRAND. Le B. W. est négatif après tentative de réactivation. Y a-t-il eu d'autres examens?

M. C.-E. GRIGNON. Il n'y a rien de gonococcique chez cette malade? A-t-on questionné au point de vue de ses habitudes sexuelles?

M. A. BELLEROSE. Le titre de rectite pure et simple eût été plus juste. Les lésions sont très basses, on trouve des ulcérations au niveau de l'anus, et même, à la rectoscopie au niveau de la muqueuse rectale. De plus, les hémorra-

gies sont très basses puisque le sang est rouge clair; si le côlon avait saigné on aurait trouvé du sang noir.

M. A. RICHER. *Au Docteur Mousseau.* Le titre de notre communication est recto-colite et non cæco-colite. La patiente était ménopausée depuis six ans. Comme examen objectif, il n'y avait aucun point douloureux, seul l'anus était douloureux. Quant au mari, c'est un « type » prenant de l'alcool par périodes et qui présente des signes nerveux très accusés même en dehors de toute ingestion d'alcool.

Au Dr Bertrand. Nous avons fait faire trois examens de sang dont le B. W. et le Kahn, chaque fois; ces examens ont été effectués en décembre, en janvier et tout récemment.

Au Dr Grignon. Les prélèvements que nous avons faits ont été négatifs. Le traitement au sulfanilamide n'a absolument rien donné.

Au Dr Bellerose. Le titre recto-colite n'est pas hors de cause, puisque les lésions étaient non seulement au niveau du rectum, mais aussi au niveau de l'anse sigmoïdienne qui fait partie du côlon. Au point de vue ulcération, il n'y en avait qu'en marge de l'anus.

M. R. DECARIE. La première rectoscopie montre une rectite atrophique avec lésion en marge de l'anus d'un caractère amorphe que le Docteur Marin interprète comme pouvant être de nature tuberculeuse et syphilitique. *Au Dr Mousseau.* Le restoscope butait sur la valvule sigmoïdienne, s'agissait-il de spasme? de lésion inflammatoire? *Au Dr Grignon.* Il est bien difficile de faire un questionnaire approfondi en ce qui concerne la pédérastie, mais chez notre patiente le sphincter était très lâche.

Epithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure

A. MARIN et F.-L. BOULAIS

I.

J. R..., 76 ans, cultivateur, s'est présenté le 28 mars pour une lésion qui avait débuté en novembre par une érosion au côté droit de la lèvre inférieure. Elle avait graduellement envahi la presque totalité de la lèvre inférieure, avec adénopathie sous-maxillaire. La tumeur avait l'aspect du chou-fleur, rouge, suintante et croûteuse.

Dimensions 10 x 4 centimètres par 3 centimètres d'épaisseur.

Radium puncture le 5 avril: 6 aiguilles de 2 milligrammes pendant 6 jours, 13 M. C. D.

Le 11 avril, radium en surface, 18 mgrs pendant 35 heures, 5 M. C. D.

Radiumdermite en voie de disparition. La tumeur est diminuée des 3/4.

Il est logique de croire à sa disparition complète d'ici 2-3 semaines.

Curage ganglionnaire à faire sous peu.

II.

Pierre G..., 73 ans, journalier. A son arrivée le 9 mars 1938, présentait au centre de la lèvre inférieure une tumeur dure, ulcérée et recouverte d'une croûte. Les dimensions étaient de 5 x 3 centimètres par 2 centimètres d'épaisseur.

Adénopathie sous-maxillaire.

Radium puncture le 11 mars 1938.

Dose: 8 aiguilles de milligrammes en place pendant 5 jours.

L'épithélioma a disparu, mais il persiste encore un peu de radiumdermite qui cède graduellement.

Curage ganglionnaire à faire sous peu.

Discussion:

M. BELLEROSE. Les épithéliomas dont il est question sont des épithéliomas géants qui relèvent de la radiumthérapie. Cependant un certain nombre d'épithéliomas de volume moins considérable peuvent être enlevés chirurgicalement.

Pour ma part, j'ai un certain nombre de malades opérés depuis même quinze ans et qui sont actuellement en bonne santé. Dans les cas présentés, l'épithélioma est si considérable qu'une opération aurait été très mutilante et il faut donner la préférence à la radiumthérapie, quitte à recourir plus tard à la chirurgie pour l'exérèse des ganglions.

M. BOULAIS. Le cas n° 2 présentait de gros ganglions. La tumeur était énorme avec grosse réaction inflammatoire. Le Dr Ch. Hébert a conseillé l'application de pansements humides

et l'inflammation a grandement diminué. Nous aurons une nouvelle consultation pour savoir si on devait enlever le ganglion.

L'autre malade a deux petits ganglions pour lesquels nous aurons aussi une consultation avec les chirurgiens et selon leur avis nous en ferons l'exérèse ou bien nous les traiterons à la radiothérapie.

Chez le premier malade nous avons lieu de croire que d'ici deux semaines tout sera disparu.

La différence entre les deux cas c'est que dans le premier cas le début remonte à 15 ans, personne n'y a touché. Chez l'autre, il y a eu quatre cautérisations depuis novembre. Par conséquent attention aux manœuvres intempestives qui donnent un coup de fouet, ce malade, en effet, est plus avancé que le précédent.

M. BELLEROSE. Merci au Dr Boulais d'avoir attiré l'attention sur les manipulations qu'il ne faut pas faire.

Je me souviens d'un cas où une intervention avait été pratiquée parce que l'on croyait à un abcès froid et un mois après il y avait métastase.

Agranulocytose aiguë

Drs BRAULT et BERTRAND

M. B..., âgé de 61 ans, est admis à l'hôpital le 7 avril à 5 heures p.m. pour œdème du cou et dysphagie.

Antécédents personnels: le patient qui est un cardio-rénal a fait il y a 10 ans une amygdalite suivie de phlébite de la jambe droite.

Maladie actuelle: débute le 5 avril. Le patient, vu par son médecin de famille, se plaint de troubles mal définis au niveau de la gorge et de déglutition difficile. Hospitalisé le 7, il présente à ce moment un cou proconsulaire avec œdème généralisé à tous les tissus mous de la région. Les ganglions sous-maxillaires sont masqués par l'œdème et imperceptibles à la palpation. La muqueuse buccopharyngée est rouge, œdématiée. Les amygdales participent à la réaction; cependant ni sur ces dernières, ni sur les gencives ou sur les autres muqueuses l'examen clinique ne décèle d'ulcération. La déglutition est difficile, mais il n'y a pas d'obstruction de la glotte. L'état général est mauvais; le patient est affaissé, présente une légère congestion pulmonaire et offre l'aspect d'une personne profondément intoxiquée. La température est de 102° F., le pouls rapide et la respiration à 32.

Dès son admission le patient reçoit une ampoule de Propidon et on lui prescrit de la glace sur le cou et du bleu de méthylène en badigeonnage de la gorge.

Le 8 avril au matin, une formule sanguine faite donne les résultats suivants:

g. r.: 4,200,000; g. b.: moins de 100; h.: 72%; v. g.: 0.8; poly neutro.: 0% mono.: 10%; lymphocytes: 90%; pas d'anisocytose, ni poikilocytose ni hématie nuclée.

Un diagnostic d'agranulocytose est posé et le patient reçoit immédiatement un injection intramusculaire de Pentnucléotide.

La maladie évolue cependant rapidement. La respiration devient de plus en plus difficile de même que la déglutition et le patient succombe le même jour à 8 p.m.

Commentaires.

L'agranulocytose n'est pas une rareté. Quelquefois elle est associée à de l'anémie simple ou à de l'anémie et à un syndrome hémorragipare, quelquefois elle s'accompagne de thrombopénie et d'un syndrome hémorragique. Lorsque la maladie évolue lentement on constate une anémie plus ou moins marquée de même que des lésions ulcéreuses des muqueuses soit buccale, anale ou intestinale.

Dans le cas présent la maladie évolue au contraire très rapidement. En trois jours elle emporte le malade. Cette rapidité de l'évolution explique l'absence d'anémie, — 4,200,000 G. R. — et l'absence également d'ulcérations si fréquentes dans les angines agranulocytaires à marche lente.

Mais ce qui frappe surtout lorsqu'on étudie l'hémogramme, c'est la leucopénie intense, presque de l'aleucie, qui existe. Jamais encore il nous a été donné de constater une telle diminution des globules blancs.

La proportion des divers éléments de la série blanche est aussi profondément bouleversée: poly 0%, mono 10%, lympho 90%. Si par définition l'agranulocytose comporte la disparition des éléments granuleux, il est plutôt rare de n'en trouver aucun sur toute l'étendue d'un frottis coloré. Habituellement, au contraire, l'examen révèle toujours quelques polynucléaires dont le taux reste cependant très bas. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'Achard a suggéré le terme « angine hypogranulocytaire » par opposition à l'angine agranulocytaire décrite par Schultz en 1922.

Comment expliquer le présent cas d'agranulocytose? L'interrogatoire et l'examen clinique du patient n'ont pu mettre en évidence une cause récente de maladie. Il a été possible d'éliminer les principaux facteurs qui peuvent déclencher l'agranulocytose: infections microbiennes; intoxications médicamenteuses, R. X. etc. Il s'agit vraisemblablement ici d'une prédisposition du « sol hématique » selon l'expression de Weil et Poulet.

Quelle qu'en soit la cause cependant, l'évolution rapide de la maladie et la formule sanguine justifient le diagnostic d'agranulocytose aiguë porté dans le présent cas.

Discussion:

M. AMYOT. Le malade est disparu rapidement. Ceci provoque une interrogation: par quel mécanisme la mort peut-elle survenir rapidement dans l'agranulocytose? Dans les cas plus longs, la mort survient par cachexie ou par dégénérescence viscérale.

M. SIMARD. Comment expliquer ce cou énorme œdémateux? D'après l'examen il n'y avait pas d'adénite. Il n'y avait pas d'ulcération ni sur les amygdales, ni sur les gencives, ni sur la muqueuse bucco-pharyngée. Quelle est donc la nature de cet œdème considérable du cou? S'agit-il d'un phlegmon, d'une angine avec phlegmon ligneux?

M. H. GELINAS. Dans ces cas il faut toujours penser au diagnostic de leucémie aiguë. Il est indispensable d'examiner un ganglion après biopsie ou après nécropsie.

M. C.-E. GRIGNON. Quel traitement d'urgence préconisez-vous en plus des pentnucléotides? La radiothérapie ou quelqu'autre traitement meilleur?

M. BERTRAND. — Je regrette que le Dr Brault ne soit pas ici pour répondre à certaines de vos objections. Il s'agit d'un malade privé chez qui le diagnostic porté fut: angine phlegmoneuse diffuse. Personnellement je n'ai fait que les formules sanguines de ce malade. Ce qui me frappe, c'est l'absence de globules blancs. C'est la première fois que j'en vois si peu; il m'a fallu parcourir l'hématimètre en entier pour apercevoir un ou deux globules blancs et le chiffre de 100 que j'ai donné était certainement exagéré. Sur toute la lame je n'ai pas pu mettre en évidence un seul polynucléaire d'où le diagnostic d'agranulocytose s'imposait. Le Dr Gélinas dit qu'on doit penser à la leucémie aiguë; ici, ce diagnostic doit être écarté car on aurait trouvé certains éléments jeunes qui n'y étaient pas. Le Dr Amyot se demande le mécanisme de la mort? Dans les cas ordinaires je pense qu'on doit songer à une toxémie, le microbe n'est plus phagocyté par les globules blancs.

Quant à la grosseur du cou, je n'en sais rien.

Au sujet du traitement, la question est loin d'être éclaircie. Je me souviens d'un cas pour lequel le vaccin polyvalent avait donné d'excellents résultats: de 1000 gl. bl., la formule était montée à 42,000 gl. bl.; le malade avait quitté apparemment guéri, mais quelque temps plus tard il mourut.

Un cas de scorbut chez une jeune fille

Drs H. GELINAS et G. LECLERC

Mlle B..., âgée de 15 ans, se présente au bureau d'un de nous le 23 mars 1938. Depuis 10 jours hémorragies gingivales et gingivite. Stomatite douloureuse. Amaigrissement considérable. Perte d'appétit. Depuis 3 mois diète défectueuse. Elle mange des haricots 3 fois par jour (fèves au lard). Pas de légumes. Rarement une orange — plutôt une banane 1 ou 2 fois par semaine.

Antécédents.

Rien de spécial. Pas d'absorption de médicaments mercure ou bismuth.

Examen.

Les gencives sont tuméfiées — rouges. Elles saignent au moindre attouchement. Zone de nécrose. Il y a également de petites plaques de nécrose blanchâtres sur le voile du palais.

Pas d'hémorragies cutanées. Le signe du lacet (compression des membres) est négatif contrairement à ce qui se voit d'habitude dans le scorbut. Ce signe n'est cependant pas constant.

Rien dans les urines à noter.

Cytologie du sang normale, hormis une légère anémie hypochromique.

Diagnostic:

Scorbut. La diète suivie par la malade déficiente en lait, fruits et légumes était essentiellement scorbutigène.

Traitement.

Vitamine C...120 milligrammes par jour.

Oranges... 6 par jour — équivalentes à 150 milligrammes de vitamine C.

Dans une semaine les lésions étaient pratiquement guéries sans traitement supplémentaire autre que des lavages au Péroxide d'hydrogène. Ces mêmes lavages de la bouche au péroxide d'hydrogène avaient été employés avant son entrée à l'hôpital sans aucun résultat.

Dosage de l'acide cévitamique dans les urines

	Vit. C. absorbée.	Vit. C. urines.
23 mars	300 mill.	non dosée
24 mars	— —	—
25 mars	270 —	—
26 mars	— —	16 mill. 1
27 mars	— —	175 —
28 mars	— —	199 —
29 mars	— —	270 —
30 mars	— —	181 —
31 mars	— —	150 —
1er avril	— —	160 —
2 avril	Départ.	

Discussion:

M. C.-E. GRIGNON. Je désirerais avoir quelque précision sur le dosage de l'acide cévitamique.

M. AMYOT. Si le scorbut chez une malade de 15 ans peut déterminer des lésions ostéo-périostées, ne serait-il pas intéressant de voir ce qu'aurait fourni l'examen radiologique des os?

