Tome 68 — Numéro 9

MONTRÉAL, SEPTEMBRE 1939

Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord
(Fondée à Québec en 1902)

L'Union Médicale
du Canada

(Revue mensuelle fondée à Montréal en 1872)



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

TRAITEMENT MAGNÉSIEN par le

TOTAL MAGNÉSIEN

Le Total Magnésien

ou chlorure de Magnésium déshydraté en association synergique avec les sels halogènes représente la forme la plus pratique et la moins coûteuse pour suivre le traitement au chlorure de magnésium associé aux sels halogènes (autrement dit traitement total magnésien).

Indications

Cure prophylactique du cancer et des affections précancéreuses.

Cure de l'arthritisme en général.

Cure de l'Asthénie.

Cure des affections de la peau, verrues, acné, eczéma, herpès, démangeaisons.

Régularisation intestinale (constipation arthritique; Maladies du foie.

Troubles urinaires d'origine prostatique.

Le traitement **TOTAL MAGNÉSIEN** ne comporte aucune contre-indication. Il peut être suivi par tous, ne présente aucun inconvénient et ne peut offrir au contraire que des avantages.

▼▼

LABORATOIRES du "TOTAL MAGNÉSIEN"
24 Boulevard Sébastopol **Paris**

Agents généraux pour le Canada

MILLET, ROUX & CIE LIMITEE
1215, rue St-Denis **Montréal**

"TUTAMATE"

(TUTAMINA MATRIS: *Défenses de la mère*)

CAPSULE No 653 "Frosst"

un

SUPPLEMENT

spécifique de la

NUTRITION

durant la

GROSSESSE

et l'

ALLAITEMENT

●

Chaque dose quotidienne (2 capsules) contient:		ADJUVANT DANS:
Huile de germe de blé (vitamine E) (l'équivalent de 5 onces de blé entier)	5 minimes	—la prévention de la prématurité
Fer (sous forme de sel ferreux)	1/2 gr.	—la prévention de l'anémie de nutrition
Cuivre (sous forme de sel)	1/50 gr.	
Vitamine D ("Ostogen")	2,000 unités (internationales)	—la prévention du rachitisme, de la carie dentaire et de la tétanie par carence de la vitamine D.
Phosphore (sous forme de sel)	3/4 gr.	
Calcium (sous forme de sel)	1 gr.	
Iode (sous forme de sel)	1/192 gr.	—la prévention de la carence en iode
Vitamine B_1	300 unités (internationales)	—la prévention de la polynévrite par carence en vitamine B_1
Vitamine A	4,000 unités (internationales)	—l'édification de la résistance

Standardisées biologiquement.

Posologie: deux capsules par jour. Boîtes de 50 capsules.

●

Charles E. Frosst & Co.

Une organisation canadienne de fabricants des meilleurs produits depuis 1899

MONTRÉAL CANADA

SOMMAIRE

•

BULLETIN

Albert LeSAGE:
Le Tricentenaire de la fondation de l'Hôtel-Dieu de Québec 929

Ministère de la Santé:
Division du génie sanitaire 937

MEMOIRES

J.-Alfred MOUSSEAU:
Atonie. Ptose. Dilatation gastrique 940

Paul-A. POLIQUIN:
Que vaut l'appendicostomie dans les péritonites graves d'origine appendiculaire? 949

Antonio BARBEAU et Paul LECAVALIER:
Profil criminologique de la démence précoce 964

E. ROBILLARD:
Le rôle antitoxique du glutathion 977

RECUEIL DE FAITS

A. LAQUERRIERE et A. LEGER:
Le lobe accessoire de Wrisberg. Lobe de la veine azygos 982

REVUE GENERALE

H. GIBEAULT:
La méthode de Delmas 985

EDITORIAL

Roma AMYOT:
Hypertension artérielle 988

Traitements modernes de la démence précoce 989

VARIETES

C.-A. GAUTHIER:
Médecine héroïque ou médecins téméraires? 991

ACTUALITES

Yvon LAURIER:
Le dépistage dans la tuberculose 995

Georges GREGOIRE:
Rapport du Comité Provincial de Défense contre la Tuberculose . . . 997

MEDECINE PRATIQUE

R. A.:
Traitement du tétanos 1003



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)

ANALYSES 1004

MEDECINE

Données actuelles sur la leucose aiguë (p. 1004). **Les dangers de la protamine-zinc-insuline** (p. 1004). **Valeur clinique de l'électrocardiogramme** (p. 1006). **Complications consécutives à l'administration des produits sulfanilamidés** (p. 1006).

PHTISIOLOGIE

La tuberculose chez le personnel hospitalier (p. 1008). **La phrénicectomie associée à la thoracoplastie** (p. 1008).

GASTRO-ENTEROLOGIE

La gastrite syphilitique (p. 1010).

ENDOCRINOLOGIE

Les hyperthyréoses de la ménopause et leur traitement (p. 1010).

CHIRURGIE

Vésicule biliaire double avec deux canaux et deux artères cystiques (p. 1012).

GYNECOLOGIE

Problème thérapeutique dans le prolapsus génital chez la femme après la ménopause (p. 1012).

OBSTETRIQUE

Contribution à l'étude expérimentale des apoplexies utéro-placentaires (p. 1014).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Les synovites à grains riziformes des articulations (p. 1014). **Protusion acétabulaire** (p. 1014).

PEDIATRIE

Diagnostic de la syphilis congénitale (p. 1016).

NEURO-PSYCHIATRIE

Anomalies des articulations lombo-sacrées (p. 1016). **Intoxication par le bromure** (p. 1016).

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

L'anesthésie chez l'enfant en O. R. L. O. (p. 1018).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Les résultats de 913 examens pré-maritaux (p. 1020). **Les hormones et l'acné vulgaire** (p. 1020).

NOUVELLES 1002

Hôpital du Sacré-Cœur, Cartierville: séances cliniques du 11 au 16 septembre 1939. — L'Assistance Médicale Franco-Américaine. — Liste des membres de la Société de Gastro-Entérologie de Montréal pour l'année 1939-40. Election pour 1939-41. — Nominations. — Troisième Congrès International de Gastro-Entérologie. — L'"American Medical Association" gagne son point dans un procès. — Médecins, mainteneurs du français au Canada, après les prêtres. — Centre d'études de la Fondation d'Heucqueville. — Société Européenne de Chirurgie Structive. — Université de Paris, Faculté de Médecine.

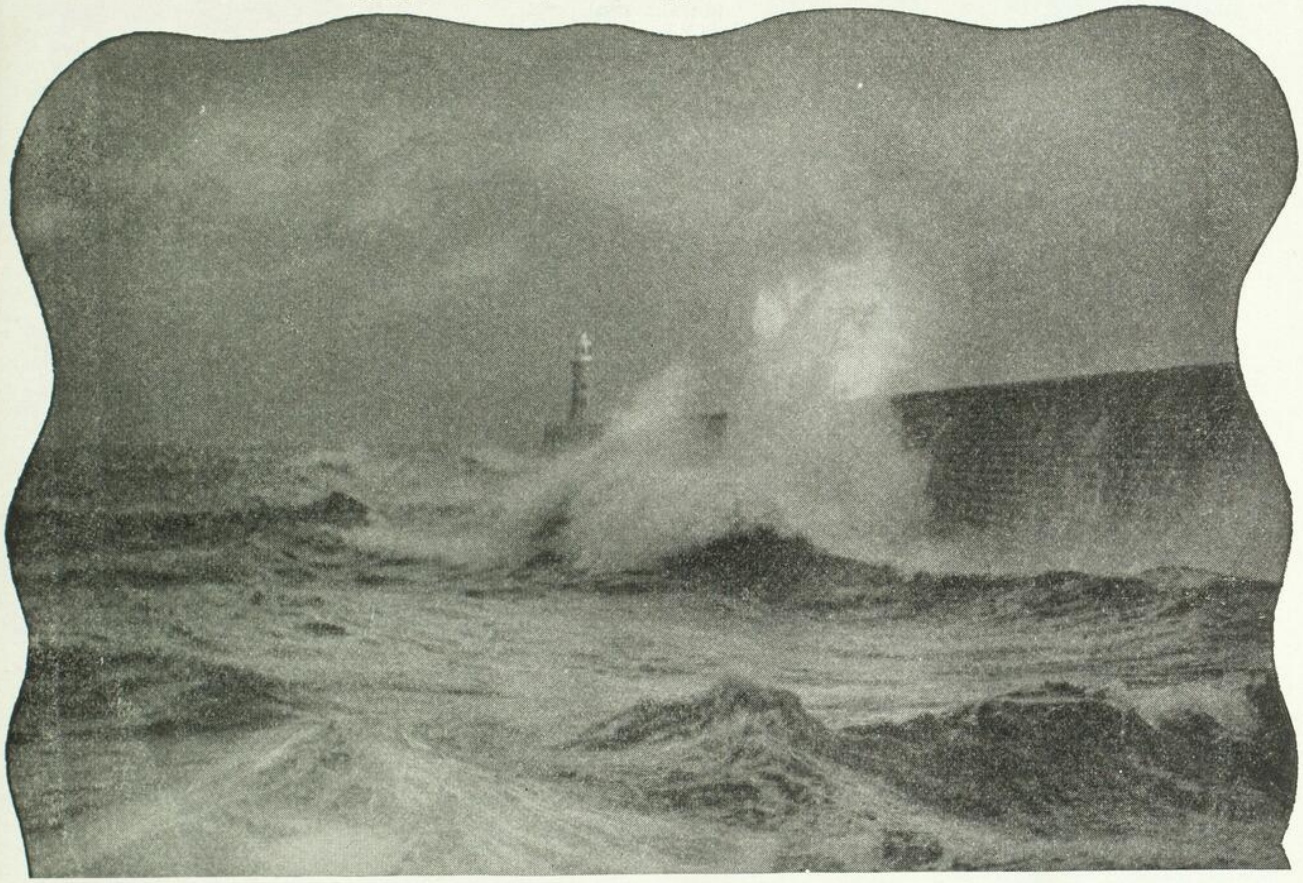
REVUE DES LIVRES 1028

BIBLIOGRAPHIE 1038

Analgésie génito-urinaire avec

NOM **PYRIDIUM** DÉPOSÉ

(Phénylazo-alpha-alpha-diamino-pyridine mono-hydrochloride)



Lorsque la tempête des symptômes douloureux tels que: les mictions fréquentes, douloureuses, impérieuses, le ténesme, l'irritation périnéale, annonce la cystite, la pyélonéphrite, la prostatite ou l'urétrite...

...PYRIDIUM, administré *per os* au cours de l'infection, procure un soulagement symptomatique rapide avec sûreté et tolérance, et sans la nécessité d'un régime spécial ou le contrôle du pH urinaire.

Nous vous enverrons sur demande un pamphlet, illustré en couleurs, sur l'anatomie et la pathologie.

PYRIDIUM

NOM DÉPOSÉ

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

Une décade de service dans les infections génito-urinaires

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

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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

Fondée à Québec en 1902

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, D. Masson, T. Parizeau (Montréal).

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la Rédaction
Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint à Montréal
Roma Amyot
326 est, boulevard Saint-Joseph.

Secrétaire adjoint à Québec
C.-A. Gauthier
53½, rue Saint-Louis

BUREAU DE COLLABORATION

MM. P.-R. Archambault, H. Baril, G. Barry, A. Bellerose, P. Bourgeois, J. Brault, A. Cantero, E. Desjardins, R. Doré, E. Dubé, M. Fauteux, J.-C. Favreau, L. Fortier, L.-A. Gagnier, L.-H. Gariépy, H. Gélinas, A. Gratton, A. Jutras, G. Lafresnière, G. Lapierre, C. Lefrançois, E. Legrand, J. LeSage P. Letondal, A. Magnan, P. Morin, J.-P. Paquette, P. Poirier, J.-L. Riopelle, J. Saucier, Pierre Smith.

Produits Spéciaux des
LABORATOIRES LUMIÈRE

— 45, rue Villon, LYON —

ROUGIER FRÈRES — 350, rue Le MOYNE À MONTRÉAL (Canada)

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

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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

Fondée à Québec en 1902

ADMINISTRATION

OFFICIERS

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

COMITÉ EXÉCUTIF

MM. R.-E. Valin, Albéric Marin, 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.

SILICRINE

Pour favoriser une digestion complète stomacale, pancréatique et intestinale

La Poudre Silicrine est une combinaison de Trisilicate de Magnésie et des ferments Entérokinase et Prosécrétine pour établir une digestion complète, stomacale, pancréatique et intestinale.

Silicrine par sa formule, possède une supériorité d'efficacité plus définie et plus radicale sur la poudre de Trisilicate de Magnésie seule, pour procurer une digestion totale.

Trisilicate de Magnésie:

Le Trisilicate de Magnésie est un composé synthétique ayant comme base la Magnésie et la Silice sous la forme de colloïdal de dimensions très minimes et 15 fois plus actif pour le bleu méthylène in vitro que le kaolin colloïdal le plus raffiné qu'il soit possible de trouver dans le commerce.

Ferments Entérokinase et Prosécrétine:

Ces deux ferments sont transformés en sécrétine active par l'action de l'acide hydrochlorique de l'estomac; leur principale fonction est de stimuler les glandes du Pancréas et de l'intestin pour accélérer leurs sécrétions, afin de faciliter toutes digestions.

Action:

La Poudre Silicrine, grâce à sa composition, procure une digestion complète, la magnésie et la silice absorbent le surplus d'acide gastrique dans l'estomac; les ferments Entérokinase et Prosécrétine continuent d'aider la digestion en activant la sécrétion des glandes du Pancréas et de l'intestin.

Propriétés Médicinales:

Ulcères peptiques, Insuffisance intestinale, Urticaire chronique, Troubles digestifs du diabète pancréatique, Dyspepsies pancréatiques, Gaz d'estomac, Hyperacidité, Vomissements chez les femmes enceintes et autres cas de déficience d'une digestion complète.

Toxicité:

La Poudre Silicrine est une combinaison non toxique et ne peut atténuer l'acidité du suc gastrique en bas de son point normal, si une trop grande dose est donnée, elle est évacuée par l'intestin. La poudre Silicrine étant insoluble ne peut accroître la réserve d'alcali du corps; même l'absorption d'une forte dose pendant une longue période ne fait pas varier l'acidité de l'urine.

Mode d'Emploi:

Une cuillerée à thé dans ½ verre d'eau après les repas. Répétez après 1 heure si nécessaire.

Préparé par

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE

30 EST, RUE SAINT-PAUL, 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.

Fondée à Québec en 1902

•

OFFICIERS

Président: R.-E. Valin
Vice-présidence: Albéric Marin
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la Rédaction
Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint à Montréal
Roma Amyot
326 est, boulevard Saint-Joseph.

Secrétaire adjoint à Québec
C.-A. Gauthier
53½, rue Saint-Louis

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 67:

MM. Amyot (Roma), Archambault (P.-R.), Aumont (Gérard), Barbeau (Antonio), Baril (Edm.), Baril (Henri), Barry (Gaétan), Baudoin (J.-A.), Béclère (Claude), Bélisle (S.-P.), Bellerose (A.), Benoit (E.-P.), Bernier (Alph.), Bertrand (A.), Bolduc (A.), Bonnier (Maurice), Boucher (Roméo), Boulais F.-L.), Bourgeois (Paul), Boutin (J.-R.), Brien (Jules), Cabana (Léo-Paul), Cantero (Ant.), Chaput (Yves), Charbonneau (J.-Henri), Cone (William), Côté (I.), Couillard (J.-A.), Cousineau (P.-P.), Cruchet (René), D'Argencourt (Guy), Décarie (Roland), De Martigny (François), Denoncourt (J.-A.), Desfosses (Paul), Desjardins (Ed.), Doré (Réal), Dubé (J.-E.), Dufresne (Roger-R.), Dumouchel (Antoine), Fauteux (Mercier), Favreau (J.-C.), Fernet (P.), Ferron (Maurice), Fiessinger (Noël), Forget (Ulysse), Fortier (Jacques), Fortier (Louis), Fournier (N.), Francœur (Louis), Frappier (A.), Gagnier (L.-A.), Gagnon (Eugène), Gariépy (L.-H.), Gariépy (Urgel), Gauthier (Herman), Gauvreau (Joseph), Gélinas (Henri), Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (Léon), Gibeault (H.), Girard (R.), Gratton (Armand), Grenier (Jean), Grignon (C.-E.), Groulx (Adélard), Guilbeault (A.), Hébert (Georges), Jarry (Gaétan), Jarry (J.-A.), Jutras (Albert), Lacasse (Gustave), Lafresnière (Gabriel), Lambert (J.-Adrien), Lamoureux (C.-E.), Lamoureux (L.), Lanthier (Réal), Lapointe (J.-H.), Laquerrière (A.), Larichelière (A.), Larivière (Paul), Laurin (P.-E.), Lauzer (Rosaire), Lebel (M.-H.), Leclerc (Georges), Lefrançois (Charles), Letendre (Samuel), Léger (A.), Legrand (Emile), Legrand (Hervé), Léonard (D.), LeSage (Albert), LeSage (Jean), Letondal (Paul), Léveillé (Antonio), Lian (C.), Magnan (L.-Arthur), Manseau (G.), Manseau (J.-A.), Marin (Albéric), Marion (Donatien), Martin (Paul), Masson (Pierre), Mercier (Oscar), Millet (J.-A.), Morin (Gaspard), Morin (Paul), Morissette (Léopold), Mousseau (J.-A.), Nègre (Léopold), Ostiguy (Marcel), Panet-Raymond (Jean), Paquette (Jean-Philippe), Patoine (Lionel), Pearson (Georges), Péloquin (G.-E.), Penfield (Wilder), Pettigrew (A.), Piette (Edmond), Pilon (Alcide), Pinard (Marcel), Pinsonneault (G.), Poirier (Paul), Poliquin (Paul), Power (Honorable), Prévost (Jules), Richer (Arthur), Riopelle (J.-L.), Roch (Maurice), Roch (Sylvio), Rolland (René), Rouquier (A.), Roy (J.-N.), Samson (J.-Ed.), Saint-Jacques (Eugène), Sansregret (Edmond), Saucier (Jean), Sergent (Emile), Siguier (F.), Siguret (G.), Simard (L.-C.), Simard (Raymond), Smith (Pierre), Sylvestre (Lucien), Tremblay (Jean), Turpin (R.), Valin (R.-N.), Viau (Horace), Vidal (J.-A.).

POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE
STOVAINE
ANESTHÉSINE
EXt DE MARRONS
D'INDE FRAIS STABILISÉ

MIDY
LABORATOIRES MIDY
PARIS - FRANCE
MARQUE DÉPOSÉE

4
PRINCIPES ACTIFS

HÉMORROÏDES

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

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

ARGENT COLLOÏDAL ÉLECTRIQUE À PETITS GRAINS, STÉRILE ET STABLE

Electrargol

MÉDICATION ANTI-INFECTIEUSE GÉNÉRALE ET LOCALE

Ampoules de 5 et 10 c.c. • **Ampoules compte-gouttes** de 25 c.c. pour instillation nasale ou oculaire

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS
Agents: VINANT Ltée, 533 rue Bonsecours MONTRÉAL

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION

des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

Fondée à Québec en 1902

•

PRÉSIDENT HONORAIRE

L'honorable J.-H.-A. PAQUETTE,
Ministre de la Santé dans le Cabinet provincial de Québec.

VICE-PRÉSIDENT HONORAIRE

L'honorable Pio.-H. LAPORTE,
Ministre de la Santé dans le Cabinet du Nouveau-Brunswick.

DIRECTEUR-GÉNÉRAL

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

•

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER

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

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

R.-E. VALIN

D. MARION

J.-H. LAPOINTE

Chs De BLOIS

J.-A. DENONCOURT

•

COMITÉ DU XVIe CONGRÈS

Chs De BLOIS, Président
B.-G. BOURGEOIS, 1er Vice-Président
F. BERTRAND, 2e Vice-Président
J.-M. TRUDEL, 3e Vice-Président
J.-B. FALCON, 4e Vice-Président
J.-A. TARDIF, 5e Vice-Président
J.-A. DENONCOURT, Secrétaire
A. TÉTREAULT, Trésorier

•

ANCIENS PRÉSIDENTS

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

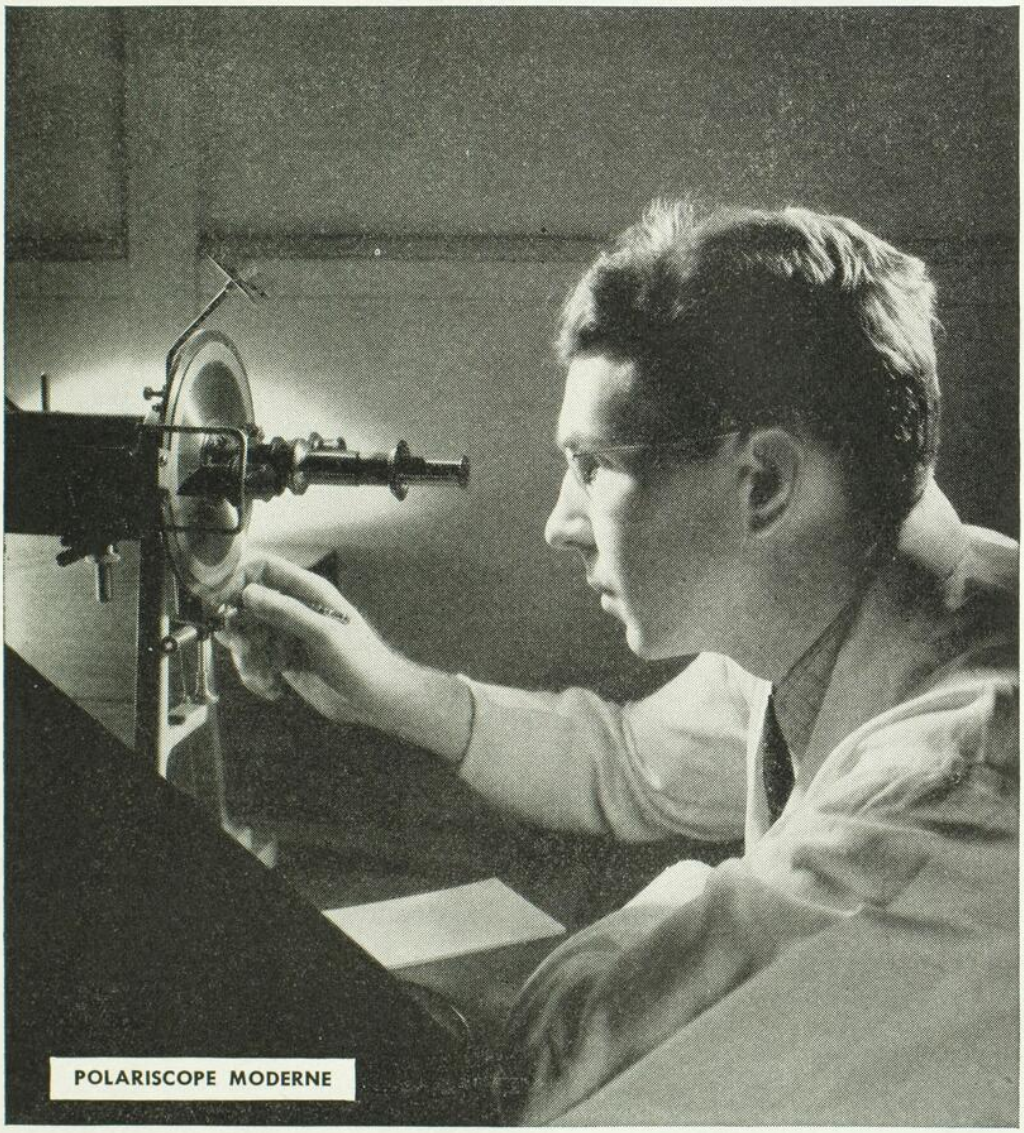
•

MEMBRES DU CONSEIL

BAUDOUIN, J.-A., 23, Springrove, Montréal . . (1940)
BEAUCHEMIN, L.-O., Calgary, Alberta . . . (1942)
BELISLE, J.-R., Hull . . . . . (1942)
BERTRAND, F., Sherbrooke . . . . . (1940)
BIBAUD, B., Valleyfield . . . . . (1940)
BOURBEAU, L.-A., Val d'Or, Abitibi . . . . (1942)
BOURGEOIS, B.-G., 418 est, Sherbrooke, Montréal
COLLIN, Donat, Saint-Boniface, Manitoba . . (1942)
CREPAULT, A.-Z., 403 est, Sherbrooke, Montréal (1940)
DAGNEAU, P.-C., 4, rue Collins, Québec . . .
DE BLOIS, Chs, Trois-Rivières . . . . . .
DENONCOURT, J.-A., Trois-Rivières . . . .
DUBE, J.-E., 454 est, Sherbrooke, Montréal . .
DUBE, L.-F., Notre-Dame du Lac, Témiscouata . (1942)
DUMONT, C.-E., Campbellton, N.-B. . . . . (1940)
FALCON, A.-J.-R., Pawtucket, R.-I. . . . . (1940)
FONTAINE, J.-F.-A., Woonsocket, R.-I. . . . (1942)
GATIEN, J.-F.-A., 4765, Adam, Montréal . . . (1942)
GAUDET, Richard, Sherbrooke . . . . . (1940)
GAUTHIER, P.-P., 47, Hazelwood, Montréal . . (1942)
GIROUARD, J.-A., 19, Union, Willimantic, Conn. . (1942)
GRANGER, Amédée, Canal Bank Bldg., N.-O. La. .
JARRY, J.-A., 7718, rue Saint-Hubert, Montréal .
LACASSE, G., Sénateur, Tecumseh, Ont. . . . (1942)
LAFRAMBOISE J.-M., 692, Saint-Patrice, Ottawa (1942)
LAPOINTE, J.-H., 163, Laurier, Ottawa . . .
LAROCHELLE, J.-E., Manchester, N.-H. . . . (1940)
LAROCHELLE, R., Biddeford, Maine . . . . (1942)
LEBEL, M.-H., 3646, Laval, Montréal . . . . (1940)
LeSAGE, Albert, 260, Carré Saint-Louis, Montréal
MARION, D., 326 est, boul. Saint-Joseph, Montréal
MATHE, P.-C., 450, Sutter, San Francisco . . . (1940)
MAYNARD, Oswald, 73, West Pearl, Nashua, N.-H. (1942)
MELANÇON, W., Drummondville . . . . . (1942)
MERCIER, O., 943, Cherrier, Montréal . . . . (1940)
MILOT, J.-D., 1017, Stafford Road, Fall River, Mass. (1940)
NORMAND, Hudon, Trois-Rivières . . . . . (1942)
PAQUET, Albert, 71, Sainte-Anne, Québec . . .
PERRAS, J.-E., Hull . . . . . (1940)
PHENIX, Georges, Saint-Jean . . . . . (1940)
PIETTE, Ed., Joliette . . . . . (1942)
PLOUFFE, R., 772, Villeray, Montréal . . . . (1942)
PROVENCHER, Gustave, Granby . . . . . (1942)
ROY, G.-E., Nicolet . . . . . (1940)
RICHARD, A.-L., 168 est, Laurier, Ottawa . . . (1942)
SAUCIER, Jean, 300 est, Sherbrooke, Montréal . . (1940)
SAVOIE, L.-P. Roberval . . . . . (1942)
SMITH, Pierre, 418 est, Sherbrooke, Montréal . . (1940)
SAINT-JACQUES, E., 110 ouest, Pr.-Arthur, Mtl. (1940)
TANGUAY, R., Sudbury, Ont. . . . . (1942)
TARDIF, J.-A., Lévis . . . . . .
TASSE, C.-E., Worcester, Mass. . . . . (1940)
TRUDEL, J.-J., Winnipeg, Manitoba . . . . . (1942)
TRUDEL, J.-M., Shawinigan Falls . . . . . .
VALIN, R.-E., 165 est, Laurier, Ottawa . . . .
VIDAL, J.-A., 454 est, Sherbrooke, Montréal . . (1940)
VIGER, J.-A., Saint-Hyacinthe . . . . . (1940)
VOORHYES, R.-D., Lafayette, La . . . . . (1942)

SCENES DES LABORATOIRES UPJOHN

Recherche Organique



En cherchant de nouveaux composés chimiques d'un interêt thérapeutique possible, on ajoute aux efforts d'un corps d'hommes habiles les plus récents instruments de la recherche.

Bureau Canadien:
384 ouest, Rue Adelaide,
Toronto

THE UPJOHN COMPANY
KALAMAZOO, MICHIGAN, E. U. A.
Fabricants des meilleurs produits pharmaceutiques depuis 1886

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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

Fondée à Québec en 1902

•

CONDITIONS DE PUBLICATIONS: « 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.



Il existe maintes conditions où se peut noter le manque de plus d'une des diverses vitamines. Il se peut que telles déficiences résultent des préférences que l'on a pour un régime alimentaire particulier, ou de restrictions imposées à l'alimentation à cause de maladie.

COMMODE — VIGRAN, capsules Squibb contenant les vitamines A,B,C,D,G, supprime la nécessité de prendre quelque préparation désagréable au goût, de manger de la nourriture que l'on n'aime pas ou de prendre deux ou trois produits distincts afin d'obtenir un approvisionnement adéquat de ces 5 facteurs alimentaires essentiels. Les capsules sont commodes, pratiques et économiques; la dose requise est faible. Elles se dissolvent facilement après qu'on les a avalées.

EFFICACE — Chaque capsule contient, sous une forme **stable**, la quantité minimum, requise quotidiennement par les adultes, de vitamines A (6,300 I.U.); B (222 I.U.); C (500 I.U.); D (630 I.U.) et probablement * G (10 gammas). La dose moyenne est d'une capsule par jour.

Les capsules VIGRAN sont indiquées dans le cas des femmes enceintes ou qui allaitent, des adultes souffrant de dénutrition, des convalescents, des patients soumis à des restrictions sévères à leur alimentation ou dans le cas de maladies prolongées ou débilitantes qui requièrent un supplément de plusieurs des diverses Vitamines.

* *La dose minimum quotidienne moyenne requise pour adultes est inconnue.*

Pour imprimés et échantillons, écrire à

E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.

36 Caledonia Road, Toronto, Ont.

Fabricants de Produits Chimiques pour le Corps Médical depuis 1858.

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 de 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	$3.50	$ 5.50	$ 8.25	$13.75
200	4.25	6.50	12.25	18.00
500	6.00	11.50	18.75	29.00
1000	9.50	16.50	25.50	36.50

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

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.


"Oh Chouette!
Voici mon
SMA
"

Les Bébés Normaux Raffolent de S.M.A., le Digèrent Facilement et Profitent Bien---

Chez les bébés normaux nourris au S.M.A., on remarque un progrès régulier dans la grandeur et le poids, ainsi que dans le développement des os et des tissus.

VALEUR CALORIQUE

Une once fluide de S.M.A. dilué suivant les instructions équivaut à 20 calories, la même valeur calorique qu'une once de lait de femme.

S.M.A. est ce qui se rapproche le plus du lait de femme pour l'alimentation des bébés qui sont privés du sein.

On remarque une nutrition satisfaisante chez 90% de tous les bébés qui sont nourris au S.M.A. Ceci a été prouvé par l'expérience clinique.

S.M.A. coûte moins de 1c l'once, tout prêt à donner.

S.M.A. est antirachitique — il n'est pas nécessaire de donner de l'Huile de Foie de Morue ou autre source de Vitamines A et D.

S.M.A. simplifie le problème de l'alimentation infantile, et la mère peut le préparer facilement.

S.M.A. fournit, dans des proportions convenables, tous les éléments nutritifs connus. La vitamine C est la seule qui ait besoin d'être ajoutée au régime, tout comme le jus d'orange est donné aux bébés qui sont élevés au sein.

S.M.A. est un produit éthique, car chaque boîte porte cette phrase: "Ne l'employez que sous les ordres et la surveillance d'un médecin attitré."

S. M. A. DIVISION

JOHN WYETH & BROTHER, INC. WALKERVILLE, ONT.

TRISILEX

Pour favoriser une digestion stomacale complète

Le **Trisilex** est un Trisilicate de Magnésie C. P. préparé spécialement pour combattre l'hyperacidité de l'estomac en favorisant une digestion stomacale complète.

Maud a défini le Trisilicate de Magnésie comme étant un composé synthétique ayant pour formule $H_4\ Mg_2\ Si_3\ O_{10}$ sous forme de cristallins de très petites dimensions colloïdales beaucoup plus petites en grosseur que celle du kaolin dans les variétés les plus raffinées que l'on puisse obtenir.

Action de Trisilex:

Le Trisilex possède de fortes propriétés antiacides et il agit de la manière suivante:

Cette poudre en présence de l'eau réagit avec le suc gastrique normal (qui correspond à l'acide hydrochlorique n/20) et une réaction complexe se produit entre deux colloïdaux hydratés et deux électrolytes; à la température du corps il faut généralement 3 heures pour que le processus soit complet. La réaction se faisant in vitro d'après l'équation suivante:

$$Mg_2Si_3O_8nH_2O + 4HCl = 2MgCl_2 + 3SiO_2 + nH_2O$$

L'équilibre de l'acidité peut être calculé comme l'équivalent de la magnésie contenue dans le Trisilex, la moitié à peu près neutralisant rapidement le surplus d'acide gastrique tandis que l'autre moitié occasionne une neutralisation secondaire et lente pendant les quelques heures qui suivent.

Au point de vue chimique, c'est la lenteur de la réaction qui est importante, la durée de l'action antiacide est approximativement égale à l'espace de temps requis pour la digestion gastrique.

Toxicité:

Le Trisilex n'est pas toxique et ne peut réduire l'acidité du suc gastrique en dessous de son point normal; si une trop grande dose est donnée il est éliminé par l'intestin.

Le Trisilex étant insoluble, il ne peut augmenter la réserve d'alcali du corps; même une forte dose, pendant un temps prolongé, ne change pas l'acidité de l'urine.

Indications Thérapeutiques:

Le Trisilex est recommandé pour le traitement des ulcères peptiques, l'hyperacidité de l'estomac, les gaz d'estomac, vomissements chez les femmes enceintes, dyspepsie, ou autres cas de mauvaises digestions stomacales.

Mode d'emploi:

Une cuillerée à thé dans un demi-verre d'eau après les repas. Répétez après 1 heure si nécessaire.

Préparé par

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE

30 EST, RUE SAINT-PAUL, MONTRÉAL

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.



VITAMINES PURES

pour

tous les cas d'avitaminoses

• Il est généralement admis que pour la prévention et le traitement des maladies par carence de vitamines il est très important d'avoir des préparations contenant une grande quantité de vitamines. Les préparations de vitamines pures de Winthrop répondent admirablement bien aux besoins de ces différents types d'avitaminose.

BECETAX * — Vitamines synthétiques pures B_1 et C. Pour la prophylaxie de carence de vitamines B_1 et C associées. Un supplément à l'alimentation rationnelle des nourrissons, des enfants et des adultes, particulièrement recommandé pour les personnes soumises à un régime ne contenant pas une quantité adéquate de facteurs antinévritiques antiscorbutiques.

BETAXIN * — Chlorhydrure de vitamine B_1 cristallisée synthétique. A part du béribéri, les manifestations les plus évidentes de carence en vitamine B_1 sont l'inappétence, l'atonie intestinale, la malnutrition, la croissance retardée, la polynévrite et certaines formes de névralgie et de troubles nerveux.

CANTAXIN * — Vitamine synthétique C. L'insuffisance de cet élément essentiel dans l'alimentation peut causer le scorbut et autres symptômes cliniques (moins graves mais plus communs) tels que la malnutrition, la tendance à l'hémorragie et à l'anémie. L'administration quotidienne de vitamine C est recommandée parce qu'elle n'est pas généralement accumulée dans l'organisme.

DRISDOL * dans le Glycol de Propylène. — Une préparation de vitamine D, non huileuse, soluble dans le lait. Recommandée pour la prévention et le traitement du rachitisme, de l'ostéomalacie et de la tétanie.

Capsules de **DRISDOL** * avec vitamine A. — Vitamines A et D dans l'huile de sésame. Recommandées pour la prévention et le traitement des états de carence de ces deux vitamines associées. Ces cas comprennent la xérophtalmie, l'héméralopie, la croissance retardée et la malnutrition, certaines kératoses de la peau, le rachitisme, la tétanie et l'ostéomalacie. Ces capsules sont aussi très utiles pour assurer un apport adéquat de ces vitamines à certaines périodes où les besoins en sont plus grands, tels que durant l'enfance, la grossesse et l'allaitement.

* Reg. U. S. Pat. Off. & Canada.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté

Bureaux et laboratoires à Windsor, Ontario.

Une succursale montréalaise (immeuble "Dominion Square") est au service de MM. les Médecins et Pharmaciens.

CIBA *présente*

Le PERCORTÈNE

(acétate de désoxycorticostérone « Ciba »)

Préparation synthétique d'hormone cortico-surrénale

La possibilité de la substitution hormonale chez l'homme en présence de la carence de la cortico-surrénale semble montrer de manière péremptoire la valeur clinique du Percortène.

INDICATIONS: Maladie d'Addison — Cachexie hypophysaire Maladies infectieuses aiguës graves — Sprue, dite non-tropicale Asthénie constitutionnelle et adynamie — Toxicoses gravidiques Choc opératoire — Psoriasis et eczéma madidans.

Ampoules renfermant 5 *mgrms., en boîtes de* 3 *et* 6.

•

PRIX TRÈS MODIQUE

•

LITTÉRATURE DÉTAILLÉE SUR DEMANDE

•

COMPAGNIE CIBA LIMITÉE

MONTRÉAL, CANADA

ARSAMINOL

MÉDICATION ARSENICALE ABSOLUMENT INDOLORE
LA PLUS ACTIVE . . . LA PLUS CONCENTRÉE

Solution injectable par voie sous-cutanée et intramusculaire
Sécurité d'emploi aux doses élevées actives.
BOITE 6 amp. 3 c.c. (0gr.15 d'As) 5 c.c. (0gr.25 d'As)

SYPHILIS • HEREDO-SYPHILIS

Laboratoires CLIN, COMAR & CIE, Paris — Agents: VINANT Ltée, Montréal

NEUROTROPHOL BYLA

Tonique Nervin à base

d'acide nucléinique, d'hormones orchitiques
et de glycéro-phospharsinate disodique

SURMENAGE — ÉPUISEMENT — NEURASTHÉNIE

Le NEUROTROPHOL se révèle un merveilleux agent d'équilibration du système génital **Neuro-Endocrinien.**

SPLÉNARMONE BYLA

Reconstituant général, à base

d'hormones hépatique et splénique, d'extrait de muqueuse gastrique et d'extrait surrénal.

ANÉMIES — CONVALESCENCE

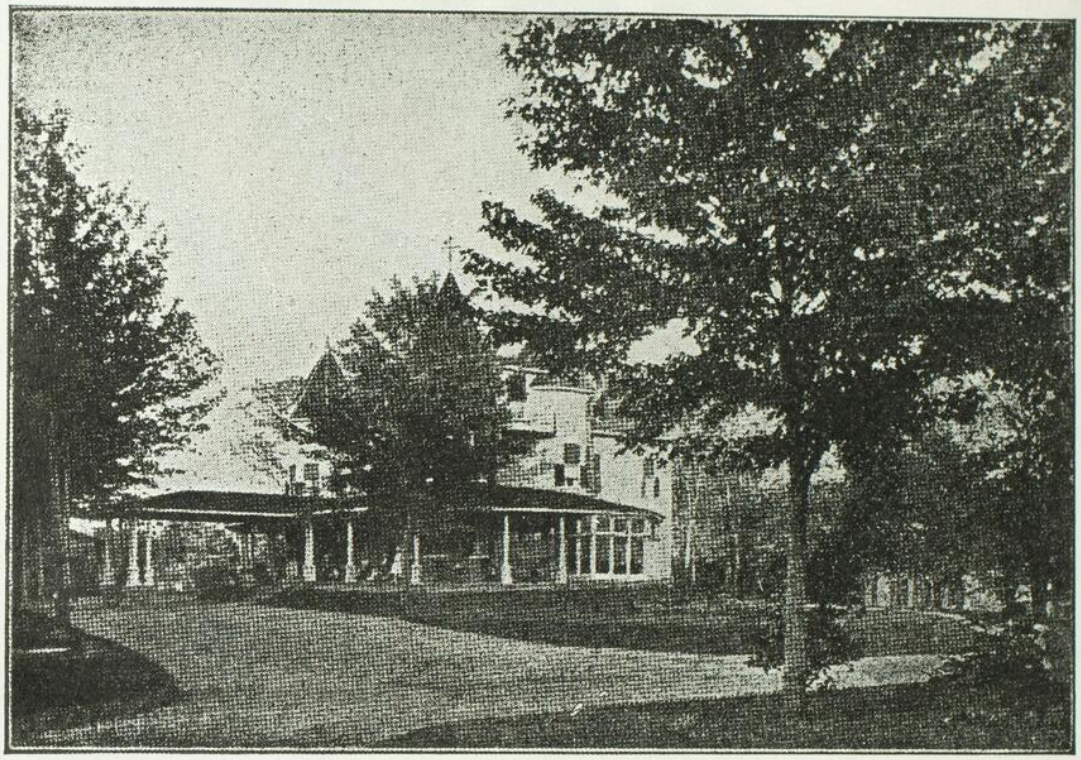
(AMPOULES et SIROP)

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA, PARIS

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

SANATORIUM PRÉVOST

INCORPORÉ



ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

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 SYSTÈME NERVEUX

par trois médecins spécialistes et un personnel expérimenté. Cure de repos. Régimes. Électrothérapie. 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 ouest, Boulevard Gouin. **Téléphone: BYwater 1240**

NUCLÉARSITOL ROBIN

GRANULÉ - COMPRIMÉS — INJECTABLE

MALADIES DÉGÉNÉRATIVES

LYMPHATISME - SCROFULE

Laboratoires **ROBIN**, 13, Rue de Poissy, PARIS

Médication phosphatée
phagocytaire

•

Agents pour le Canada: **LABORATOIRES JEAN OLIVE**, 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL.**

Ethers éthylique et butylique de l'acide paraaminobenzoïque — résorcine — oxyquinoléine — oxyde de zinc.

ANESTHÉSIE SUPERFICIELLE

par simple contact

POMMADE NESTOSYL

Laboratoire P. Baude
72, rue Saint-Dominique, Paris

•

Agents au Canada:
LABORATOIRES JEAN OLIVE
533, rue Bonsecours, **Montréal**

PRURITS, engelures, gerçures, crevasses, brûlures, ECZÉMAS, hémorroïdes, ulcères variqueux, escarres, crevasses du sein, dermites infantiles

Anesthésiques insolubles et non toxiques - cessation immédiate de la douleur sur les tissus lésés et toutes muqueuses

Autres formes: **SOLUTION HUILEUSE 5%—OVULES—SUPPOSITOIRES**

LE COLLEGE ROYAL DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

La réunion semi-annuelle du Conseil eut lieu le 19 juin à Montréal.

Les membres suivants du Conseil étaient présents:
Président: George S. Young, A. T. Bazin, F. Etherington, A. H. Gordon, H. C. Jamieson, W. S. Lyman, K. A. Mackenzie, J. S. McEachern, F. S. Patch, G. A. Ramsay, R. E. Valin et Chs. Vézina.

Les "Fellows" suivants sont décédés depuis la réunion du Conseil du mois d'octobre:

Médecins —	Dr W. B. Thistle,	Toronto,	décembre	1938.
	Dr M.-P.-A. Vallée,	Québec,	janvier	1939.
	Dr H.-A. Lafleur,	Montréal,	juin	1939.
Chirurgiens —	Dr W. B. Hendry,	Toronto,	mars	1939.
	Dr A. Ethier,	Montréal,	juin	1931.

Un examen primaire a eu lieu en juin à Montréal. Dix-sept candidats étaient présents. Parmi ces derniers les suivants ont subi l'examen avec succès:

Dr Vincent P. Collins	—	Toronto
Dr E.-J. Delorme	—	Hamilton
Dr George A. Holland	—	Montréal
M. D. L. Lloyd-Smith	—	Montréal
M. A. K. Mathiesen	—	Vancouver
M. W. H. T. Reason	—	London
M. C. P. Rance	—	Toronto
M. Norman B. G. Taylor	—	Toronto
Dr F. M. Woolhouse	—	Montréal

Les examens réguliers pour 1939 auront lieu en octobre prochain.

Les examens écrits auront lieu dans dix centres du Canada les 2, 3 et 4 octobre; les examens oraux et cliniques à Halifax le 21 octobre et à Toronto le 24 octobre.

Les cours de révision seront donnés dans plus d'endroits cette année qu'auparavant — par exemple: Sur les sujets primaires à Edmonton, London, Toronto, Kingston et à l'Université de Montréal.

Sur les sujets finals: Médecine — Montréal.
Chirurgie — Toronto et Montréal.

Afin d'aider au travail toujours croissant du Secrétariat, le Dr J. E. Plunkett, d'Ottawa, a été nommé Secrétaire-Honoraire.

Durant la dernière session du Parlement Fédéral des amendements furent obtenus à la Charte du Collège dans le but d'autoriser l'établissement de standards pour les examens et les certificats aussi bien que l'enregistrement des médecins compétents dans certains domaines spéciaux de la médecine.

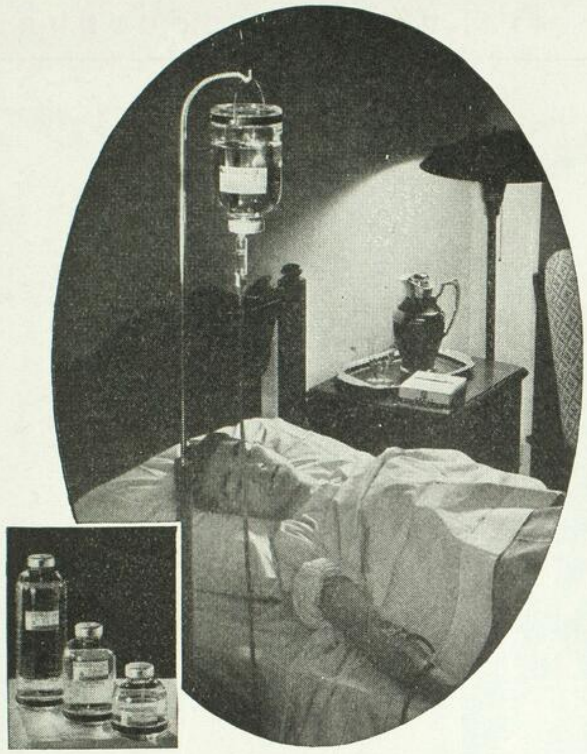
Un autre amendement à la Charte établit le certificat du Conseil Médical du Canada comme qualification alternative à la licence dans n'importe quelle province pour l'admission à l'examen final pour le titre de "Fellow".

Le Conseil, par une résolution, reconnaît la grande assistance rendue par le Sénateur J. H. King, M.D., et M. A. McGillivray Young, M.D., M.P., en facilitant l'obtention de ces amendements du Sénat et des Communes.
(Le Dr A. McG. Young est décédé récemment.)

La réunion annuelle du Collège sera tenue à Ottawa le samedi 28 octobre, et un programme scientifique a été préparé comprenant un symposium sur "Le Sulfanilamide et ses composés".

Les collaborateurs à ce symposium seront:

E. H. Bensley, Montréal; David R. Mitchell, Toronto;
Henri Marcoux, Québec; Duncan Graham, Toronto.



Fiez-vous à la pureté éprouvée des Laboratoires Baxter

Les solutions intraveineuses glucosées et chlorurées de Baxter, en « Vacolitres », sont éprouvées à plusieurs reprises pour leur pureté et leur stérilité.

Ces solutions sont ensuite enfermées dans des « Vacolitres »... scellés par le vide pour leur stérilité... et fermés par un cachet spécial « tamper-proof » afin d'éviter toute contamination.

Des mois d'emmagasinage, avant leur emploi, n'altèrent aucunement la pureté des produits de Baxter éprouvés par le laboratoire.

Ceci est important pour vous, et signifie que votre hôpital peut garder assez de produits de Baxter sous la main pour répondre aux besoins inattendus, même aux cas d'urgence. Ceci signifie également que vous n'aurez jamais de retard causé par l'attente de la préparation d'une solution fraîche à la pharmacie; et que vous n'aurez jamais à vous inquiéter au sujet de la pureté et de la stérilité des solutions glucosées et chlorurées employées à votre hôpital.

Les produits de Baxter sont purs et sûrs; ils sont enfermés dans des « Vacolitres » commodes. Les « Vacolitres » empêchent toute altération et gardent toujours les solutions stériles.

BAXTER LABORATORIES OF CANADA LIMITED
Toronto

Dépositaires exclusifs:

INGRAM & BELL LIMITED
Toronto
Montréal — Winnipeg — Calgary

FONDÉ EN 1896 PAR LE DOCTEUR DE BLOIS



SANATORIUM DE BLOIS

225, boulevard Laviolette, TROIS-RIVIÈRES, Qué.

Maison de repos, de régimes et de convalescence
Affections nerveuses en général

Maladies de l'estomac et de l'intestin, surmenage, troubles de la nutrition, Neurasthénie, rhumatisme, artério-sclérose, intoxications (morphine, alcool, etc.). Psychothérapie, hydrothérapie, électrothérapie, rayons ultra-violets, etc., etc.

PRIX MODÉRÉS

DEUX MÉDECINS RÉSIDENTS ET PLUSIEURS MÉDECINS CONSULTANTS.

Deux solariums, service d'ascenseur, etc.

Médecin-directeur,
Dr CHARLES DE BLOIS,

•

Directeur-adjoint.
Dr GEORGES DE BLOIS,

TROIS-RIVIÈRES, P. Q.
Téléphone, 3420

Les aliénés et les contagieux ne sont pas admis.

PROSPECTUS SUR DEMANDE

HÉMODUCTYL



RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION DU SANG

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

LABORATOIRES LICARDY, 38. BOUL[D] BOURDON, NEUILLY (SEINE)

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

AMIDAL

poudre - cachets - comprimés - dragées.

ENTÉRITES AIGUËS
•
FERMENTATIONS
•
AUTO-INTOXICATIONS
•
DIARRHÉES

SED'HORMONE

dragées et suppositoires.

Une à six dragées ou un à trois suppositoires par jour.

HYPEREXCITABILITÉ NERVEUSE
•
INSOMNIE — ANXIÉTÉ
•
Grands Syndromes d'excitation
•
ÉPILEPSIE — ENURÉSIE

GENOSTHENIQUES

Polonovski et Nitzberg

granules — gouttes — ampoules.

NEURASTHÉNIE
•
SURMENAGE
•
CONVALESCENCE

Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, Pharmacien, PARIS
Agents pour le Canada: **VINANT Ltée,** 533, rue Bonsecours, **MONTRÉAL**



Old French Costume
Plate—Le Clere

Pour la mère et l'enfant

VITAMINES A, B_1, B_2 et D — CALCIUM — PHOSPHORE
EXTRAIT DE FOIE

Le Haliver Malt avec Viosterol, Abbott, fournit sous un faible volume des quantités exceptionnellement fortes des Vitamines A, B_1, B_2 et D, ainsi que les proportions d'extraits de foie et de malt suffisantes pour en faire un produit de nutrition complet. Les doses de calcium et de phosphore assimilables incorporées dans le Haliver Malt conviennent dans la majorité des cas pour compenser les insuffisances de ces deux minéraux dans les régimes alimentaires courants.

La Vitamine D, le Calcium et le Phosphore sont en rapport étroit, la Vitamine D ayant pour principal rôle d'aider à l'assimilation du calcium et du phosphore par l'organisme. Ces trois éléments sont indispensables pour la formation et le développement normaux de la dentition et du système osseux.

Littérature et échantillon sur demande.

HALIVER MALT ABBOTT

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE, 388 OUEST, RUE SAINT-PAUL, MONTRÉAL

BULLETIN

LE TRICENTENAIRE DE LA FONDATION DE L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC

1639-1939

Quelques silhouettes médicales anciennes

Dans ce court Bulletin, je désire rendre hommage non seulement aux Augustines, les fondatrices de cette vénérable Maison dont l'histoire a été évoquée si heureusement depuis quelques mois, mais aussi de faire revivre, simplement, le souvenir de quelques médecins, anciens et autres, que j'ai vus ou connus et qui ont contribué à répandre non seulement le bien et le bon renom de cet hôpital, mais la science médicale de ce temps-là; car c'est à eux, surtout, que l'Université Laval de Québec doit sa fondation, en 1852, et son essaimage, à Montréal en 1878; plus tard, dans la province de Québec et au Canada.

*
* *

Rappelons, d'abord, que l'Hôtel-Dieu de Québec, dont les premières pierres furent posées en 1638, ne fut pas la seule fondation créée par les Augustines.

En 1697, elles fondent l'Hôpital Général de Québec; en 1873, l'Hôpital du Sacré-Cœur; en 1884, l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi; en 1892, l'Hôtel-Dieu de Lévis; en 1908, l'Hôtel-Dieu de Roberval et, enfin, en 1926, l'Hôtel-Dieu de Gaspé.

Après la défaite de Montcalm, peu d'entre nous le savent, l'Hôtel-Dieu de Québec fut occupé pendant vingt-cinq ans par les troupes anglaises, et ce n'est qu'après cette longue et douloureuse étape que la caserne redevint l'hôpital que nous avons connu et qui contribua à la naissance de l'Université Laval dont l'action bienfaisante et décisive sur notre culture française a mérité, de toutes les générations qui se sont succédé, un souvenir pieux, fidèle et reconnaissant. C'est à l'Université Laval, en effet, et à l'Hôtel-Dieu de Québec, que revient le mérite d'avoir réussi à grouper en un solide faisceau les élèves de nos collèges classiques qui se destinaient à l'étude d'une profession. On créa, ainsi, un organisme qui devint, plus tard, le centre le plus actif de notre culture française au Canada.

C'est donc avec un sentiment d'admiration et de gratitude que nous devons saluer ce tricentenaire qui marque une date impérissable dans les annales de notre existence comme race et comme élite.

Laissant à d'autres, mieux autorisés, de traiter le point de vue strictement historique de cette vénérable Maison, je voudrais, très brièvement, exhumer de l'oubli quelques-unes des *personnalités médicales* de cet hôpital, qu'ils ont si dignement servi, et montrer l'influence prépondérante qu'ils ont exercée, en ce temps-là, sur l'orientation de la médecine dans la province de Québec.

Parmi ceux que j'ai connus, pendant mon séjour comme élève du séminaire de Québec, et d'autres que je comptais au nombre de mes amis à cette époque, j'en citerai quelques-uns.

En premier lieu: *le docteur Lemieux,* professeur d'anatomie et chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu. La situation qu'il occupait à Québec était considérable: grand, vif, instruit, habile technicien, professeur dévoué et attentif, il était très apprécié de tous ses élèves. Longtemps avant sa mort, il était devenu légendaire à cause de son originalité. Son enseignement était clair, précis, et sa leçon était sans cesse émaillée de deux mots que les élèves aimaient à répéter en souriant: « Vous savez ». *Vous savez,* l'anatomie, *vous savez,* messieurs, est une science, *vous savez,* messieurs, que tout médecin doit posséder à fond, *vous savez...* Si vous voulez comprendre la médecine, *vous savez,* apprenez, *vous savez,* l'anatomie, *vous savez...* » Il accompagnait ses explications d'un petit sourire ironique et il regardait ses élèves par-dessus ses lorgnons, vaguement, comme si l'esprit, devançant le présent, apercevait dans l'avenir les perspectives si enviables des carrières, « *vous savez* », brillantes qu'il anticipait pour chacun de ses auditeurs. Il était un gentilhomme-né et sa courtoisie, comme son originalité, s'imposait à tous.

Le docteur Catellier, chirurgien lui aussi, fut un de ses contemporains, plus jeune, cependant, que le docteur Lemieux. C'était un homme différent du premier. D'aspect plus lourd, moins vif, moins enthousiaste, plus sobre dans ses gestes comme dans ses paroles, ce médecin éminent exerça une influence considérable dans son entourage à Québec. Ses fortes convictions, son patriotisme, son rigorisme même, en faisaient un maître écouté et un adversaire redoutable quand, une fois, il avait pris position. Ses luttes au Collège des Médecins se doublaient d'une ténacité déconcertante pour l'adversaire. Il voulait, chaque fois, gagner son point; sa sincérité l'y incitait et son expérience tendait à lui donner raison. Il enseigna longtemps à l'Université Laval et à l'Hôtel-Dieu; il y a laissé le souvenir d'un médecin instruit, d'un homme intègre et d'un patriote clairvoyant.

Le docteur Ahern, Irlandais d'origine, fut un des élèves, presque un associé, du professeur Lemieux et un brillant chirurgien. Petit de taille, d'une activité incessante, très érudit, très habile, fin, il eut une clientèle considérable qui le porta à faire presque autant de

médecine que de chirurgie, même des accouchements et de la psychiatrie. En l'écoutant parler, son accent trahissait ses origines, mais il connaissait bien le français et il se piquait même de l'écrire avec maîtrise. Ses petits yeux gris, fureteurs, pleins d'esprit et de malice, éclairaient constamment, en marge d'un courire narquois une figure glabre et un crâne presque dénudé. Logicien dans ses leçons comme dans ses conversations, il passait aussi pour un original, un type. En ce temps-là, les médecins conduisaient eux-mêmes leur équipage, et il suffisait d'arpenter quelquefois les rues de Québec pour apercevoir le docteur Ahern, debout dans son traîneau, pressant le cheval du fouet, mais l'esprit certainement attardé auprès d'un de ses clients, et se dirigeant, ici et là, sans tenir compte ni du temps ni quelquefois des jours. Le docteur Ahern fut un professeur très apprécié de toute la profession médicale du district de Québec, ainsi qu'un historien érudit, car il connaissait toute la bibliographie de la profession médicale de la province de Québec et il devint, sur la fin de sa vie, un biographe médical que l'on consulte encore aujourd'hui.

Le docteur Vallée, aîné, a été une des plus hautes personnalités que j'aie connues à Québec. Grand de taille, d'allure majestueuse, studieux, l'air un peu bourru, souvent impulsif, il refoulait derrière ce masque réfléchi et méditatif une bienveillance réelle. Le professeur Vallée a occupé un rôle de premier plan à Québec, à l'Université Laval et à l'Hôtel-Dieu. Il fut, aussi, médecin en chef de l'Asile de Beauport. Le professeur Vallée était un érudit, un littérateur et, peut-être, un dilettante. Ses leçons, ses conférences à l'Université sur l'hystérie, que Charcot venait de créer de toutes pièces, et dont il était l'élève et l'admirateur, ont laissé dans l'esprit de tous ses jeunes auditeurs un souvenir qui dure encore. Non seulement il évoluait avec une parfaite aisance dans le champ clos de la médecine nerveuse, mais il abordait avec savoir et habileté les nouveaux et vastes espaces à peine explorés de la psychologie en s'inspirant de la philosophie thomiste. Professeur réputé dans une université catholique, contemporain de Charcot, son maître, de Renan, de Berthelot et de toute l'Ecole matérialiste française fortement imprégnée du positivisme d'Auguste Comte, il revendiquait avec conviction l'influence prépondérante de l'âme sur la pensée et sur les actes humains qu'il faisait remonter à ce *primum movens.* Je n'ai pas oublié, jeune élève au Séminaire de Québec, cet enseignement doctrinal très suivi par l'élite de la ville et qui faisait rejaillir sur l'Université et sur l'Hôtel-Dieu un éclat incomparable. D'ailleurs, il était très lié avec un homme remarquable de ce temps-là : l'honorable Chauveau, homme de lettres, poète, et ancien premier ministre de la province de Québec, dont il avait épousé la fille.

Une autre personnalité dont je désire évoquer le souvenir est

le professeur Simard, aîné, médecin de l'Hôtel-Dieu, chargé de l'enseignement de l'ophtalmologie.

Le docteur Simard, ancien élève des hôpitaux de Paris, était un esprit presque universel; il connaissait à peu près tout, mais il se consacra surtout à l'ophtalmologie. Il enseigna aussi, si j'ai bonne mémoire, l'hygiène. D'ailleurs, il pouvait presque tout enseigner, mais sa très grande modestie ne laissait guère soupçonner l'étendue de son savoir. Il arrivait doucement dans la salle des cours, tout de noir vêtu, la tête basse, se dirigeant simplement vers son fauteuil comme le dernier des E. E. M. Il commençait sa leçon d'une voix très basse, si bien que les élèves se demandaient quelquefois s'il continuait toujours de parler. Je le compare un peu à mon ancien maître Potain dans son amphithéâtre de la Charité, à Paris. Il lisait ses notes, il dictait quelquefois, mais jamais il n'osait lever la vue sur son auditoire, de crainte, sans doute, de le prendre en défaut, et lorsqu'un d'entre eux osait poser une question il y répondait sur le ton d'un homme à qui on vient de décerner un compliment. Il ignorait les conversations discrètes des élèves, seule la sienne l'intéressait, car il s'entendait. Sa leçon terminée, son dispensaire épuisé, il quittait la salle de cours, lentement, la tête basse, le dos légèrement voûté, pour rentrer chez lui, discrètement, et continuer, sans bruit, sa consultation à domicile, qui était nombreuse et fidèle. Le docteur Simard était un humble, un homme d'une intelligence remarquable et d'une érudition jamais prise en défaut. Il a laissé, d'ailleurs, des fils, tous décédés, dont les carrières ont été très brillantes.