M. BLOUIN. Au sujet de la diète, s'agissait-il de haricots en conserves?

M. H. GELINAS. Le dosage de l'acide cévitamique est très facile grâce au dichlorindophénol. Ce réactif existe sous forme de tablette, correspondant à un milligramme de vitamine C. Lorsque l'on obtient une belle coloration, c'est que nous sommes en présence de 1 mmgr d'ac. cévitamique. Ce dosage est par conséquent très simple, plus même que la recherche du sucre dans les urines.

Le réactif est distribué par plusieurs maisons de commerce. Normalement on élimine 50% de ce que l'on absorbe.

Chez notre malade, après ingestion de 1000 milligrammes pendant cinq jours elle n'éliminait que 16 mmgr. Il est très important d'examiner les urines après chaque miction car la vitamine ne se conserve pas, de plus il faut examiner tous les échantillons. Le traitement a donné la preuve du diagnostic posé.

Au Dr Amyot, il n'y avait absolument aucune douleur au niveau des membres, et les rayons X n'auraient pas donné d'image intéressante. Chez enfants plus jeunes ils seraient nécessaires.

Au Dr Blouin, la malade prenait des fèves en conserves depuis trois mois. Les conserves, jus d'oranges, de tomates etc., grâce à de bons stérilisateurs conservent la Vitamine C; il faut qu'il y ait absence d'oxygène. Actuellement les différentes compagnies réussissent à conserver la Vitamine C, dans leurs conserves. Il s'agit d'éviter les appareils où entre du cuivre à cause de l'oxydation qu'ils provoquent. Autrefois les ustensiles en cuivre étaient mauvais au point de vue Vitamine C.

M. A. BERTRAND. Au sujet de la technique du dosage de l'acide cévitamique, on peut conserver les urines 10 à 12 heures si on leur ajoute de l'acide acétique glacial.

Impuissance sexuelle et atrophie testiculaire traitée par opothérapie

C.-E. GRIGNON

Ovide C..., (dossier 1400, 1938), 62 ans, se présente à l'hôpital pour 1° absence d'érection depuis un an. Il n'a pu pratiquer le coït avec succès que 3 ou 4 fois l'an dernier, malgré de multiples tentatives. L'année précédente il ne réussissait qu'une fois par 2 ou 3 semaines et d'une manière non satisfaisante pour lui-même et sa partenaire. Aucun abus sexuel dans sa jeunesse.

2° Atrophie testiculaire bilatérale progressive ayant débuté il y a environ 3 ans.

3° Douleur dans la fosse iliaque gauche le long du trajet colique. Constipation chronique.

Antécédents. Père mort diabétique. Cystite à frigore? il y a 40 ans.

Examen. Sujet d'apparence normale pour l'âge — pas de sénilité précoce.

L'examen somatique négatif excepté une diminution des réflexes rotuliens et achilléens et une abolition des réflexes crémastériens.

Organes génitaux. Pénis blanc et froid de dimension normale. Testicules mous, non douloureux de la taille d'un petit raisin. Prostate normale.

Cystoscopie. (Dr Paul Bourgeois.) Rien à signaler excepté: veru-montanum très gros de la grosseur du bout du pouce, et œdémateux.

Diagnostic: Impuissance sexuelle et atrophie testiculaire de cause inconnue.

Traitement. Antruitrin « S » 2 c.c. tous les jours durant 24 jours. Diète généreuse.

Evolution. Une amélioration est apparue dès la 10e injection sous forme d'érection d'abord nocturne puis diurne. Les pollutions nocturnes sont apparues vers la 15e injection. Les testicules ont doublé de dimension, sont devenus plus fermes et plus sensibles. Le malade a demandé son congé avec une idée fixe que je vous laisse deviner. Revu depuis ce temps, il m'assure que tout va en s'améliorant et que les rapports sont de plus en plus satisfaisants.

Discussion:

M. GRATTON. Dans les antécédents de ce malade, son père est mort diabétique, le malade lui-même était obèse, maigre? car nous sommes souvent consultés pour impuissance et il s'agit d'un premier signe de diabète.

Pour quelle raison l'Antruitrin S a-t-il été employé de préférence au Pérandren.

M. C.-E. GRIGNON. Le malade n'était pas diabétique, ni obèse. Chez les diabétiques lorsqu'il y a impuissance, il est rare qu'on ait de l'atrophie testiculaire.

J'ai employé l'Antruitrin plutôt que le Pérandren parce qu'en endocrinologie il faut un certain flair. Or, chez ce malade, j'ai cru qu'il s'agissait d'une insuffisance testiculaire non primitive, mais hypophysaire, parce qu'il n'y avait pas d'hypertrophie prostatique, s'il y en avait eu, j'aurais employé le Perandren. Au cours du retour d'âge masculin, on trouve peu de substances gonadotropiques, tandis que chez la femme il y a eu une surproduction à la ménopause.

Il faut bien savoir ce qu'est l'Antruitrin S. Autrefois on croyait que l'hormone était sûrement d'origine hypophysaire; maintenant on croit qu'elle est d'origine placentaire. Chez les hypophysectomisés, elle n'a pas d'action.

L'Antruitrin S est dosée en unités-rat, c'est-à-dire la quantité qui injectée en 3 ou 6 doses à un rat femelle impubère provoque la lutéinisation de l'ovaire, et à un rat mâle, l'accroissement des vésicules séminales et des cellules interstitielles.

Crises cœlialgiques avec vomissements au cours d'un tabes fruste arrêté

Roma AMYOT

Ce malade âgé de 31 ans, est en proie à des crises douloureuses épigastriques accompagnées de vomissements depuis environ 5 ans.

Il a été hospitalisé en de multiples circonstances dans différents hôpitaux de Montréal.

En 1933, lors d'une de ces hospitalisations, on procéda à une laparatomie qui ne décela aucune lésion intra-abdominale. Il fut traité

au dispensaire et dans le service interne de dermato-syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame.

En 1935, il subit une cure de pyrétothérapie au Sulfoléum comprenant 9 accès et l'étude du liquide céphalo-rachidien, faite avant le traitement pyrétothérapique associé au bismuth et après cette cure combinée, ne manque pas d'étonner. Ainsi, le 25 juillet 1935, le Wasserman est $\pm$ avec 2 c.c. (antigène alc.) et $+++$ avec 1.5 c.c. (ant. cholestériné) ; albuminose 0.30; lymphocytose 3.4; gomme négative; R. Pandy, Lange, benjoin colloïdal négatives.

Le 24 septembre 1935 (après la cure), la réaction de Wasserman est négative; albuminose 0.30; lymphocytose 3.6; gomme fortement positive (++++); R. Pandy négative; R. Lange et du benjoin douteuses et même subpositives.

Ce renversement du sens des réactions biologiques dissociées du liquide survenu à la suite d'un traitement n'est sûrement pas d'une observation fréquente.

A tout événement, ce sujet est syphilitique. Il aurait souffert de douleurs à type fulgurant des membres inférieurs, il y a quelques années.

Actuellement, comme il y a 4 ou 5 ans, le malade est pris périodiquement et subitement d'une violente douleur épigastrique sans irradiation. Il a des nausées et vomit un liquide bilieux. Ses crises surviennent habituellement tous les 2 - 3 mois. Elles peuvent durer 12 heures. Elles sont d'une telle violence, qu'elles déterminent une agitation incontrôlable du malade et d'une acuité qui oblige à la contention forcée. Son esprit semble s'obnubiler au cours des crises. Seule la morphine a pu contrôler jusqu'à date, le paroxysme douloureux.

Entre les crises, aucun trouble digestif.

Examen du malade.

Leucoplasie jugale gauche. Pupilles en myosis; pupilles punctiformes; la gauche réagit faiblement à la lumière; la droite a perdu sa réflectivité photo-motrice; à la convergence, elles se contractent encore légèrement. (Pupilles intéressantes.) Les réflexes achilléens sont abolis. L'examen neurologique est par ailleurs négatif. Cicatrice linéaire, verticale de la paroi abdominale. Les réactions de Wasserman du sang et du liquide c.r. sont négatives. Le liquide c.r. est absolument normal à l'examen biologique.

Commentaires.

Tabes fruste, biologiquement guéri.

Persistance de crises viscérales, gastriques probablement conséquentes à des séquelles cicatricielles sur les racines dorsales.

Facteur vaso-moteur (congestion vaso-dilatatrice) déclenchant les crises (chaque accès pyrétothérapique provoquant un accès gastrique douloureux).

Douleurs fulgurantes ou crises viscérales tabétiques assez rarement observées dans le tabès guéri ou arrêté. Grande difficulté thérapeutique: chimiothérapie habituellement inopérante; pyréto-thérapie surtout par malaria et peut-être par électropyrexie peut amener la guérison ou une amélioration sensible; on conseille radiothérapie radiculo-médullaire; on a recours au blocage radiculo-sympathique à la novocaïne, contre la crise elle-même, l'atropine en injection intra-veineuse à la dose de ½ à 2 milligrammes fait disparaître très souvent radicalement la crise.

Discussion:

M. U. GARIEPY. J'ai étudié minutieusement ce malade que j'ai vu sur la demande du Dr Amyot. Je me suis demandé s'il bénéficierait d'un blocage, mais le malade n'était pas en crise au moment où je l'ai vu. Or il est mieux de faire le blocage chez les malades en crise, le traitement d'ailleurs est plus probant. Je me souviens d'un malade, il y a quelques années, qui présentait des crises sub-intrantes et chez qui j'ai fait un blocage splanchnique. Le résultat a été magnifique, le patient n'a pas présenté de crise pendant 51 jours. Nous avons alors proposé la section du splanchnique, mais le malade a refusé. Le blocage cependant avait donné un très bon effet. J'ai demandé au Dr

Amyot de m'amener le malade en crise, et je pense qu'un blocage radiculo-sympathique lui donnerait de bons résultats, ensuite nous pourrions faire la résection.

M. C.-E. GRIGNON. Quelle est la durée des résultats chez un malade bloqué par une solution huileuse de novocaïne. J'ai fait bloquer un malade pour crises radiculaires avec une solution aqueuse de novocaïne et les résultats sont encore bons après trois mois.

M. U. GARIEPY. Malgré l'avis contraire de certains auteurs, je me sers de Nupercaïne plutôt que de novocaïne et avec la moitié de la dose j'ai fait des blocages et les crises ont disparu depuis trois mois. Dans des cas de crises cardiaques d'origine coronarienne, j'ai un malade guéri depuis deux ans.

Les blocages à la Nupercaïne durent longtemps, j'en suis très convaincu et je le prouverai.

M. AMYOT. On a surtout discuté en marge de ma communication. J'ai voulu 1° montrer que certains tabes arrêtés ou guéris biologiquement restaient fixés à la période pré-ataxique;

2° appuyer sur les difficultés thérapeutiques qu'offrent ces cas non évolutifs et pourtant affligés des crises douloureuses. On ne peut pas avoir confiance dans la thérapeutique chimique qui agit bien sur l'infection, mais pas sur ces crises qui dépendent de séquelles cicatricielles sur les racines. Au contraire, elle les déclenche quelquefois, comme j'ai pu l'observer chez un malade.

Souvent, la pyrétothérapie, la malariathérapie surtout, fait disparaître ou au moins amoindrit le syndrome des paroxysmes algiques. Dans le cas présent la pyrétothérapie au Sulfoleum n'a amené aucune amélioration.

La radiothérapie est conseillée dans ces cas et c'est ce que j'ai l'intention d'employer.

Si le malade présente de nouveaux accès, je le présenterai au Dr Gariépy. Ses accès se font surtout en dehors des hôpitaux. On dirait que le repos hospitalier le soulage chaque fois.

A propos du blocage, vu que son action n'est pas tout à fait définie et comme il s'agit de lésions radiculaires, on devrait faire un blocage radiculo-sympathique.

M. U. GARIEPY. Le mécanisme de la lésion peut s'expliquer par de la vaso-constriction. Or par le blocage, on obtiendra de la vaso-dilatation qui abolira les effets vaso-constrictifs.

Le malade du Dr Amyot est analogue à celui du Dr Grignon, qui a une valeur expérimentale. Le malade du Dr Grignon était pâle, avait des sensations de constriction; nous lui faisons un blocage et ses crises disparaissent complètement alors que toute autre thérapeutique n'avait rien donné.

Chez un autre malade à qui nous avons fait un blocage il y a six semaines, nous avons obtenu un résultat de 90% à 95%.

Chez le malade du Dr Amyot, il faudra faire un traitement radiculo-sympathique.

Le Secrétaire-adjoint,
Georges HEBERT.

Traitement des plaies infectées par le para-amino-phényl-sulfamide *

On a naturellement pensé à utiliser des pommades à base de sulfamide pour le traitement des plaies infectées. P. Cuilleret a employé une pommade contenant 10% de 1162 F (Dermoseptazine) pour recouvrir les dermites streptococciques simples, l'impétigo, les érysipèles, les plaies infectées, les ulcères de jambe, les escarres sacrées (*Réunion Dermatologique de Lyon,* 20 mai 1937). Il l'a également utilisée pour le traitement de dermites mixtes strepto-staphylococciques telles que sycosis, pyodermites variées.

Les pansements à la pommade simple ou avec le même produit en solution aqueuse à 10% étaient faits quotidiennement. Les résultats ont toujours été excellents, la cicatrisation des lésions était obtenue rapidement et sans aucune irritation des téguments voisins de la plaie. L'action locale du sulfamide ne paraît donc pas à négliger.

A. RAVINA.

* *L'Année Thérapeutique* (Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1937).

REVUE DES LIVRES

Race, Hérédité, Folie. (Etude d'anthropo-sociologie appliquée à l'immigration. Dr René MARTIAL, Paris. Mercure de France, 1 vol., 15 frs.

Le Canada ayant bien des chances de redevenir une terre d'immigration, il n'est peut-être pas mauvais d'appeler l'attention de ses citoyens, penseurs ou gouvernants, sur l'excellent livre que vient de publier le Dr René Martial.