Le professeur Brochu est une personnalité toute différente des précédentes. Grand, mouvementé, si je puis dire, dans ses gestes comme dans sa démarche, portant binocle, le front haut, les cheveux longs et lisses, la moustache tombante, à la gauloise, le professeur Brochu était un orateur né, presque un tribun. Revêtu de sa toge somptueuse rouge et noire, ornée d'hermine, dans les séances inaugurales à l'Université, et campé à l'avant-scène, il me faisait songer à la victoire de Somathrace tant son allure, empreinte de noblesse et de dignité, révélait la hauteur et l'élan de la pensée. Impressions de jeunesse! Elles sont ni vaines ni puériles...

Il enseignait l'hygiène. Le dogme de son enseignement était classique, sa phrase était peignée, comme ses cheveux, et longue au point de ressembler à celle de Brunetière dont les périodes, en ce temps-là, étaient célèbres dans *la Revue des Deux Mondes* et dans son fameux duel: *Science et Religion.* Ce qui caractérisait l'enseignement de Brochu, c'était surtout ses fortes convictions en marge du bien-être de l'individu et de la famille. Il faisait surgir à chaque instant la force et la pérennité de la race et on pouvait dire, après une de ses leçons sur la promiscuité dangereuse des maladies conta-

gieuses et infantiles, qu'à moins d'y remédier promptement nous étions destinés à disparaître...

« Quel malheur, ajoutait-il, nous qui avons subi tant d'épreuves et qui avons exprimé si nettement notre désir de survivre, quand même!... »

La leçon ressemblait presque à une symphonie de Beethoven tant la même idée, tel un leit-motiv, animait sa parole et sa prose variée, prolixe, mais harmonieuse et féconde.

Ce qui distinguait aussi le professeur Brochu, c'était sa parfaite courtoisie: celle d'un grand seigneur d'autrefois. Sa pensée ressemblait à ses gestes, larges, enveloppants, mais intarissables comme son débit. Si le programme n'avait pas, à l'avance, fixé l'heure de la fin du cours, nous y serions probablement encore! Il a à son crédit une fondation impérissable: l'*Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord,* dont il fut Président du premier congrès à Québec, en 1902.

Je continue par quelques-uns, moins anciens, leurs successeurs immédiats, que je connus et qui furent mes amis:

Le docteur Arthur Simard, jeune, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Fils de son père mais aussi de ses œuvres, il reçut l'héritage intellectuel magnifique que l'on sait et il le fit fructifier admirablement. Durant son cours classique et médical, il a toujours brillé au premier rang et il n'a jamais démérité au cours de sa fructueuse mais trop brève carrière. Simard était non seulement un médecin instruit et un chirurgien habile, mais il était un *debater* redoutable. Rédacteur en chef du *Bulletin de Québec,* il y a mené, durant de longues années, des luttes mémorables pour la conservation de nos droits et privilèges. Qui ne se souvient, parmi nous, de son opposition irréductible au Bill Rodick et de ses revendications fulminantes en faveur de notre influence dans la direction du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec [1], des études classiques préparatoires à l'étude de la médecine; de ses diatribes contre le charlatanisme? Ses contemporains s'en souviennent qui ont rompu des lances avec lui. Sa plume, acérée, rédigeait avec maîtrise les plaidoyers *pro domo,* et ses luttes homériques étaient réconfortantes pour ses partisans, ses disciples et ses lecteurs. Il a joué un rôle important dans l'enseignement; les étudiants en médecine le suivaient avec avidité, car ils recueillaient dans ses leçons non seulement la science de l'anatomie et de la chirurgie, mais aussi la formule originale d'un exposé presque autant littéraire que scientifique. Ce qui caractérisait l'enseignement de Simard c'était le mouvement de la pensée, souvent plus rapide que le débit, l'élan du geste, presque provoquant, l'ironie quelquefois saillante de l'expression, en un mot une personnalité originale, fé-

1. Il en fut le président.

conde et bienfaisante. Il est mort trop jeune, mais nous ne doutons pas qu'il ait dans son fils, urologue de l'Hôtel-Dieu de Québec, un digne successeur. Comme ses pères, celui-ci recueillera et fera fructifier le précieux héritage.

Le docteur Simard a été un ancien Président de l'A.M.L.F.A.N.

Son successeur et élève est le docteur Vézina, chirurgien en chef très distingué de l'Hôtel-Dieu.

Le docteur Rousseau, ancien doyen de la Faculté de Médecine, fut, aussi, un médecin de l'Hôtel-Dieu, où il entra à son retour d'Europe en 1897 ou 98. Un jour, il quitta cette Maison pour aller fonder l'Hôpital du Saint-Sacrement. J'ai connu Rousseau au collège, où il avait pris l'habitude de remporter tous les honneurs. Il ne voulut jamais s'en repentir et il continua de pratiquer la même habitude à l'Université, puis dans l'exercice de sa profession, où il excellait. Nous étions dans des institutions différentes, dans deux villes éloignées l'une de l'autre, mais je l'ai toujours suivi et nous sommes restés amis jusqu'à la fin, qui fut tragique et inattendue.

Rousseau était l'élève préféré du professeur Vallée, aîné. Il en devint le confident et bientôt le successeur. Il reçut du séminaire de Québec des faveurs qu'il accorde habituellement à ceux qui brillent et qui lui font honneur, et il continua, à l'Hôtel-Dieu, à titre de médecin de l'hôpital et de professeur de pathologie générale, sa mission dans l'enseignement. J'ai déjà, autrefois, exprimé mon opinion sur lui, je ne ferai que la résumer en quelques phrases brèves: Rousseau a été un clinicien averti et un professeur disert. Il connaissait bien sa médecine, qu'il avait fortifiée, en Europe, surtout auprès de son Maître Huchard. A son retour, à Québec, il a vulgarisé toutes les notions recueillies au cours de son voyage, il a monté un à un les degrés de la hiérarchie universitaire et il est devenu le doyen remarquable que nous savons tous. A ce poste, ses activités se sont décuplées et il a rénové l'enseignement de la médecine en créant ici et là des fondations qui contribueront, durant longtemps encore, à perpétuer son souvenir: l'hôpital du Saint-Sacrement, l'hôpital Laval antituberculeux, le Sanatorium du Lac Edouard, la Clinique Roy-Rousseau, etc. Il a été Président de l'A.M.L.F.A.N. Ce qui caractérisait Rousseau, c'était la logique et la clarté de sa pensée, l'élégance de sa phrase et l'énergie de son action derrière la sobriété de son geste. Si j'évoque son souvenir une fois de plus à l'occasion du tricentenaire de l'Hôtel-Dieu de Québec, c'est pour le fixer dans l'histoire de cette vénérable Maison tandis que ses amis et ses élèves conservent, de lui, un souvenir durable.

Comme pour le professeur Simard, jeune, le docteur Rousseau a un fils qui a recueilli, lui aussi, l'héritage et qui maintient les traditions de son père.

Le docteur Vallée, jeune. Enfin, j'évoquerai brièvement la haute personnalité du dernier d'entre eux, le professeur Arthur Vallée, « arraché brusquement, le 8 janvier dernier, à l'affection de sa chère famille et de tous ses amis du Canada et de la France ». (Sergent.) C'est Vallée, me dit-on, qui prit l'initiative, il y a déjà plus d'un an, de célébrer ce tricentenaire et d'y intéresser ses amis du Canada et de France. En France, le Professeur Sergent, le plus canadien des Français, y a consacré un article dans la *Revue des Deux Mondes* du 1er août 1939. *Paris-Canada* a publié, à ce sujet, de nombreux articles bien documentés. C'est donc un juste hommage à lui rendre que de se réjouir des fêtes majestueuses qui ont marqué ce tricentenaire. Non seulement les civils se sont groupés autour de cette Maison-Mère, mais les médecins actuels y ont donné sous le titre de « *Journées médicales* » des travaux tout à fait remarquables que nous espérons publier prochainement et qui contribueront à démontrer que les petits-fils n'ont pas démérité de leurs aînés du point de vue scientifique, et que la Maison à laquelle ils appartiennent peut compter sur eux. Vallée a été un homme de laboratoire. Elève des hôpitaux de Paris et de l'Institut Pasteur, il a occupé, avec distinction, le poste de directeur des laboratoires de l'Hôtel-Dieu de Québec et de la Faculté de Médecine, dont il a été, très longtemps, le secrétaire. Il a publié des travaux importants et il a contribué à la lutte contre le cancer dont il a été un des plus actifs organisateurs. Ancien président de l'A.M.L.F.A.N., il a réussi à amener au Canada une délégation française nombreuse, présidée, à cette époque, par le professeur Sergent. Vallée a été non seulement un savant adonné aux recherches de laboratoire, mais il a été aussi un littérateur distingué. Son livre sur le docteur Sarrazin l'a placé au premier rang parmi les historiens du Canada. Il a recueilli, à son tour, une très lourde hérédité: petit-fils de Chauveau, homme de lettres et ancien Premier Ministre de la province de Québec, fils du Professeur Vallée, qui était un érudit parmi les hommes les plus distingués de son temps, il se devait à lui-même de continuer la tradition. Il l'a fait avec honneur et succès. Il est mort prématurément à l'âge où le savoir et l'expérience produisent des œuvres durables et forment des élèves nombreux et fidèles. On lui a rendu, le 31, un hommage pieux en déposant sur sa tombe les souvenirs évoqués dans sa carrière de médecin et de citoyen. Ancien président de l'Institut Canadien de Québec, il y a organisé presque jusqu'à sa mort des séances mémorables où les noms les plus réputés de France y étaient accueillis avec empressement. N'oublions pas ses travaux à la Société Royale du Canada et à la Société du Parler français à Québec.

Je termine, là, cette nomenclature, très succincte, peut-être incomplète, mais spontanée et sincère des principaux médecins de cet hôpital que je me plais à faire revivre dans l'esprit de ceux qui les ont connus ou qui en ont entendu parler.

*
* *

Ce tricentenaire mémorable, auquel j'ai pu assister particllement, m'a fourni l'occasion de raviver leur souvenir et de rappeler que leur action conjointe a contribué non seulement à former des médecins, des élites, mais à propager les belles traditions de l'Hôtel-Dieu de Québec. Cette impérissable institution peut s'enorgueillir à juste titre de compter au nombre de ceux qui l'ont servie dans le passé les esprits les plus distingués de leur temps et les valeurs morales les plus hautes; c'est un hommage à la pérennité d'une œuvre incomparable qui tient au cœur de tous les véritables Canadiens, et je ne saurais mieux terminer cette courte note qu'en citant l'admirable conclusion de Sergent dans l'article auquel je faisais allusion il y a un instant:

« Admirons », dit-il, « l'esprit de bienfaisance et de charité qui en a conçu l'origine, la force de volonté qui en a maintenu l'existence et les nobles traditions, la sagesse de direction méthodique qui en assure le progressif et merveilleux développement.

« Inclinons-nous avec émotion et reconnaissance, nous Français de la Vieille-France, devant les professeurs qui y maintiennent si brillamment les principes fondamentaux de nos méthodes d'enseignement médical et, particulièrement de l'enseignement clinique *à la française*.

« Rendons un pieux et fidèle hommage à la mémoire de la duchesse d'Aiguillon et des Hospitalières, ses premières missionnaires, qui réalisèrent son vœu et furent les fondatrices de ce bel hôpital.

« Assurons de notre fidèle gratitude celles qui leur ont succédé et qui continuent d'entretenir et d'étendre, dans un progrès ininterrompu, leur œuvre bienfaisante et féconde. » (Sergent.)

*
* *

Les cérémonies religieuses, sociales et scientifiques par lesquelles les Augustines ont célébré le tricentenaire de la fondation de l'Hôtel-Dieu de Québec constituent non seulement un acte de justice et de patriotisme, mais aussi un acte de foi dans les nobles destinées du Canada français et catholique...

Albert LeSAGE,
Doyen de la Faculté de Médecine.

Note. — A cet article nous devrions ajouter les notes qui concernent les professeurs Marois, Hamel, Guérard, mais l'espace nous manque nous les publierons le mois prochain.

DIVISION DU GÉNIE SANITAIRE

Les membres de la profession médicale seront intéressés à connaître les activités de la Division du Génie Sanitaire. Le Ministère de la Santé profite de cette occasion pour décrire brièvement les travaux de cette division.

Avant la formation de cette division, qui date de 1909, les problèmes de génie sanitaire étaient incomplètement étudiés, et aucun travail systématique n'avait été accompli. La Division du Génie Sanitaire a été établie après un besoin longtemps ressenti.

Cette division s'occupe pour le Ministère de la Santé surtout des aqueducs et des usines de purification d'eau, des systèmes d'égout et d'usines de purification d'égout, des usines de pasteurisation du lait ainsi que des bains publics.

A) Aqueducs.

a) *Inspection et relevés.* Le relevé des prises d'eau des systèmes d'aqueduc ainsi que l'étude des rapports couvrant la plus grande partie de la province, montrent qu'il existe plus de 600 aqueducs alimentant une population de 2,100,000, dont 1,800,000 par des eaux de rivière, 120,000 par des eaux de lac, et 200,000 par de l'eau souterraine.

La plupart des municipalités utilisent l'eau de rivière comme source d'approvisionnement, parce que de façon générale les lacs sont trop éloignés et que l'eau souterraine est trop dure.

b) *Contrôle des usines de filtration et des appareils de chloration.* A cause de la consommation de l'eau de rivière sans aucun traitement, il est survenu dans la province de nombreuses épidémies de maladies intestinales, causées par les germes de fièvre typhoïde, para-typhoïde et de dysenterie.

La Division s'est occupée à étudier les meilleurs procédés de traitement de l'eau et à obtenir de la municipalité l'installation d'une usine et d'appareils de chloration. Elle a recommandé aux conseils municipaux l'installation de filtres à gravité mécaniques avec emploi de sulphate d'alumine et de chlore gazeux comme désinfectant.

Il existe dans la province 58 usines de filtration, avec chloration, et 55 appareils de chloration, soit un total de 113 traitant l'eau destinée à une population de 1,700,000.

A cause de certaines conditions financières, plusieurs municipalités ont recours à la chloration seulement et attendent de meilleurs jours pour l'installation d'usines de filtration modernes.

c) *Raccordements.* Comme le problème de raccordements dans l'approvisionnement d'eau a affecté la santé des citoyens dans plusieurs municipalités de la province, la Division du Génie Sanitaire a fait une étude particulière des modes de raccordements de la tuyauterie industrielle fournissant de l'eau non potable à des tuyauteries municipales approvisionnées d'eau potable, afin de déterminer les causes d'épidémies et de recommander aux municipalités les meilleurs moyens d'éviter de semblables épidémies.

A la suite d'une enquête spéciale faite dans un district de Montréal, la Loi provinciale a été amendée de façon à permettre le contrôle du Ministère de la Santé sur les raccordements existants et projetés. Pour les raccordements existants, ils doivent être modifiés ou supprimés s'ils constituent un danger pour la santé publique.

B) Systèmes d'égout et usines d'épuration d'égouts.

Dans 600 municipalités alimentées par des systèmes d'aqueduc, les deux tiers environ, soit 400, sont pourvus de systèmes d'évacuation des eaux d'égout.

Toutes ces municipalités, à l'exception d'une quinzaine, déversent les eaux d'égout directement dans les cours d'eau et rivières sans aucune épuration. A cause du débit considérable des rivières et par conséquent de la grande dilution, ces déversements ne causent pas de nuisance. Les quinze municipalités mentionnées ont construit des usines d'épuration d'égout, soit à cause du faible débit du cours d'eau ou de la rivière à l'endroit du déversement des eaux d'égout, soit à cause de l'installation d'une prise d'eau existante près du déversement.

Les procédés d'épuration des eaux d'égout les plus employés sont ceux de sédimentation et de chloration de l'effluent, lorsqu'il y a nécessité de protéger une plage ou une prise d'eau d'aqueduc.

C) Contrôle de la pasteurisation du lait.

En 1927, la Législature provinciale a sanctionné la loi relative à la pasteurisation du lait.

Comme pour les systèmes d'aqueduc projetés, les usines de pasteurisation du lait ne peuvent être modifiées ou construites sans qu'une approbation soit obtenue du Ministère. Il est inutile de dire que les usines de pasteurisation sont sous le contrôle de la Division du Génie Sanitaire.

Les personnes employées dans ces usines doivent subir un examen médical pour déterminer qu'elles ne sont pas porteurs de germes.

Comme on le voit, le contrôle de la pasteurisation exige la coopération du Médecin et de l'Ingénieur Hygiéniste.

Il existe à date 85 usines de pasteurisation, qui pasteurisent 88,500 gallons de lait par jour, alimentant en lait pasteurisé 65% de la population urbaine de la province.

D) Bains publics et plages.

Les plages et les bains publics nécessitent l'intervention de l'ingénieur à cause des prises d'eau d'aqueduc, des déversements d'égouts municipaux ou autres, et du traitement de l'eau.

Le Ministère n'a aujourd'hui en vue que l'éducation à faire et s'occupera plus tard du contrôle proprement dit.

Résultats.

Par suite du contrôle sans cesse grandissant de la Division du Génie Sanitaire sur les aqueducs, les systèmes d'égout et les usines de pasteurisation du lait, il en résulte une diminution constante de cas et de décès de fièvre typhoïde.

Les taux de décès par fièvre typhoïde par 100,000 de population sont les suivants:

1910-14	1915-19	1920-24	1925-29	1930-34	1935-38
25.5	22.2	15.5	10.2	6.9	4.6

Ces statistiques expliquent les progrès réalisés dans la province concernant les maladies intestinales, et ce, grâce à la coopération des médecins et des ingénieurs hygiénistes.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ.

MEMOIRES

ATONIE. PTOSE. DILATATION GASTRIQUE

Indications et contre-indications de la ceinture abdominale

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

Le malade qui, sitôt entré dans un cabinet de consultation, pose au médecin, avant même d'être interrogé par celui-ci, la question suivante: « Docteur, la dilatation d'estomac, est-ce que ça se guérit »? n'en est pas, on le devine aisément, à sa première visite chez les médecins.

Si, à son tour, le médecin interroge ces malades (qu'ils soient adolescents, garçons ou filles, jeunes femmes *primi* ou *multipares*, adultes fatigués et neurasthéniques, en pleine maturité ou au terme de la vieillesse, par conséquent gens de tout âge et de toutes conditions) il apprendra que ces malades qui apportent eux-mêmes le diagnostic de leur maladie n'ont jamais été examinés ou ne l'ont été que superficiellement, interrogés avec une telle rapidité qu'ils ont été littéralement évincés du cabinet de consultation avec le simple conseil: « procurez-vous donc une ceinture abdominale et ça ira bien; en tous cas c'est tout ce qu'on peut faire pour le moment. »

Pour répondre aux exigences légitimes de ces nombreux malades, je m'adresse ici aux praticiens. J'espère qu'ils me serviront d'intermédiaire auprès d'eux en tenant compte des quelques idées que m'inspire cette importante question des « dilatations d'estomac » dont certains aspects ont été négligés ou même, disons-le, oubliés par les classiques.

Je toucherai à peine dans cet exposé, que je voudrais aussi bref que possible, malgré l'ampleur qu'il comporterait, au côté clinique et pathogénique, d'ailleurs suffisamment bien exposés dans les traités. Je me bornerai à apporter des explications sur la définition respective des différentes appellations dont on se sert couramment dans le langage médical et qui ne répondent pas au véritable état anatomo-physio-pathologique des malades en cause; et à montrer à l'aide de données radiologiques, ce qui différencie l'estomac normal du pathologique, enfin, à considérer avec minutie les indications et surtout les contre-indications de la ceinture ou sangle abdominale dans les cas où l'estomac allongé, déformé et atone requiert ou non ce secours.

* * *

On peut considérer comme morphologiquement normal, d'après Ledoux-Lebard, tout estomac dont le fonctionnement paraît normal à une exploration radiologique et clinique complète et dont le porteur ne présente cliniquement aucun trouble digestif. Cet auteur ajoute qu'il n'y a pas qu'un seul type d'estomac normal, mais une multitude d'aspects normaux et qui peuvent varier suivant l'âge et le sexe, la conformation physique du thorax et selon les diverses incidences qu'exige une inspection radiologique.

Voici, à côté du schéma démontrant les diverses portions de l'estomac, les différentes formes radiologiques de l'estomac: hypertonique, orthotonique, hypotonique, atonique (Emo Schlesinger).

La tonicité, assurée par la valeur de la musculature laisse voir, à mesure que s'affirme la déficience, la caractéristique de ces quatre formes principales. Disons que ces différentes

formes, reliées entre elles, peuvent donner lieu à des aspects radiologiques très variés, surtout quand s'accuse largement l'atonie du muscle gastrique. De nombreuses discussions ont surgi par suite de la complexité des explications fournies par les différents auteurs. C'est

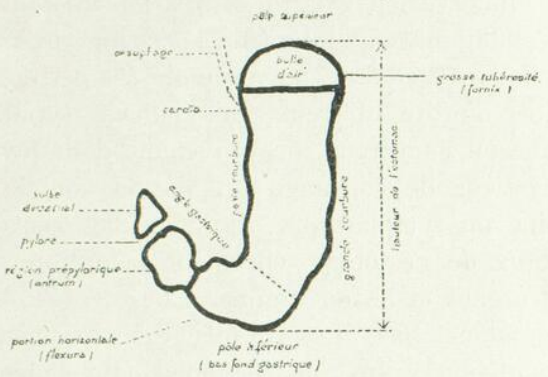


Fig. I. — Schéma donnant la nomenclature généralement adoptée pour les diverses portions de l'estomac.

là une question de doctrine beaucoup plus qu'autre chose.

Avant de discuter la valeur de ces expressions: « atonie, gastroptose, dilatation », essayons de comprendre le mécanisme de cette déficience organique de l'estomac en nous appuyant sur l'anatomie de cet organe et sur ses moyens de suspension.

L'estomac, composé de fibres longitudinales et circulaires est un tube suspendu directement à l'œsophage. Normalement, la grosse

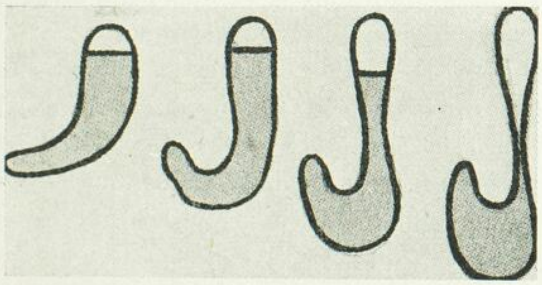


Fig. II. — A. Estomac hypertonique. — B. Estomac orthotonique. — C. Estomac hypotonique. — D. Estomac atonique.

tubérosité épouse la convexité du diaphragme; elle peut aussi s'en détacher. Par leurs moyens de contention, le pylore et le duodénum concourent, à droite, à maintenir l'estomac en position normale; la partie terminale du petit épiploon, en avant de l'hiatus de Winslow, constitue pour l'estomac un véritable ligament de suspension, mais il n'est pas constant; quant aux ligaments accessoires, le ligament cystico-hépato-duodénal, lui, toujours constant, en se fixant au niveau du genu superius maintient le bulbe en place et concourt à la statique de l'estomac. Il existe encore un autre moyen de contention de l'estomac; sa grande courbure repose directement sur le meso-côlon transverse; il est donc soutenu par un véritable coussin gazeux constitué par la masse intestinale, elle-même soutenue par la paroi abdominale. Certains auteurs ne croient pas au rôle effectif du meso-côlon et du petit épiploon dans la contention de l'estomac; ces deux ligaments n'auraient qu'un rôle secondaire et ne seraient pas assez solides pour soutenir l'estomac.

* * *

Il semble bien qu'en toute logique, si le muscle gastrique devient, à un certain âge de la vie, déficient, il va d'abord présenter de l'atonie: ce sera la première manifestation ou le premier stade de la défaillance gastrique; c'est ce même muscle, cependant, qui possédait, au cours des années antérieures, une tonicité normale.

Ce premier stade de la défaillance musculaire gastrique a pu être amené par une ou plusieurs causes associées conduisant graduellement à la ptose de l'organe: deuxième stade de la défaillance gastrique. Disons de suite que la ptose de l'estomac va souvent de pair avec l'atonie. La dilatation, troisième et dernier stade, résulterait de ces deux états pathologiques antérieurs existant déjà depuis un certain temps.

Cette description, qui devient par là même une définition, et qui caractérise chacun de ces états évolutifs, ne répond peut-être pas rigoureusement à l'exacte vérité puisqu'on a soutenu qu'il ne fallait pas confondre l'atonie avec la ptose, certains estomacs en état de ptose ne perdant pas pour cela leur pouvoir de contractilité. Si cette association de processus pathologiques se rencontre fréquem-

ment, toutefois pour l'atonie et la ptose il n'en peut être de même quand la dilatation proprement dite se manifeste, car à ce moment tout pouvoir de contractilité musculaire est aboli. C'est donc le degré de dilatation qui mesure l'intensité plus ou moins grande de l'atonie gastrique primitive. Nous n'avons qu'à considérer ce qui se passe dans le muscle cardiaque lorsqu'il en est arrivé à la période de décompensation. Le cœur, après s'être hypertrophié pour lutter contre l'obstacle, finit par épuiser son pouvoir de contractilité; il se laisse alors dilater, traduisant par là son impuissance à lutter davantage.

* * *

Pour en arriver au premier stade de défaillance musculaire, l'estomac a subi l'influence de multiples causes diverses. Je ne parle pas ici de l'atonie congénitale qui conduit de bonne heure les sujets quì en sont victimes, au pire état résultant de cette méiopragie; mais de l'atonie acquise au cours des divers âges de la vie, menant graduellement au stade de la défaillance complète de l'organe.

Les causes susceptibles de déclancher cet état sont nombreuses. Chaque saison de la vie, influencée par ces différentes causes, va présenter un syndrome commun que nous considérerons plus loin. Non moins nombreuses sont les théories qui ont tenté d'expliquer les causes de l'identité de ce syndrome commun. Il serait trop long de commenter chacune d'elles, mais en les exposant brièvement, chacun de nous peut se faire une idée personnelle de celle qui doit primer, en considérant les conditions respectives présentées par chacun des sujets lors de l'examen. En empruntant la classification adaptée par Ramond des causes de l'atonie, cette dernière peut être d'ordre inflammatoire, toxique, nerveuse et mécanique. Il est permis d'ajouter une autre cause importante: l'insuffisance glandulaire. En effet les glandes jouent un rôle prépondérant, aussi bien au moment de la puberté qu'au déclin de la vie génitale, surtout chez la femme. Il est incontestable que les infections en général réagissant sur l'estomac modifient toujours l'état de la muqueuse et de la sous-muqueuse et finissent par atteindre profondément la couche musculaire; de là résulte une espèce d'inhibition de la contractilité musculaire traduisant du même coup un dérangement sérieux de l'innervation gastrique. Aussi bien, toutes les inflammations allant de la périphérie à la profondeur, comme, par exemple, les péri-gastrites d'ordre ulcéreux, tuberculeux, syphilitique ou cancéreux, ou provenant d'un foyer infectieux de voisinage qui, par la voie sanguine ou lymphatique atteignant les centres vitaux de l'estomac, ébranlent l'équilibre de cet organe et le font tomber à des degrés plus ou moins bas. Les intoxications exogènes jouent aussi un rôle. Ramond cite l'alcool qui provoque ce qu'il a appelé la « gastrite supérieure ». Les aliments dépourvus de vitamines, éléments indispensables à la motilité gastro-intestinale, concourent également à l'affaiblissement du muscle gastrique. L'auto-intoxication, conséquence de la constipation, de même que toutes les autres auto-intoxications résultant d'un métabolisme vicié tendent aussi à diminuer le tonus du muscle gastrique. Qu'il survienne un ralentissement d'élimination des toxiques par lésion rénale chronique associée, complication souvent amenée par un régime carné trop chargé, et les meilleures conditions se trouvent alors réunies pour provoquer l'atonie gastrique.

D'après certains auteurs l'atonie serait avant tout une lésion du système nerveux: les névroses et surtout les états psychiques dépressifs, occasionnés par le chagrin ou les émotions violentes, aussi bien que les névrites du pneumogastrique (le grand nerf moteur de l'estomac), déterminés soit par les infections ou par les intoxications, venant sensibiliser les diverses attaches viscérales.

De l'avis de tous l'inaction est une autre cause importante. Quand un malade souffre de l'estomac il tend, pour éviter la souffrance, à restreindre de plus en plus son alimentation. Les muscles lisses de l'estomac, comme les muscles striés de la paroi abdominale, dimi-

nuent d'épaisseur; le panicule adipeux s'amincit; et par suite de cette soustraction de la base matérielle du muscle gastrique, le tonus disparaît pour ne réapparaître que si on en arrive à démontrer à ces inanitiés le rôle important d'une réalimentation graduelle et rationnelle. A côté de l'atonie par soustraction alimentaire, existe l'atonie par surmenage gastrique. Les gros mangeurs et les tachyphages deviennent fréquemment dyspeptiques parce qu'ils surmènent leur estomac. Les associations variées d'aliments et de boissons alcooliques ou fermentées sucrées irritent la muqueuse, causent la gastrite; alors apparaissent secondairement les troubles musculaires de l'estomac. Ces états pathologiques sont très bien mis en évidence par l'examen radiologique qui précise le degré d'allongement, et par l'examen gastroscopique qui permet d'inspecter la muqueuse gastrique. Parmi les autres causes à l'origine de l'atonie de l'estomac on peut mentionner les causes d'ordre mécanique; l'une des plus importantes, d'après Ramond, serait l'obstacle pylorique. Un spasme prolongé ou une sténose organique progressive, en obligeant l'estomac à réagir, finit par produire d'abord un allongement du muscle gastrique, ensuite son atonie. Il y aurait dans ce cas, une inversion dans le processus pathologique dont nous avons parlé plus haut. L'insuffisance glandulaire, comme l'hypothyroïdie, associée presque constamment à une déminéralisation, peut aussi conduire à l'atonie. C'est à l'occasion d'une puberté retardée ou d'une ménopause trop précoce ou même pendant les périodes intercallaires de ces deux échéances difficiles, qu'apparaissent ces troubles digestifs.

Ajoutons que l'association de certains troubles des fonctions du foie à ceux de la thyroïde, constituent un facteur étiologique important que l'on ne devrait jamais négliger de considérer au moment d'appliquer une thérapeutique.

* * *

Cliniquement, l'atonie gastrique n'est qu'un symptôme qui apparaît au cours de syndromes variés. Il a son intérêt et son importance, mais ce n'est pas une maladie. Qu'un patient présente une simple atonie associée à la ptose, ou qu'il soit arrivé à la période de dilatation confirmée, on trouvera une série de symptômes faciles à prévoir et qui peuvent en imposer pour toutes sortes de maladies le plus souvent inexistantes. L'aspect de ces malades est variable. Ce sont, dans certains cas, des sujets de taille élevée, amaigris, souvent pâles avec le thorax en entonnoir et angle de Charpy plus ou moins aigu. Ces longilignes s'opposent aux brévilignes chez lesquels il n'est pas exceptionnel toutefois de rencontrer les mêmes troubles; ou bien ce sont des femmes jeunes, congénitalement diminuées de taille, avec des membres grêles ou encore des multipares que des grossesses successives n'ont fait que déminéraliser en favorisant l'atonie. Les uns et les autres, parfois courbés et fatigués, font penser à des tuberculeux, surtout si la toux, élément réflexe dans ces cas, se fait entendre. Tantôt il s'agit d'adolescents surmenés par la préparation des examens ou d'adultes réduits à cet état par suite de surmenage physique et moral, ou de maladies infectieuses dont la convalescence retarde; tantôt ce sont des gens âgés ayant atteint ou dépassé la soixantaine, cachectiques, faisant penser à des cancéreux mais qui ne sont que des hypoglandulaires s'acheminant lentement et fatalement vers la décrépitude finale. Subjectivement ce sont des fatigués, sans appétit et naturellement constipés; ils éprouvent de la pesanteur à l'épigastre après les repas, surtout dans la station debout; fréquemment apparaissent des nausées ou des sensations de brûlure, tous signes dus à l'étirement de leurs plexus nerveux, en particulier du plexus solaire. Il arrive que tous les plexus nerveux de l'abdomen soient douloureux; et que des erreurs de diagnostic s'ensuivent, qui conduisent ces malades vers la chirurgie pour leur plus grand malheur.

L'examen de ces patients doit se faire en position debout et couché; cette nécessité

trouvera son explication au chapitre de la thérapeutique orthopédique.

En position debout, le ventre apparaîtra tantôt globuleux dans la région sous-ombilicale (ventre en bedon) tantôt cette saillie, si elle est plus accusée, tombera en bissac, comme on le voit chez les gens âgés.

En position couchée, le ventre peut aussi apparaître globuleux dans la région sous-ombilicale, ou excavé « ventre en bateau ». Selon le degré d'inanition et de déshydratation de ces malades, la peau sera plus ou moins sèche, les veines de l'abdomen plus ou moins apparentes. A la faveur de cet amaigrissement on verra les battements de l'aorte au creux épigastrique. La palpation révélera à ce niveau des douleurs assez vives. Cette atonie, combinée de ptose, et à cause de l'angulation marquée de l'angle hépatique par ptose du transverse, favorisera la stagnation des matières dans le côlon ascendant; l'on percevra dans le cadre inférieur droit de l'abdomen un gros boudin, parfois douloureux pouvant faire croire à l'appendicite. Ce sont là de faux appendiculaires, souvent des plexalgiques droits (plexalgie iliaque droite) qu'on opère à tort et chez lesquels on retrouvera après l'opération les mêmes douleurs qu'avant l'opération. Un signe important, mais qui n'a pas une égale valeur toutes les fois qu'on le rencontre, c'est le « clapotage gastrique » et le « bruit de flot ». Chez les sujets atones, le clapotage le matin à jeun ne se rencontre pas, excepté chez les dilatés par sténose pylorique. Si l'on fait prendre un verre d'eau à un malade, le matin à jeun, et qu'on perçoit ce clapotage, c'est le plus souvent un signe d'atonie gastrique. Chez le sujet normal un verre d'eau gazeuse lui donnera du tympanisme dans la zone de Traube, mais chez le sujet atone la poche à air s'affaisse, permet aux gaz de descendre plus bas et c'est alors vers l'ombilic que sera perçu le tympanisme. Le bruit de flot que l'on obtient aussi chez les atones et les ptosés constitue un autre signe auxiliaire de diagnostic clinique. De même l'épreuve de la sangle, imaginée par Glénard, et perfectionnée par Leven qui lui a donné le nom de « douleur signal ». Si l'on palpe le rein droit et qu'il est ptosé, ceci confirmera davantage l'idée qu'on s'est faite de l'existence de la ptose de l'estomac. Chez la femme, on ne doit pas négliger de faire un toucher vaginal. Un prolapsus utérin augmentera la certitude du diagnostic.

En vérité, c'est au syndrome radiologique qu'il convient d'accorder la plus grande importance pour le diagnostic de l'atonie gastrique, de la ptose ou de la dilatation de l'estomac: expressions anatomo-physiologiques que seule la radiologie peut rendre avec exactitude, quelle que soit la différence des termes employés jusqu'ici, et sur lesquels l'union s'est faite par la thérapeutique. L'examen radiologique s'impose d'une façon péremptoire, parce qu'il nous donne une idée précise du degré d'allongement de l'estomac et de l'intestin et de la mobilité du fond gastrique, susceptible de se fixer au fond du petit bassin soit au niveau d'annexes inflammées, soit au cæcum par des adhérences appendiculaires. Il renseignera aussi sur le pouvoir de contractilité que possède l'estomac, car l'atonie qui mène à la dilatation ou au décrochage complet de l'organe est plus difficile à guérir. Le diagnostic différentiel entre la dilatation de l'estomac par sténose du pylore, et la dilatation par ptose sera encore fourni par la radioscopie. Ce diagnostic important va guider la thérapeutique qui consiste, dans le premier cas, à diriger ces malades vers la chirurgie alors que la dilatation par ptose, avec conservation de la mobilité de l'organe, ressort du traitement médical: gymnastique, réalimentation, ceinture, sont des moyens qui permettront souvent d'aboutir au bout de quelques mois à des résultats encourageants.

* * *

Nous négligeons ici l'étude des aspects radiologiques variés que peuvent présenter ces différents degrés d'allongement gastrique pour porter toute notre attention sur le traitement de ce symptôme banal, et si souvent négligé, en nous inspirant de nos observations quoti-

diennes, puisées tant dans la clinique hospitalière que dans la clientèle de ville.

* * *

Le malade chez lequel, après un examen clinique complet, le diagnostic d'atonie, de ptose ou de dilatation a été porté, en s'appuyant particulièrement sur les symptômes subjectifs et objectifs relatés plus haut, et sur un examen radiologique complet, appartient, comme je l'ai dit, soit à la chirurgie, soit à la médecine. C'est à la thérapeutique portée par le médecin que nous allons nous arrêter plus spécialement.

Nous commençons par supposer que la cause principale de l'atonie a été trouvée. Nous n'avons pour cela qu'à nous rappeler les nombreux facteurs étiologiques énumérés plus haut pour leur appliquer, en y puisant, la thérapeutique appropriée. Elle va consister à considérer d'abord l'état général du patient, à recourir, si nécessaire, à la cure de repos complet. C'est peut-être la partie du traitement la plus difficile d'application, étant donné l'obligation pressante, pour bien de ces sujets, de retourner au travail. Bien entendu, il s'agirait pour eux d'accepter ce traitement idéal s'ils ont à cœur de sortir de leur pénible état. Il faut ensuite augmenter la vigueur et la tonicité d'un estomac délogé de son emplacement ordinaire. La cure de repos au lit, en permettant à l'estomac de remonter, facilite l'évacuation pylorique; et luttant contre l'état de dépression nerveuse, crée la condition indispensable qui va permettre à l'estomac de tirer profit d'un autre facteur important de guérison: la réalimentation. Car ces malades restreignent leur nourriture sous prétexte de douleur pendant leur digestion; ils ignorent que c'est l'engraissement, favorisé par le repos au lit et une alimentation rationnelle, qui fera disparaître tous leurs troubles d'estomac.

Il faut donc commencer par rééduquer ces malades en leur faisant comprendre la condition indispensable de leur guérison. S'ils sont nerveux et qu'à chaque fois qu'ils introduisent de la nourriture dans leur estomac des douleurs épigastriques apparaissent, il faudra, avant de mettre en œuvre le régime alimentaire, qui toujours les surprendra, parce que complet, commencer par calmer l'hypersthénie anormale de tous les plexus nerveux abdominaux, dont en particulier le plexus solaire. La position couchée suffit parfois à désensibiliser certains de ces malades qui n'en sont encore qu'au premier stade de la déchéance organique; 8 à 10 jours suffisent, dans cette position couchée, pour calmer les douleurs et leur permettre de s'alimenter convenablement. Mais, le plus souvent il est nécessaire de faire taire leurs souffrances ou malaises, et c'est ici qu'il importe de ne pas dépasser la norme et d'être très prudent dans l'application d'une thérapeutique calmante. Certains calmants sont spécifiques de la douleur et ne causent aucun effet dépressif. C'est ainsi qu'agit la Généserine, sédatif puissant et spécifique de l'hypersthénie du plexus solaire. Il peut bien arriver que ces douleurs qu'on suspecte d'être d'ordre purement fonctionnel ou mécanique ou d'ordre névropathique, reposent sur un véritable substratum anatomique. La gastroscopie sera en mesure dans ce cas d'expliquer ces douleurs tenaces, dues soit à une gastrite, à des ulcérations ou même à un ulcère passé inaperçu aux Rayons-X. Chez ces malades il est parfois utile de pratiquer une cholécystographie pour dépister la cause du syndrome épigastrique douloureux (cholécystite, lithiase vésiculaire).

Une médication qui donne des résultats intéressants, mais qu'il convient de bien doser, c'est le bromure associé au sous-nitrate de bismuth. Ce dernier sert de pansement gastrique et lutte efficacement, de concert avec le bromure, pour calmer la sensibilité gastro-intestinale. Parlant de médicaments il faut noter que certains états atones de l'estomac sont en même temps améliorés par les toniques généraux qui ont leur répercussion sur l'estomac: les phosphates, l'arsenic, la strychnine, le cola, encore qu'il faille être prudent pour leur dosage. L'estomac et l'intestin recevront de la prostigmine, de la physostigmine et même de

la pituitrine, un secours souvent très appréciable: ces derniers médicaments agissent en stimulant la contractilité musculaire. Ce n'est donc qu'après avoir réussi à mâter l'élément douleur et à relever le tonus de la musculature gastrique qu'on pourra espérer tirer profit de l'application d'un régime alimentaire.

* * *

En quoi va consister ce régime? Etant donné que la motricité de l'estomac est diminuée, il y a intérêt à ne pas imposer au début un effort trop considérable au muscle gastrique. Il faut donc éviter de le surcharger tout en l'invitant à fonctionner plus souvent avec une quantité moindre d'aliments. Autant que possible, pas de liquides au cours des repas; tout au plus pouvons-nous accorder une demi-tasse de thé léger pour ceux qu'ennuierait une alimentation exclusivement solide. Des potages au lait très épais peuvent parfois remplir ce desiderata des malades. Comme aliments susceptibles de séjourner le moins de temps possible dans l'estomac, mentionnons les purées, les pâtes alimentaires cuites à point, les céréales, les œufs, les légumes ainsi que les fruits cuits. Dès le début, tentons d'alimenter ces malades avec de la viande peu cuite, excitant particulier de la motricité et de la sécrétion gastrique: viandes grillées de préférence, ou même dans certains cas viandes rôties, mais sans sauce, qu'accompagne une petite quantité de beurre frais. Ces malades, avec estomac atone et parfois dilaté, sont souvent des sous-alimentés qu'il y a intérêt à tirer le plus tôt possible de leur dangereuse position. Aussi, à mesure que l'état général et local s'améliore, on ajoutera des biscottes et plus tard du pain séché au four, en tranches minces, accompagné de beurre frais. On a dit, non sans raison, que l'eau fait engraisser. Nous avons la conviction que, mêlée aux aliments, elle contribuera à relever le poids de ces malades, à condition qu'elle soit absorbée en quantité raisonnable et prise loin des repas pour ne pas entraver le travail de l'estomac. Eviter les liquides trop chauds ou trop froids.

Comme médication adjuvante on peut avoir recours au massage abdominal ou aux traitements électriques; mais je ne crois pas que ces derniers, et pas davantage les lavages d'estomac, ou la gastrotonométrie n'aient jamais réussi à améliorer de façon notable le sort de ces malades. Si l'on veut faire reprendre aux muscles abdominaux, éléments de soutien de l'estomac, leur force naturelle, on peut avoir recours à la gymnastique abdominale qui reste une méthode capable de fournir de notables résultats.

* * *

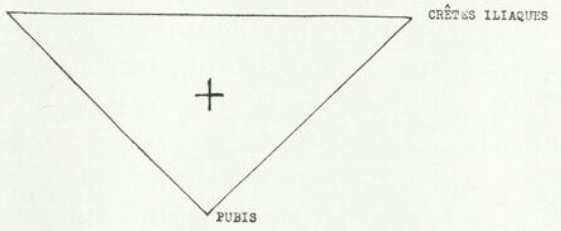
On a décrit, en utilisant des termes différents un syndrome clinico-radiologique, caractérisé par le relâchement de la musculature de l'estomac; et pour n'adopter que le mot ptose, état intermédiaire entre l'atonie et la dilatation, il n'en reste pas moins vrai que tous ces types de relâchement sont guéris ou du moins améliorés par le relèvement de l'estomac. Il faudra donc relever l'estomac à l'aide d'une ceinture; et c'est ici que surgissent des indications précises autant que sont importantes à connaître les contre-indications de la ceinture orthopédique.

Je surprendrai peut-être en disant qu'il m'arrive aussi souvent d'avoir à déconseiller le port d'un corset que d'avoir à le prescrire. Si les indications de la ceinture reposent autant sur la mobilité de l'organe délogé que sur l'insensibilité des plexus nerveux abdominaux, on devine déjà que les contre-indications surgissent du fait que l'abdomen peut se montrer sensible pour des raisons multiples ou que l'aspect extérieur de l'abdomen, encadré de deux crêtes iliaques souvent proéminentes, s'oppose à la possibilité d'appliquer avantageusement le moindre appareil orthopédique. C'est sur ce point que je veux particulièrement insister en constatant combien on a laissé dans l'ombre ce point important au chapitre inexistant des contre-indications.

On a imaginé de nombreux modèles de ceintures. Nous voulons supposer qu'ils ont été inventés et fabriqués dans un but thérapeu-

tique et nullement commercial. La critique, si critique il y a, ne s'adresse pas uniquement au côté « confection » de la ceinture, mais aussi à l'ignorance des conditions anatomiques et physiologiques de l'estomac et de l'abdomen. N'ayons crainte de dire que, malheureusement trop souvent, c'est une prétendue technicienne qui s'occupe de l'affaire, chargée de décider, à la place du médecin, du type de ceinture qui convient à tel ou tel malade. Le médecin lui-même prescrit fréquemment une ceinture sans s'enquérir par une radiographie, ce qui est très important, des contre-indications possibles de cet appareil de soutien.

Quelle raison avons-nous donc d'interdire le port d'une ceinture dans le cas d'une ptose marquée? Pourquoi appartient-il au médecin exclusivement d'avoir à faire le choix de la ceinture? C'est qu'il est le seul capable de juger d'abord de l'aspect extérieur de l'abdomen et des réponses qui peuvent lui venir de l'interrogatoire des plexus. Cet interrogatoire des plexus doit se faire chez le malade en position couchée, la tête légèrement relevée par un oreiller, de façon à ce que cette attitude, ramenée vers la verticale, corresponde, à peu près, à la station debout. C'est dans cette position que nous pouvons le mieux nous rendre compte de la sensibilité de chacun des plexus abdominaux, de l'état de réplétion ou de vide habituels des côlons. Il faut savoir que certains malades plexalgiques ne peuvent supporter la moindre pression abdominale alors que d'autres verront leurs malaises soulagés par le relèvement de la masse intestinale. Une constipation chronique, gauche ou droite, doit être dépistée; car, au poids des matières fécales emprisonnées dans un côlon prolabé, s'ajoute une intoxication d'origine stercorale qui va diminuer le pouvoir contractile de la fibre intestinale. Reste un point très important à considérer: l'aspect de l'abdomen en position debout. Chaque fois que chez un malade debout, les deux cadrans inférieurs de l'abdomen n'arrivent pas à atteindre la partie centrale du triangle représenté par des lignes reliant les deux crêtes iliaques et le pubis, il y a presque toujours contre-indication au port de la ceinture ou du corset. On croit obvier à cette excavation abdominale en ajoutant au bas de la ceinture une « pelote de renforcement » qui ne réussit trop souvent « qu'à renforcer les douleurs abdominales », surtout si cette pelote est dure et non pneumatique, et si le promontoire vient faire saillie en avant, comme on le constate chez les sujets amaigris. Nous n'avons qu'à examiner la peau de l'abdomen à l'endroit où s'appuie cette pelote, parfois aussi dure que du bois, pour se rendre compte du véritable supplice chinois imposé inutilement depuis des mois ou des années à ces malades condamnés au port de la ceinture à la suite d'un diagnostic « à l'œil » fait hâtivement et sans les examens clinique et radiologique requis en l'occurrence.



Je ne m'attarderai pas ici à décrire les nombreux types de ceintures actuellement sur le marché. Chacune d'elles a son indication propre mais encore une fois ne doit être utilisée qu'après un examen minutieux de l'aspect extérieur du ventre et interrogatoire de la sensibilité des plexus nerveux et de la mobilité du bas-fond de l'estomac.

En terminant, je dirai un mot du traitement chirurgical dans la ptose gastrique « par suspension et coulissage de la grande courbure », méthode de Lambret. Cette méthode consiste à relever le bas-fond gastrique en utilisant une bandelette aponévrotique au dépend du grand droit gauche, qu'on fait passer ensuite tout le long de la grande courbure, coulissée à cet effet, et qu'on suture par son extrémité libre au ligament rond du foie. Les succès peu encourageants obtenus jusqu'à présent dans nos hôpitaux par ce moyen tiennent

à plusieurs causes. Si l'intervention chirurgicale peut améliorer véritablement la physiologie motrice de l'organe, jusque là paralysé par son grand allongement, on doit la conseiller. Dans le cas d'une ptose gastrique, associée le plus souvent à une ptose généralisée des côlons, du foie, auquel est fixée la bandelette aponévrotique, et du rein droit, il est permis de se demander ce que le relèvement d'un seul organe accroché à un foie souvent ptosé peut bien apporter d'amélioration à chacun de ces deux derniers viscères. Il est non moins défendu de se demander si cette courroie aponévrotique est toujours suffisamment forte pour retenir ainsi fixé à sa place normale, non seulement l'estomac vide, mais encore l'estomac rempli, et les côlons dont nous connaissons la capacité; c'est cette dernière et déplorable condition qui expliquerait alors l'insuccès si fréquent de cette intervention, apparemment logique en soi, mais susceptible d'entraver la physiologie normale de ces organes faits pour se mouvoir librement dans l'abdomen et auxquels on retire tout à coup une certaine liberté de mouvement tout en paraissant leur en accorder une plus grande. Si avec l'opération de Perthès, pratiquée autrefois dans le sens inverse de celle de Lambret, on avait déjà obtenu un certain succès, en comparaison des déboires rencontrés lors des toutes premières tentatives dans ce sens, pouvons-nous dire que la méthode de Lambret, comparativement avec les précédentes, l'emporte de beaucoup et de façon toujours satisfaisante? Sans doute la conception de cette dernière méthode dénote un grand esprit de recherche, non moins que le souci d'un perfectionnement technique. Mais nous sommes en droit de nous demander si cette technique n'entrave pas le jeu normal des organes. Lambret a rapporté le résultat de 28 opérations par sa méthode. Les suites opératoires furent, paraît-il, parfaites; les résultats étaient envisagés au double point de vue radiologique et clinique. D'après les données radiologiques on a obtenu « un relèvement important de l'estomac, la disparition des signes d'atonie, une amélioration constante des troubles d'évacuation gastrique ou duodénale ».

Cliniquement, les résultats furent encore plus satisfaisants, dit Lambret. L'asthénie, l'un des signes les plus constants et les plus caractéristiques, ainsi que les autres symptômes généraux: céphalée, vertiges, dépression psychique ayant été heureusement influencés. Encouragé par ce premier succès, Lambret a étendu l'emploi de la bandelette aponévrotique à la suspension du côlon ascendant. Des résultats magnifiques s'ensuivirent également.

Bien que nous ne suspections pas l'habilité de nos chirurgiens à pratiquer une si délicate opération, il nous faut admettre que, si nous la jugeons d'après la moyenne des résultats obtenus chez-nous, cette méthode nouvelle, n'a pas remporté les succès attribués ailleurs, et qu'elle ne s'est pas encore montrée assez supérieure aux traitements médicaux bien appliqués pour que nous puissions d'emblée la proposer. Avec les années à venir puisse-t-elle, comme bien d'autres, toujours susceptibles de perfectionnement, améliorer ses statistiques de réussite et nous encourager à l'adopter comme le futur grand moyen d'obvier aux troubles si fréquents, si longs et si pénibles de la ptose gastrique.

QUE VAUT L'APPENDICOSTOMIE DANS LES PÉRITONITES GRAVES D'ORIGINE APPENDICULAIRE ?

Par **Paul-A. POLIQUIN, F.A.C.S.,**
Chirurgien-adjoint à l'hôpital Saint-François-d'Assise,
Assistant-chirurgien à l'hôpital Saint-Luc et à l'hôpital de l'Enfant-Jésus (Québec).

Du fait clinique constaté de tout temps par les chirurgiens que les opérés pour péritonites d'origine appendiculaire avec suites opératoires compliquées voyaient quelquefois et même souvent changer toute l'évolution de leur maladie si une fistule intestinale survenait, devait naître l'idée du drainage intestinal dans ces cas; de l'observation par ces mêmes chirurgiens que ceux qui faisaient cette fistule précocement étaient moins malades que les autres devait naître l'idée d'une dérivation primitive lors même de l'opération.

Peu de temps après le travail de Reginald Fitz qui, en 1886, révélait au monde médical l'importance de l'appendicite dans la pathologie abdominale, peu de temps après les deux premières appendicectomies heureuses avec diagnostic préopératoire par Thomas G. Morton et Sands en 1887, un quatrième médecin américain, le Dr W. E. B. Davis, allait préconiser ces dérivations primitives.

Dans une séance du « Southern Surgical Association » tenue en 1890, voici ce qu'il dit: « Nous sommes très rarement appelés avant le troisième jour de la rupture. Avant ce temps on a eu recours à toutes sortes de traitement, c'est alors qu'on s'adresse à nous pour opérer. J'ai suggéré une opération que je crois praticable dans les cas de péritonites suppurées avec grand ballonnement et symptômes d'obstruction, la voici: ouvrez l'abdomen, incisez l'intestin, irriguez à l'eau chaude et faites un anus artificiel. Ceci va soulager le patient de son ballonnement et lui donner ses meilleures chances de survie. » (1)

En 1895, Mixter en établissait une technique acceptable, c'était une cæcostomie (2); en 1904, Gebhardt (3) reconnaît la valeur prophylactique des dérivations intestinales dans certaines formes d'appendicites où l'iléus est à craindre.

Nous voyons en 1910 C. B. Keetly, de Londres, recommander l'appendicostomie, et en 1916, Patry étudier plus complètement cette question; en 1917, Jackson (4), et en 1920, A. Caucci (5) de Milan, sortent les premières statistiques intéressantes sur l'appendicostomie.

A la suite de Furr et Wessener qui recommandèrent l'entérostomie dans l'occlusion intestinale dès 1886, de nombreux auteurs parmi lesquels nous devons citer les noms de Porter, Broca, Heidenhain, Brunner, Wortmann, Eliot, Pickhardt, Sick parmi les pionniers, ceux de McClure, Albechk, Murphy, Brooks, L. R. et C. A. Dragstedt, Moorehead, Burcky, McClintock, Chase, Derard, Haden, Orr, Gamble, Ross, Hausler et Foster parmi les expérimentateurs, ceux de Sampson-Handley, de Nyulasy, de C. H. Mayo, Wilkie, Taylor, Walker, Sumers, Lee, Downs, Delore, Mallet-Guy, et Greyssel, de nombreux auteurs dis-je, avaient bien étudié la valeur des dérivations intestinales dans l'iléus et souvent dans l'iléus de la péritonite, mais il s'agit dans leurs études toujours des dérivations secondaires, la tendance étant aux dérivations hautes et compliquées: jéjunostomies pour les uns, jéjunocoloctomies pour d'autres, iléostomies souvent (6). Ce n'est que péniblement que les dérivations basses, cæcostomies et appendicostomies primitives réapparaîtront; la haute mortalité qui grève les dérivations secondaires n'étant guère de nature à encourager l'essor des dérivations primitives.

A partir de 1925 le tout va changer, l'appendicostomie deviendra le sujet de nombreux travaux; parmi les auteurs qui se sont occupés de la question citons: W. A. Brussock (7), Brooks, Clinton et Ashley (8), E. M. Miers (9), Cotte et Bertrand (10), H. Pike (11), Dorrance et Nealon (12), G. Hoseman

(13), Victor Pauchet (14), J. C. Willis (15), Baumgarten (16), W. B. Gabriel (17), C. S. Sentell (18), E. Jones (19), Easton et Watson (20), G. T. Bowers (21), G. Zorraquin (22), C. W. Mattingly (23), Urban Maes (24), Leonard et Derow (25), Joseph de Courcy (26), Daniel E. Hur (27), H. Hoseman (28), Leffel et Leonard (29), et quantité d'autres qu'il serait fastidieux d'énumérer.

*
* *

Je ferai abstraction de toutes les explications que l'on peut donner pour faire comprendre le mode d'action favorable de cette fistulisation. L'article de Jones (19) semble satisfaire l'esprit à ce point de vue et cette étude n'entre pas dans le cadre de ce travail, mais je me permettrai avant d'en étudier la valeur réelle d'en décrire succinctement la manœuvre opératoire qui reste des plus simples: bourse habituelle, section de l'appendice sans mettre de ligature à sa base, introduction dans le cæcum par la lumière appendiculaire d'un cathéter Nélaton no 16 dont on a sectionné l'extrémité et qu'on a eu la précaution de faire passer au travers de l'épiploon, petite ligature ou mieux un point pour fixer le tube et le moignon, puis enfouissement du tout en serrant la bourse, drainage avec deux drains ondulés dont l'un vers le bassin et l'autre vers la loge colique externe, fermeture habituelle et fixation à la peau du Nélaton pour empêcher sa chute prématurée. C'est essentiellement la technique de Jones (19) et celle de Miers (9); Mattingly (23) remplace le Nélaton par un tout petit Pezzer.

L'interposition de l'omentum entre le cæcum et la paroi reste utile pour diminuer les chances d'adhérences du cæcum à la paroi et pour aider à la fermeture spontanée de la fistule.

Quant aux soins post-opératoires, nous prescrivons la position de Fowler avec inclinaison sur le côté droit, une hydratation adéquate aux principes de l'équilibre aqueux de l'économie par voie intraveineuse, sous-cutanée et même colique; en se servant du Nélaton comme voie d'introduction des liquides, cette voie reste facile, on n'aura qu'à injecter dans le cæcum à intervalles fixes, disons toutes les deux heures, soit 100, soit 200 c.c. et plus de sérum ou tout simplement d'eau ordinaire, qu'à fermer le Nélaton par forcipressure pour un trente minutes et alors qu'à laisser revenir les liquides et les gaz qui incommoderaient l'opéré.

Nous prescrivons à peu près toujours le sérum antigangréneux polyvalent à dose thérapeutique et une réchloruration proportionnée à la gravité du cas. Le merveilleux drainage siphon de Wangensteen, procédé extrêmement simple qui a supplanté les dérivations intestinales hautes, procédé d'une utilité incontestable dans la préparation immédiate de tous les cas à l'intervention, ne fut employé après l'opération que rarement pour des raisons que je mentionnerai plus tard, et presque toujours avec succès d'ailleurs. Dans cette intervention une incision de MacBurney me semble indiscutablement supérieure au Jalaguier.

*
* *

Depuis 1934, influencé par le travail de Jones (19) qui rapportait une série extrêmement heureuse de 75 cas de péritonites généralisées d'origine appendiculaire ayant subi cette intervention avec une mortalité négligeable de 1.4% comparativement à celle de 57% qu'il avait eue dans ses cas antérieurs, nous avons eu l'occasion de faire 84 appendicostomies et en 16 autres circonstances d'assister des chirurgiens qui pratiquèrent cette intervention. Sur ces 100 appendicostomies, je laisse de côté immédiatement 20 appendicostomies sans une seule mortalité où l'opération fut faite pour des péritonites appendiculaires localisées ou pour des péritonites même largement diffusées d'origine diverse, pour ne retenir que 80 cas où l'opération concernait des péritonites largement diffusées, si largement diffusées qu'on peut les qualifier de généralisées avec toutes les réserves que ce mot comporte, toutes péritonites d'origine appendiculaire du plus sombre pronostic. En nous

basant sur les auteurs qui ont étudié la question et sur nos cas personnels, nous tenterons sans aucune idée préconçue, d'apprécier la valeur réelle de l'appendicostomie dans les péritonites graves d'origine appendiculaire.

*
* *

Voici la liste des 80 cas qui servira à notre étude.

Disons de suite que ces 80 péritonites appendiculaires se divisent cliniquement en:

22 péritonites généralisées d'emblée, dont 7 purulentes et 15 putrides;

48 péritonites généralisées secondairement, dont 2 progressives, 38 en deux temps, et 8 en trois temps;

10 péritonites non classables dans les catégories précédentes, l'abus de médications intempestives, purgatifs répétés, lavements, la piqûre de morphine ne faisant perdre tout fil conducteur qui permette de se reconnaître dans l'évolution de la péritonite.

Tableau 1

No	Initiales	Sexe	Age	Début en jours de la maladie	Guérison	Mort	Jours d'hospitalisation	Durée en jours des fistules	Opérations secondaires et remarques
1	M. C.	F	16	2	G		37	35	Suites opératoires normales.
2	R. D.	M	8	4	G		28	24	Suites opératoires normales.
3	J. L.	F	12	21	G		21	15	Suites opératoires normales. Petite éventration secondairement opérée.
4	A. F.	F	40	2	G		85	41	Tuberculeuse. Suites opér. prolongées mais normales.
5	R. P.	M	24	3	G		39	70	Suites opératoires normales. Petite éventration sans importance.
6	C. M.	F	5m	2½		M	1		Mort par intoxication.
7	I. M.	M	5½	4½	G		110	22	Broncho-pneumonie post-opératoire grave.
8	M. L.	F	17	4	G		33	27	Suites opératoires normales.
9	J. M. D.	M	16	8	G		42	35	Evacuation d'un abcès résiduel par l'intestin.
10	G. D.	F	33	4		M	21		Mort d'iléus mécanique.
11	J. L.	M	50	3	G		26	22	Suites opératoires normales.
12	R. A. G.	F	25	7	G		22	20	Suites opératoires normales.
13	G. L.	M	21	6	G		115	130	Suites opér. scabreuses, broncho-pneumonie. Eventration opérée secondairement.
14	J. V.	M	12	15	G		28	16	Suites opératoires normales.
15	P. H. G.	M	19	8	G		22	21	Suites opératoires normales.
16	E. R.	F	14	5		M	11		Iléus mécanique.
17	P. H. D.	M	7	2	G		21	18	Bronchite aiguë lors de l'intervention. Suites opératoires normales.
18	G. St-P.	M	14	2	G		24	16	Suites opératoires normales.
19	G. L.	F	7	2	G		23	20	Suites opératoires normales.
20	M. B.	M	9½	2		M	6		Iléus mécanique.
21	M. J. S.	F	23	5	G		25	85	Phlébite post-opératoire.
22	J. R. S.	M	8	3	G		33	28	Suites opératoires normales.
23	F. L.	M	11	2	G		21	18	Suites post-opér. normales.
24	G. P.	M	20m	3	G		18	15	Suites post-opér. normales.
25	P. A. G.	M	11	2	G		29	25	Suites opératoires normales.
26	G. F.	F	16	3	G		25	23	Suites opératoires normales.
27	M. D.	M	8	6	G		20	20	Suites opératoires normales.
28	R. L.	M	18	1½	G		32	30	Suites opératoires normales.