J'ai déjà fait connaître ici mon vieil ami en résumant un autre de ses ouvrages « la Race française » dans une conférence que j'ai faite, il y a deux ans, à l'Alliance française de Montréal. Il s'agissait alors du passé qui est chose respectable, mais auquel nous ne pouvons rien. Aujourd'hui, Martial s'occupe de l'avenir et il expose quelles doivent être les mesures pour l'empêcher de devenir mauvais.

Il n'y a plus à l'heure actuelle de races humaines au sens anthropologique du terme et les peuples modernes ne sont que des métissages; mais cependant il existe des « races résultats »: un français n'est pas la même chose qu'un anglais, et les habitants des Etats-Unis s'ils sont encore disparates ont cependant tendance à créer peu à peu un type commun qui se différenciera des races ayant contribué à le former.

Entre autres facteurs, les groupes sanguins paraissent jouer un rôle important dans la disposition qu'ont certains éléments à se fondre harmoniquement. Le métissage avec des groupes sanguins impropres est aussi funeste que la transfusion sanguine entre deux individus à sang incompatible et pour Martial l'augmentation des cas de troubles mentaux dans la Société moderne, tient précisément à des immigrations non surveillées et non dirigées qui créent des métis inadaptables au milieu dans lequel ils sont appelés à vivre. L'exemple de la France actuelle qui compte tant d'aliénés dans ses asiles, alors qu'elle a reçu depuis 1910 un si grand nombre d'étrangers, est tout à fait en faveur de cette thèse.

Il est donc nécessaire de ne pas s'occuper seulement, quand on ouvre ses portes, de la nationalité, de la santé, de la conduite, de la mentalité, des aptitudes des nouveaux arrivants, mais de s'enquérir de leur race véritable et de leur groupe sanguin. Tel élément peut être utile ici et être très nuisible là. Les Juifs de Berlin par exemple sont des Européens plus purs que les Allemands eux-mêmes (bien qu'il y ait une mentalité juive, il n'y a plus en effet à l'heure actuelle de race juive), tandis que les Juifs de Crimée sont des asiatiques d'un type plus pur que les Tartares proprement dits. Les Japonais sont certainement une race de haute valeur physique et intellectuelle; mais l'examen de leur sang donne 32.5% du groupe O, 37% du groupe A, 19.2% du groupe B et 11.3% du groupe AB, soit un indice de 1.58, ils ne sauraient donc se mêler heureusement avec les Anglais qui ont 46.4% du groupe O, 43.4% du groupe A, 7.2% du groupe B, 3.1% du groupe AB ce qui donne un indice de 4.5.

On peut donc affirmer qu'il ne suffit pas de réaliser ainsi que le font les Etats-Unis, une sélection psychologique des émigrants; comme le dit Martial: « La sélection doit s'opérer au moyen de tous les critères susceptibles de déterminer un bon métis. Sélection ne veut pas dire xénophobie, mais il ne faut pas confondre xénophobie avec anarchie... Il ne s'agit pas de savoir si une race est supérieure ou inférieure; mais... si le croisement ne donnera pas des inadaptables ou des aliénés. »

Je ne puis avant de terminer m'empêcher d'exprimer le souhait que les médecins canadiens lisent « Race, hérédité, folie ». Ce livre est d'une lecture agréable, parce qu'il est bourré de faits historiques, la généalogie par exemple de certaines familles royales, d'exemples vécus. Il est présenté d'une façon claire

sans science rébarbative. D'autre part, il leur permettra peut-être de donner des conseils utiles aux gouvernements qui sont les maîtres des méthodes d'immigration et qui au Canada comme en France, ont probablement besoin de l'avis de gens compétents.

A. LAQUERRIERE.

L'exploration radiologique post-opératoire de la voie biliaire principale. Par B. DESPLAS, P. MOULONGUET et P. MALGRAS. Un volume de 120 pages avec 40 figures. Masson et Cie, Paris, 1938.

L'examen radiologique de l'arbre biliaire après opération sur le cholécyste remonte, à peine, à 1922.

Au cours des dernières années, l'angiocholécystographie s'est révélée aux chirurgiens qui l'ont expérimentée, comme riche de possibilités. Le palper et le cathétérisme du cholédoque au cours d'une intervention représentent des moyens beaucoup moins fidèles, vu la complexité anatomique de la région, vu aussi les obstacles de toute nature au passage aveugle de la sonde.

Dans un livre concis et lucide, sont décrits la technique de l'angiocholécystographie, l'aspect radiologique normal des voies biliaires et leurs diverses représentations pathologiques.

Le premier point discuté est le choix du liquide radiopaque. Après avoir critiqué diverses substances telles que bismuth, baryum, bromure de sodium, thorium, lipiodol, abrodyl, etc... les auteurs accordent leur préférence au ténébryl (di-iodométhane-sulfonate de sodium) employé pour la pyélographie descendante. Le ténébryl pare aux inconvénients d'une grande viscosité ou d'une trop grande opacité qui caractérisent les autres agents proposés à date.

L'instrumentation se limite à une simple seringue de 20 centicubes avec un jeu d'embouts aisément connectables à la sonde de drainage.

La date de l'examen doit tomber entre le 4e et le 10e jour après l'intervention. Le malade est maintenu à jeun depuis la veille au soir.

Les radiographies sont faites avec film au-dessus et au-dessous du patient, dans le décubitus dorsal, avec centrage sur le point de pénétration de la sonde dans la paroi.

De 10 à 20 centicubes de substances opaques suffisent dans la plupart des cas. Un cliché, préalablement à l'injection, est recommandé pour mettre en évidence un calcul éventuel qu'on aurait oublié ou tout autre corps étranger pouvant fausser les résultats. Aussitôt l'injection terminée une première radiographie est prise. Puis, la sonde étant fermée par une pince hémostatique, on attend quelques minutes et on en fait une deuxième et, après un autre laps, une troisième. On obtient ainsi des renseignements sur la perméabilité des voies d'excrétion et surtout l'on se rend compte de la constance des images vraiment pathologiques. La cholécystotomie continente et para-médiane droite est la plus propice à la cholangiographie; mais, la cholédoctomie avec sonde en T s'y prête aussi avec certaines précautions.

La connaissance de l'image normale de l'arbre biliaire représente une condition indispensable de l'interprétation des images pathologiques. Cela demande un assez long entraînement car les aspects normaux sont multiples et complexes. L'injection sous radioscopie permet un inventaire fonctionnel de la vésicule fistulisée tandis que la radiographie fournit des données anatomiques rigoureuses.

Les incidents et accidents de l'angiocholécystographie, soit immédiatement, soit secondairement, offrent peu de gravité. Ils se limitent à de la douleur pendant l'injection quand celle-ci est trop brutale; à des douleurs avec nausées, vomissements, subictère et fièvre, quand les malades n'ont pas observé un jeûne absolu avant l'examen. Les accidents d'iodisme ne sont pas à craindre avec le lipiodol, le ténébryl et les autres produits de même ordre. La rétention dans les voies biliaires est une éventualité rare et sans conséquence. La méthode ne trouve de contre-indication que chez les malades atteints d'ictère par hépatite.

Après avoir donné un aperçu de l'image normale des voies principales et secondaires, les

La NEO-GASTRICINE

extrait total de muqueuses fraîches d'estomacs de porcs et de veaux de lait, renferme tous les ferments gastriques naturels suractivés par un catalyseur métallique (Manganèse) et additionnés de toniques amers: la Gentiane et le Condurango.

•

INSUFFISANCE GASTRIQUE
DIGESTIONS LENTES ou PENIBLES
ANOREXIE — GASTRITE — ULCERES
HYPOPEPSIE HYPERCHLORHYDRIQUE

•

Son administration permet de rétablir le fonctionnement physiologique de l'estomac.

Dr E. DUHOURCAU, de Cauterets (Hautes-Pyrénées), France.
Concessionnaires: ROUGIER FRÈRES, Montréal.

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE soluble assimilable • remplace **IODE** et **IODURES** dans toutes leurs applications

sans iodisme

20 gouttes d'IODALOSE agissent comme 1 gr. d'iodure alcalin

Doses moyennes: 5 à 20 gouttes pour les enfants; 10 à 50 gouttes pour les adultes.

L'IODALOSE est la seule solution titrée du peptoniode.

Bien spécifier: **Iodalose Galbrun,** *produit original.*

LABORATOIRE GALBRUN 10, RUE DU PETIT-MUSC PARIS (IVe Arrt)
ROUGIER FRÈRES - 350, rue Le Moyne - MONTRÉAL

auteurs consacrent des chapitres très détaillés sur les états pathologiques.

En fermant ce livre on reste émerveillé des possibilités de la cholangiographie. Il faut le lire et le relire. On prendra ainsi conscience que la pathologie des voies biliaires n'est pas aussi simple qu'on se le figure généralement et qu'on n'a pas tout fait, quand on a supprimé ou ouvert le cholécyste.

Grâce à la cholangiographie, on dépistera des calculs oubliés au cours d'une cholédocotomie: on opérera en deux temps les sujets qui présentent un tableau d'angiocholite grave; on surveillera, dans les suites opératoires, la dilatation résiduelle de la voie biliaire principale ou sa sténose par pancréatite associée; on reconnaîtra les cholédocites après les opérations pour cholécystites graves; dans les ictères chroniques par rétention sans obstacles, on pourra vérifier l'état de la voie biliaire principale et distinguer les cas où l'hépatite est seule en cause de ceux où une cholédocite coexiste; on trouvera parfois des compressions extrinsèques du bas cholédoque par un kyste ou une tuméfaction inflammatoire du pancréas; on découvrira certains cancers biliaires ou pancréatiques dans leurs stades précoces; enfin, dans les fistules biliaires, on pourra être fixé sur la nature et la localisation de l'obstacle, l'une et l'autre souvent méconnues au cours de l'intervention.

Le livre comporte une quarantaine de belles radiographies toutes très clairement expliquées par des dessins schématiques.

Albert JUTRAS.

Introduction à la chirurgie digestive. Par E. E. LAUWERS. Préface du Prof. P. DUVAL. 220 pages. Masson et Cie, Paris, 1938.

Il est juste de penser, d'après l'expression même du professeur Duval, que cette introduction à une chirurgie particulière, montrera aux débutants tous les problèmes généraux et aux chirurgiens de carrière, elle sera une belle synthèse.

« A tous, écrit-il, dans la véritable brousse des données actuelles de la pathologie du tube digestif, il montre les grandes voies qu'il faut prendre pour s'initier à la chirurgie digestive, mais auxquelles, aussi, il faut toujours revenir comme axes de direction, lorsque, expérimenté, on s'engage dans les terrains peu défrichés de la découverte. »

La « chirurgie digestive » plus que toute autre, exige une connaissance approfondie des principes physiologiques fondamentaux et des données récentes de la recherche expérimentale. Basée sur une perfection anatomique, l'intervention opératoire précise, n'est pas suffisante dans cette nouvelle chirurgie. Le rétablissement fonctionnel dans la normale, voilà le but ultime. Aussi l'auteur évite-t-il des descriptions anatomiques et les précisions de techniques opératoires qui seraient inutiles et impossibles dans un volume de 220 pages. Ainsi le travail débute par des conceptions générales, des notions élémentaires sur le développement du tube digestif. Etude de la muqueuse et de la tunique musculaire.

Un chapitre des plus importants de ce travail: « La physiologie spéciale des voies digestives », est un bel exemple de la manière d'envisager le problème chirurgical en présence des données actuelles de la physiologie. Rapidement, mais donnant preuve d'une connaissance approfondie de la question, l'auteur passe en revue les recherches expérimentales récentes sur la digestion stomacale. C'est le problème chirurgical de la secrétion gastrique qui se pose; problème toujours fascinant de la maladie ulcéreuse de l'estomac. Pour l'auteur « la discussion se réduit à savoir si les ulcères sont déterminés par un excès d'acide ou par défaut de secrétion protectrice ». Les nombreuses interventions préconisées pour l'ulcère gastrique ne semblent pas tenir compte des données antomophysiologiques. Aussi l'auteur s'exprime-t-il en faveur de l'excision simple d'une partie importante du fond (Ogilvie) et qui paraît la méthode la plus logique. « Elle influe à la fois sur la phase psychique et sur la phase chimique de la secrétion chlorhydro-peptique. »

Thérapeutique de la Syphilis

Acétylarsan

(Oxyacétylaminophénylarsinate de Diethylamine)

Le TRAITEMENT ARSENICAL
SOUS-CUTANÉ
VÉRITABLEMENT INDOLORE

•

COMPOSÉ ACTIF ET SÛR

ACETYLARSAN pour ADULTES
Boîte de 10 ampoules de 3 c.c.

ACETYLARSAN INFANTILE
Boîte de 10 ampoules de 2 c.c.

Traitement "PER OS" de la SYPHILIS chez l'ENFANT

STOVARSOL

(Acide oxyacétylaminophényl arsinique)

- **Facilité d'emploi**
- **Faible toxicité**
- **Propriétés reconstituantes**
- **Action spirochéticide démontrée par de nombreuses communications scientifiques.**

Comprimés à 0 gr .01 et 0 gr .05

Laboratoires **POULENC FRÈRES** du Canada, Ltée
204, Place Youville - - Montréal

Et plus loin écrit-il « *Il faut cependant de beaucoup que la gastrectomie soit l'opération idéale. L'anémie est à craindre. La guérison tient de l'intestin grêle. Il faut noter qu'à l'heure actuelle, la majorité des chirurgiens pratiquent l'entérostomie simple, mais il faut noter que la jéjunostomie haute est le procédé le meilleur.* » (p. 109.)

La majorité des chirurgiens ne sont pas de cette opinion et qui paraît toute personnelle de l'auteur.

En lisant plus loin, à la page 129, nous sommes aussi étonnés du pessimisme de l'auteur vis-à-vis du cancer de l'estomac. Certes, le diagnostic précoce est d'une grande importance pour obtenir une guérison, mais que « le traitement chirurgical du cancer de l'estomac ne donne guère de résultats favorables », ceci nous surprend surtout en présence de la statistique qui se prépare pour démontrer que le cancer de l'estomac précoce répond très favorablement à la chirurgie.