N°	Initiales	Sexe	Age	Début en jours de la maladie	Guérison	Mort	Jours d'hospitalisation	Durée en jours des fistules	Opérations secondaires et remarques
29	I. G.	M	24	3	G		23	15	Suites opératoires normales.
30	M. R.	M	15	2	G		16	15	Suites opératoires normales.
31	J. L.	M	5	3		M	1		Mort d'atélectasie pulmonaire.
32	G. G.	F	14	3	G		21	19	Suites opératoires normales.
33	M. R.	F	17	5	G		32	28	Suites opératoires normales.
34	P. G.	F	16	2	G		26	23	Bronchite aiguë post-opératoire. Maladie sérique.
35	T. L.	F	9	10	G		72	60	Suites opératoires normales malgré la longue hospitalisation.
36	A. R.	F	9	2		M	12		Iléus mécanique.
37	C. J.	F	19	3	G		52	25	Suites opératoires normales.
38	P. L.	M	45	3	G		50	38	Diabétique. Cellulite grave post-opératoire. Eventration moyenne.
39	T. R.	F	6	2½	G		34	23	Suites opératoires normales. Eventration opérée secondairement.
40	J. D. T.	F	15	2½	G		46	102	Abcès du Douglas évacué par rectotomie. Cure sec. de sa fistule.
41	J. P. S.	M	6	21		M	20		Iléus mécanique.
42	J. M. P.	M	11	3	G		106	78	Suites opératoires normales. Cure chirurgicale de sa fistule.
43	R. T.	M	15m	4		M	1		Mort par intoxication.
44	J. M.	F	9	4		M	1		Mort par intoxication.
45	A. B.	M	32	5		M	6		Iléus mécanique.
46	M. T. C.	F	7	1½	G		25	16	Suites opératoires normales.
47	A. F.	F	24	5	G		50	25	Suites opératoires normales.
48	L. B.	M	8	4	G		116	540	Tentative de fermer fistule sans succès. Résection intestinale, guérison.
49	R. B.	M	16	6	G		36	23	Suites opératoires normales. Fistulette tardive à opérer.
50	R. H. F.	F	10	4	G		43	17	Suites opératoires normales.
51	M. C.	M	24	7	G		23	15	Suites opératoires normales.
52	N. G.	F	12	2	G		76	60	Broncho-pneumonie post-opératoire.
53	P. B.	M	22	3	G		24	21	Suites opératoires normales.
54	E. K.	F	11	3	G		69	38	Longue péritonite plastique dans les suites opératoires.
55	J. L.	F	52	3	G		26	17	Suites opératoires normales.
56	J. G.	F	6	3		M	20		Iléus mécanique.
57	C. F.	M	8	4	G		44	34	Abcès pelvien ouvert par rectotomie.
58	P. D.	M	40	3	G		28	26	Grande obésité. Suites opératoires normales.
59	E. T.	M	54	2	G		68	128	Cure sec. de sa fistule et de son éventration réussie.
60	L. S.	M	33	2	G		28	18	Suites opératoires normales.
61	H. R.	M	16	2	G		71	38	Broncho-pneumonie. Phlegmon des bourses, incision.
62	P. M.	M	8	4	G		17	14	Suites opératoires normales.
63	F. L.	M	67	3		M	3		Mort par intoxication.
64	N. T.	F	68	4		M	8		Iléus mécanique.

No	Initiales	Sexe	Age	Début en jours de la maladie	Guérison	Mort	Jours d'hospitalisation	Durée en jours des fistules	Opérations secondaires et remarques
65	B. R.	M	29	5	G		54	50	Suites opératoires pénibles.
66	M. G.	F	29	4		M	5		Iléus mécanique.
67	A. L.	M	48	2	G		34	30	Suites opératoires normales.
68	A. D.	F	52	3	G		29	26	Suites opératoires normales.
69	B. R.	F	28	2	G		37	35	Suites opératoires normales.
70	A. M.	F	79	3		M	4		Mort par intoxication.
71	O. L.	M	62	4		M	1		Mort par intoxication.
72	L. D.	M	25	6	G		71	60	Suites opératoires normales.
73	C. E. T.	M	41	5	G		140	110	Cellulite de la paroi, phlébite de longue durée. Eventration à opérer.
74	C. B.	F	20	4	G		24	22	Suites opératoires normales.
75	A. P.	M	42	4	G		26	24	Suites opératoires normales.
76	A. V.	M	13	4	G		53	84	Résection intestinale secondaire et cure de son éventration.
77	J. V.	M	19	3	G		17	17	Suites opératoires normales.
78	J. A. L.	M	11	4	G		22	20	Suites opératoires normales.
79	A. T.	M	25	3	G		24	14	Suites opératoires normales.
80	B. M.	M	17	4		M	3		Mort d'iléus paralytique incoercible.

Pour résumer:

80 cas avec 63 guérisons et 17 morts soit une mortalité de 21.3%.

Ici tous les cas sont rigoureusement inscrits, c'est une mortalité brute sans aucune correction. Plusieurs de ces opérés étaient de vrais moribonds qu'un chirurgien aurait pu abandonner à leur propre sort, sans grand scrupule. Parmi ces cas plusieurs guérisons inespérées légitiment l'intervention même quand les limites de l'opérabilité semblent atteintes. L'intervention ne fut refusée à aucun cas.

*
* *

Aussi la première chose à se demander, pour étudier la valeur de ce procédé dans les péritonites graves d'origine appendiculaire, est de pouvoir en comparer la mortalité avec les autres procédés habituellement employés, ce que nous essaierons de faire.

Disons de suite que cet article n'a pas pour but d'excuser notre mortalité ni de démontrer avec des statistiques forcées que ce procédé reste supérieur aux autres, loin de là.

La mortalité des appendicostomisés pour péritonite grave appendiculaire est difficile à établir. Bien que Kehl et Rentschler (30) disent que le drainage du tube digestif par entérostomie (habituellement une iléostomie), par cæcostomie ou appendicostomie soit répandu dans tout leur pays primitivement comme secondairement, le nombre de cas rapportés semble plutôt restreint, surtout si l'on considère la fréquence avec laquelle cette intervention pourrait être indiquée.

Après avoir mis de côté toutes les appendicostomies faites pour des raisons autres que la péritonite généralisée d'origine appendiculaire, après avoir éliminé toutes les appendicostomies secondaires dans cette même péritonite, voici la liste des appendicostomies primitives que j'ai pu relever, cette liste ne concerne que les cas de drainage du cæcum faits lors de l'intervention, que ce soit par appendicostomie ou cæcostomie, les deux agissant à mon sens semblablement, malgré l'opinion de Easton et Watson (20) qui, trouvant illogique l'opération de l'appendicostomie, préconisent cependant la cæcostomie et des dérivations es-

sentiellement compliquées. Ils restent si convaincus de l'efficacité du drainage intestinal dans ces cas qu'ils vont jusqu'à dire que les 6 malades de leur série qui sont morts auraient possiblement été sauvés par une cæcostomie ou une entérostomie faite lors de l'intervention.

Tableau 2

Auteurs	Cæco-appendicostomies	Guéris	Morts	Mortalité
Brooks, Clinton, Ashley (8)	26	24	2	7.7%
Miers (9)	31	29	2	7.0%
Hoseman, G. (13)	2	2	0	0.0%
Jones (19)	75	74	1	1.4%
Easton, Watson (20)	4	4	0	0.0%
Mattingly (23)	60	52	8	14.0%
Maes (24)	76	60	16	21.6%
Leonard, Derow (25)	7	7	0	0.0%
Hur (27)	16	14	2	12.5%
Leonard, Leffel (29)	5	3	2	40.0%
Notre série	80	63	17	21.3%

Pour résumer:

382 cæco-appendicostomies avec 332 survies et 50 morts, soit une mortalité moyenne de 13%.

Dans cette statistique ne sont retenus que les cas de péritonites largement diffusées ou nettement généralisées d'origine appendiculaire, et nous avons dû systématiquement éliminer un grand nombre de statistiques imprécises à ce point de vue.

Sans nous occuper de ces auteurs, nous garderons notre taux de mortalité de 21.3% comme point de comparaison, ce qui, on le comprendra facilement, reste au détriment de la méthode.

*
* *

Ce premier point de repère établi, il nous faudrait avoir des statistiques précises portant sur la mortalité des péritonites généralisées d'origine appendiculaire. Ici nouveau problème, c'est l'abondance de biens qui nuit, c'est surtout la diversité des classifications qui déroute et qui rend particulièrement dangereuse la comparaison de ces statistiques, aussi verrons-nous les écarts extrêmes qui existent dans les pourcentages donnés, ce qui n'a rien de bien surprenant, certains opérateurs ayant une tendance à classer comme péritonite généralisée une péritonite qui, bien que plus ou moins diffusée ou en voie de diffusion, restera bel et bien cliniquement comme opératoirement une péritonite localisée. Le facteur individuel de classification reste donc bien connu et ne conserve de valeur qu'en rapport direct avec la valeur du chirurgien; bien plus, entre chirurgiens expérimentés, Pattison (31) fait remarquer qu'à l'opération même il y a des variantes d'interprétation sur l'extension des lésions.

D'autres auteurs, tels Astley et Ashhurst (32), s'en tiennent rigoureusement au terme de diffus ne voulant employer le terme de péritonite généralisée que pour les cas extrêmes où le doute n'est évidemment plus de mise puisque sur les six cas qu'ils rapportent et classent péritonites généralisées ils ont dû ne pas intervenir, l'état des patients ne le permettant pas, avec comme résultat six morts.

Donnons quelques chiffres au hasard des statistiques:

Disons de suite qu'un grand nombre de statistiques intéressantes en elles-mêmes demeurent absolument inutilisables au point de vue où nous nous plaçons. Ainsi celles qui ne différencient pas entre péritonites localisées et généralisées; il en est de même de celles qui classent les appendicites aiguës en drainées et non drainées. Cependant ces dernières peuvent déjà nous fournir un jalon, puisque les drainées comprennent des cas de péritonites localisées, d'abcès et de péritonites généralisées, toutes variétés qui ont des mortalités différentes. Leur taux de mortalité reste quelquefois assez élevé, même presqu'aussi élevé que dans notre série, ce qui évidemment ne devrait pas être, puisque nous tablons avec les péritonites généralisées qui sont sensées normalement avoir le taux de mortalité le plus élevé tandis qu'eux peuvent compter pour abaisser leur taux de mortalité sur les péritonites localisées et les abcès qui en plus d'être habituellement prépondérants par le nombre ont aussi une mortalité moindre.

A ce point de vue une statistique intéressante m'a frappé, c'est celle de l'Hôtel-Dieu de Québec, citée par le docteur François Roy (33), que je rapporterai sans aucune mesquinerie d'esprit ni de clocher; elle est pour moi intéressante parce que régionale et présuppose des mêmes habitudes dans le public qui se fait traiter et chez les praticiens qui réfèrent les patients.

Ainsi sur 2,123 cas d'appendicite aiguë opérés en dix ans, soit de 1928 à 1937, 951 cas drainés avec 156 morts et une mortalité de 16.4% pour ce groupe d'opérés. Si nous poussons l'analyse de cette statistique, nous trouvons à côté d'années heureuses telle 1934 où ces appendicites drainées donne le faible taux de mortalité de 8.7%, des années où ce taux monte au pourcentage de 18%, 18.9%, 20.9% et 26.4%, mortalité qui certaines années est aussi élevée que la nôtre et même la dépasse, ce qui, nous l'avons déjà dit, ne devrait pas être.

Les statistiques de péritonites diffusées ou généralisées seront plus intéressantes pour notre cas:

Les séries qui nous ont paru les plus heureuses sont celle de Le Grand Guerry, citée par nombre d'auteurs dont Bunch et Doughty (34), et celle de A. R. Archer et A. R. Young (Lamont Public Hospital, Alberta, C.M.A.J., 1937), citée par François Roy (33), avec les taux respectifs de mortalité de 5.1% et de 8.80%.

Les séries à mortalité élevée ne sont pas rares, ainsi celle de Lynch, Beaver et Ashhurst, rapportée par Jones (19) avec 57%; celles de Leclerc (Mémoires de l'Académie de Chirurgie, Vol. 63, p. 547, 1937) et de l'Hôtel-Dieu de Montréal (Rapport pour 1937), toutes deux citées par Roy (33) avec la première 77.9% et la dernière 46%.

Tous les pourcentages intermédiaires peuvent se voir.

Tableau 3

Auteurs	Année	Cas	Morts	Mortalité
Le Grand Guerry	1937	235	12	5.1%
Archer & Young	1937	68	6	8.8%
Arnheim (35)	1934	32	6	18.5%
St. Thomas Hosp. Lon. (36)	1932	231	44	19.0%
McClure & Altmeier (37)	1937	91	22	24.2%
Astley & Ashhurst (32)	1927	105	24	22.2%
Bunch & Doughty (34) .	1937	101	26	26.0%
Totten (38)	1937	741	233	31.4%
Shipley & Bailey (36) .	1932	11	4	36.3%
Pattison (31)	1936	81	35	43.2%
Hôtel-Dieu de Montréal .	1937	50	23	46.0%
Lynch, Beaver & Ashhurst	1934			57.0%
Leclerc	1937	22	17	77.9%

Soit un total de 1,768 péritonites diffuses ou généralisées avec 452 morts et une mortalité moyenne de 25.6% pour ce groupe.

Ce ne sont pas des statistiques choisies, loin de là. Nous pourrions tout aussi bien considérer l'opinion de Holder et Wells (39) qui, analysant une série de 9,566 cas d'appendicites aiguës opérées par Reid, Hobler, Keyes et Pattison, fixent le pourcentage de mortalité dans les péritonites généralisées à 30.5%; ou mieux encore l'opinion de Bower, Burns et Mengle (40) qui, étudiant une série de 18,687 cas d'appendicites, dont 2,573 péritonites diffuses, admis dans 28 hôpitaux de Philadelphie durant une période de 6 ans, mentionnent comme « mortalité reconnue dans ces cas les pourcentages de 27 à 45%. »

*
* *

Abstraction faite du taux de mortalité de 13% pour les appendicostomies compilées dans la littérature, en ne considérant que notre série de 80 cas avec une mortalité assez élevée de 21.3%, je laisse le lecteur se former l'opinion qu'il jugera bon sur sa valeur. Pour nous un fait brutal nous aide à juger, c'est que notre mortalité dans une série de 80 cas identiques qui n'eurent pas d'appendicostomies fut de 35%, chiffre qui malheureusement est loin d'être exceptionnel.

*
* *

On connaît tout le danger des petites séries pour la statistique car elles peuvent acciden-

tellement être favorisées de séries heureuses ou malheureuses; elles portent à un enthousiasme qu'elles ne méritent pas et d'autre part elles peuvent déprécier une méthode qui garde sa valeur. Considérant que la mortalité dans les péritonites graves appendiculaires augmente avec le temps écoulé avant l'opération, pour les deux premières semaines du moins, il est facile de comprendre qu'une série portant sur des cas des tout premiers jours devrait avoir une mortalité moindre; aussi, pour justifier la comparaison de notre série à ce point de vue, la comparerons-nous à celle extrêmement bien faite de Totten (38) portant sur 741 cas étudiés de péritonites graves avec une mortalité de 31.44%, nous l'avons déjà mentionnée, le taux de mortalité représente assez bien la moyenne des statistiques déjà étudiées.

Tableau 4

	H. P. Totten			Notre série		
Jour	Nombre de cas	% de cas	Mortalité %	Nombre de cas	% de cas	Mortalité %
1er	81	11.7	11.1	0		
2e	274	39.6	27	19	23.75	10.5%
3e	174	25.1	28	24	30	20.8%
4e	71	10.2	32.4	17	20	43.5%
5e	34	4.9	44	8	10	25.0%
6e	16	2.3	44	4	5	0.0%
7e	17	2.4	53	2	2.5	0.0%
8-14e	20	2.9	65	3	3.75	0.0%
15-21e	5	0.7	60	3	3.75	33.0%
	692	100.0	31.4% Moy.	80	100.00	21.3% Moy.

Comme nous le voyons les cas retardés, donc plus graves, priment nettement dans notre série.

*
* *

Nous essaierons de juger de la morbidité particulière au procédé.

D'abord les suites opératoires immédiates, ce sont celles qui sont les plus intéressantes à étudier.

C'est une des particularités les plus surprenantes de l'appendicostomie de voir l'iléus paralytique apparemment vaincu si la dérivation est bien faite et fonctionne bien. D'emblée les vomissements cessent et l'état nauséeux aussi, plus de douleurs insupportables car la distention intestinale est disparue. Rapidement l'opéré semble se désintoxiquer, le pouls tend vers la normale, la température diminue, la respiration devient plus facile et le facies nettement meilleur, et le tout en très peu de temps. Miers (9) avait déjà noté « l'étonnante diminution des nausées et des vomissements » chez ses opérés. Plusieurs malades de notre série n'eurent pas même un seul vomissement après l'intervention. Un grand nombre n'eurent que les vomissements immédiats du réveil anesthésique.

Je disais, au début de cet article, que le merveilleux appareil siphon de Wangensteen ne fut employé que rarement post-opératoirement, dans les suites immédiates du moins; c'est qu'il devient totalement inutile dans l'appendicostomie à cause de la dérivation intestinale, avec de rares exceptions cependant. La réponse des internes auxquels j'avais demandé de l'installer au moindre ballonnement ou vomissement étant toujours la même: le malade étant déballonné et n'ayant eu aucun vomissement, nous n'avons pas cru utile de l'installer.

Cette disparition de l'iléus permet une hydratation rapide par voie buccale, et la déperdition des chlorures nous semble moindre par ce procédé que par des vomissements incessants ou même par le siphonage; ce n'est pas une simple vue de l'esprit, il est d'ailleurs démontré par Raine et Perry cité par Evans (41) que sur les animaux en expérience le seul fait de diminuer la tension gazeuse de l'intestin diminue la sécrétion et favorise la réabsorption.

Il est même intéressant de noter que 16 des 17 morts eurent dans les suites immédiates un déballonnement quasi complet; un seul, le No 80 B.M., ayant présenté un iléus paralytique incoercible de son arrivée à l'hôpital à sa mort.

Sur ces 17 morts, 8 eurent lieu durant la période habituelle de l'iléus paralytique, dont 1 par atélectasie pulmonaire et les 7 autres par intoxication plus ou moins brutale de l'écono-

mie, un peu à la manière des étranglés herniaires dont on lève l'obstacle et qu'on voit s'effondrer d'une manière déconcertante; ici le siphonage à la Wangensteen pas plus que la dérivation intestinale ne réussissait. Il est assez curieux que ces 7 morts, représentant 41% de tous nos morts, offre un pourcentage presque identique à celui que donne Dudley (42) qui, ayant étudié 48 cas de péritonites diffuses à l'hôpital Bellevue à New-York avec 26 morts et 22 guérisons, dit que l'iléus paralytique fut cause de 40% des morts.

Les suites post-opératoires immédiates de l'appendicostomie semblent si favorables que même pour ce seul fait, cette intervention mériterait encore considération.

*
* *

Les suites post-opératoires éloignées sont plus complexes, aussi nous faudra-t-il dire un mot de l'iléus mécanique, des abcès résiduels, des fistules, des hernies post-opératoires et des interventions que ces différents incidents peuvent conditionner.

L'iléus mécanique en rapport avec la péritonite plastique nous a souvent paru être atténué proportionnellement à la diminution de l'iléus paralytique, dans nos cas de mortalité c'est cet iléus mécanique qui paraît être la cause de mort la plus fréquente, 9 cas sur 17; ici l'iléus mécanique prenait une intensité que l'on ne pouvait pas toujours prévoir mais une intensité progressive, ces malades mouraient d'intoxication, n'ayant quelquefois même pas de vomissement tant la péritonite plastique semblait figer leur abdomen et immobiliser leurs viscères.

Cette fréquence de l'iléus mécanique comme cause de mort dans la péritonite ne doit pas surprendre lorsque nous voyons Wilkie déclarer en 1928, c'est Shelley (6) qui rapporta le fait, que l'étude d'une série d'autopsies faites sur des patients morts de soi-disant péritonites ou de soi-disant iléus paralytique de cinq à dix jours après l'opération pour appendicite aiguë démontre que dans 75% des cas la cause de mort est mécanique. Cet iléus mécanique est souvent méconnu. Aussi, si Ochsner, Gage et Garside (43) déplorent qu'on ne différencie pas suffisamment ces iléus dans les statistiques, ferons-nous remarquer avec Totten (38) qu'il est fréquemment impossible de faire la distinction entre l'iléus paralytique et l'iléus mécanique. Shipley et Bailey (36) ne vont-ils pas jusqu'à dire qu'il est impossible de savoir le nombre de morts dues à l'iléus mécanique chez les opérés d'appendicite compliquée de péritonite.

Deux de nos cas firent des abcès du cul-de-sac de Douglas. Ils durent être évacués par rectomie, un cas évacua spontanément un abcès par le rectum; tous trois guérirent rapidement.

Les fistules ne peuvent être considérées comme complication dans un procédé qui s'en sert comme moyen thérapeutique, mais elles peuvent le devenir si elles ne se ferment pas spontanément et si elles persistent nécessitant un temps opératoire complémentaire. D'abord il y a fistule et fistule, et à ce point de vue, il faut mettre toute la différence du monde entre la fistule que l'on crée en milieu électif avec une technique choisie et la fistule de nécessité qui elle tend à persister et nécessitera des interventions essentiellement graves. Il est malheureux que notre appendicostomie ne mette pas à l'abri de ces fistules dans tous les cas.

Chez 58 des 63 survivants, soit dans plus de 92% des cas, les fistules se fermèrent spontanément avec une moyenne de 34 jours.

Chez cinq opérés les fistules furent fermées chirurgicalement avec succès 78, 84, 102, 208 et 540 jours après leur appendicostomie, deux d'entre eux subirent une hémicolectomie avec iléo-transversostomie et les trois autres une fermeture simple de leur cæcum. Nous croyons juste de mentionner que la durée de ces fistules aurait pu être considérablement abrégée par une intervention chirurgicale plus précoce.

Un appendicostomisé dont la fistule s'était fermée spontanément a vu récemment apparaître une fistulette tolérable dont il devra être opéré. D'ailleurs la question des fistules ne

compte guère en face d'une maladie à mortalité aussi élevée si elles semblent utiles pour sauver un malade, il est toujours temps d'y remédier.

Tous les auteurs ont remarqué le pourcentage élevé de fermeture spontanée chez les fistulisés de l'appendicostomie. Ainsi Jackson (4) de dire: « J'ai habituellement laissé le cathéter en place pour un sept à dix jours. Il n'y a pratiquement plus d'écoulement après son ablation, la petite plaie guérissant en quelques jours. » Dorrance et Nealon (12) ont vu toutes leurs fistules se fermer spontanément en trois à quatre semaines.

C'est la même chose pour Baumgarten (16) qui, sur 19 iléostomies primitives, obtient 18 fermetures spontanées et n'en ferme qu'une seule sur les instances pressées du malade.

Quant aux hernies post-opératoires, Carlucci (44) qui a poussé très loin l'étude de ces hernies les trouve d'une manière typique chez 4.5% des opérés, et, chez 7.2% d'eux, il trouve quelques défectuosités moindres de la paroi, le tout en étudiant 700 cas d'appendicectomie, on peut préjuger que le pourcentage en sera plus élevé dans les lésions largement drainées. Deaver (45) va plus loin et semble convaincu que tous les cas suppurés développent une hernie post-opératoire.

En mettant de côté les défectuosités sans importance de la paroi pour ne retenir que les hernies dignes de ce nom, en mettant de côté celles qui sont concomitantes à une fistule traitée chirurgicalement, nous ne restons qu'avec 5 cas de hernies dont deux où la cure chirurgicale fut facile et trois où la cure chirurgicale serait indiquée.

Si nous ajoutons ces cinq hernies à celles de nos cinq fistules opérées et à celle qui doit être opérée, nous avons un total de 11 hernies sur 63 cas soit un pourcentage de 17.5%.

Dans l'appendicostomie, je crois qu'un simple Mac Burney reste l'incision de choix surtout à ce point de vue; je ne répéterai pas les arguments de ceux qui préconisent l'incision de Mac Burney ni les arguments de ceux qui préconisent le Jalaguier, c'est une dispute bien connue comme un peu celle des cholécystostomistes vs les cholécystomistes, mais j'affirmerai que les hernies des appendicostomies par Mac Burney ne sont pas plus nombreuses que celles qu'occasionnent les larges drainages abdominaux par les autres procédés, tout au contraire. Holder et Wells (39) partagent la même manière de voir et affirment que, d'après les statistiques, il y a beaucoup moins de hernies post-opératoires si on draine par Mac Burney que par toute autre incision.

Quant à moi, je réserve le Jalaguier pour les malades dont l'origine de la péritonite peut prêter à doute.

*
* *

L'hospitalisation de nos appendicostomisés fut plutôt longue, 42 jours en moyenne; malgré les nombreux facteurs appelés à faire varier le temps d'hospitalisation et ne permettant pas de tirer la moindre conclusion, disons que le temps d'hospitalisation des opérés de Jones (19) fut de 18 jours, de ceux de Hur (27) de 24 jours, des cas de McClure et Altmeier (37) de 25 à 26 jours, et des iléostomisés de Baumgarten (16) de 24.6 jours.

Finney (46), sur 240 cas de péritonites opérés par les procédés usuels et étudiés à ce point de vue donne comme moyenne d'hospitalisation 34.7 jours et semble se rapprocher de notre moyenne.

*
* *

Notre étude de la valeur de l'appendicostomie demande pour être suffisamment complète, que nous considérions brièvement quelques-unes des objections courantes que le procédé lui-même fait naître. La première qui vient à l'esprit est la suivante: admettant comme le fait est prouvé, que c'est la terminaison de l'iléon qui présente le maximum de lésions et qui par suite est le siège principal de l'obstruction, de quelle utilité peut être une dérivation intestinale en aval de l'obstacle pour un iléus siégeant plus haut? Je répondrai d'abord que l'obstacle siège à la fois et plus haut et plus bas. C'est Sampson-Handley (55) qui a dé-

montré dans sa théorie de L'ILÉUS DUPLEX que toute péritonite d'origine appendiculaire avait un point de départ inférieur et se diffusait ensuite vers le haut de l'abdomen avec deux endroits principaux où les lésions prédominaient, la portion terminale de l'iléon d'abord puis la sigmoïde ensuite, d'où deux iléus, un iléus supérieur intéressant l'iléon et un iléus inférieur intéressant tout simplement le côlon.

Il nous sera facile d'admettre que l'appendicostomie draine l'iléus inférieur puisqu'elle est en amont de l'obstacle. Mais l'appendicostomie draine-t-elle l'iléus supérieur, oui ou non?

Je répondrai oui, pour la majorité des cas, j'ajouterai pour l'immense majorité des cas; et comme preuve 79 de nos 80 appendicostomisés, pourcentage qui est fort respectable il faut l'avouer, 79 de nos 80 opérés, dis-je, virent disparaître leur ballonnement abdominal à l'opération même ou dans les toutes premières heures, un seul, le N° 80 B.M., ayant présenté un iléus incoercible de son arrivée à l'hôpital à sa mort, ici je crois qu'une appendicostomie fut une erreur et qu'une iléostomie aurait peut-être sauvé ce malade.

Il est même assez curieux d'avoir constaté la disparition de tout météorisme pour les 16 autres morts et pour les 12 cas de péritonites que nous opérâmes après le sixième jour, c'est-à-dire, au temps habituel de l'iléus mécanique.

Vous me direz que la disparition du météorisme n'est pas tout et que la mort relève surtout de l'intoxication de l'organisme par les liquides hypertoxiques du contenu intestinal; Wangensteen (56) semble le constater mélancoliquement pour ses malades drainés apparemment avec succès et qui moururent. Je l'ai déjà mentionné pour certains de nos malades qui semblaient mourir d'intoxication rapide; mais il reste tout aussi vrai qu'habituellement la disparition du météorisme et l'élimination des liquides hypertoxiques vont de paire, et à ce point de vue l'appendicostomie reste une merveilleuse soupape de sûreté.

Avec de pareils chiffres, il faut se rendre à l'évidence et l'objection ne tient plus.

Mais comment expliquer une semblable contradiction apparente entre les notions théoriques et les conclusions qui se dégagent de nos observations, observations qui ont toute la valeur de vrais faits expérimentaux?

Il nous faut admettre que dans ces cas l'obstacle n'est pas aussi incoercible qu'on le croit habituellement, peu importe l'explication qu'on y apporte. D'ailleurs les exemples sont nombreux en pathologie abdominale de fonctions qui sont perturbées par la distension des viscères de voisinage et qui reprennent lorsque ce viscère cesse d'être une nuisance.

Il est juste de dire que dans dix de nos cas, le cathéter introduit dans le cæcum fut poussé dans l'iléon, ici l'objection n'existe même plus, ces malades ayant tous les avantages d'une iléostomie. On objecte à l'appendicostomie que le drainage obtenu par cette méthode peut être obtenu par voie rectale, d'où son inutilité.

Jusqu'à date, nous n'avons jamais été capables d'avoir un drainage rectal comparable à celui de l'appendicostomie avec disparition quasi immédiate des vomissements, des douleurs, du météorisme et rapide élimination des liquides hypertoxiques; j'ajouterai que le drainage par la voie rectale ne nous a jamais donné dans les cas légers ce que nous a donné l'appendicostomie dans les cas graves auxquels nous faisons allusion, et ceci me semble un fait que corroboreraient tous les chirurgiens qui ont la pratique de l'appendicostomie.

On objecte encore à l'appendicostomie les dangers d'inoculation secondaire de la cavité péritonéale par les injections faites dans le cathéter, par la chute prématurée de ce même cathéter, etc.