Les problèmes que soulève la digestion de l'intestin grêle, la pathogénie du mégacolon, les problèmes du mucus, les épreuves fonctionnelles de la gastro-entérologie, voilà autant de chapitres qu'il faudra lire attentivement et qui confirment l'enseignement qu'apporte ce volume: de l'importance du *rétablissement fonctionnel du tube digestif.*

Dans une deuxième partie, l'auteur aborde la chirurgie du foie, surtout limitée aux voies biliaires.

Sommairement devant les données actuelles de la biochimie il reprend le problème des ictères. Nous retenons surtout la classification tout à fait personnelle de l'auteur, des ictères par rétention.

Les rétentions biliaires se divisent en:

a) Rétention dynamique médicale;

b) Rétention mécanique chirurgicale.

Les premières dues à un trouble fonctionnel, à une atteinte inflammatoire du parenchyme hépatique. Les rétentions mécaniques groupent toutes les obstructions de la voie principale: lithiase biliaire et cancer de la tête du pancréas.

Nous sommes heureux de lire: « En chirurgie biliaire les résultats dépendent dans une large mesure de la technique suivie. » Le travail se termine par un court aperçu de la chirurgie du pancréas et de la rate.

Ce volume est une contribution à la conception de la chirurgie nouvelle qui se soucie moins de la perfection anatomique, mais plus du rétablissement fonctionnel dans la normale de l'organe lésé. La chirurgie digestive est toute physiologique et l'auteur dans cette « Introduction » a su apporter et son expérience et ses connaissances approfondies aux différents problèmes que suscitent une chirurgie toute particulière et des espoirs brillants pour l'avenir.

A. CANTERO.

Traitement des cicatrices douloureuses par la novocaïne *

Méthode de Leriche. Infiltration de la cicatrice et du tissu avoisinant par une solution de novocaïne à 1%. L'auteur emploie une aiguille fine, flexible et d'une longueur de 12 cm. Cinq ou six infiltrations, tous les 2 jours chacune, de 15-20 c.c. de la solution. Infiltration portant sur la périphérie de la cicatrice, pénétrant dans la peau, sous la peau et profondément dans la cicatrice et autour d'elle. Après 3 injections, la douleur est habituellement disparue. Cicatrices d'appendicectomie, de cholécystectomie, de hernioraphie, de plaie par arme à feu, de moignon d'amputation, de plaie contuse du cuir chevelu ou de la tête.

L'auteur a observé une analgésie remontant à un an; Leriche a des observations de malades chez lesquels les infiltrations ont été faites il y a 3 ans, sans récidive. Méthode sans danger, dans laquelle l'auteur a grande confiance et à l'égard de laquelle il partage entièrement l'opinion de Leriche qui affirme avoir guéri tous ses malades à cicatrices douloureuses, traités par cette méthode.

---

* A. Pozzan. *Archivio Italiano di Chirurgia*. **46**: 1 (mai), 1937 (résumé).

Près de cent années au service de la langue française

LIBRAIRIE **BEAUCHEMIN** LIMITÉE

MAISON ÉTABLIE EN 1842

430, ST-GABRIEL MONTRÉAL

SPÉCIALISÉE DANS LES ÉDITIONS ET LES PUBLICATIONS DE TOUTES SORTES. DEMANDEZ SON DERNIER CATALOGUE DES LIVRES PARUS QUI VOUS SERA ADRESSÉ FRANCO SUR DEMANDE.

BEAUCHEMIN
édite, imprime et relie.

BEAUCHEMIN
s'occupe de la vente de tous les ouvrages qu'il édite.

BIBLIOGRAPHIE

Les Fiches de Pratique médicale (Fichier Desfour). 17, rue Ecole-de-Droit, Montpellier.

Les « Fiches de Pratique Médicale » (fichier Desfour) ont pris depuis le 1er janvier 1938, la présentation d'un périodique trimestriel.

Nous venons de recevoir les mises à jour de janvier et d'avril 1938, fiches complétant les 1,200 fiches déjà parues ou remplaçant quelques-unes d'entre elles. Voilà résolue, semble-t-il, pour le praticien occupé la difficile tâche de se tenir au courant.

Pour les conditions d'abonnement à ce périodique, s'adresser à l'administration des « Fiches de Pratique Médicale » 17 rue Ecole-de-Droit, à Montpellier.

Traité d'Electroradiothérapie. Directeurs de l'ouvrage: L. DELHERM, électroradiologiste des hôpitaux de Paris, chef du Service central E. R. de l'hôpital de la Pitié (Paris); A. LAQUERRIERE, électroradiologiste des hôpitaux de Paris, professeur à l'Université de Montréal (Canada). Secrétaire-général: H. MOREL-KAHN, électroradiologiste des hôpitaux de Paris, chef adjoint du Service central E. R. de l'hôpital de la Pitié (Paris). Secrétaire adjoint: H. FISCHGOLD: assistant d'Electroradiologie des Hôpitaux de Paris (hôpital de la Pitié). Préface du Professeur D'ARSONVAL. Prix définitif, après la clôture de la souscription (15 mars 1938): broché, 440 fr.; relié, 480 fr. Masson et Cie, éditeurs, Paris (6e).

L'Electroradiologiste et le Médecin trouveront dans ce Traité.....

Ce traité d'électroradiothérapie ne s'adresse pas seulement aux spécialistes en thérapie physique. Les directeurs ont voulu en faire un ouvrage utile pour les *médecins omnipraticiens* et pour ceux qui exercent les diverses *spécialités* médicales.

Ils trouveront dans ces deux volumes les principales indications de la physiothérapie et les résultats qu'il est loisible d'escompter de cette science pour chaque affection particulière.

Le *médecin* pourra de la sorte se faire rapidement une idée d'ensemble sur les agents physiques plus particulièrement indiqués, là où la thérapeutique médicale s'avère inefficace et l'acte chirurgical encore contre-indiqué.

L'Electroradiologiste, qui doit connaître les faits importants de la médecine générale, aura dans ce nouveau Traité l'essentiel du contenu des nombreux ouvrages de pathologie spéciale, qu'il est obligé de consulter en permanence. La physiothérapie de chaque affection y est en effet précédée d'un rappel des notions étiologiques anatomo-pathologiques et cliniques, ainsi que des données essentielles du laboratoire, ce qui lui permettra de choisir plus facilement pour chaque cas les procédés physiques les mieux adaptés.

Bien entendu, la technique des applications, la durée des séances, leur nombre, leur répartition, la combinaison des différents agents physiques ont été décrits avec tous les détails désirables.

Synthèse des connaissances actuelles.

Exposé des tendances nouvelles.

Rompant avec la tradition classique, on a réduit au minimum les données strictement techniques et la description des appareils; toutefois les principes généraux de physique et les montages occupent une place importante dans l'ouvrage.

Quatre-vingts collaborateurs, tant Français qu'étrangers, ont concouru à l'élaboration de ce Traité en deux volumes faisant un total de 2,018 pages agrémentées de nombreux schémas, dessins, illustrations diverses. Chacun s'est montré aussi objectif que possible et s'est attaché surtout à la description des notions acquises définitivement, sans négliger les résultats de son expérience personnelle et ses idées propres.

BRÈVES BIOGRAPHIES DE BORDEN



★ LA TANTE NOIRAUDE ★

Instigatrice du mouvement qui encourage les vaches à "Donner leur Lait à Borden". Elle aida les inspecteurs et les vétérinaires Borden dans les campagnes qu'ils firent pour obtenir des étables plus propres, des règlements plus strictes, du lait plus pur. Crainte et aimée de tous ceux qui l'ont connue.

Y a-t-il une différence dans les laits évaporés ? Nous disons que *oui*. Notre expérience indique qu'un meilleur lait fluide à la ferme donne un meilleur lait évaporé. Et c'est pourquoi nous sommes si méticuleux quand nous éprouvons et vérifions tout le lait qui entre dans la préparation du Lait Borden's Evaporé Irradié. Notre produit doit être ce qu'il y a de meilleur—pour satisfaire aux exigences rigoureuses des médecins qui le prescrivent dans l'alimentation infantile.

Le Lait Evaporé Borden's a été accepté en 1930 par le Comité de l'Association Médicale Américaine sur les Aliments.



Pour vous assurer que vos patients profitent de ces mesures de protection supplémentaires, écrivez *Borden's* sur les formules d'alimentation pour bébés qui demandent du lait évaporé.

Le Traité représente, de ce fait, une synthèse des connaissances actuelles en même temps qu'un exposé des tendances nouvelles en ce qui concerne les applications directes et indirectes des énergies physiques à la thérapeutique.

La première partie (349 pages) comprend des généralités sur chaque agent physique: historique, définition, énumération de ses propriétés physiques et biologiques, techniques générales, indications, contre-indications et dangers éventuels de ses applications.

Les articles sur l'action générale des courants et des radiations, et sur la biologie des rayons X, constituent les éléments importants d'une véritable *pharmacodynamie des agents physiques.*

La deuxième partie (1,600 pages) est consacrée exclusivement aux applications cliniques. Elle traite en premier lieu du névraxe et des nerfs périphériques, le tout précédé d'un chapitre d'électro-diagnostic et de chronaximétrie thérapeutique.

Viennent ensuite les affections de l'appareil locomoteur, les accidents de travail, les troubles endocriniens, ceux de la nutrition et les maladies de la première enfance.

Un chapitre important est réservé aux maladies de la peau, si fréquemment justiciables des agents physiques.

Les articles concernant les voies respiratoires, l'appareil cardio-vasculaire, les maladies du sang et du système conjonctif, l'appareil urinaire, l'appareil génital mâle, la gynécologie, ont été développés en fonction de l'importance que prennent les agents physiques dans leur traitement.

Un chapitre est consacré aux maladies exoiques, un autre aux affections spéciales (oto-rhino-laryngologie, oculistique, stomatologie).

Enfin, la dernière partie comprend des indications sur l'utilisation des appareils électriques dans l'extraction des corps étrangers; une étude générale sur l'électrochirurgie et un article sur la jurisprudence terminent l'ouvrage.

Ainsi conçu, ce Traité synthétise l'effort collectif de toute une génération d'électroradiologistes, qui ont réussi à intégrer dans la thérapeutique la plupart des géniales découvertes de savants illustres, créateurs de la physique moderne:

Galvani, d'Arsonval, Volt, Rœntgen, Faraday, P. et M. Curie.

Les diagnostics chirurgicaux au lit du malade. Par M. BARTHELEMY, professeur de Pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine de Nancy. 2 vol., format 16 x 24, 880 pages, 368 figures, 1 planche en couleurs. Tome I: 70 fr.; Tome II: 115 fr. Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe).

Le Professeur Barthélemy de la Faculté de Médecine de Nancy vient de faire paraître à la Librairie Maloine un nouveau livre très important de « Diagnostics Chirurgicaux au Lit du Malade ».

Les diagnostics de pathologie chirurgicale générale et de pathologie chirurgicale des tissus, les diagnostics des affections chirurgicales du crâne, de la face, du cou, du thorax, de la mamelle, des voies urinaires, des organes génitaux de l'homme, du rachis, de la ceinture scapulaire, du bassin et des membres sont exposés dans ce volume. Ils sont traités avec cette ampleur, cette clarté, ce souci du moindre détail susceptible d'aider au diagnostic précoce qui ont fait le succès du premier volume consacré à la chirurgie abdominale et gynécologique.

Des schémas lumineux dus à la plume de l'auteur, des radiographies impeccables illustrent abondamment le texte. Cet ouvrage aujourd'hui complet en deux volumes s'adresse à l'étudiant déjà avancé dans ses études et au jeune praticien. Prenant chaque cas clinique, il indique les signes fondamentaux du diagnostic positif et du diagnostic différentiel et n'omet aucun des procédés modernes de diagnostic. Comme le fait remarquer l'auteur, ce travail ne fait nullement double emploi avec les traités de diagnostic chirurgical. Son plan et son but sont essentiellement différents. L'accueil que lui réserve le grand public médical ne saurait faire aucun doute.

Les FRUITS et l'ACIDOSE

Les fruits sont bons mais ils ne sont pas pratiques pour l'alcalinisation de l'organisme. Le patient dont l'état se complique d'acidose a besoin de plus qu'un régime pour être soulagé rapidement. Les aliments qu'il absorbe d'une façon restrictive ne peuvent être augmentés par une abondance de fruits et de légumes.

ALKA-ZANE rend l'alcalinisation de l'organisme pratique et commode. C'est un sel effervescent au goût agréable qui fournit du sodium, du potassium, du calcium et du magnésium sous forme de citrates, de carbonates et de phosphates — la forme sous laquelle ces sels s'assimilent le plus facilement. D'une façon économique, ils assurent une action rapide. Pas de sulfates, de lactates ou de tartrates pour nuire aux résultats; pas de chlorure de sodium pour en diminuer l'effet. Grâce à Alka-Zane, la réserve alcaline est promptement rétablie et maintenue à un niveau normal d'une façon satisfaisante.

Laissez-nous vous en envoyer un échantillon d'essai. Vous n'avez qu'à faire la demande sur votre papier à en-tête. Alka-Zane est vendu en flacons de 4 onces.

William R. Warner & Company, Limited
727 King Street, West Toronto, Ontario

ALKA ZANE



Traité de Pharmacie chimique. Deuxième édition refondue. Par P. LEBEAU, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de Pharmacie de Paris, et G. COURTOIS, assistant à la Faculté de Pharmacie de Paris. Tome I: Médicaments fournis par la chimie minérale et par la chimie organique (série acyclique). Un volume de 1240 pages. Broché: 250 fr.; cartonné toile: 280 fr. — Tome II: Médicaments fournis par la chimie organique. Fascicule I: Séries cyclique et terpénique, dérivés azotés acycliques et cycliques, composés organo-minéraux. Un volume de 1096 pages. Fascicule II: Série hétérocyclique, matières colorantes, alcaloïdes, glucosides et albuminoïdes. Un volume de 1045 pages. Prix du tome II (2 fascicules): brochés 410 fr., cartonnés toile 460 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

MM. Lebeau et Courtois ont conservé à la 2e édition de leur *Traité de pharmacie chimique* la présentation et le cadre de la première. Cet ouvrage reste à la fois un livre d'enseignement et de documentation. La partie documentaire en a été considérablement accrue en raison de la nécessité de le mettre en harmonie avec les résultats des recherches chimiques et physiologiques les plus récentes touchant l'application des médicaments chimiques à la thérapeutique.