Ces dangers sont réels, mais nous croyons que si la technique de l'appendicostomie est fidèlement suivie, que si le personnel est entraîné aux soins post-opératoires requis par ces cas, ces dangers deviennent de bien peu d'importance. D'ailleurs il y a une énorme différence entre ce péritoine des péritonites où la défense est amorcée et le péritoine vierge

de certains occlus où vous n'hésitez pas un instant à pratiquer une cæcostomie de dérivation avec les risques qui y sont inhérents.

Une dernière objection naît de cette étude même, elle porte sur la mortalité de l'appendicostomie.

D'abord, bien que nous ayons démontré que le taux moyen de mortalité chez les appendicostomisés de la littérature soit de 13% comparativement au taux moyen de 27 à 45% chez les autres opérés pour péritonite grave d'origine appendiculaire, il reste néanmoins vrai que des opérateurs comme LeGrand Guerry (34), Archer et Young (33) ont une mortalité respective de 5.1% et 8.80%, donc bien inférieur au 13% cité et ceci par les moyens habituels. Alors pourquoi compliquer l'intervention ordinaire? Le fait est exact, mais un argument de même ordre puisque nous tablons sur les meilleures statistiques personnelles semble de mise et je ferai remarquer qu'il y a encore une marge importante entre ces deux statistiques et celle de Jones (19) avec 1.4%.

On nous dira que le taux de mortalité des cas rapportés dans notre étude, soit 21.3%, est élevé, c'est malheureusement vrai. Mais je remarquerai que c'est cependant un taux de mortalité inférieure à celui de 35% que nous donne une série de 80 cas consécutifs opérés antérieurement à notre pratique de l'appendicostomie et pris comme point de comparaison.

Je dois ajouter que ne voulant pas déprécier la méthode à cause d'une mortalité fidèlement rapportée, et si je mets de côté les 16 cas où j'assistai d'autres chirurgiens, cette mortalité tombe considérablement dans les 64 cas qui me sont personnels; ainsi tandis que mes 20 premiers cas donnent 20% de mortalité, les 20 derniers ne donnent plus que deux morts soit 10%. Il est vraisemblable qu'avec une connaissance plus approfondie de l'appendicostomie ce dernier pourcentage puisse être abaissé encore.

*
* *

Voyons maintenant les opinions de différents auteurs sur les cæco-appendicostomies:

Disons immédiatement qu'un grand nombre d'auteurs les ignorent méthodiquement dans leurs traitements des péritonites appendiculaires. Bien plus c'est toute la question du drainage intestinal opératoire, primitif comme secondaire, qui semble battue en brèche, le siphonage lui ayant apparemment donné le coup de grace.

Ignorent l'appendicostomie et préconisent le siphonage Deaver (45) qui accuse les dérivations hautes de mortalité élevée et se rallie au drainage stomacal avant comme après l'opération, McClure et Altmeier (37) qui ne se servent pas de l'entérostomie parce que le siphonage duodénal le remplace avantageusement, Enloe (47) qui se demande si dans la péritonite diffuse l'entérostomie peut être de quelque valeur en dehors des cas d'iléus mécanique, Evans (41), Priestlet et McCormack (48) qui partagent les mêmes idées à peu de différence, et Flynn (49) qui semble nier la valeur des dérivations intestinales en particulier celle de l'iléostomie, tous auteurs qui semblent avoir été plus intéressés aux dérivations secondaires qu'aux primitives et qui ne font que reconnaître la valeur d'un drainage reconnu de tous.

S'il est vrai que c'est avant l'ère du siphonage que Koster (50) arrive à la conclusion qu'une opération pour péritonite ne doit pas consister seulement dans l'ablation de l'appendice et le drainage de la cavité abdominale, mais aussi dans un temps opératoire pour drainer l'intestin, et qu'ainsi la complication (l'iléus) recevra un prompt traitement comme la maladie originelle (la péritonite); que Baumgarten (16), considérant tous les cas de péritonites généralisées d'origine appendiculaire comme des cas d'obstruction intestinale, sinon de fait, du moins en puissance, et basant ses directives thérapeutiques sur cette idée, préconise une iléostomie à l'opération même avant tout accident grave; que Holman (51) fait de l'iléostomie ou de l'entérostomie une intervention bien indiquée dans les péri-

tonites en voie de diffusion; que Rowlands (52) reconnaît que dans les cas vus tardivement avec grande distension une cæcostomie soit primitive soit secondaire peut encore sauver la vie; que Brooks, Clinton et Ashley (8), Pike (11), Willis (15), Jackson (4) se sont faits les ardents défenseurs de l'appendicostomie; il est tout aussi vrai que c'est en pleine connaissance du drainage duodénal et en ces toutes dernières années que nombre d'auteurs préconisent l'appendicostomie.

Ainsi Totten (38) lui reconnaît des indications nettes, Leffel et Léonard (29) en reconnaissent la valeur; Mæs (24) de la Nouvelle-Orléans la pratique habituellement et la préconise; Zorraquin (22) dit qu'à l'hôpital Penna l'appendicostomie est une intervention de routine; Loveland (53) la loue dans les cas graves tout en remarquant qu'il est souvent impossible de dire quels sont les cas qui en bénéficieront; Dorrance et Nealon (12) la considèrent comme un important facteur de diminution de la mortalité et de la morbidité dans les ruptures appendiculaires; Brooks (54) remarque que ce point de technique a sauvé plusieurs vies et que plusieurs seraient sauvés par cette intervention qui à sa connaissance n'est jamais nuisible; De Courcy (26) en étend les indications aux ruptures appendiculaires avec de magnifiques résultats et dit: « Nous n'affirmons pas que tout patient guérira avec ce procédé de décompression, mais qu'il devient usuel de voir guérir des patients qui autrefois seraient morts avec les anciennes méthodes »; et Jones (19) enfin a pour lui sa magnifique statistique qui parle par elle-même.

*
* *

Comme **conclusions**, il ne faut jamais oublier:

que toute péritonite généralisée ou même largement diffusée d'origine appendiculaire se double ou peut se doubler à un moment donné d'un iléus qui en fait toute la gravité;

que le traitement ou la prévention d'un tel iléus doit être la préoccupation de tout chirurgien;

que si dans le traitement d'un tel iléus les dérivations hautes ont été avantageusement remplacées par le siphonage à la Wangensteen, les dérivations basses, particulièrement l'appendicostomie facile et rapide d'exécution conservent toute leur valeur et peuvent rendre d'inappréciables services.

BIBLIOGRAPHIE

1. Edgar P. HOGAN: « The appendix problem. » *Annals of Surgery,* mai 1937, p. 815.
2. MIXTER: *Boston Med. and Surg. Jour.,* vol. CXXXII, p. 206.
3. GEBHARDT: « Die Enterostomie in der Prophylaxe and Therapie der Peritonitis. » *Deutscheztschr. f. Chir.* 74: 20. 1904.
4. B. H. JACKSON: « Appendico-cæcostostomy in cases of fulminating appendicitis with peritonitis. » *Am. J. Surg.,* 1917 XXXI, p. 121.
5. A. CAUCCI: « L'appendicostomia tecnica, indicazioni, risultati. » *Clin. Chir., Milano,* 1920, n. s. ii., pp. 156-193.
6. Harold J. SHELLEY: « Enterostomy; a consideration of the literature. » *Arch. Surg.,* 1932 XXV, pp. 943-957.
7. BRUSSOCK: « Appendico-cæcostomy in severe appendicitis » *Marquette Univ. School Med.,* 9 pages 4°, Milwaukee, 1924-25.
8. BROOKS C. D., CLINTON W. R. et ASHLEY L. B.: « Enterostomy, its surgical importance. » *Surg., Gynec & Obst.,* 1926, 372, sept.
9. E. M. MIERS: *Kansas Medical Society,* mars 1927.
10. COTTE, G. et BERTRAND, P.: « Sur quelques indications de l'appendicostomie. » *Lyon chir.,* 1928, XXV, 305-320.
11. H. PIKE: « Value of cæcostomy and enterostomy in acute peritonitis. » *M. J. & Rec.,* 1930, CXXXII, pp. 328-329, oct. 1.
12. DORRANCE, G. M. & NEALON, S. W., Jr.: « The use of cæcal drainage in ruptured appendicitis. » *New York State J. Med.,* 1935, XXXV, pp. 119-120. 1931, CCXXXII, 345-363.
14. Victor PAUCHET: « L'appendicostomie: procédé économique du drainage cæco-colique (cæcostomie minima). » *Rev. chir., Par.,* XIX, pp. 349-360.
15. WILLIS, J. C.: « Rupture of appendix and its management. » *New Orleans M. & S. J.,* 1932, LXXXIV, pp. 518-523, janvier.
16. BAUMGARTEN E. C.: « Primary ileostomy in the treatment of generalized peritonitis. » *J. Michigan M. Soc.,* 1932, XXXI, p. 257.

17. GABRIEL, W. B.: « Appendicostomy. » *Post-Grad. M. J.*, 1933, IX, pp. 136-142, avril.

18. SENTELL, S. S.: « Use of cæcostomy in treatment of ruptured appendicitis. » *Tri-State M. J.*, 1933, V, pp. 1143-1146, août.

19. JONES, E.: « Appendicostomy in cases of ruptured appendix associated with diffuse general peritonitis. » *Ann. Surg.*, 1934, XCIX, p. 640, avril.

20. Edward Raymond EASTON & William James WATSON: « Analysis of 100 complicated cases of acute appendicitis. » *Surg., Gyn. and Obst.*, avril 1934, p. 762.

21. G. T. BOWERS: « Appendicostomy. » *Nat. Eclec. M. As.*, 1934, XXVI, 53-59.

22. ZORRAQUIN, G.: « Surgical therapy of grave appendicitis with doubtful prognosis; appendicocæcostomy. » *Semana Med.*, 1934, I, pp. 1676-1677, mai 31.

23. MATTINGLY, C. W.: « Cæcostomy in treatment of ruptured appendix and peritonitis. » *New Orleans M. & S. J.* 1934, LXXXVII, pp. 31-32, juillet.

24. Urban MAES: « The mortality of acute appendicitis; and analysis of 156 fatalities. » *New Orleans M. & S. J.*, 1936, XC, p. 118, sept.

25. LEONARD, E. D. & DEROW, S.: « Mortality factors in acute appendicitis; study of 1000 cases. » *N. Eng. J. Med.*, 1936, CCXIV, p. 52, 9 janvier.

26. De COURCY, J. L.: « Care of the ruptured appendix; reduction of mortality to 4% in series of 50 cases. » *Surg., Gynec. & Obst.*, 1936 LXIII. p. 756, décembre.

27. HUR, D. E.: « A critical study of mortality in appendicitis. » *Illinois M. J.*, 1936, p. 447, mai.

28. HOSEMAN, H.: « Prophylactic appendicostomy in therapy of severe purulent perforation peritonitis; 11 cases. » *Arch. f. klin. Chir.*, 1937, CXC, pp. 164-197.

29. LEFFEL, J. M. et LEONARD, H. S.: « A study of appendicitis. » *J. Indiana M. A.*, 1938, xxxi, p. 169, avril.

30. KEHL, G. W. & RENTSCHLER, C. B.: « Acute appendicitis complicated by peritonitis; immediate and late results in 126 consecutive cases. » *Am. J. Surg.*, 1935, XXIX, pp. 373-378, sept.

31. Arthur C. PATTISON: « Factors in the mortality of acute appendicitis. » *Annals of Surg.*, p. 362, mars 1936.

32. ASTLEY, P. C. et ASHHURST: « The mortality in appendicitis. » *Annals of Surg.*, janvier 1927, p. 89.

33. François ROY: « Appendicite aiguë avec péritonite. Traitement et mortalité. » *Laval Médical*, juin 1938, p. 202.

34. BUNCH, Georges H. et DOUGHTY, Roger: « The treatment of acute appendicitis. » *Annals of Surg.*, juillet 1937, p. 42.

35. ARNHEIM, Ernest E. et Harold NEUHOF: « A lowered mortality in acute appendicitis and the basis therefor. » *Surg. Gynec. and Obs.*, août 1934, nº 1, p. 189.

36. SHIPLEY, Arthur M. et BAILEY, Hugh A.: « Treatment of Appendicitis complicated by peritonitis. » *Annals of Surg.*, octobre 1932, p. 557.

37. McCLURE, Roy D. et ALTEMEIER William A.: « Acute perforated appendicitis with peritonitis. » *Annals of Surg.*, mai 1937, p. 800.

38. TOTTEN, Harold P.: « Mortality factors in appendicitis with perforation. » *Ann. of Surg.*, décembre 1937, p. 1035.

39. HOLDER, Hall G. et WELLS, John Thorpe: « Survey of appendicitis in San Diego. » *Surg. Gyn. and Obst.*, 1er février 1937, p. 239.

40. BOWER, John O., BURNS, John C. et MENGLE, Harold A.: « Induced spreading peritonitis complicating acute perforative appendicitis. » *Surg. Gynec. and Obst.*, juin 1938, p. 947.

41. EVANS, R. L.: « Value of enterostomy in intestinal surgery. » *Am. J. Surg.*, 1934 XXIV, p. 53, avril.

42. Guilford S. DUDLEY: « Paralytic ileus as a complication of acute appendicitis. » *Annals of Surg.*, nov., 1926, p. 729.

43. Alton OCHSNER, I. M. GAGE et Earl GARSIDE: « The intra abdominal post operative complications of appendicitis. » *Annals of Surg.*, avril 1930, p. 544.

44. Gaston A. GARLUCCI: « Abdominal Wall Defects foolwing Appendicectomy. » *Annals of Surg.*, déc. 1934, p. 1177.

45. John B. BEAVER: « An opinion on the present high operative mortality in acute appendicitis. » *Surg., Gynec. and Obst.*, oct. 1930, p. 529.

46. FINNEY, J. M. T.: « Appendicitis » *Surg., Gynec. and Obst.*, 15 février 1933, p. 361.

47. ENLOE, D. C.: « Peritonitis. » *Texas State J. Med.*, 1937, XXXIII, pp. 554-556, déc.

48. PRIESTLET, J. T. et McCORMACK, C. J.: « Generalised peritonitis secondary to rupture of the appendix; with special reference to serumtherapy. » *Surg., Gynec. and Obst.*, 1936, LXIII, 675, nov.

49. FLYNN, C. W.: « Acute peritonitis, various causes, diagnosis and treatment. » *Texas State J. Med.*, 1931, XXVII, 456.

50. KOSTER, H.: « Complemental enterostomy in the treatment of neglected cases of acute cases of appendicitis. » *M. J. and Rec.*, 5 décembre 1928.
51. HOLMAN, C. J.: « Ileostomy in acute peritonitis. » *Minnesota Med.*, juin 1927, p. 369.
52. ROWLANDS, R. P.: « Operations for acute appendicitis. » *Guy's Hosp. Rep.*, 1925, LXXV, 322.
53. LOVELAND, J. E.: « A lowered death rate for acute appendicitis. » *Am. J. Surg.*, 1936, XXXI, p. 87, janvier.
54. BROOKS, C. D.: « The tragedy of appendicitis. » *J. Michigan State M. Soc.*, juillet 1935.
55. HANDLEY, W. S.: « Acute « general » peritonitis and its treatment. » *Brit. J. Surg.*, 1925, XII, p. 29.
56. Owen H. WANGENSTEEN: « Rationalizing treatment in Acute Intestinal Obstruction. » *Surg., Gyn. and Obst.*, février 1937, vol. 64, nº 2 A.

LE TRICENTENAIRE DE L'HÔTEL-DIEU DE QUÉBEC

Programme des journées médicales [1]

Le mercredi, 30 août, à 10 h. 30 du matin
Salle du Sacré-Cœur

Séance Clinique

Présidée par le Professeur J.-B. Jobin

1° *M. le Dr Jean Lacerte*, ophtalmologiste: Les conjonctivites.

2° *M. le Dr Chs Vézina*, chef du service « A » de chirurgie: Les appendicites aiguës.

3° *M. le Dr Emile Gaumond*, dermatologiste: Les sulfamidés.

4° *M. le Dr Jos. Caouette*, chef du service de gynécologie: Cancer de l'utérus.

5° *M. le Dr André Simard*, urologue: Les rétentionnistes.

6° *M. le Dr Richard Lessard*, cardiologue: Traitement de l'asystolie.

7° *M. le Dr Jean-Paul Dugal*, gastro-entérologue: Diagnostic précoce du cancer de l'estomac.

Le jeudi, 31 août, à 10 h. 30 du matin
Salle du Sacré-Cœur

Séance Clinique

Présidée par le Professeur Chs Vézina

1° *M. le Dr Paul Painchaud*, oto-rhino-laryngologiste: Les otites.

2° *M. le Dr Oscar Garant*, gynécologiste: Les leucorrhées.

3° *M. le Dr J.-B. Jobin*, chef du service de médecine: Traitement médical et indications opératoires de l'ulcère gastro-duodénal.

4° *M. le Dr J.-L. Petitclerc*, chef du service « B » de chirurgie: Le traitement des plaies.

5° *M. le Dr Berchmans Paquet, B.P.H.*, hygiéniste de la ville de Québec: La vaccination anti-diphtérique.

6° *M. le Dr L.-N. Larochelle*, endocrinologiste: Le traitement de la migraine.

7° *M. le Dr Frs Roy*, chirurgien: Le traitement des panaris.

1. Nous ne pouvons, dans ce numéro de septembre, que reproduire le programme des « Journées Médicales » organisées à l'Hôtel-Dieu de Québec, à l'occasion des fêtes du tricentenaire de cette vénérable Institution. Nous nous réservons le plaisir de publier intégralement, dans des livraisons ultérieures, certains des travaux communiqués et un résumé substantiel des autres.

PROFIL CRIMINOLOGIQUE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE [1]

Par

Antonio BARBEAU et **Paul LECAVALIER.**

Parmi les petits morceaux de marbre, de terre cuite ou de glaise qu'emploient les mosaïstes, il en est dont la forme ne permet l'entrée que dans un nombre restreint de combinaisons. D'autres, presque amorphes, peuvent servir à créer une multitude de dessins. C'est avec ces derniers, évidemment, que l'imagination ou l'inspiration de l'artiste se donne le plus facilement libre cours.

Ainsi, en présence des faits, les écoles philosophiques ou scientifiques apprécient, groupent, synthétisent. Tantôt limitées dans leurs systématisations par les faits eux-mêmes, tantôt extrêmement libres devant la malléabilité des éléments sur lesquels elles travaillent. Dans le premier cas, les conclusions de toutes ont chance d'être très semblables; dans le second, il est *a priori* peu probable qu'elles puissent se superposer. Plus un fait est découpé, moins il laisse place à la spéculation. Et inversement.

Deux grandes écoles, l'anglo-saxonne et la latine, se font face en psychiatrie. Elles observent chez les patients des symptômes qu'elles essaient de réunir en syndromes et en maladies. Tâche relativement facile quand les troubles psychiques s'accompagnent de signes physiques ou biologiques francs, caractéristiques, indiscutables. Alors, les deux écoles s'accordent pour édifier sur des constatations communes une nosographie uniforme. Ce qu'elles firent pour la paralysie générale et les arrêts de développement intellectuel. Les symptômes, petites pièces préformées, ne pouvaient entrer que dans de rares assemblages morbides. Ailleurs les signes sont banals, neutres, susceptibles de participer à des combinaisons indéfinies. On les retrouve dans un très grand nombre d'états dissemblables. Ils n'ont en eux-mêmes rien de spécifique. C'est leur réunion plus ou moins élective dans le temps et dans l'espace, leur évolution, qui seule permet une individualisation nosographique. Et individualisation d'autant plus libre, d'autant plus sujette au subjectivisme des auteurs. Les meilleures classifications ont naturellement alors deux faiblesses. Plus ou moins artificielles, elles ne s'incorporent les cas concrets que de force souvent, et plusieurs n'y peuvent entrer qui restent en marge. D'où au sein d'une même école, et à plus forte raison pour deux écoles opposées, des interprétations doctrinales différentes. Rien n'illustre mieux ce phénomène que l'histoire de la démence précoce.

On note dans plusieurs maladies mentales des modifications du caractère et de l'humeur; l'apathie, l'irritabilité, l'instabilité succèdent à la vivacité, au calme, à l'égalité. Il n'est pas rare de voir s'installer au cours de maintes psychoses la fatigabilité, l'inertie, la paresse intellectuelle, l'inattention, l'aspontanéité, l'agressivité, la diminution ou l'inversion des sentiments affectifs et moraux, l'indifférence à l'égard des personnes, des choses, voire de soi-même. Il est déjà moins banal, mais encore assez courant, de constater chez les aliénés des périodes d'agitation, de dépression, de stupeur, de maniérisme, des hallucinations diverses, des interprétations délirantes, des attitudes figées, des manifestations instinctives hystériformes, des bizarreries gestuelles, des grimaces immotivées, des rires explosifs, des pleurs subits... inexplicables pour l'observateur. On est beaucoup moins souvent en présence d'une inémotivité foncière, d'une

1. Nous tenons au début de ce travail à remercier Monsieur le docteur Daniel Plouffe, directeur médical de l'hôpital de Bordeaux qui a signé la plupart des formules B et B annexes relatives à l'internement de nos malades, Monsieur le docteur Sylvio Lafortune, gouverneur de la Prison de Montréal, qui nous a permis l'accès aux dossiers judiciaires de son département, Maître Antonio Lamer qui a vérifié l'orthodoxie de nos minces connaissances légales, Monsieur Gérard Lacasse, secrétaire de l'hôpital de Bordeaux qui nous a aimablement fourni certains renseignements.

indifférence sentimentale choquante, d'un hiatus profond creusé entre l'individu et le réel...

Mais, encore un coup, ces symptômes, nous les retrouvons tous, diversement colorés, dans plusieurs maladies mentales. Aucun d'eux n'est pathognomonique de la démence précoce. Seules, leur réunion déterminée dans l'espace et l'évolution de leur association dans le temps prennent une certaine signification diagnostique. Avec ces éléments, les psychiatres ont donc jonglé, comme feraient plusieurs mosaïstes avec des blocs amorphes, pour constituer une typologie clinique multiforme. Rappeler ces tentatives de groupement nosographique fera peut-être mieux comprendre le sujet dont nous traitons.

C'est Morel, psychiatre français, qui le premier vers 1850, employa le terme démence précoce pour désigner l'épisode terminal d'une folie atteignant des jeunes gens plus ou moins héréditairement tarés. Mais c'est le maître de la psychiatrie allemande, Kraepelin qui, en 1893, donna à ce vocable une extension plus considérable et réunit sous cette étiquette quelques syndromes antérieurement décrits.

Et d'abord, la démence précoce simple. Essentiellement caractérisée: 1° dans la sphère intellectuelle, par un amoindrissement du jugement et du raisonnement, une incapacité relative pour tout effort psychique, une anarchie insolite dans l'association des images et des idées, de l'inattention spontanée, de la difficulté à mémoriser les données nouvelles et à utiliser les données déjà connues; 2° dans la sphère affective et morale, par l'émoussement de l'affectivité, l'indifférence émotionnelle profonde à l'endroit des êtres, des choses et de soi-même, les larmes et les rires apparemment incohérents, une incompréhension du réel vraiment colossale, l'existence de perversions instinctives à la base des haines familiales les plus étranges. Le tout sur un fond de nonchalance, d'inertie et d'apathie. L'évolution se déroule rapidement. Débutant insidieusement vers l'âge de 16 ou 18 ans chez des sujets chargés ou non d'hérédité mauvaise, elle met à peine quelques années pour faire du malade une loque humaine, gâteuse, abjecte et démentielle. Ce tableau désespérant, Morel l'avait déjà très bien vu et très bien dessiné.

En 1863 et en 1874, un auteur allemand célèbre, Kallbaum, décrivit successivement deux syndromes évoluant sur un même fond d'affaiblissement intellectuel. Le premier (*hébéphrénie*) présente, en sus des phénomènes de la démence précoce simple, des phases successives d'excitation, de stupeur et de dépression. Les tendances à la niaiserie, au maniérisme gestuel, au rire et aux grimaces immotivées, aux idées baroques, grotesques, transitoires y sont au maximum. Elles marquent l'évolution de l'ensemble symptomatique qui, débutant un peu plus tardivement que dans la démence précoce simple, se termine aussi dans la démence apparemment complète.

Le second syndrome de Kallbaum (*catatonie*) possède comme caractères spéciaux, une sorte de rigidité musculaire qui lui donne son nom, une opposition très marquée aux suggestions de l'ambiance (négativisme) alternant avec une suggestibilité inouïe, un anormal maintien des attitudes et une répétition incessante des mêmes gestes (stéréotypies), des périodes de stupeur ou d'agitation avec impulsions brutales, des hallucinations ou des illusions nombreuses mal systématisées. La démence terminale est habituelle sinon constante et à échéance plus lointaine que dans l'hébéphrénie.

Enfin, en 1899, Kraepelin ajoute aux trois formes cliniques précédentes, une autre variété de démence précoce qu'il appelle *paranoïde*. Sa première présentation est trop compréhensive. Il la circonscrira en 1913. Elle comprend dès lors, outre les éléments de la démence précoce simple et accessoirement des hallucinations polymorphes, des idées délirantes de persécution ou de grandeur, plutôt isolément fixées que systématisées les unes par rapport aux autres. La démence est très retardée.

Pour l'école allemande, généralement acceptée, la démence précoce se présentait donc,

nosographiquement parlant, aux environs de 1920, selon quatre formes assez nettement établies: formes simple, hébéphrénique, catatonique et paranoïde. Les psychiatres eurent tôt fait cependant de se convaincre que ces types cliniques, schématiques bien que réels, étaient rarement purs. Les symptômes se succèdent et s'intriquent dans le temps. Tel dément précoce simple devient bientôt hébéphréno-catatonique. L'hébéphrénie et la catatonie sont quasi toujours entremêlées. Et le paranoïde, quoique plus tardivement, prend finalement l'allure générale. Assez proprement définies à leur période d'état, les variétés simple, hébéphréno-catatonique et paranoïde se ressemblent étrangement à leur point de départ comme à leur point d'arrivée.

La période de début ou d'augmentation de la démence précoce est en effet toujours sensiblement la même. Les troubles de l'humeur et du caractère, la modification des sentiments affectifs et moraux, l'inertie physique, intellectuelle et émotionnelle apparaît chez tous les malades. De même, la terminaison de la psychose est semblable. C'est la démence tantôt calme, tantôt agitée. Incidemment, peut-on parfois, chez le dément précoce complètement évolué, retracer par tel ou tel signe discret la forme présentée à la période d'état.

En résumé ces types cliniques existent. Tous les psychiatres dans tous les asiles du monde les ont retrouvés et trop fréquemment hélas! Si bien qu'à l'heure actuelle il n'est pas déraisonnable de considérer la démence précoce comme un groupe assez hétéroclite d'états morbides (dementia simplex, hébéphrénique, catatonique, paranoïde) dont l'élément commun est l'affaiblissement intellectuel, primitif ou non, à marche plus ou moins rapide survenant chez des sujets jeunes. L'unité de la maladie s'appuierait sur l'interchangeabilité des types cliniques dans le temps et sur la similitude de leurs débuts et de leur point d'arrivée. De sorte que formes simple, hébéphrénique, catatonique ou paranoïde peuvent se présenter, ainsi que le dit excellemment G. Deny, comme les espèces d'un genre unique: démence précoce.

La cause essentielle, la lésion fondamentale, le mécanisme déterminant, la thérapeutique salvatrice, on les ignore. En fait, il est *a priori* peu probable qu'il existe une cause, une lésion, un mécanisme identique pour des groupements symptomatiques aussi dissemblables. Pourtant, on a cherché dans le monde entier à prouver cette étiologie, cette pathogénie, cette thérapeutique univoques. Et, chose étrange, ces recherches ont abouti à un nouveau démembrement de cette protéiforme maladie.

La désignation même de la démence précoce prête à la discussion. On a prouvé que la démence n'était pas toujours franche et, quand elle existe, qu'elle n'est pas toujours véritablement précoce. Pour l'étiologie, on a incriminé une hérédité quelconque. On pense à la tuberculose. La preuve est faite ni de l'une ni de l'autre. L'anatomie pathologique est encore imprécise. La pathogénie est discutée. Déjà Régis, psychiatre bordelais, distinguait une démence précoce essentielle et une autre, acquise, d'origine toxique, sorte de confusion mentale indéfiniment prolongée. Mais c'est surtout dans le domaine de la pathogénie que la bataille s'est faite. On a d'abord nié que l'affaiblissement démentiel — d'ailleurs plus apparent que réel — fût primitif. Il s'agirait essentiellement d'une perturbation affective: désintéressement d'abord, puis dissociation d'avec le réel, voire dissociation intrapsychique. Les éléments psychiques sont intacts; leur synthèse et surtout leur synthèse sur le plan et à fin du réel est inadéquate. C'est la *schizophrénie*, du préfixe grec, schizo, qui se traduit par dissociation. Cette notion, entrevue par Chaslin, fut reprise par Bleuler. Pour cet auteur toute démence précoce serait essentiellement schizophrénique. En d'autres termes, la notion de dissociation d'avec le réel serait le critère qui permettrait d'affirmer la démence précoce. Les autres symptômes ne seraient qu'accessoires.

Cette thèse, brillamment soutenue par l'école suisse, a trouvé d'ardents défenseurs. Certains psychiatres disent indifféremment démence précoce ou schizophrénie. D'autres ne disent plus même que schizophrénie. Il est d'abord indiscutable que la schizophrénie existe, que certains malades, qui n'atteignent jamais la démence, se comportent comme s'ils pensaient et sentaient en dissociés d'avec le réel. Est-ce à dire que tous les déments précoces sont déments précoces à cause de cela?

Remarquons d'abord qu'à ce titre tous les aliénés, qui sont en marge de la société, seraient des schizophrènes; puisque, au stage terminal surtout, aucun air de famille ne rattache cliniquement les schizophrènes et les déments précoces classiques. Le lien n'apparaît pas qui permettrait de réunir dans un cadre nosographique unique schizophrénie et démence précoce.

Et c'est en cela que présentement les écoles anglo-saxonne et latine s'affrontent. Les auteurs anglo-saxons adoptent volontiers la classification de Kraepelin telle qu'exprimée récemment par Bleuler. La plupart des psychiatres français sinon tous, partagent plutôt la conception d'Henri Claude. Les premiers estiment qu'il existe une démence précoce-maladie, que l'on peut appeler encore schizophrénie — si l'on songe au mécanisme pathogénique. Elle se présente selon quatre types fondamentaux d'ailleurs réversibles dans le temps et dans l'espace. Ce sont: les démences précoces simple, hébéphrénique, catatonique et paranoïde. Toutes ont pour caractère essentiel une dissociation profonde d'avec la réalité extérieure ou intérieure. La démence n'est pas véritable et partant n'est pas irréversible. Ce qui qualifie tel ou tel type clinique, c'est l'apparition accessoire de tel ou tel ordre de phénomènes: Attitudes bizarres dans le comportement statique ou dynamique; états successifs d'agitation, de dépression ou de stupeur; hallucinations plus ou moins persistantes, plus figées encore que systématisées. Décors mobiles d'un drame toujours le même.

Pour l'école française au contraire, il s'agit d'un assemblage hétéroclite de syndromes essentiellement disparates. Il y a d'abord la démence précoce véritable telle que vue et décrite de longtemps par Morel: jeunes gens, tarés ou non héréditairement, sombrant précocement dans une démence réelle et profonde. Il y a encore des états confusionnels primitifs ou non, entachés d'agitation maniaque ou de mélancolie dont l'origine est manifestement toxi-infectieuse et dont la symptomatologie est habituellement hébéphréno-catatonique. En troisième lieu, on note des états monstrueux de dissociation psychique correspondant à la notion de schizophrénie telle que décrite par Bleuler.

Cette schizophrénie est singulière. La démence n'y est qu'apparente. Les matériaux de la pensée sont intacts; le trouble primitif tient à des perturbations affectives, à des complexes sentimentaux, à la libération de certains automatismes mentaux. La schizophrénie, étape franchement anormale, n'est que le terme d'une constitution mentale plus ou moins évoluée dont les états divers (schizoses) sont marqués au coin d'un accaparement des éléments intellectuels et volontaires de la personnalité par la vie affective, par une introversion intense dans la vie intérieure aux dépens des rapports avec le réel. Ces degrés constitutionnels s'en vont de la schizoïdie en passant par la schizomanie, jusqu'à la schizophrénie proprement dite. Il y a une différence qui saute aux yeux entre l'inertie pragmatique ou l'agitation incohérente du stage terminal des démences précoces classiques et la conservation de l'activité élémentaire intellectuelle et affective de certains schizophrènes très avancés, activité qui, sur le plan du rêve, peut créer parfois d'instables mais rutilantes fantasmagories.

> ...« Blanche fille aux cheveux roux
> Dont la robe par ses trous
> Laisse voir la pauvreté
> et la beauté »...
> *A une mendiante rousse.*
> (Baudelaire.)

En résumé, sous le terme démence précoce se trouvent englobés plusieurs syndromes psy-

chiatriques essentiellement différents les uns des autres. Ce qui complique encore la mise au point nosographique, c'est que chacun de ces syndromes s'entoure d'un halo d'états mentaux qui, lui ressemblant étrangement, ne sont quand même pas tout à fait lui. Il n'y a pas de signe pathognomonique ni dans la sphère du psychisme ni dans celle du physique. Facile relativement aux périodes d'état et au stage terminal, le diagnostic est très laborieux au début. Les nuances sont très difficiles à saisir qui séparent l'agité ou le neurasthénique jeune du dément précoce imprécis... Seule l'évolution dans le temps confirme ou infirme une impression première. Les états compris sous la rubrique démence précoce possèdent des cousinages innombrables.

Aussi bien, nous sommes-nous gardés, dans cette étude criminologique de la démence précoce, de nous fier aveuglément aux diagnostics provisoires posés à l'entrée des malades dans notre service. Nous avons vérifié longuement des centaines de dossiers; nous avons réexaminé tous nos malades présents à l'hôpital, nous avons changé quelques impressions, quelques étiquettes? Nous avons tâché de ne conserver dans notre statistique que les cas authentiques de démence précoce, jugés à la lumière des définitions précédentes. Nous ne prétendons pas à l'infaillibilité. Nous avons fait l'impossible pour ne pas trop errer dans le diagnostic, et donc pour placer, à la base de ce travail, plus et mieux qu'une seule impression clinique.

FRÉQUENCE DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

« Notre asile renferme un nombre énorme de jeunes gens de l'un et de l'autre sexe ainsi tombés prématurément en démence, et la dénomination de démence juvénile est aussi fréquemment employée par nous que celle de démence sénile. » Cette phrase de Morel, dans laquelle il faut souligner l'adjectif *énorme,* fut écrite en 1852. En 1939, les choses n'ont pas changé. Enorme toujours est l'affluence des déments précoces dans les asiles. En regard des autres psychoses, elle représente, dans la multitude des statistiques que nous avons consultées, tantôt le 1/4, tantôt le 1/3 selon l'extension plus ou moins grande que donnent au terme démence précoce les différentes écoles psychiatriques. Cette abondance de malades pose, du point de vue médical, social, économique, un problème colossal, inquiétant, alarmant.

A quoi faut-il attribuer cette fréquence de la démence précoce dans les hôpitaux spécialisés? A notre sens, plusieurs facteurs en sont responsables. En premier lieu sont groupés sous la rubrique conventionnelle dite démence précoce maints états morbides différents, qui plus tard seront dénombrés en autant de maladies distinctes. Deuxièmement, ces états morbides frappent des individus jeunes, et les frappent presque toujours inéluctablement; les malades s'entassent et s'entassent dans les asiles, d'autant qu'à l'inverse de leur psychisme qui se désagrège, leur physique reste longtemps floride. Troisièmement, nos méthodes thérapeutiques sont pour la démence précoce encore très incertaines, en dépit des espoirs que font naître présentement les traitements par les chocs insuliniques répétés et le métrazol.

Et dans la criminologie? Nous ne voulons faire état que de nos propres statistiques. D'avril 1927 au 1er octobre 1938, cadre de notre étude d'ensemble sur la criminologie pathologique dans la province de Québec et particulièrement dans la région de Montréal, 320 déments précoces sont passés à l'hôpital de Bordeaux. Nous en éliminons immédiatement 56 qui nous furent en quelque sorte temporairement prêtés par les hôpitaux St-Michel Archange (13), St-Jean de Dieu (32) et Verdun (61); il s'agit de malades en contravention avec la justice avant juillet 1927, abrités dans nos murs transitoirement pour des raisons administratives diverses. Il en reste 264 qui nous sont venus: du pénitencier St-Vincent de Paul (30), de la Prison de Québec (31), des autres régions de la Province (24), des Etats-Unis (2), du Nouveau-Brun-

swick (1), de la province d'Ontario (1), de la Prison de Montréal (175). Toutefois, nous devons ajouter à ces 175 cas, 9 autres, soustraits au nombre des patients venus du Pénitencier de St-Vincent; ces sujets ont commis leur délit dans notre région pendant la période qui s'étend de 1927 à 1938. Pour fins de comparaison statistique, nous travaillerons donc sur 184 cas; ce qui par rapport aux 905 psychoses venues de la même source, représente 20,3% de démence précoce. (Tableau: 1.)

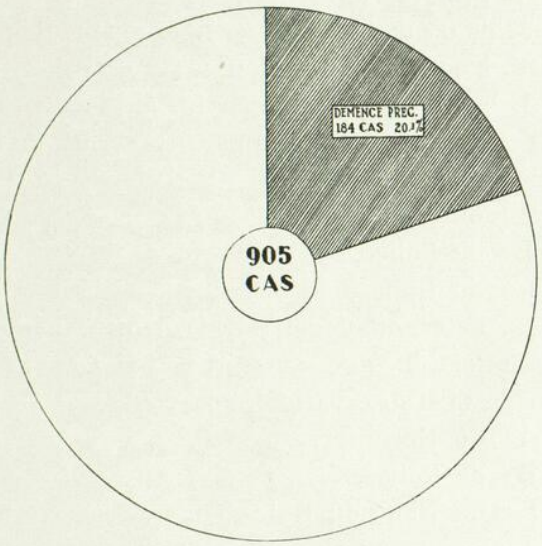


Tableau 1
Pourcentage de la démence précoce par rapport aux autres psychoses.

20,3%, c'est environ le 1/5 des cas. Faible pourcentage si on le met en regard du 1/3 ou du 1/4 que fournissent dans les asiles les déments précoces à un moment donné. Pourcentage considérable cependant si on se rappelle qu'il exprime tout simplement le nombre de sujets venus en contravention avec la justice dans une période fixe, sans qu'intervienne le facteur entassement des déments précoces en présence des autres psychopathies qui guérissent ou qui meurent.

Pour expliquer cette haute participation de la démence précoce en criminologie, nous ne voyons guère que deux facteurs. L'un, inhérent à la maladie même, qu'il faudra vérifier; c'est l'objet de ce travail. L'autre serait peut-être un apport anormal d'étrangers plus particulièrement touchés par cette catégorie de psychose. Or, l'analyse sous cet angle nous a révélé des faits renversants. Sur nos 184 malades, 51 étrangers, soit 28%. (Tableau: 2.) Ils étaient au Canada depuis plus ou moins longtemps.

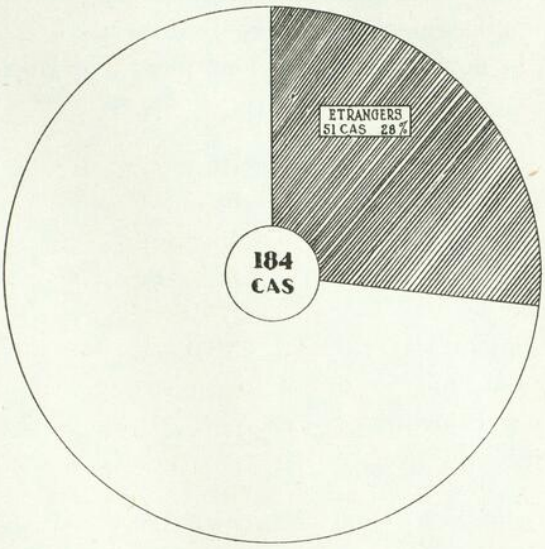


Tableau 2
Pourcentage des étrangers déments précoces.

Durée inconnue:	2
10 ans et plus:	14
5 à 10 ans :	12
2 à 5 ans :	8
moins de 2 ans:	3
moins de 1 an :	12

En thèse générale, nos déments précoces sont relativement évolués quand ils nous arrivent: au minimum un an, deux ans, habituellement 3 ou 4 ans et plus de maladie. A ce compte, 15 au moins de nos 51 étrangers seraient entrés au Canada déjà sous l'emprise de cette implacable maladie, soit environ 30%. Nonobstant notre ignorance des causes réelles et profondes de la démence précoce, nous estimons que nos autres étrangers appartenaient à un stock humain plutôt médiocre; d'une part leur nombre par année est resté à peu près constant en dépit de la crise économique; d'autre part, leur pourcentage dans la criminologie pathologique demeure très élevé.

Révélateur aussi ce fait que 4 de nos criminels les plus dangereux (1 meurtre et 3 tentatives de meurtre) sur 8 cas relevant de la cour du Banc du Roi s'étaient recrutés dans cette légion étrangère.

Sans vouloir en tirer des conclusions définitives, nous présentons dans les deux tableaux ci-dessous la diversité des offenses commises par nos étrangers déments précoces et la nomenclature de leur pays d'origine...

PAYS D'ORIGINE

Pologne	7	Italie	2
Angleterre	13	France	1
Autriche	3	Ukraine	1
Hongrie	2	Pays-Bas	2
Irlande	2	B. W. Indies	1
Roumanie	3	Norvège	1
Etats-Unis	4	Chine	1
Tchécoslovaquie	3	Suisse	1
Finlande	4		

OFFENSES COMMISES

Vagabondage	12	Mendicité	1
Flânerie	8	Caus. Désordre	1
Tent. suicide	6	Port d'arme	1
Dommages	5	Assaut simple	1
Tent. meurtre	3	Hold up	1
Gêner circ.	3	Lésions corp.	1
Tapage	2	Voies de fait	1
Menaces	2	Inf. Lois des che-	
Meurtre	1	mins de fer	1
Incendiat	1		

Pour être considéré comme sujet canadien, l'une des conditions exigées est d'avoir séjourné cinq ans au pays. Avant que ce laps de temps soit écoulé, on peut *déporter* l'étranger; après, on ne peut que le *rapatrier*. Si nous tenions donc à avoir l'indice criminologique réel de la démence précoce parmi les indigènes canadiens, il nous faudrait soustraire de nos 184 cas, 23 sujets arrivés au Canada depuis moins de cinq ans. Cela ramènerait, puisqu'il y a aussi des étrangers dans les autres psychoses, aux environs de 20 à 21% la part relative à la démence précoce dans la criminologie pathologique.

LA DÉMENCE PRÉCOCE EN CRIMINOLOGIE

Nos déments précoces nous furent envoyés par la cour du Recorder, 124 (67,4%), par la cour de Police, 52 (28,3%) et par la cour du Banc du Roi, 8 (4,3%). La paralysie générale nous avait donné 77% de la cour du Recorder, 19,4% de la cour de Police, 2% de la cour des jeunes délinquants, 1% de la cour du Banc du Roi... Déjà, nous avons l'impression d'un indice criminologique beaucoup plus élevé dans la démence précoce que dans la paralysie générale.

Mais il nous faut serrer le problème de plus près. Nous scruterons donc:

I. la criminologie apparente de la démence précoce, telle qu'elle apparaîtrait aux greffes des différentes cours:

A) du Recorder,
B) de Police,
C) du Banc du Roi;

II. la criminologie réelle de cette maladie mentale, telle qu'elle ressort de l'analyse fouillée de nos observations aux cours:

A) du Recorder,
B) de Police,
C) du Banc du Roi.

I. Criminologie apparente

A) COUR DU RECORDER

(Tableau: 3.)

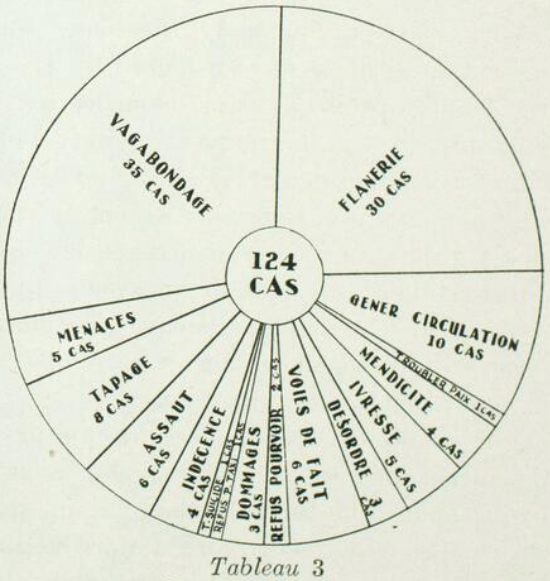


Tableau 3
Cour du Recorder

A l'accoutumée, la cour du Recorder fut notre grande pourvoyeuse de malades. Elle nous a fourni 124 déments précoces, rangés sous 16 chefs d'accusations différentes. Nous allons d'abord examiner leurs cas dans ces cadres primitifs. Puis, en regard de la façon dont on les groupa, nous dirons plus tard de quoi, à notre sens, ils furent réellement coupables. Enfin, nous rechercherons les déterminantes psychiatriques de leurs actes délictieux ou criminels.

Les accusations de vagabondage et de flânerie pullulent; 65 au total: 35 vagabondages et 30 flâneries. Voyons rapidement ce qu'elles couvrent. Et, pour alléger l'exposé, mentionnons seulement la circonstance prochaine de l'arrestation.

1. **Vagabondage** (35 cas):

a) *Malades qui se rendent d'eux-mêmes au poste de police.*

B.-167. Demande du travail. Paraît mentalement troublé. On le détient.

B.-362. Agité et incohérent. Veut savoir pourquoi tel policier parle contre lui et désire tellement lui trouver « une petite place ».

B.-420. Sollicite du secours. Paraît anormal.

B.-327. A quitté son domicile depuis quelques jours. Erre deci delà. Finalement se plaint qu'il a des os dans le nez.

B.-731. Réclame du travail en se disant le Saint-Esprit.

B.-739. Agité, poussé par ses hallucinations, il quête la somme de dix dollars aux officiers de police.

b) *Sujets que les officiers d'institutions diverses désignent à la police.*

B.-1224. Sollicite du bureau de l'Immigration américaine un passeport pour New-York. C'est, dit-il, une influence irrésistible qui le pousse à se rendre dans la métropole américaine.

B.-722. Confus, affirme aux médecins de l'hôpital Victoria que des gens l'empoisonnent.

B.-280. Exige, avec menaces, du travail à l'Hôtel de Ville de Westmount.

B.-382. Sans passeport, sans billet et très agité, veut se glisser à bord d'un bateau en partance pour l'Angleterre.

c) *Malades dont la famille et les amis s'inquiètent ou se plaignent.*

B.-540. S'est enfui de chez lui. On l'arrête dans un restaurant.

B.-564. Le soir, sort de la maison de ses parents et se promène à quatre pattes dans la cour.

B.-950. A quitté son domicile; on le ramasse couché dans un parc.

B.-230. Refuse de travailler. A la maison, sa mère le craint et demande qu'on l'arrête.

B.-252. Croit que tout le monde dans la pension où il demeure veut le tuer. La propriétaire, apeurée, provoque l'arrestation.

B.-655. Fait du chahut dans une manufacture; tous ses camarades, pense-t-il, parlent contre lui et lui veulent du mal.

B.-870. Réfugié au Meurling, il y fait du tapage.

B.-570. Laisse sa famille pour se retirer chez sa belle-sœur. Craintive, celle-ci appelle la police.

B.-740. Abandonne le foyer paternel. Couche sur une véranda. Le propriétaire avertit la police.

B.-606. Refuse de travailler et de retourner chez ses parents. Son beau-frère le dénonce.

B.-830. Son comportement cause des craintes à sa sœur qui le fait arrêter.

B.-981. Menaces à sa femme. Elle retourne chez sa mère. Le malade rôde autour de la maison. Sa femme porte plainte.

d) *Malades pour lesquels la police prend l'initiative de l'arrestation.*

B.-229. A retiré de la banque par $25. et $50. la somme de $1000. qu'il a en poche quand il part de la demeure de ses parents. On le voit ramasser des bouts de papier sur le chemin.

B.-231. Agité et incohérent. En pleine nuit, fait dans la rue un tapage infernal.

B.-251. Hallucinations visuelles: croit voir des gens sauter dans une vitrine. Il se démène, gesticule... on l'arrête.

B.-453. Parle, crie, chante sur la chaussée. On lui demande où il va. « Bummer », répond-il.

B.-748. Se dit le Roi-Mage du Pays..., l'enfant du Frère André, le Saint-Esprit. Il fait des sermons sur la voie publique.

B.-894. Proclame bruyamment qu'il a reçu de Dieu et du Pape, la mission de réformer le parti communiste.

B.-1013. Sur le trottoir, répond avec force gestes aux messages qu'il dit recevoir par radio.

B.-1045. Déambule sur le chemin en pleine nuit, parlant seul.

e) *Malades pour lesquels nous ne possédons aucun détail sérieux relatif à l'arrestation.*

B.-165. A notre examen, plusieurs jours plus tard, se proclame le roi de l'univers. Désorienté dans le temps et l'espace, logorhéique, en agitation maniaque.

B.-670. Ancien malade de St-Jean de Dieu. Nous raconte qu'il subit des influences magnétiques et qu'avant son arrestation il cherchait le bon Dieu partout de par la ville, sûr de l'y trouver quelque part.

B.-231. Nous affirme que sa mère, sur laquelle il s'est déjà porté à des voies de fait, est responsable des nombreuses misères qu'il a éprouvées au dehors: perte de ses emplois, empoisonnement de sa nourriture avec de l'urine, des toxiques, etc...

B.-181. En salade démentielle. Rien à tirer de lui, et personne pour nous donner des renseignements.

2. **Flânerie** (30 cas):

a) *Un malade se livre lui-même à la police.*

B.-836. Les policiers le surveillent partout. Sans cesse ils lui parlent. Il a sur lui pour des milliers de dollars de bijoux et n'entend pas être poursuivi ou influencé.

b) *Malades que des étrangers désignent à la police.*

B.-801. Sans un sou pour payer, prend un taxi, s'y prélasse un certain temps, et se voit arrêté en pleine agitation maniaque.

B.-484. Croit que tout le monde veut le tuer. Il se précipite au dehors par la fenêtre de sa chambre.

B.-754. Dit qu'il a la syphilis, qu'on l'a poignardé, que tous les Canadiens français sont contre lui. Il saute à travers la fenêtre de la chambre.

B.-1070. Est persuadé qu'un pensionnaire a mis le feu dans son matelas, veut battre le coupable, fratras, etc...

B.-1137. Se retire dans un jardin, rit aux éclats et refuse de quitter les lieux.

B.-1154. Loue une chambre qu'il ne peut payer, y passe 10 jours; on constate qu'il est malade mentalement.

B.-1184. Veut forcer la porte d'un restaurant pour y rencontrer des amis, avec lesquels, prétend-il, il doit chanter à la radio.

B.-1231. Pauvre dément qui a faim. Il frappe à une porte, demande à manger. On constate qu'il est fou; on appelle la police.

B.-988. Aime une jeune fille qu'il poursuit de ses assiduités. Elle ne répond pas à ses vœux et le craint. Fatigué de cette cour unilatérale, le père de la jeune fille porte plainte.

B.-1326. Autre amoureux incompris et éconduit — redondance? — s'attache aux pas de l'aimée qui ne prisant pas son chevalier admirateur avertit la police.

c) *Sujets dont la famille s'inquiète ou se plaint.*

B.-1021. A une heure du matin, son frère joue de l'accordéon. Notre homme ne goûte pas cette musique, proteste, chicane, puis sort dans la rue. Prévenu, un officier de police l'arrête.

B.-1036. Querelle avec sa mère. Il la frappe. La police fait sortir le malade de la maison et l'amène au poste.

B.-1345. Quitte son domicile avec un revolver et un couteau et se réfugie chez son grand-père. Le père inquiet va réclamer les objets dangereux. Le fils revient à la maison, se rebelle. Le père demande le secours de la police.

d) *Malades que la police arrête de son propre gré.*

B.-347. Légèrement agité. A déjà été arrêté 10 fois pour flânage nocturne. On ignore pourquoi il a laissé sa famille.

B.-432. Récidiviste: 4 arrestations antérieures pour flânerie. Ne peut donner nom ou adresse. Il nous racontera que des médecins lui ont injecté la syphilis et l'ont « dévirilisé ».

B.-743. Ancien pensionnaire de St-Jean de Dieu, absolument égaré sur la rue. Depuis plusieurs semaines, il déserte le foyer; il refusait de manger et de parler.

B.-1187. Plutôt inerte chez lui. Passe son temps à écouter la radio. Tous les soirs, très tard, il sort et erre un peu partout jusqu'à trois heures du matin.

B.-1477. Prétend que son père ne réussit pas dans son commerce de journaux. Fréquemment, il le lui réclame avec violence. A quatre heures du matin, le voici dehors. On l'interpelle. Il ne peut dire où il va et d'où il vient.

B.-522. Arrêté sur la rue, en pleine crise d'agitation maniaque. Il s'est enfui de la maison, parce que, dit-il, on voulait l'interner.

B.-1321. Ramassé à la montagne où il couchait. Il a quitté sa famille et marche toute la journée sans but défini.

B.-734. S'est enfui du logis de ses parents. Arrêté en pleine désorientation dans le temps et dans l'espace.

B.-947. Intense agitation maniaque et confusion. Sa mère nous dit que chez lui, depuis quelques jours, il ne reconnaissait plus personne, divaguait, refusait de manger.

B.-365. En pleine rue, veut battre tout le monde, parce que, dit-il, tous veulent le « doper ».

B.-488. Entend au radio qu'il va mourir, qu'il a tué. Sous l'influence de ces hallucinations, il se rend à la gare Windsor et fait du chahut.

B.-1367. En pleine crise d'agitation sur la rue au moment de son arrestation. On rit de lui, on le poursuit pour l'arrêter. Sous l'empire de ses idées délirantes, il a fui de son domicile.

B.-916. Arrêté plusieurs fois déjà pour vagabondage. Craint toujours de travailler, d'entrer ou de dormir quelque part; on le tuerait; ses voix l'en ont averti. Absolument confus au moment de son arrestation.

B.-1271. Amené au poste de police, il déclare qu'il tue des gens. Pour éviter ces meurtres, il désire se suicider.

B.-359. Nous ignorons le motif de son arrestation dans un restaurant à une heure très tardive. Meurt peu de jours après son arrivée à l'hôpital.

B.-492. Nous ignorons tout de lui, même son nom.

En ce qui concerne les autres accusations rapportées à la cour des recorders, elles correspondent un peu moins mal — et encore — au délit réellement commis.

3. **Gêner la circulation** (10 cas):

a) *Malades que des étrangers signalent à la police.*

B.-1504. Très turbulent dans la pension où il demeure. On le rapporte à la police.

B.-1222. Se rend à l'Hôtel-Dieu en pleine poussée d'agitation maniaque. Plus tard, il nous dira que sa science est profonde et secrète, que l'Esprit Saint parle par sa bouche.

b) *Malades que la police recueille elle-même.*

B.-779. Sur la rue, conversation très active et gesticulatoire avec des personnes imaginaires. Les enfants s'attroupent. Intervention.

B.-621. Agité maniaque qui fait un discours exhubérant sur la place Jacques-Cartier. Les gens l'entourent. Arrestation.

B.-817. Tapage en pleine rue. Attroupement. Appel à la police-radio.

c) *Malades dont nous ignorons totalement l'offense réelle.*

B.-1230. Profonde confusion mentale lors de l'entrée à l'hôpital.

B.-829. Agitation intense à son admission dans le service.

B.-168. Agitation anxieuse extrême à la prison.

B.-943. Très agité. A l'hôpital, il nous raconte que des gangsters ont « dopé » son manger.

B.-1299. Au poste de police, est franchement dans un état de confusion mentale. Nous apprenons par la suite qu'il a frappé sa femme sous le prétexte que ses enfants ne sont pas à lui. Il nous dit qu'il a des dons extraordinaires; qu'il est docteur, maréchal, etc.

4. **Troubler la paix** (1 cas):

B.-626. Interpelle deux inconnus et les frappe, parce que, croit-il, ils lui ont crié des noms qu'Anastasie réprouve.

5. **Mendicité** (4 cas):

B.-1485. Nie avoir jamais mendié. A tort ou à raison?

B.-1139. Sollicite de l'argent des passants. Incapable de s'adapter à son entourage, il a abandonné sa famille et son travail.

B.-793. Quête de maison en maison. Il est inerte et indifférent. Aucun autre détail.

B.-171. Ancien pensionnaire de St-Jean de Dieu; a délaissé les siens et sollicite l'aumône un peu partout. On a prétendu qu'il était plus ou moins ivre.

6. **Ivresse** (5 cas):

B.-206. S'est présenté la veille dans une banque pour échanger un chèque sans provision; il y retourne le lendemain et se voit coffrer. Nous tenons de son frère que notre homme a bu considérablement depuis un an et qu'à cette fin il a follement dépensé son argent.

B.-462. Curieuse histoire. Ce malade voit un camion transporter une valise. Il croit que c'est la sienne. Il la recherche longtemps. S'arrête enfin devant une demeure où, pense-t-il, on l'a déposée. Légèrement ivre, on l'arrête.

B.-521. Ancien malade de St-Jean de Dieu et de Bordeaux, qui a la boisson mauvaise. Un jour, il s'enivre et brise tout (chaises, tables, etc.) dans la demeure de sa mère.

B.-1427. En pleine agitation maniaque à son entrée à l'hôpital. C'est tout ce que nous savons de lui.

B.-591. Nous ignorons le mode précis de son arrestation. Questionné à ce sujet il nous répond: « J'explorais la terre pour savoir ce que j'allais voir. »

7. **Causer du désordre** (3 cas).

B.-1266. Fait du vacarme dans la pension où il loge. On le met à la porte. Au dehors, il continue. Malade discordant, agité, convaincu que son père est un homme très important, etc...

B.-641. Offense réelle ignorée. Agitation maniaque à son arrivée dans le service.

B.-580. Se croyant magnétisé par son cousin, il le poignarde. Ce n'est qu'après 20 minutes de lutte qu'on parvient à le maîtriser.

8. **Voies de fait** (6 cas):

B.-737. Assaille un inconnu. Ses parents, nous affirme-t-il, sont responsables de ses actes. Ils l'influencent tellement qu'il ne peut se conduire et se contrôler.

B.-811. Influencé, dit-il, de façon irrésistible par Dieu, il a tenté de tuer son beau-frère et de s'enlever la vie. Arrestation à la demande du père.

B.-1293. Bat son père qui lui refuse de l'argent. Ancien malade de St-Jean de Dieu.

B.-1310. Assaut sur son ancien patron, responsable, estime-t-il, de ce qu'il ne peut obtenir d'autre position et de ce que les gens le suivent.

B.-1346. Frappe sa mère qui veut l'empêcher de chanter, de crier plutôt des heures durant, lui, un si grand artiste.

B.-279. Ancien forçat. Dit qu'on agit sur lui par l'électricité; dans la rue, les gens parlent contre lui. Sa sœur veut le raisonner, il la bat.

9. **Tapage** (8 cas):

B.-1147. Se plaint à l'inspecteur de police de ce que les détectives sont toujours à ses trousses. Hallucinations auditives, réticence et négativisme.

B.-1150. Se rend à la station de police pour y raconter avec volubilité une histoire absolument incohérente.

B.-917. Agité, confus; il gesticule abondamment chez sa tante, qui prend peur et porte plainte.

B.-949. Déjà interné à St-Jean de Dieu. En promenade chez son frère, s'agite soudain.

B.-1048. Très confus. Incapable, pendant les deux jours qu'il passe à l'hôpital de nous fournir un renseignement.

B.-1368. Ancien opéré pour calcul rénal. C'est son frère qui lui met des calculs dans les reins et la vessie. Crise d'agitation très violente à la maison. Il brise tout et sa famille le fait arrêter.

B.-1451. A son travail, ses compagnons lui créent des ennuis; on le moque partout, même chez lui. Dans un accès de colère, il assaille son frère qui porte plainte.

B.-369. Crise de nerfs à l'atelier. Ses camarades lui veulent du mal. Agitation maniaque. On mande la police.

10. **Menaces** (5 cas):

B.-970. Le malade prétend que son père veut se cacher d'un sacrilège. Il parle d'apparitions. Lui-même est N.-S. Jésus-Christ. D'après le N. K. (?), il doit tuer son père. Il le menace de mort, d'où l'arrestation.

B.-593. Accuse le consul de Pologne de garder son argent, de lui enlever sa nature par l'électricité. Menaces du malade; plainte du consul.

B.-603. Persécuté par tout le monde. On le maltraite. Au prône et dans les journaux, on n'a cesse de parler de lui. A la maison, on lui vole son argent; on lui fait perdre ses positions. Il menace de tuer toute sa famille. Le père le fait arrêter.

B.-786. Chez lui, on le jalouse; ce qui l'irrite grandement depuis un certain temps. Voici qu'il se met à crier et menace de tuer tout le monde; armé d'un rasoir, il part à la poursuite de sa sœur.