Les auteurs ont procédé à une refonte importante de la presque totalité de l'ancien texte, par suite des additions ayant trait à des travaux parus dans cette dernière décade et à des modifications imposées par la Pharmacopée française de 1937 et aussi par quelques nouvelles Pharmacopées étrangères.

Il comprend en outre de nombreuses indications visant l'emploi des médicaments chimiques en médecine vétérinaire et en phytopharmacie.

Parmi les médicaments dont l'étude a été incorporée dans la 2e édition, il convient de citer notamment ceux qui se rattachent aux groupes suivants: anesthésiques locaux dérivant des amino-alcools, éthers de la choline, dérivés barbituriques, stérines, vitamines et hormones, dérivés de la quinoléine et des matières colorantes, alcaloïdes et glucosides. Un chapitre est consacré à l'étude des vitamines et des hormones chimiquement définies.

En raison de cette grande extension, le nombre de pages du premier tome a dû être notablement augmenté et le deuxième tome divisé en deux volumes.

La présentation du *Traité de Pharmacie chimique,* lors de sa première édition, est reproduite ici avec les seuls changements que comporte son actuel développement.

Ecrit avant tout pour l'enseignement, le *Traité de Pharmacie chimique* de **MM. Lebeau** et Courtois, le plus important qui soit actuellement, a pour cadre le cours de pharmacie chimique enseigné par le professeur Lebeau à la Faculté de pharmacie de Paris; il comprend en outre une partie documentaire qui lui donne un caractère d'utilité plus générale et qui ne sera pas moins appréciée des étudiants et des chercheurs.

Tel un dictionnaire, ce Traité est appelé à être fréquemment consulté par les chimistes, les pharmaciens, les industriels fabriquant des produits pharmaceutiques et à devenir pour eux un instrument de travail indispensable.

L'ouvrage comprend dans ses grandes lignes: une étude approfondie des produits chimiques définis préconisés comme médicaments et, pour chacun d'eux, des indications sur les matières premières servant à leur fabrication, des données sur leurs modes de préparation industrielle, une description détaillée de leurs propriétés et de leurs essais considérés au point de vue de leur utilisation en pharmacie, ainsi que l'exposé de leur action physiologique et de leur emploi en thérapeutique, en médecine vétérinaire et en phytopharmacie.

On y trouve mentionnés la plupart des médicaments nouveaux, avec des indications concernant leur utilisation. Ces indications pourront servir de guide, non seulement aux médecins, mais aussi aux pharmaciens, pour lesquels l'usage des nombreux médicaments qu'il leur est demandé de délivrer est indispensable à bien connaître.

En dehors des produits fournis par la chimie minérale et la chimie organique proprement

Ce que des autorités disent au sujet de la valeur des

BREUVAGES AU MALT

• « Que ce soit comme aliment ou comme remède, l'alcool, pourvu qu'il soit administré comme il convient, est l'un des plus grands bienfaits dont puissent jouir les vieillards », écrivait feu le Dr Harlow Brooks, médecin visiteur à l'hôpital Bellevue de New-York. • La bière « active l'appétit et, par conséquent, améliore la digestion », prétend le Dr Ernest H. Starling, de Londres. • Et le Dr George Butler, professeur de thérapeutique et de pharmacologie au Collège de Médecine de Chicago, dans un de ses manuels, la recommande aux repas comme « un excellent tonique pour l'estomac ». • D'autre part, le Dr Himwich, de l'Ecole de Médecine Yale, déclare que « l'alcool, pris en quantités modérées, produit le même effet qu'une quantité équivalente de matières grasses et d'hydrates de carbone ». • Et, d'après le Dr Wallace, de l'Université de New-York, l'alcool épargne les protéines du corps.

BIÈRE ET PORTER

MOLSON

BRASSERIE FONDÉE À MONTRÉAL EN 1786

dite, un grand développement a été donné aux principes définis extraits du monde organisé (stérines, vitamines, hormones) et les chapitres traitant des alcaloïdes et des glucosides sont particulièrement complets.

La classification adoptée se rapproche le plus possible de celle qui est habituellement employée en chimie minérale et en chimie organique. Quelques exceptions ont été faites dans les cas où il paraissait intéressant de réunir des corps ayant de grandes analogies dans leurs applications, ou ayant une origine industrielle commune.

La présentation de l'ouvrage est claire et exempte de détails inutiles. Malgré l'importance de la partie documentaire, l'étudiant distinguera facilement les questions essentielles correspondant aux programmes qui lui sont imposés.

Les auteurs, sans vouloir faire œuvre de bibliographie complète dans un sujet aussi vaste, ce qui aurait entraîné pour un tel Traité des développements exagérés, ont tenu cependant à mentionner tous les documents utiles qui ont dû être consultés pour la mise au point même de l'enseignement de la pharmacie chimique. Cette partie, très étendue, sera certainement d'un grand secours à tous ceux, pharmaciens, chimistes ou industriels qui s'intéressent aux applications de la chimie à la thérapeutique.

L'ouvrage est constitué par deux tomes correspondant à la division même de l'enseignement qui est réparti sur deux années.

Le premier tome est consacré, comme celui de la précédente édition, à l'étude des médicaments chimiques fournis par la chimie minérale, y compris ceux se rapportant aux corps radio-actifs et aux colloïdes, ainsi qu'à celle des composés organiques de la série cyclique, à l'exception de ceux renfermant de l'azote.

Le deuxième est divisé en deux volumes: le premier traite des produits thérapeutiques appartenant à la série cyclique, des composés azotés acycliques et cycliques, des dérivés terpéniques, des substances chimiques définies se rattachant aux vitamines et aux hormones et des composés organo-minéraux; des le second volume sont étudiés les produits fournis à la thérapeutique par la série hétérocyclique, les alcaloïdes, les glucosides et les albuminoïdes.

Les Ultravirus des maladies humaines. Sous la direction de C. LEVADITI et P. LEPINE, avec la collaboration de G. Blanc, J.-P. Bijl, I.-A. Galloway, P. Gastinel, A. Gratia, P. Haber, G. Hornus, B. Kreis, P. Lecomte, Du Nouy, J. Levaditi, C. Mathis, J. Mesrobeanu, S. Nicolau, H. Plotz, J. Vieuchange, F. Wohlwill. 1 volume format 16 x 25 cm., 1190 pages, 263 figures, 1 planche en couleurs, entièrement tiré sur papier couché. Broché, en 2 volumes: 375 frs; cartonné, en 1 volume: 400 frs; cartonné, en 2 volumes: 425 frs. Librairie Maloine, Paris.

Nos connaissances se rapportant aux Ultravirus et aux maladies humaines qu'ils provoquent, progressent avec une surprenante rapidité. Au rythme accéléré des découvertes, la moisson des faits nouveaux décourage, par son ampleur même, celui qui voudrait la saisir par la seule lecture des travaux originaux; et comme, à chaque instant, le champ des investigations devient de plus en plus vaste, qu'il englobe progressivement la clinique et l'épidémiologie, l'expérimentation et la microbiologie dans l'infra-visible, sans oublier la physique ni la chimie, la curiosité de chercheur ne saurait être satisfaite qu'au prix d'une vaste et laborieuse érudition.

Pour cette raison, MM. C. Levaditi et P. Lépine ont estimé utile la publication d'un ouvrage sur *les ultravirus des maladies humaines* où chaque sujet serait traité par des auteurs le connaissant à fond pour l'avoir enrichi de contributions personnelles. Sachant séparer le bon grain de l'ivraie, choisissant entre les données fondamentales et celles qui doivent rester dans l'ombre, tout en respectant l'équilibre et les limites indispensables à une œuvre didactique, un Traité comme celui que nous présentons vient au secours du lecteur lassé par l'aridité des recherches bibliographiques, et cependant soucieux d'une documentation rigoureuse.

LE COLLEGE ROYAL DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

EXAMENS EN OCTOBRE 1938

L'examen primaire et l'examen final pour le diplôme de « Fellow » (membre actif) auront lieu aux dates suivantes:

Les examens écrits, sur les sujets primaires et finals, auront lieu les 3, 4 et 5 octobre — à Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, Toronto, Montréal, Québec, Halifax.

Les examens oraux sur les sujets primaires, auront lieu le 20 octobre à Winnipeg et le 22 octobre à Toronto.

Les examens oraux et cliniques sur les sujets finals auront lieu le 24 octobre à Winnipeg, et le 26 octobre à Toronto.

Les examens craux et cliniques en langue française auront lieu à Montréal ou à Québec. Les dates, l'endroit, ou les endroits, seront annoncés le 1er septembre.

Les cours de révision sont annoncés comme suit: —

Sur les sujets de l'examen primaire:

1. Toronto — départements d'anatomie et de physiologie, — Université de Toronto.
2. Montréal — départements d'anatomie et de physiologie, Université McGill.

Sur les sujets des examens finals:

1. Médecine et pathologie —
   Montréal: Dr W. de M. Scriver, Dr J. B. Ross, Dr W. H. Chase.
2. Chirurgie et pathologie —
   Montreal: Dr R. R. Fitzgerald.

La réunion annuelle du Collège se tiendra à Ottawa, le 29 octobre.

Les candidats, gradués de 1930, ou antérieurement, d'une École de Médecine ou d'une Université approuvées par le Conseil, ne seront pas tenus de passer l'examen primaire mais devront, à l'examen final, faire preuve d'une connaissance générale et pratique de l'application clinique de l'anatomie et de la physiologie.

Cet examen spécial sera fait par des cliniciens.

Le privilège de cette subdivision aux Règlements prendra fin le 1er décembre 1940.

Toutes les communications devront être adressées à

Warren. S. LYMAN, M.D., F.R.C.P. (C)
Honorary Secretary.
292 Somerset Street W.,
Ottawa, Canada.

Des renseignements supplémentaires apparaîtront dans d'autres numéros de ce journal.

Les collaborateurs du Traité comprennent des savants que des découvertes notoires ont fait connaître au monde scientifique médical, et aussi quelques jeunes travailleurs doués d'une compétence indiscutable dans la matière.

Tous ont essentiellement tenu à apporter au lecteur, que celui-ci soit clinicien ou homme de laboratoire, une vue d'ensemble sur chacune des questions abordées, en exposant, succinctement parfois, mais toujours aussi complètement que possible, les faits acquis et les données actuelles du problème, tout en lui fournissant le moyen de remonter aux sources et de consulter les travaux les plus importants et les plus originaux parmi ceux qui ont contribué au développement du sujet traité.

Dans cet esprit, les auteurs n'ont négligé ni les données cliniques indispensables à la clarté du sujet, ni l'étude du mécanisme pathogénique et histo-pathologique, non plus que l'épidémiologie, la prophylaxie et la thérapeutique, tout en situant au premier plan l'étude de l'*ultravirus*, agent pathogène spécifique. Ils ont tenu à illustrer chacun de leurs articles par une abondante iconographie, et surtout à l'accompagner d'une documentation bibliographique aussi complète que possible.

Tous les ultravirus provocateurs de maladies humaines ont été décrits avec les détails que comportent les sujets. Plus encore, pour des raisons d'ordre technique et pour répondre à un désir qui nous a été exprimé, il nous a paru nécessaire de comprendre parmi les sujets traités le groupe des Fièvres exanthématiques bien que celles-ci soient causées par des agents figurés: les *Rickettsia*, mais dont la nature, à l'heure actuelle, n'est pas complètement définie et que beaucoup de leurs propriétés rapprochent des virus filtrants proprement dits.

M. Levaditi, dans le premier article de l'ouvrage, expose l'état actuel de nos connaissances concernant la *Nature et le comportement des ultravirus;* M. Gratia y ajoute ses conceptions personnelles ayant trait aux *Rapports entre les ultravirus*, d'une part, et, *le bactériophage et les virus des plantes* d'autre part. M. Gastinel traite de la *Variole* et de la *Vaccine*, et M. Bijl de l'*Encéphalite post-vaccinale*. Les *Encéphalites*, l'*Herpès*, la *Rage*, le *Zona*, font l'objet de monographies rédigées par MM. Levaditi, Nicolau, Lépine et Wohlwill. Le problème du *Typhus exanthématique* est exposé par M. Lépine, celui de la *Fièvre jaune* par M. C. Mathis, et celui de la *Dengue* par M. G. Blanc. Un chapitre important est consacré par M. Levaditi à la *Poliomyélite*, dont M. G. Hornus étudie l'immunité. La *Maladie de Nicolas et Favre* est traitée par MM. C. et J. Levaditi, alors que MM. Mesrobeanu, Haber, Vieuchange et Kreis exposent nos connaissances sur la *Purification biologique du virus vaccinal, sur l'Influenza*, la *Psittacose* et les *Méningites lymphocytaires*. Une importante contribution technique à l'étude théorique et pratique des ultravirus pathogènes est fournie par les articles de MM. Lecomte du Nouy, Galloway, Plotz et Lépine, traitant des méthodes de *Filtration, d'Ultrafiltration* et de *Culture des ultravirus en présence de cellules embryonnaires et in vitro, des Méthodes microscopiques et histologiques*, ainsi que des *Techniques expérimentales* propres aux ultravirus.

Il n'existe, dans la littérature scientifique mondiale, aucun ouvrage qui atteigne au but cherché par MM. Levaditi et Lépine, et le *Traité des ultravirus des maladies humaines* vient à son heure pour combler une lacune, en apportant, avec une documentation abondante, une mise au point précise des problèmes les plus actuels de la pathologie infectieuse de l'homme et de l'étude générale des ultravirus.

Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier. Publiées sous la direction de A. BRINDEAU, professeur de Clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de Médecine de Paris. Quatorzième année, 1937. Un volume (25 x 16,5), 318 pages, 66 figures: 60 frs. Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Chacune de ces leçons est l'exposé d'une question spécialement étudiée par le conférencier.

TAMPAX

TAMPONS MENSTRUELS
Préférés parce qu'ils

1. Permettent l'absorption de l'écoulement menstruel du col utérin.
2. Eliminent tout danger d'irritation.
3. Diminuent toute cause de fermentation malodorante.
4. Réduisent le danger d'infection d'origine périnéale.
5. Enlèvent toute inquiétude.
6. Donnent une protection hygiénique sous une forme très commode et confortable.

La Méthode Moderne
D'HYGIÈNE MENSTRUELLE

CHAPITRE I

TAMPAX

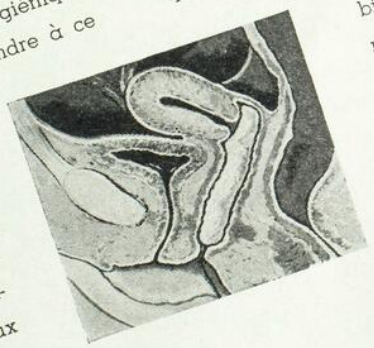
Permet l'absorption de l'écoulement menstruel au col utérin.

Il est facile de comprendre l'erreur commise autrefois pour la différenciation entre la fonction utérine et la fonction vaginale, et la tendance à considérer le flux menstruel comme provenant de tout le tractus génital.

Même plus tard, quoique la menstruation ait depuis longtemps été reconnue comme phénomène essentiel utérin, l'absence de moyens appropriés a retardé l'emploi d'une protection hygiénique spécialement créée pour répondre à ce besoin physiologique.

Les tampons menstruels Tampax furent imaginés par un médecin ayant une haute compréhension de la véritable hygiène. Le flux menstruel étant d'origine utérine, les tampons permettent son absorption au point de sécrétion — c'est-à-dire au col utérin — avant que l'air extérieur permette aux éléments de fermentation du sang de dégager une odeur malodorante.

Pour toutes femmes normales, cette méthode **moderne** est commode, sûre et effective. Fabriqué avec de longues fibres de coton chirurgical, cousu de manière à ne pas se désagréger, chaque Tampax est pourvu de son appareil pour l'insertion facile, bien haut dans le canal vaginal, et d'une ficelle pour l'enlèvement facile. Appareil et Tampax usagés peuvent être supprimés rapidement.



Accepté pour publicité par le « Journal of the American Medical Association ».

Département CN8

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LIMITED
150 Duchess Street, Toronto, Ontario.

Échantillons gratuits envoyés aux médecins sur demande.

Les Leçons du Jeudi soir s'adressent à des médecins déjà au courant des questions obstétricales. Elles constituent un enseignement supérieur. Chacun des conférenciers expose une question qui l'a intéressé particulièrement et sur laquelle il a fait des recherches personnelles.

Il ne faut donc pas chercher, dans ces leçons, l'exposé didactique d'une question obstétricale, mais y voir le développement d'études qui ne sont, en général, publiées que dans des mémoires. M. Brindeau a, dans cet esprit, demandé la collaboration de certains de ses collègues, français ou étrangers, qui ont bien voulu venir exposer le résultat de travaux personnels longuement poursuivis ou leurs conceptions actuelles de certains problèmes encore discutés. Il a, par ailleurs, prié ses élèves d'étudier quelques questions qui lui ont paru devoir être actuellement mises au point.

Listes des leçons contenues dans ce volume:

I. — BRINDEAU (A.): Histoire de la césarienne conservatrice.

II. — METZGER (M.): La cueillette du placenta.

III. — LANTUEJOUL (P.): Les indications opératoires au cas de grossesse compliquée de fibrome.

IV. — GHEORGHIU (N.): Considérations sur les changements de situation de l'utérus en gestation, à terme ou près du terme.

V. — SUZOR (R.): Considérations sur la pathogénie et le traitement de l'éclampsie convulsive.

VI. — HAUCH (E.): De l'analgésie et de la narcose obstétricales.

VII. — VAUDESCAL (R.): Les assurances sociales.

VIII. — ECALLE (G.): Rupture spontanée de l'utérus en fin de grossesse.

IX. — BUE (V.): Le forceps et la version sont-ils encore indiqués dans les cas de dystocie pelvienne?

X. — LABHARDT (A.): L'obstétrique d'hier, d'aujourd'hui et de demain.

XI. — HINGLAIS (H.): Données récentes sur la biologie du placenta.

XII. — BROUHA (M.): Les chocs obstétricaux.

XIII. — LAFFONT (A.): Les douleurs extra-pelviennes dans les affections gynécologiques.

XIV. — PRUD'HON (P.): Le juge et l'expert.

XV. — MANOUELLIAN (Y.): Syphilis et lésions vasculaires chez la femme et chez le nouveau-né.

Le traitement des troubles affectifs et l'art de vivre. Suggestion et Hypnose — Psychanalyse — Biosophie. Traduit de l'allemand par A. Kastler (agrégé de l'Université). Un volume de 214 pages (23,5 x 16) avec 9 planches. 1933. 35 frs. Vigot Frères, éditeurs.

L'auteur résume les neuf cours sur l'auto-suggestion qu'on lui avait demandé d'organiser à Bâle, Zurich, Aarau, Berne, Soleure, Schaffhouse, Zofingen et Vienne. Il s'est efforcé de présenter les lois de la suggestion et de l'auto-suggestion d'une manière simple et accessible, tout en restant sur le terrain strictement scientifique.

Il a mis en lumière les rapports étroits qui existent entre la suggestion, l'inspiration artistique et l'activité créatrice.

Il a montré aussi comment, en approfondissant la méthode d'auto-suggestion par la psychanalyse et l'hypnocatharsis, en cherchant à provoquer chez le sujet des rêves curatifs, en faisant appel à la biosophie et à la psychologie, et en y ajoutant la gymnastique suggestive, on découvre des horizons nouveaux.

Des exemples vécus, tirés de la pratique médicale, illustrent ces méthodes et montrent comment elles peuvent être appliquées, soit sous la direction du médecin, soit par le sujet lui-même (auto-suggestion, aut-analyse, autagogie).

SPÉCIALITÉ
• PHARMACEUTIQUE •

●

ELIXIR POLYBROMURE
(Sans sucre)

(Une cuillerée à bouche de 20 grammes renferme 3 grammes de Bromure de Potassium, Sodium et Ammonium, associés à des Teintures amères et toniques.)

Mode d'emploi: 1 à 2 cuillerées à thé dans un peu d'eau toutes les trois heures.

Présentation: 240 c.c.

●

La Pharmacie d'Ordonnances

ARTHUR HIRBOUR
ci-devant Bisaillon-Hirbour

35 ans d'expérience dans l'exécution exclusive d'ordonnances de Médecins. — Nous n'employons que les produits chimiques supérieurs.

Angle Saint-Denis et De Montigny

Téls: LA. 7356 - PL. 0305 - Montréal

Messieurs les Médecins

sont invités à consulter

l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale

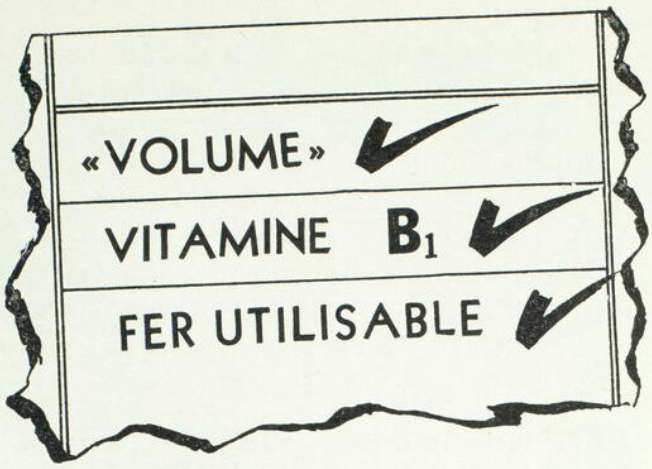
au Secrétariat

326 est, boulevard Saint-Joseph

MONTRÉAL

●

dans l'après-midi, de 2 à 5 heures



SONT CONTENUS DANS CET IMPORTANT ALIMENT

La quantité de « volume » fournie par les résidus alimentaires joue un grand rôle dans la bonne évacuation. Elle forme une masse qui non seulement provoque un mouvement mais qui est aussi facile à évacuer.

All-Bran de Kellogg fournit ce volume sous une forme très agréable. De plus, il contient un montant appréciable de vitamine B_1 qui produit un effet bienfaisant sur le ton de l'intestin.

En outre, All-Bran de Kellogg contient du fer mélangé de cuivre et par conséquent facilement utilisable pour l'hémoglobine.

Pour ces raisons, All-Bran de Kellogg peut être recommandé avec confiance comme une excellente céréale laxative. Fabriqué au Canada par Kellogg.

LA CÉRÉALE LAXATIVE NATURELLE



Toutes les souffrances, et toutes les conditions de la vie humaine se trouvent ainsi abordées.

L'ouvrage constitue ainsi une vue d'ensemble de la psychothérapie et un guide pour qui veut l'appliquer.

Mais cette esquisse, tout en pénétrant dans les détails, reste incomplète et fragmentaire: née de l'expérience, elle est écrite pour l'expérimentation et la vie.

La Médecine à travers le temps et l'espace. Collection publiée sous la direction du Docteur STEPHEN-CHAUVET, ancien interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Institut, lauréat de l'Académie de Médecine, lauréat de la Faculté de Médecine, lauréat de la Soc. d'Anthropologie, lauréat de la Soc. de Géographie. Maloine, éditeurs, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

L'intérêt de l'histoire de la médecine, que L. Barbillion soulignait si bien en 1885, s'est accru encore du fait que la préhistoire, et l'ethnographie (inexistantes il y a quelque 70 ans), la protohistoire, et l'histoire, non seulement se sont enrichies considérablement, mais sont devenues des sciences de plus en plus précises. Aussi, à l'heure actuelle, comportant un mélange de médecine, de préhistoire, d'histoire, d'ethnographie, de religions, de folklore, etc..., présente-t-elle un intérêt prodigieux. Et cet intérêt est encore accru par ce fait que les progrès des procédés de reproduction permettent de lui adjoindre une iconographie très abondante, reproduisant tous les documents découverts au cours du dernier demi-siècle! C'était là une première raison d'éditer une nouvelle « histoire de la médecine » !

Mais, il se trouve, en outre que, par suite des conditions d'existence actuelles, l'homme cultivé, après ses journées de labeur et de soucis, désire une lecture lui apportant détente et évasion! et, à cet égard, les goûts ayant évolué, ce ne sont plus les romans qu'il recherche, mais les récits de voyages ou d'exploration, et, aussi, la petite histoire romancée!

Or, de par ses matières, l'histoire de la médecine est une sorte d'histoire romancée, mais dans un climat scientifique, puisque à propos de l'art médical, toutes les sciences ayant l'homme pour objet sont mises à contribution.

Et voilà pourquoi la collection de « la médecine à travers le temps et l'espace » a été décidée.

Mais on l'a voulue: 1° complète certes, mais sans excès, c'est-à-dire sans fatras inutile, comme sans chapitres philosophico-hypothétiques; 2° excluant la médecine des temps modernes, car il ne s'agit pas d'un traité de médecine, mais d'une histoire de la médecine! (sans compter que, sur la médecine contemporaine, les livres pullulent); 3° homogène et d'une valeur de documentation inégalable; or, un seul auteur ne peut être compétent en tout; et, par contre, il fallait éviter, contrairement à certaines collections (parues, ou à paraître) les collaborateurs trop nombreux et non qualifiés! Aussi la collection sera-t-elle complète en une dizaine de volumes, chacun d'eux étant écrit par le savant le plus éminent pour le sujet traité; 4° avec une illustration très abondante, mais ne comportant que des documents ayant rigoureusement leur raison d'être du..... fait du texte; 5° d'un format commode, et, aussi, d'un prix modique — malgré une présentation parfaite.

Ainsi paraîtront, successivement, en volumes comportant de 150 à 200 pages et de 50 à 100 figures:

1° La Médecine des peuples primitifs (préhistoriques et contemporains) par le Dr Stéphen-Chauvet (déjà paru);

2° La Médecine en Mésopotamie, par le Dr G. Contenau;

3° La Médecine précolombienne (en Amérique du Sud) par R. d'Harcourt;

4° puis: La Médecine égyptienne; La Médecine dans la Grèce antique; La Médecine romaine; La Médecine arabe, etc.

En résumé, écrites en langage simple et clair, sans terminologie spéciale, ces petites fresques sont aussi passionnantes pour les: historiens, romanciers, artistes et tous esprits cul-



"Vous êtes-vous déjà fait prendre dans un de ces ascenseurs?"
"Oui, mais nous avions beaucoup de Sweet Caps."

CIGARETTES SWEET CAPORAL

"La forme la plus pure sous laquelle le tabac peut être fumé."



A votre disposition

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

Banque Canadienne Nationale

tivés, que pour les: médecins, préhistoriens et ethnologues!!

Ces volumes, composés en beaux caractères Garamond, imprimés sur alfa, de format in 4° tellière, sont vendus brochés sous une élégante couverture rempliée en 2 couleurs ou reliés dos et coins cuir, maroquin grenat.

La Médecine chez les peuples primitifs. Par le Dr STEPHEN-CHAUVET. (Préhistoriques et contemporains — 103 figures). Maloine, éditeur.

Il était logique que ce fut là le premier volume de la collection. Mais, si une étude synthétique de la médecine des peuples préhistoriques et des peuples primitifs présentait un intérêt considérable, il restait à la réaliser, et les difficultés étaient nombreuses et d'importance!

Tout d'abord, en effet — et cela n'en donne que plus d'attrait et d'intérêt à ce volume — il n'existe, à l'heure actuelle, *aucun travail d'ensemble sur ce sujet, ni en France, ni à l'étranger!*

Tout était à créer! mais, pour cela, il fallait colliger la rare documentation pouvant exister (analytiquement) en relisant tout ce qui avait été publié, tant en préhistoire qu'en ethnographie!

Et il fallait aussi, évidemment, être: préhistorien, ethnologue et, enfin, médecin; il fallait même être médecin de haute culture médicale générale, mais, aussi, neurologue et psychiatre, puisque les questions à traiter l'exigeaient!

Ces exigences nombreuses imposaient spécialement le Docteur Stéphen-Chauvet pour rédiger ce volume.

Ce volume, de 170 pages et 103 figures, la plupart inédites, comporte une préface de M. le professeur P. Duval et trois lettres préliminaires: du Médecin-Général R. Sabatier, du Dr L. Dartigues et de P. de Givenchey (ancien Président de la Société préhistorique française).

La Médecine en Assyrie et en Babylonie. Par le Dr Georges CONTENAU, docteur en médecine, docteur ès lettres, conservateur des antiquités orientales au Musée du Louvre, professeur à l'Ecole du Louvre. Maloine, éditeur.

Ce volume est le deuxième de la collection publiée sous les auspices du Docteur Stéphen-Chauvet. Nul n'était mieux qualifié pour l'écrire que le Dr G. Contenau, auteur de nombreux ouvrages sur l'archéologie de la Mésopotamie et sur les textes cunéiformes, il connaît l'Orient pour y avoir dirigé des fouilles, en Syrie et en Iran.

Au cours de ce volume, l'auteur expose ce que l'on sait du médecin et de son rôle social, en Babylonie, grâce aux écrits et aux textes de lois qui nous sont parvenus; il le montre en rapports étroits avec certaines catégories de prêtres, car pour le Babylonien, la maladie, conséquence du courroux des dieux, est provoquée par les démons. La divination indiquera le nom du démon possesseur; la magie et les incantations permettront de le chasser du corps du malade. Système tout de spéculation, mais rigoureusement développé par rapport à ses prémisses.

A côté de cette médecine, purement sacerdotale, il s'en dégage, au cours des siècles, une autre, constituée antérieurement à la médecine grecque et qui est fondée sur l'observation, au moins relative (et la magie n'y a guère de part). On y pressent l'éclosion, assez proche de certaines doctrines qu'on retrouvera, mûries, chez les médecins grecs. Ainsi donc, sur ce point encore, le vieil Orient s'est montré l'initiateur de l'Occident.

POSITION DEMANDÉE

Jeune fille demande position. Seize années d'expérience dans bureau de médecin. Références. S'adresser à: Mlle Albina Paquin. AMherst 1407.

LACTOGEN ne peut pas être préparé avec du lait vieux ou inférieur

Il est impossible de faire un lait de vache modifié, desséché par pulvérisation en chambre chaude et contenant beaucoup de graisse de lait — capable de se « conserver » — sans un soin extrême quant à la qualité du lait employé.



Conséquemment, Lactogen ne peut être fait qu'avec du **Lait de Haute Qualité!**

Car Lactogen, avec sa haute teneur en graisse de lait, soigneusement préparé suivant un procédé spécial dont la « chaleur » ne dépasse jamais la température de pasteurisation, **exige** l'usage de lait strictement pur, propre et frais, d'une très faible teneur en bactéries.

Le lait servant à la préparation de Lactogen vient de troupeaux ayant subi l'épreuve de la tuberculine et de laiteries régulièrement inspectées; il est soumis à de rigoureuses épreuves en fait de propreté et de teneur en bactéries avant d'être accepté. Il n'y a que cette vigilance constante qui puisse maintenir la pureté, la qualité de conservation, la saveur fraîche, la grande solubilité et la faible teneur en bactéries de Lactogen.

En d'autres termes, la formule de Lactogen et le procédé de préparation sont deux garanties, pour les médecins, du fait que Lactogen ne peut être préparé avec du lait ordinaire. Le fait « passable » n'est pas accepté pour la préparation de Lactogen — il n'y a que le lait de la plus haute qualité qui soit employé dans la préparation commerciale de Lactogen.

ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN. Committee on Foods

Pour matière descriptive et échantillons, veuillez adresser votre formule professionnelle à:

NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (Canada), Ltd.
TORONTO — METROPOLITAN BLDG. — CANADA

NOUVELLES

FACULTE DE MEDECINE

Médecins diplômés le 27 mai 1938

Docteurs avec *grande distinction* (Magna cum laude):

Bruneau, Jacques; Leclerc, Georges; Telner Percy. (3.)

Docteurs *avec distinction* (Cum laude):

Baillargeon, Jean-Bernard; Cloutier, Georges Emile; Craft, George; Denis, Jean; Gariépy, Roger; Gour, René; Labrecque, Raymond; Larivière, Paul-Maurice; Ledoux, Armand; Mandel, Bernard; Phaneuf, Georges-Aimé; Rabil, J.-Pierre; Vézina, Norbert. (13.)

Docteurs:

Amyot, Roger; Beauregard, Gérard; Benoît, René-Henri; Berthiaume, Charles-Auguste; Bourassa, Donald; Boudrias, Wilfrid; Casgrain, Gérard; Chagnon, Gérard; Cousineau, Pierre-Paul; des Troismaisons, Roland; Ducharme, Gérard; Ferland, Sylvio; Filiatrault, Jean-Marie; Foisy, Jean-Paul; Fortier, Bernard; Frenette, Roland; Gareau, Roland; Guertin, Roger; Joncas, Gérard; Lamoureux, Charles-Edouard; Pilon, Louis. (21.)

Total 37 *diplômés.*

Diplômé en Hygiène-Publique:

Le docteur Adrien PLOUFFE.

Prix

MEDAILLE DU LIEUTENANT-GOUVERNEUR de la Province

attribuée à l'élève qui a remporté les plus grands succès dans les matières de laboratoire:

Jacques Bruneau

MEDAILLE HINGSTON

attribuée à l'élève qui a conservé le plus grand nombre de points dans tous les examens du stage:

Jacques Bruneau

PRIX LACHAPELLE (**$50.00**)

attribué à l'élève qui a remporté le plus grand succès aux examens de 3e, 4e et 5e année:

Percy Telner

PRIX RODOLPHE BOULET (**$50.00**)

attribué à l'élève qui a le mieux réussi dans les matières de 5e année:

Roland Gareau

PRIX D'INTERNAT

(*offert par les laboratoires Nadeau Ltée*)

1er prix: **Jacques Bruneau**
2e prix: **Percy Telner**

Prix attribués en juin 1937

Aux élèves de quatrième année

PRIX DE PEDIATRIE (**$50.00**)

(*offert par l'hôpital Sainte-Justine*)

Roger Gariépy

PRIX DE LA BANQUE D'EPARGNE

Jacques Bruneau — Percy Telner

Aux élèves de deuxième année

MEDAILLE DU GOUVERNEMENT FRANÇAIS

(*offerte par l'entremise de l'Institut Scientifique Franco-Canadien*):

Claude Bertrand

TRÉPHONYL

Sérum hémopoïétique - Foie fœtal - Tréphones embryonnaires

FLACONS - AMPOULES

SIROP

Anémies intenses Convalescences Déficiences organiques Troubles de la croissance Allaitement	1 à 2 ampoules par jour dans 1/4 de verre d'eau, par voie buccale loin des repas. 1 cuillerée à potage (enfants une cuillerée à café) avant les trois principaux repas.

Laboratoires du Dr ROUSSEL, 97, rue de Vaugirard, PARIS

Agents pour le Canada : **J. EDDÉ Ltée,** New Birks Bldg., MONTRÉAL

BIENVENUE à l'A.M.L.F.A.N.

AU

CHATEAU LAURIER



Quand vous irez au congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, descendez au Château Laurier, au centre de la ville et des lieux d'intérêt de la capitale canadienne.

Belles chambres spacieuses, cuisine exquise, prix modérés. Chambres à partir de $3. par jour.

Un Hôtel du CANADIEN NATIONAL

COURS DE PERFECTIONNEMENT EN PEDIATRIE

Hôpital de la Miséricorde

1051, rue St-Hubert, Montréal

Directeur: M. le Pr agrégé PAUL LETONDAL

Un cours de perfectionnement sur la **pathologie gastro-intestinale du nourrisson** aura lieu du *4 au 9 juillet prochain* à l'hôpital de la Miséricorde. Ce cours — qui comprendra douze leçons — sera donné par le docteur Paul Letondal, professeur agrégé à la Faculté de médecine, avec la collaboration des docteurs Gilbert Brisebois, Jean Champeau, Moïse Clermont, Albert Jutras, Herman Michaud, Raymond Larichelière et A.-H. Robert.

Les leçons auront lieu l'après-midi, de 4 à 6 heures, à la salle Saint-Joseph, et seront suivies de démonstrations pratiques.

Pendant cette semaine, tous les matins, de 10 à 11 heures, à la Crèche, conférence de diététique avec présentation de malades par le docteur Letondal.

Ce cours s'adresse aux médecins et chirurgiens ayant déjà une certaine pratique de la Pédiatrie et désirant être mis au courant de l'état actuel de la pathologie gastro-intestinale du nourrisson.

Les auditeurs seront exercés individuellement à l'examen clinique des malades ainsi qu'aux examens complémentaires et aux techniques thérapeutiques (otoscopie, radioscopie, préparation des aliments de régime, injections intra-péritonéales, etc.).

On peut s'inscrire dès maintenant au Secrétariat de l'hôpital de la Miséricorde, 1051, rue St-Hubert, à Montréal. Droit d'inscription: cinq dollars (nombre limité d'auditeurs).

PROGRAMME DES COURS

Lundi 4 juillet

4 à 5. — Introduction à la pathologie gastro-intestinale du nourrisson. — M. Paul Letondal.

5 à 6. — Coprologie clinique. Déductions thérapeutiques. — M. Gilbert Brisebois.

Mardi 5 juillet

4 à 5. — Les vomissements du nourrisson. La sténose congénitale du pylore. — M. Paul Letondal.

5 à 6. — Exploration radiologique de l'estomac et de l'intestin dans la première enfance. M. Albert Jutras.

Mercredi 6 juillet

4 à 5. — Syphilis de l'estomac et de l'intestin dans la première enfance. — M. A.-H. Robert.

5 à 6. — Soins pré et post-opératoires dans les interventions chirurgicales sur l'estomac et l'intestin du nourrisson. Mode d'emploi des anesthésiques. — M. Moïse Clermont.

Jeudi 7 juillet

4 à 5. — La constipation du nourrisson. La maladie de Hirschsprung. — M. Paul Letondal.

5 à 6. —L'occlusion intestinale. L'imperforation anale. Le prolapsus rectal. — M. Raymond Larichelière.

Vendredi 8 juillet

4 à 5. — Les diarrhées du nourrisson. La forme commune. La forme prandiale. Les syndromes dysentériques. — M. Paul Letondal.

5 à 6. — Les hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né. — M. Jean Champeau.

Samedi 9 juillet

4 à 5. — L'otite du nourrisson. Ses rapports avec les affections gastro-intestinales. — M. Herman Michaud.

5 à 6. — Le choléra infantile et les états cholériformes dans la première enfance. — M. Paul Letondal.

PEPTO-KOLA ROBIN
PEPTONATE DE FER ROBIN
GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

NUCLÉARSITOL ROBIN

GRANULÉ - COMPRIMÉS - INJECTABLE

MALADIES DÉGÉNÉRATIVES ◆ ASTHÉNIE
TUBERCULOSE ◆ LYMPHATISME

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

J. EDDÉ Limitée
Agent

UROPRAZINE

GRANULE EFFERVESCENT

ELIMINE L'ACIDE URIQUE

COMPOSANTS PRINCIPAUX:
Pipérazine
Hexaméthylenetétramine
Soufre colloïdal
Formiate de lithine

INDICATIONS:
GOUTTE ◆ RHUMATISME ◆ SCIATIQUE

Laboratoires Spartol, Paris, France
Distributeurs: HERDT & CHARTON, Inc.
2027, avenue McGill College Montréal

ELECTIONS A LA FACULTE DE MEDECINE

Les élections de l'Exécutif ont donné le résultat suivant:

Doyen — élection ajournée à septembre.

Vice-Doyen — B. G. Bourgeois, (réélu).

Directeur des Etudes — G. Baril.

Secrétaire — E.-P. Benoît, (réélu).

Membres — MM. LeSage, Asselin, DeBellefeuille.

Doyen Honoraire — T. Parizeau.

VACCINATION ANTI-TUBERCULEUSE

L'Université de Montréal, siège de la vaccination anti-tuberculeuse par le vaccin « B.C.G. », désire faire connaître à MM. les médecins que deux nouveaux dépôts permanents de ce vaccin viennent d'être mis à leur disposition. Ceci constitue quatre (4) dépôts pour leur clientèle en dehors des hôpitaux soit:

Nord — Pharmacie du Dr J.-A. Sylvestre, 285 est, rue Beaubien — Tél. Ca. 1182.

Centre — Pharmacie Laurence, rue St-Denis, angle Ontario. Tél. HA. 7907.

Est — Pharmacie Leduc, 3651 est, rue Ontario, angle Chambly. Tél. Fr. 1036.

Ouest — Pharmacie Lefebvre, 3618 ouest, rue Notre-Dame. Tel. Wi. 7353.

MM. les médecins trouveront de même à leur disposition le Vaccin « B.C.G. » dans tous les hôpitaux où il y a des maternités.

J.-A. BAUDOUIN,
par A. S.

SYMPATHIES

Nous offrons nos sincères sympathies à notre collaborateur **le docteur Paul Morin,** de l'hôpital Saint-Luc, et **au docteur Stephen Langevin,** de l'hôpital de la Miséricorde, qui viennent, respectivement tous deux, de perdre leur père.

LA FEDERATION D'HYGIENE INFANTILE

(Gouttes de Lait paroissiales)

La Fédération d'hygiène infantile a été fondée en 1910. Son but est de combattre la mortalité infantile. Cette organisation maintient 25 centres de consultations, pour nourrissons et préscolaires, répartis comme suit:
19 centres de consultations dans la Cité de Montréal; 3 centres de consultations dans la Cité de Verdun; 2 centres de consultations dans la Municipalité de Montréal-Nord; 1 centre de consultations dans la Municipalité de Ville Saint-Pierre.

Statistiques générales:

Années	1935	1936	1937
Inscriptions 1 à 6 ans	8386	9203	10893
Consultations	87596	96260	94373
Visites à domicile	38473	40370	48941
Décès 0 à 1 an (inscrits)	83	80	81
Taux de mortalité (0 à 1 an)	2.1	1.5	1.5

Statistiques de 1914 *à* 1938:

Inscriptions:	165,785
Consultations:	1,750,777
Visites:	662,414

Le secrétaire,
Léopold LAMOUREUX.

VACCINATION ANTIDIPHTERIQUE OBLIGATOIRE EN FRANCE

Le gouvernement français vient de prescrire la vaccination obligatoire contre la diphtérie à tous les enfants. En vertu de cette loi, tous les enfants seront vaccinés entre deux et trois ans.

FELICITATIONS AU Dr ADELARD GROULX

M. **le docteur Adélard Groulx** a été récemment nommé, d'une façon définitive, médecin-chef du Bureau de Santé de la Cité de Montréal. Nous nous empressons de lui offrir nos chaleureuses félicitations.

QUATRIEME CONGRES ANNUEL DES MEDECINS ELECTRO-RADIOLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

Faculté de Médecine de Paris,
Amphithéâtre de Physique
Les 5, 6, 7 et 8 octobre 1938
Sous la Présidence de
M. le Ministre de la Santé Publique

Programme

A la séance d'ouverture, Conférence de M. le Professeur Joliot-Curie sur: les Neutrons et radio-éléments artificiels; applications biologiques; hypothèses thérapeutiques.

Rapports

1. *Radiodiagnostic.* — Les résultats des méthodes radiologiques d'examen en coupes de l'organisme. Rapporteur: Professeur Didiée (Val de Grâce).

2. *Electrologie.* — Les phénomènes bio-électriques du système nerveux. Etat actuel de la question; applications possibles. Rapporteurs: Professeur Baudoin, de la Faculté de Médecine de Paris, et Dr Fischgold, assistant d'électro-radiologie de l'hôpital de la Pitié.

3. *Roentgenthérapie.* — La Roentgenthérapie anti-inflammatoire. Rapporteur: Dr Gaston Daniel (Marseille).

4. *Physiologie.* — Des lectures seront présentées au Congrès:

Professeurs Palmieri et Giovanni Giordano (Bologne): Action biologique des rayonnements et des courants de haute et très haute fréquence sur les échanges.

Professeur Lamarque (Montpellier): Les progrès accomplis en Histo-Radiographie.

Professeurs Soula et Marques (Toulouse): Données nouvelles sur l'excitation neuro-musculaire.

Professeurs Strohl et Djourno (Paris): Essai d'interprétation des phénomènes électrotoniques.

Des visites sont organisées dans des Instituts et Hôpitaux.

Des réductions sur les chemins de fer seront accordées par les réseaux Français et Etrangers.

Les réceptions et festivités seront annoncées ultérieurement.

Inscriptions: s'adresser au Dr Morel Kahn, Trésorier, 45, rue Scheffer, Paris, 16e.

Membres actifs: 100 Fcs: Membres associés: 20 Fcs.

Adresser toute correspondance à M. le Dr Delherm, Président, 1, rue Las Cases, Paris, 7e.

UNION THERAPEUTIQUE

(Association Internationale fondée en 1934)

Assemblée générale du 12 octobre 1938

L'assemblée annuelle de l'Union Thérapeutique aura lieu le mercredi 12 octobre prochain à la Faculté de Médecine de Paris, à 9 *heures* 30, sous la présidence du Professeur Lœper.

Les questions suivantes seront traitées par les rapporteurs:

L'oxygénothérapie; la protéinothérapie du diabète; vitaminothérapie dans les maladies de l'appareil digestif; chlorophylie et lésions cutanées; les injections intra-veineuses continues en thérapeutique; les combinaisons du soufre en thérapeutique; le soufre, modificateur des maladies infectieuses; le rôle du soufre dans la vie des tissus; le soufre, médicament des arthropathies; le soufre et la peau.

Les demandes d'adhésion à l'Union Thérapeutique doivent être adressées au Secrétaire-Général, le Dr G. Leven, 24, rue de Téhéran, Paris 8e.

NÉCROLOGIE

Le docteur Joseph-Georges-Albert BOUVIER de St. Albert, Ontario, est décédé le 12 février 1938. Il était né en 1882 et avait gradué à l'Université Laval de Montréal en 1908.

Le docteur Jean-Solomon TAUPIER de Chambly-Bassin, s'est fait tuer accidentellement le 23 avril 1938, il avait 86 ans.

C'était un ancien maire de Chambly-Bassin et l'un des plus vieux médecins de la province de Québec. Il était né à Saint-Mathias et avait suivi son premier cours d'étude au Bishop College de Lennoxville.

Il débuta dans sa clientèle dans le village de l'Acadie puis s'établissait à Chambly-Bassin 19 ans plus tard, où il pratiquait encore au moment de son tragique décès.

LIVRES REÇUS EN JUIN 1938

L'angine de poitrine. Par Vital LASSANCE (de Bains-les-Bains). Un volume de 204 pages illustré. Préface de M. le Professeur R. Leriche. 1938. Maloine, éditeur. Prix: 30 francs.

Hygiène du cardiaque. Par B. THEODORESCO. Préface du Professeur D. Danielopolu. 1 vol. de 100 pages. Gaston Doin et Cie, Paris. Prix: 15 francs.

La phlébite et les varices. Par le Docteur E. A. MAURY. 1 volume de 96 pages. Gaston Doin et Cie, éditeur. Paris. Prix: 25 frs.

L'Année Thérapeutique. Par le Docteur A. RAVINA. Un volume de 202 pages. Masson et Cie, Paris. Prix: 25 francs.

Les maladies exotiques dans la pratique médicale des pays tempérés. Par F. BLANC et L. A. BORDES. 1 volume de 244 pages. Gaston Doin et Cie, Paris. Prix: 30 francs.

Traitements orthopédiques et chirurgicaux des rhumatismes chroniques. Par René SIMON. 1 volume de 172 pages. Gaston Doin et Cie, Paris. Prix: 35 francs.

Intoxications et carences alimentaires. Par Maurice LOEPER, E. PIOY, J. COTTET et autres. 1 volume de 260 pages. Masson et Cie, Paris. Prix: 60 francs.

Les cholécystites chroniques. Par A. DANES. 1 volume de 118 pages. Gaston Doin et Cie, Paris. Prix: 38 francs.

Le Courrier Graphique (revue mensuelle). Directeur: Albert CYMBOLISTE. Librairie Le François, 91, boul. Saint-Germain, Paris. Abonnement annuel: France et colonies: 65 frs; étranger, tarif A: 75 frs; étranger, tarif B: 85 frs.

Santé? Maladies? Toxines. Par le Docteur O. CASTUEIL. 1 volume de 64 pages. Gaston Doin et Cie, éditeurs. Paris. Prix: 22 frs.

Les réactions d'équilibre chez l'homme. Par Jules ZADOR. Préface d'André Thomas. 1 volume de 256 pages, 214 figures. Masson et Cie, éditeurs. Prix: 80 francs.

De la séméiologie à la thérapeutique. Par le Professeur M. LOEPER. 1 volume de 292 pages. Gaston Doin et Cie, éditeurs. Paris. Prix: 65 francs.

La tuberculose pulmonaire chez les sujets apparemment sains et la vaccination antituberculeuse. Par L. SAYE. 1 volume de 256 pages avec 88 figures. Masson et Cie, éditeurs, Paris. Prix: 60 francs.

Annuaire Statistique. Québec, 1937.

La syphilis du système nerveux. Par A. SESARY. 1 volume de 288 pages. Masson et Cie, Paris. Prix: 48 francs.

GELOTANIN

• MÉDICATION ANTIDIARRHÉIQUE

Indications: **TOUS les CAS de DIARRHÉES**

Particulièrement recommandé dans les: **DIARRHEES DES NOURRISSONS**
DIARRHEES DES TUBERCULEUX

Présenté en: **Cachets dosés à 0.gr 50**
Paquets dosés à 0.gr 25

Echantillons et Littérature sur demande.

Laboratoires E. CHOAY, 48, rue Théophile-Gautier, Paris
Agents exclusifs: **HERDT & CHARTON Inc., 2027, ave McGill College, Montréal**

PAVERAL

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

. . COQUELUCHE . .

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluches et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance, ni complication.

•

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

•

Pompes funèbres
Salons mortuaires

Salons mortuaires: 1926, rue Plessis
4156, rue Adam.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

TABLE DES ANNONCEURS

Abbott, Laboratoires, Ltée (Métaphène) **28**
Anglo-French Drug, Cie (Panvita) **19**
Ayerst, McKenna & Harrison, Ltée . . . . . **2e page de couverture**
Banque Canadienne Nationale (A votre disposition) 777
Borden Co. Ltd., The 765
Bromo-Seltzer Ltd. **23**
Canada Drug (Paveral) 787
Canadian Canners Limited (Aliments tamisés) **13**
Canadian National Railway (Château Laurier) 781
Canadian Tampax Corporation Ltd. 773
Carling Breweries Ltd. (Invalid Stout) 789
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Sulfocide) **9**
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Stérilisateur "Castle") **17**
Ciba, Compagnie, Ltée (Perandren "Ciba") **20**
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens 771
Eddé, J. Limitée (Tréphonyl) 781
Eddé, J. Limitée (Iodogénol Pépin) **22**
Eddé, J. Limitée (Nuclearsitol Robin) 783
Encyclopédie Médico-Chirurgicale 775
Frosst, Charles E., & Co. (Ferro-Catalytic) **1**
Herdt & Charton, Inc. (Uroprazine) 783
Herdt & Charton Inc. (Gelotanin) 787
Hirbour, Arthur (Elixir Polybromure) 775
Hoffmann-La Roche Limitée (Tampol et Onguent d'Œstroglandol) . . **26**
Imperial Tobacco (Sweet Caporal) 777
Kellogg's (All-Bran) 775
Laboratoires du Bismol (Bismol) . . . . . **4e page de couverture**
Laboratoires Poulenc Frères du Canada (Acétylarsan et Stovarsol) . . 761
Librairie Beauchemin, Ltée (Imprimeurs, Relieurs, Editeurs) 763
Merck & Co., Ltd. (Pyridium) **5**
Millet, Roux & Cie, Ltée (Ampho-vaccin intestinal) **15**
Molson's Brewery Ltd. (Bière et Porter) 769
Monty, Gagnon, Monty 787

À contenance élevée d'extrait de malt, l'INVALID STOUT exerce une étonnante action revitalisante, excite un appétit salutaire, apporte une joyeuse énergie.

L'avis du docteur:

« J'ai pu me rendre compte personnellement des propriétés toniques et stimulantes de votre PORTER », écrit un médecin, et il ajoute : « Je vous complimente d'avoir su allier en lui les propriétés fortifiantes à un goût excellent. »



le PORTER
tonique

INVALID
STOUT

TABLE DES ANNONCEURS (suite)

Nestlé's Milk Products Ltd. 779
Officine Canadienne Incorporée (Aesculin) . . . . . **3e page de couverture**
Rougier Frères (Stanno-Sufrol) **3**
Rougier Frères (Hémoglobine Deschiens) **3**
Rougier Frères (Lusaldol) **7**
Rougier Frères (Neo-Gastricine et Iodalose Galbrun) 759
Sanatorium Prévost **24**
Usines Chimiques du Canada, Inc. (Vitaval) 790
Vinant Limitée (Hémoductyl) **11**
Vinant Limitée (Pipérazine Midy) **11**
Vinant Limitée (Enésol) **21**
Vinant Limitée (Injections strychno-phospharsinées) **21**
Vinant Limitée (Sed'hormone, Amino-sel Byla, Vagotonine) **27**
Warner, William R., Limited (Alka-Zane) 767
Winthrop Chemical Company, Inc. (Drisdol) **25**

VITAVAL

VITAMINES
et SELS MINERAUX

Le tonique idéal pour refaire les réserves de minéraux et de vitamines épuisées par l'hiver

VITAMINES A B D G

et sels assimilables de Calcium, Fer, Cuivre, Phosphore, Iode.

Les produits **VALOR** sont fabriqués par

USINES CHIMIQUES du CANADA Inc.
MONTRÉAL

Il est maintenant possible pour la faculté médicale de prescrire l'AESCULUS HIPPOCASTANUM (Marron d'Inde) et l'HAMAMELIS VIRGINICA et d'obtenir des résultats.

L'AESCULIN en contient des extraits concentrés, riches en essence, fraîchement préparés.

L'AESCULIN est préparé selon l'art par des gens de l'art.



FORMULE PAR 100 C.C.

Ext. Aesculus Hippocast. Sem. Liq. "Officine" - - - - -	40 c.c.
Ext. Hamamelidis Virg. Fol. Liq. Officine" - - - - - -	40 c.c.
Sol. glycero-hydroxy-ethylic. citric. - - - - - - - - -	20 c.c.

OFFICINE CANADIENNE INCORPOREE
Fabricants de Spécialités Pharmaceutiques
MONTREAL — LABORATOIRES: LACHINE, QUE.
J. L. GIRARDEAU-GINGRAS, Phm.B., Président—Gérant Général A. ROUSSELLE, Directeur
Distributeurs: Lymans Agencies, Ltée., Casier Postal, 1050, Place d'Armes, Montréal

Pour correspondance et échantillons adresser: 126-3e Avenue, Lachine, Qué.

Pour la profession médicale seulement.



BISMOL

Suspension alcaline de Bismuth et d'Alumine indiquée dans les affections Gastro-Intestinales des adultes. Diarrhée des enfants et diarrhées vertes des nourrissons.

Bismol tapisse d'une couche protectrice les membranes de l'estomac et de l'intestin.

Dose générale: — ***Une ou deux cuillerées à soupe à toutes les trois ou quatre heures.***

LE LABORATOIRE DU BISMOL

99 Harbour, KINGSTON, B.W.I.

945, rue Côté MONTRÉAL

45 Peddar, HONG-KONG

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

DISTRIBUTEURS :

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