B.-807. Il était à écouter la radio quand, soudain, il prend un revolver, descend au magasin de son frère, l'arme à la main, lui ordonne de payer la traite à tous les clients présents. « Je suis communiste, dit-il, je dois donc tout avoir pour rien. » Evidemment, le frère dépouillé trouve la farce plutôt grise et s'en plaint à la police.

11. **Assauts** (6 cas):

B.-1024. A l'ouvrage, tous ses compagnons sont contre lui et le déprécient auprès du patron. Il lui faut des excuses de la part de ses dénigreurs. Il exige de sa mère qu'elle les lui obtienne. Elle refuse et s'essaye à lui faire entendre raison. Il la frappe, parce qu'elle se montre indigne de lui. Elle demande l'arrestation de son fils.

B.-721. Est chez lui irritable, parle, rit seul, se bouche les oreilles, fait des actes scandaleux et frappe sa mère.

B.-1439. Plusieurs fois interné à St-Jean de Dieu. Il voit son frère à la fenêtre et en conclut que, de connivence avec deux médecins résidant en face, il le « dope » continuellement. Menace de mort le prétendu persécuteur qui le fait arrêter.

B.-800. Inconscient du motif qui le pousse, brusquement la nuit pénètre dans la chambre de sa maîtresse de pension et tente de l'étrangler.

B.-563. Assaut sur son associé en affaires qu'il accuse de l'avoir fait arrêter illégalement. Très maniéré; idées de grandeur.

B.-956. Pour voir, dit-il, comment les choses se passent en prison, il pénètre à la cour de Police, y brise tout ce qui lui tombe sous la main, frappe un policier. On le « dope »; le monde est à l'envers. Il aurait plusieurs fois tenté de se suicider.

12. **Indécences** (4 cas):

B.-1498. Admet que des enfants le suivent, mais nie toute indécence. Dit ignorer le motif de son arrestation. Accuse son père de lui faire perdre toutes ses positions, de garder son argent, de l'empêcher de toucher un gros héritage.

B.-1432. Depuis longtemps, impulsions irrésistibles à se masturber en pleine rue.

B.-1201. Prétend qu'il supplée au sommeil par la prière et les forces reçues d'en Haut. Entend la voix de Dieu. Devant des serveuses de table, horrifiées — à ce qu'elles disent — il ouvre son pantalon.

B.-290. Idées colossales de grandeur et de richesse. Possède des autos luxueux qu'il donne à tout venant. Arrêté plusieurs fois déjà pour actes indécents avec des enfants. A quitté sa famille. S'est retiré chez sa cousine. Sort nu de la maison, se promène quelque temps dans la cour. Finalement va se coucher dans l'écurie où prévenue, la police le cueillera. « Je faisais ça, explique-t-il, pour me rafraîchir. »

13. **Tentative de suicide** (1 cas):

B.-1203. Les membres de plusieurs associations le poursuivent de leur haine. Ils agissent sur lui par l'électricité. Un soir, on le retire du canal Lachine où, prétend-il, il est tombé accidentellement.

14. **Dommages** (3 cas):

B.-961. En présence d'un policier, brise une vitrine de magasin. Demande qu'on le tue; il ne voit rien de gai dans son avenir. Très affaibli mentalement. Incohérent.

B.-1142. Lance une bouteille dans une fenêtre chez des gens qu'il tient responsables des risées et des moqueries dont tout le monde l'accable.

B.-185. Accusé d'avoir brisé des vitres. A son entrée à l'hôpital, intense agitation maniaque et confusion mentale. Décède peu après.

15. **Refus de payer taxi** (1 cas):

B.-1069. L'univers entier lui appartient. Agité et confus à son arrivée chez nous, transféré à St-Jean de Dieu, toujours aussi incohérent en paroles et en actes.

16. **Refus de pourvoir** (2 cas):

B.-437. Ancien de St-Jean de Dieu. Il a déjà blessé sérieusement un compagnon de travail qui lui enlevait ses pensées. Depuis un moment, il s'empare chez lui de divers articles de ménage et de lingerie qu'il va vendre pour quelques sous. Dit que tout le monde lui en veut. Apeurée, sa femme le fait arrêter.

B.-228. Redoute qu'on l'empoisonne. Un ami lui a donné une pomme « dopée ». Sa femme doit mettre du poison dans sa nourriture. Il refuse de manger et menace de mort son épouse qui, effrayée, demande l'arrestation.

Ainsi nous a-t-on, à la cour du Recorder, présenté les offenses de nos malades. Les accusations ne correspondent aucunement pour la grande majorité aux délits réels. Il serait bien hasardeux de vouloir bâtir là-dessus une doctrine criminologique de la démence précoce.

A suivre.

LE RÔLE ANTITOXIQUE DU GLUTATHION [1]

Par **E. ROBILLARD.**

En 1921, Hopkins (1) découvrait dans le tissu hépatique et les muscles des mammifères un composé sulfhydrilé auquel il donna le nom de glutathion. Huit années plus tard, il en fixait définitivement la constitution, celle d'un tripeptide formé d'une molécule de cystéine en liaison avec une molécule de glycine et avec l'acide glutamique. Des innombrables études physiologiques et biochimiques qu'a suscitées la découverte de Hopkins, nous ne voulons retenir que celles qui concernent son pouvoir antitoxique.

L'intérêt qui se rattache au rôle antitoxique du glutathion dépasse cependant le fait et prend une extension très grande. Toute addition d'arme nouvelle à l'arsenal antitoxique constitue déjà un progrès. Mais le glutathion déborde de beaucoup les cadres pratiques de la toxicologie. Sa présence normale et constante dans toutes les cellules vivantes, dont il catalyse les oxydo-réductions et son absence dans les cellules mortes, les substances fondamentales tissulaires, les humeurs et les produits d'excrétion, partout en somme où il n'y a pas de vie, confèrent à la moindre de ses actions une importance biologique. De plus, des données quantitatives (2) recueillies chez les vertébrés ont révélé pour chaque tissu une teneur caractéristique en glutathion. Sa concentration maxima s'établit dans le foie qui en contrôle la distribution dans les autres organes. Il n'est donc pas illogique d'espérer que l'étude du rôle antitoxique du glutathion nous amène à fournir une explication profonde d'une partie de celui du foie.

Des travaux accumulés jusqu'à présent, il ressort que le glutathion se comporte comme un antidote de quelques poisons minéraux et neutralise certaines toxines *in vitro*.

Il était naturel, puisqu'il catalyse les oxydo-réductions cellulaires, qu'on envisageât d'abord son action vis-à-vis des poisons respiratoires. Elle s'est révélée efficace dans les intoxications cyanhydriques et arsenicales.

Le glutathion mélangé à du cyanure de potassium permet à des animaux de survivre à des doses mortelles de ce poison. En 1926, Voegtlin, Johnson et Dyer (3) notent ce fait chez la souris et Mlle Régnier (4) (1934) ressuscite en quelques minutes des cobayes agonisants d'intoxication cyanhydrique, au moyen d'une injection de 10 milligrammes de glutathion réduit par kilogramme d'animal. Nous devons cependant avouer qu'opérant dans des conditions légèrement différentes de celles où s'était placé cet auteur, nous n'avons pu enregistrer ces résultats.

Avec l'arsenic, le glutathion présente un antagonisme aussi marqué. Mesurée par Brown et Kolmer (5), 1929, la teneur en glutathion des organes d'animaux soumis à l'influence de composés arsenicaux subit une baisse notable. Par contre, selon Rosenthal et Voegtlin (6), la présence de ce corps en proportion de 10 molécules pour une d'arsenic annule l'action nocive d'une dose mortelle d'arsenic chez les rats. Mélangé dans le même rapport à des sels arsenicaux, il neutralise leur effet sur des cultures de trypanosomes.

Comme la cystéine est le support du groupement sulfhydrilé intéressant du glutathion, on devra rapprocher de ces faits les expériences de Larmoy (7). Cet auteur a constaté chez la souris que la cystéine rend supportable l'antimoine-thiomalate de lithium si on ajoute un milligramme de cystéine pour une dose mortelle de toxique.

Sur les toxines, l'action de glutathion ne s'est jusqu'ici manifestée qu'*in vitro*. Léon Binet, G. Weller et Ch. Jaulmes (8) ont montré que le glutathion détruisait *in vitro* la toxicité du venin de cobra et de la toxine tétanique tandis que le Professeur H. Vincent (9) est arrivé à des résultats semblables

1. Travail fait au laboratoire de physiologie de la Faculté de Médecine de Paris.

sur la toxine diphtérique.

Au laboratoire de physiologie de la Faculté de Médecine de Paris, dans de récentes expériences faites en collaboration avec Georges Weller et que nous voulons maintenant rapporter, nous avons tenté de préciser certaines particularités de *l'action antitoxique du glutathion sur l'acide cyanhydrique et sur le venin de cobra.*

I. Action sur l'intoxication cyanhydrique.

A la suite de Voegtlin, Johnson et Dyer, nous avons constaté que le glutathion peut sauver un animal de l'intoxication cyanhydrique. Nous avons opéré sur des cobayes, leur injectant le glutathion sous la peau et le cyanure dans le péritoine. Nous avons choisi cette dernière voie à cause des trop grandes variations individuelles que présente la dose mortelle donnée en injection sous-cutanée. Ces variations sont vraisemblablement dues à des différences de vitesse de résorption ou d'élimination du produit injecté. En accord avec Hunt (10), nous avons vu la dose mortelle sous-cutanée osciller entre 6 et 8 milligrammes d'acide cyanhydrique par kilog. d'animal. En injection intrapéritonéale, elle se fixe à 4 milligrammes; des animaux meurent déjà avec 3,5 milligrammes mais rarement avec trois, bien que dans ces cas ils présentent des signes d'intoxication sévères.

Opérant dans ces conditions, nous avons remarqué qu'un délai entre l'injection sous-cutanée de glutathion faite en premier lieu et l'injection intrapéritonéale du cyanure était nécessaire pour la survie de l'animal. Il faut que le glutathion soit injecté de 15 à 30 minutes avant le cyanure et dans un rapport de cinq molécules de glutathion pour une de cyanure. Fait important, le glutathion doit être auparavant ajusté à un pH voisin de 7,8.

Ces quelques conditions posées à l'action du glutathion semblent nous permettre d'ajouter une explication à celles qu'on avait déjà proposées pour rendre compte de ce pouvoir antitoxique.

On avait pensé que l'acide cyanhydrique en présence du glutathion se transformait en acide cyanique (Voegtlin, Johnson et Dyer) ou en acide sulfocyanique [Bodansky (11)]. Mlle Régnier avait aussi suggéré que l'accroissement de la respiration tissulaire sous l'influence catalytique du glutathion pouvait parer à l'inhibition de la respiration par le cyanure.

Ces mécanismes rencontrent une première objection dans le fait que le cyanure n'amène pas de baisse de la teneur normale du glutathion des tissus, comme le font remarquer Binet et Weller (12). De plus il serait alors suffisant qu'on amène dans l'organisme un excès de glutathion qui jouerait nécessairement son rôle vis-à-vis de l'acide cyanhydrique. Or la quantité de glutathion ne suffit pas à protéger les animaux. Il faut encore, nous l'avons vu, des conditions de pH et un délai entre l'injection du glutathion et celle du cyanure.

Ces limites d'alcalinité qui nous sont imposées nous défendent de penser qu'il s'agit simplement d'un phénomène de résorption puisque le glutathion épouse nécessairement et rapidement dès son arrivée dans le torrent circulatoire le pH du sang. Il faut donc qu'entre le moment où on l'injecte et celui où il passe dans la circulation, à un pH voisin de celui où on l'a injecté, il détermine la formation d'un corps qui s'opposera à l'action du cyanure. Il peut le faire soit en entrant lui-même en combinaison, soit en agissant comme catalyseur.

Quant à la nature de ce corps et à son effet sur le cyanure, leur connaissance est subordonnée à celle du mécanisme de la toxicité de l'acide cyanhydrique qui malgré le nombre considérable de travaux qui en traitent demeure encore très obscur. Certes, c'est un fait acquis que l'intoxication cyanhydrique inhibe la respiration cellulaire. Mais peu d'expériences à ce sujet ont été faites chez les êtres hautement organisés *in toto*. Or s'il faut arriver à des concentrations d'acide cyanhydrique relativement fortes chez les êtres inférieurs (1/200 chez les végétaux) pour constater cette inhibition, quelques milligrammes foudroient les animaux supérieurs. On ne saurait tout

expliquer par un simple arrêt de la respiration cellulaire et ce qui reste à éclaircir dans le mécanisme de l'intoxication cyanhydrique obscurcit le rôle antitoxique du glutathion.

II. Action sur le venin de cobra.

Bien que, sur les toxines, l'action du glutathion ne se soit jusqu'ici manifesté qu'*in vitro*, ces études n'en sont pas moins remplies de promesses. Il n'est pas en effet défendu de penser qu'on pourra par le glutathion, qui est un corps bien défini, pénétrer la nature de ces poisons. Et nous verrons plus loin qu'à l'intérêt qu'elles renferment en elles-mêmes, elles ajoutent celui de nous faire entrevoir le mécanisme de l'action du glutathion vis-à-vis des enzymes et peut-être plus tard celui des enzymes mêmes.

L. Binet, G. Weller et Ch. Jaulmes avaient montré que le glutathion réduit manifeste *in vitro* à un pH compris entre 7,4 et 8,4 un certain pouvoir antitoxique à l'égard d'une quantité de venin de cobra inférieure à la dose mortelle. Avec un venin qui tuait les cobayes à une dose de 0 mgm. 25 par kilog. d'animal, ils avaient réussi à leur injecter 0 mgm. 33 impunément en dissolvant cette quantité de venin en présence de 40 milligrammes de glutathion.

Avec Weller, il nous a été donné de reprendre ces expériences et d'y apporter quelques développements. Nous employons un venin de cobra de même activité: la dose de 0 mgm. 25 par kilog. est normalement mortelle chez le cobaye.

Nous dissolvons le glutathion dans l'eau à raison de 0 c.c. 5 d'eau distillée pour 50 milligrammes de glutathion que nous neutralisons avec 0 c.c. 51 de phosphate trisodique en solution saturée. Par rapport à la toxine, nous utilisons 50 milligrammes de glutathion réduit pour un milligramme de venin. Nous ajoutons le venin en poudre à la solution de glutathion, le dissolvons et portons le tout au bain-marie à 37° pendant une heure. Avec cette préparation nous avons pu injecter au cobaye des doses 10, 20, 30, 40 et 50 fois mortelles qui ont laissé l'animal vivant.

Ajoutons que des expériences encore en cours légitiment déjà l'espoir d'une application pratique de cette préparation. L'injection répétée à quinze jours d'intervalle du mélange glutathion - venin, devenu atoxique, rend ultérieurement le lapin résistant à plusieurs doses mortelles de venin de cobra naturel.

Au laboratoire de biologie marine de Tamaris, nous avons pu vérifier cette désintoxication du venin de cobra par le glutathion chez l'animal à sang froid. Nous avons choisi comme animal d'expérience le gobius qui s'acclimate bien à l'aquarium. Après quelques essais, nous nous sommes arrêtés à la technique suivante. Les gobius supportant mal en été un séjour de plusieurs heures en bocal ont dû être injectés, marqués d'un signe et laissés libres dans un aquarium à eau courante. Leur survie indéfinie dans ces conditions à la suite d'une injection de 1/20 c.c. d'eau distillée dans les muscles dorsaux a d'abord été constatée de même que leur mort en six heures après une injection d'un même volume de solution de un milligramme de venin dans un c.c. d'eau.

Soumis à la préparation qui nous avait servi chez le cobaye, le gobius nous a apporté un autre témoignage de la désintoxication du venin de naja par le glutathion. Cinquante milligrammes de glutathion réduit dissous dans 0,5 c.c. d'eau distillée sont neutralisés avec 0,51 c.c. de solution saturée de phosphate trisodique. On y ajoute cinq milligrammes de venin au lieu de un milligramme qu'on avait employé pour les témoins précédents et on met le tout à la température de 37° pendant deux heures. Une injection de 1/20 c.c. de cette solution laisse neuf gobius vivants après 18 heures tandis que trois nouveaux témoins meurent en dedans de trois heures et trente minutes.

Le pouvoir antitoxique du glutathion sur le venin de cobra ne saurait donc présenter de doutes. Sous réserve d'agir dans des conditions de pH bien déterminées, il en neutralise les effets toxiques.

A ce stade, il était intéressant de connaître les fonctions du glutathion responsables de

cette propriété. Dans ce but nous avons étudié des corps dont la formule contenait le groupement sulfhydrilé important du glutathion. Des expériences réalisées chez le gobius et chez le cobaye nous montrent maintenant que le thiolactate (CH^3 CH SH COO Na), le thioglycolate (SH CH^2 COO Na) et, à des degrés moindres, le thioacétate (CH^3 COS Na) partagent avec le glutathion cette propriété antitoxique vis-à-vis du venin de cobra.

Le thiolactate et le thioglycolate sont utilisés en solution à 10%. Un c.c. de thioglycolate neutralisé par trois gouttes de solution demi-saturée de phosphate trisodique et additionné de deux milligrammes de venin de cobra a été mis à l'étuve à 37° pendant deux heures. Cette préparation a été ensuite injectée à raison de 1/20 c.c. à 18 gobius, qui restèrent tous vivants après six heures et dont 14 subsistaient après 24 heures. Rappelons qu'une dose de venin pur, moitié moindre, tue infailliblement le gobius en six heures.

Nous avons obtenu des effets identiques avec le thioglycolate employé dans les mêmes conditions à ceci près qu'il a été neutralisé avec quatre gouttes de solution demi-saturée de phosphate trisodique au lieu de trois. Avec le thiocétate, nous avons vainement tenté de mettre cette action en évidence chez le gobius. Mais tout récemment chez le cobaye, il s'est aussi montré doué d'un faible pouvoir antitoxique.

Si maintenant nous considérons le nombre de doses mortelles de venin qu'une même quantité de produit peut neutraliser dans les conditions de pH optima, nous pouvons, semble-t-il, classifier ces sels sulfhydrilés selon leur activité dans l'ordre suivant: thiolactate (CH^3 CH SH COO Na), thioglycolate (CH^2 SH COO Na), thioacétate (CH^3 COS Na). Du fait que le moins actif des trois, le thioacétate, n'a pas de COOH libre, il appert que la fonction carboxyle importe dans le rôle antitoxique du glutathion. Aussi ne doit-on pas dans l'étude de ce corps se laisser fasciner par sa fonction sulfhydrile et perdre complètement les autres de vue.

Ces faits d'inhibition par le glutathion ne sont pas isolés. On peut en rapprocher l'inactivation de l'insuline [Vigneaud, Fritch, Pekarek et Lockwood (13)], des ferments oxydants de la pomme de terre [Rico et Baptista (14)], celle des dipeptidases et des polypeptidases de la levure [Grassmann, Dickerhoff et Schonebeck (15)], ainsi que celle de la cellulase du suc gastrique de Helix fomatia [Ziese (16)]. Dans tous ces cas le mécanisme d'action du glutathion est-il identique; aucun fait précis n'en permet ni l'affirmation ni la négation, mais nous pouvons en conserver l'hypothèse.

*
* *

Nous avons montré au cours de ce travail l'importance du pH dans le rôle antitoxique du glutathion. Ce pH est différent de celui du sang. Nous croyons y voir l'explication de la stabilité de la teneur en glutathion des organes des animaux intoxiqués par l'acide cyanhydrique: le glutathion des organes ne satisfait pas alors aux conditions de pH nécessaires pour qu'il s'oppose à l'intoxication par le cyanure. De même en est-il avec le venin de cobra. Le glutathion n'agit pas *in vivo* parce qu'il prend le pH du sang qui n'est pas celui qui est favorable à la neutralisation du venin.

BIBLIOGRAPHIE

(1) HOPKINS (F.): « On an antoxidisable constituent of the cell. » *Bioch. Jour.*, 1921, 15, p. 286.
« On glutathione: a reinvestigation. » *Jour. biol. chem.* 1929, 84, p. 269.

(2) BINET (L.) et WELLER (G.): « Le dosage du glutathion réduit dans les tissus. » *Bull. Soc. Chim. biol.*, 1934, 16, p. 1284.
« L'influence de l'inanition sur le taux de glutathion dans les tissus. Le rôle du foie dans le métabolisme du glutathion. » *C.R.S.B.*, 1935, 119, p. 941.
« Foie et glutathion. » *C.R. Ac. Sc.* 1935, 201, p. 992.
« Glutathion total des tissus, méthode de dosage, répartition chez les animaux normaux. » *Bull. Soc. Chim. biol.*, 1936, 18, p. 358.

(3) VOEGTLIN (C.), JOHNSON (S.) et DYER (H.): « Biological significance of cystine and glutathione. On the mechanism of cianide

action.» *Jour. Pharm. a. exp. therap.*, 1936, 27 p. 467.

(4) REGNIER (M.): «Contribution à l'étude du glutathion.» *Thèse Fac. Pharm.* Paris, 1934.

(5) BROWN (H.) et KOLMER (J.): «The relation of arsenicals to the glutathione content of animal tissues.» *Journ. Phar. a. exp. ther.*, 1929, 35, p. 417.

(6) VOEGTLIN (C.) et ROSENTHAL (S.): «Biological and chemical studies of the relationship between arsenic and cristalline glutathione.» *Jour. Phar. a. exp. Ther.*, 1930, 39, p. 347.

(7) LAUNOY (M.): «Action de la cystéine sur la toxicité de l'antimoine pour la souris et sur les propriétés tripanocides du métalloïde employé sous forme de Sb — III — thiomalate de lithium.» *Bull. Soc. Chim. biol.*, 1935, 18, p. 1022.

(8) BINET, WELLER et JAULMES: C. R. de *l'Acad. des Sc.* 19 mai 1937.
BINET, JAULMES et WELLER: *C. R. de l'Acad. des Sc.*, 1937, 204, p. 1761.

(9) VINCENT: Ibid.

(10) HUNT (R.): «Cyanwasserstoff, Nitrileglukoside, Nitrile, Rhodonwasserstoff, Isocyanide.» *Heffter, Handb. der exp. Pharmakol.*, 1923, 1, 702-832.

(11) BODANSKY (M.): «The conversion of cyanide into thiocyanate in man and in alcaline solution of cystein.» *Jour. Pharm. a. exp. ther.*, 1929, 37, p. 463.

(12) BINET (L.) et WELLER (G.): «Le glutathion.» Hermann & Cie, édit., 1937, p. 65.

(13) VIGNEAUD (V. de), FRITCH (A.), PEKAREK (E.) et HOCKWOOD (W.): «The inactivation of cristalline insulin by cysteine and glutathione.» *Jour. biol. chem.*, 1931, 94. p. 233.

(14) RICO (T.) et BAPTISTA (A.): «Action du glutathion réduit et de l'acide ascorbique sur la destruction de l'adrénaline par les ferments oxydants de la pomme de terre.» *C. R. S. B.*, 1935, 120, p. 45.

(15) GRASSMANN (W.), DYCKERHOFF (H.) et EIBELER (H.): «Uber die enzymatische spaltung des Glutathions.» *Zt. Physiol. Chem.*, 1930, 189, p. 112.
«Uber die Aktivierung tierischer und pflanzlicher Proteasen durch Glutathion.» *Zt. physiol. chem.*, 1930, 194, p. 124.

(16) ZIESE (W.): «Uber die Einwirkung von Fermenten des Vragensaftes von Helix Pomatia und solcher der Gerstenmalzes auf Cellulose glykoläther.» *Zt. physiol. chem.*, 1931, 108. p. 223.

ERRATUM. — A la page 869 du N° d'août, onzième ligne à droite, article "La poliomyélite peut-elle être vaincue?", lire: chlorate de potasse 1 gm. 70 au lieu de: chlorate de potasse 7 gm. 70.

N. D. L. R.

RECUEIL DE FAITS

LE LOBE ACCESSOIRE DE WRISBERG. LOBE DE LA VEINE AZYGOS

Par

A. LAQUERRIERE,
Electroradiologiste

et

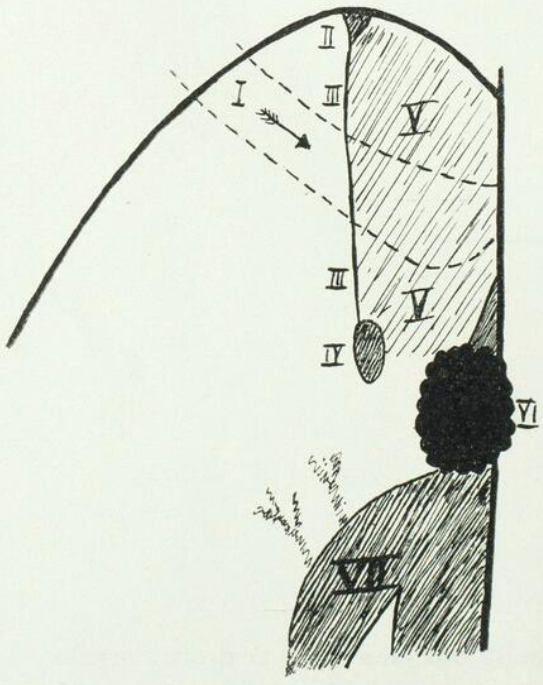
A. LEGER,
Médecin

de l'hôpital Notre-Dame.

Nous venons d'avoir l'occasion de vérifier à l'autopsie, l'interprétation radiologique du cliché qui sera l'objet de la présente étude. Ce cliché montre: 1° une grosse calcification paratrachéale droite;

2° une fine ligne traversant verticalement le lobe supérieur; elle commence au milieu du sommet par un petit triangle, descend à peu près verticalement et se termine à mi-chemin entre le hile et la clavicule, par une tache assez importante à bords réguliers;

3° un très léger manque de transparence de la région séparant cette ligne de l'ombre médiane.



I. Clavicule. — II. Petit triangle supérieur. — III, III. Scissure de l'azygos. — IV. Veine azygos. V. V. Lobe de Wrisberg. — VI. Ganglion calcifié. — VII. Artère pulmonaire.

Le radiologiste (Dr Laquerrière) avait conclu qu'on était en présence d'une séquelle de primo-infection (ganglion calcifié) et d'un lobe accessoire de Wrisberg dont la légère diminution de transparence pouvait être attribuée à de la sclérose ou à de l'atélectasie sans autre lésion.

La patiente étant morte de péritonite tuberculeuse, nous avons pu assister à l'autopsie faite par le Prof. agrégé Simard. Ce distingué anatomo-pathologiste a bien voulu résumer ses constatations, sur les points qui nous intéressent, de la façon suivante.

« Tuberculose calcifiée au-dessus du hile du poumon droit.

« Sur la face postérieure du lobe supérieur droit, le long du bord interne, petit lobe surnuméraire en forme de languette long de 6 centimètres, large de 2.5 et épais de 1.5; ce lobe s'insère près du hile et remonte jusqu'au sommet. A la coupe il est légèrement congestionné, œdémateux, de coloration sombre et d'aspect atélectasique, mais sans autre lésion. »

Nous nous permettrons à l'occasion de ce cas d'exposer ce qu'est cette anomalie.

* *
*

Wrisberg en 1718 décrivit une scissure surnuméraire dans le lobe supérieur du poumon, scissure contenant la veine azygos, anormalement placée, et déterminant la formation d'un lobe accessoire.

Ce lobe accessoire resta ignoré des radiologistes durant les 27 premières années de l'emploi des rayons X.

En 1923, Wessler et Jackes [1] observèrent une image spéciale du sommet droit qu'ils attribuèrent non à une lésion mais à une anomalie. En 1929 Bénédick et Wessler [2] purent faire l'autopsie de deux sujets ayant présenté l'image en question et constatèrent qu'elle était le résultat d'une scissure produite par la veine azygos; ils démontraient aussi que le lobe de Wrisberg avait une image radiologique.

Puis Zavoadovoski [3] se basant sur 17 cas personnels dans aucun desquels « il n'y avait de relation avec un processus pathologique » fit une excellente étude qui depuis est restée la base des données classiques que nous allons exposer.

Normalement la grande veine azygos, après avoir pénétré dans le thorax par le même orifice diaphragmatique que le grand sympathique droit, longe de bas en haut la portion latérale droite des corps vertébraux jusqu'à la hauteur du troisième espace intercostal. Là, elle s'infléchit en avant, en décrivant la crosse de l'azygos, dont la concavité dirigée en bas embrasse la bronche droite, et elle se jette dans la partie postérieure de la veine cave supérieure au moment où ce tronc veineux s'engage dans le péricarde. Elle est toujours restée rétro-médiastinale.

Pour donner l'explication de la formation du lobe de Wrisberg il faut recourir à l'embryologie.

Le système veineux primitif est disposé symétriquement des 2 côtés de la colonne vertébrale. De chaque côté, la veine cardinale et la veine jugulaire primitive se réunissent pour faire naître la veine du Cuvier. La veine cardinale droite devient ultérieurement la grande azygos, tandis qu'une partie importante de la veine cave supérieure se forme de la veine de Cuvier. Le cœur s'est développé d'abord à la partie caudale de la tête de l'embryon pour descendre ensuite dans le thorax. Dans cette descente, la veine de Cuvier s'abaisse; habituellement la veine cardinale (azygos), en suivant ce mouvement, décrit une courbe à convexité supérieure qui vient entourer la bronche.

Mais la descente peut ne pas être exactement verticale et se faire plus ou moins latéralement, la crosse de l'azygos enserre alors le sommet du poumon, se coiffe de la plèvre pariétale et viscérale et entraînant cette sorte de méso, elle descend dans le poumon dont le lobe supérieur se trouve aussi coupé en deux parties par une scissure verticale.

Dans ce même travail, Zavoadovoski montrait que la largeur du lobe accessoire était très variable, la scissure étant tantôt rapprochée de l'ombre médiane, tantôt se situant à la partie moyenne du sommet, tantôt ayant son point de départ supérieur très latéral.

Essayons de décrire l'aspect de cette anomalie, dans un poumon non pathologique.

On ne voit pas le lobe surnuméraire dont la transparence ne se distingue pas en général de celle du reste du poumon; mais ce que les rayons X montrent c'est la scissure, constituée par une ligne plus ou moins fine, parfois capillaire, ligne de dessin très précis qui commence à la région pariétale du sommet en un point quelconque par un petit triangle aigu à sommet dirigé vers le bas; la scissure descend vers le hile tantôt rectiligne, le plus souvent curviligne, tantôt verticale si son point de départ est très près de la colonne, tantôt oblique en dedans et en bas quand ce point de départ est latéral. Elle se termine inférieurement par un épaississement opaque de taille variable ayant en général le volume d'un pois plus ou moins gros, en forme de virgule renversée, ou mieux de larme. Cet épaississement inférieur situé plus ou moins près du hile correspond à la veine azygos vue en enfilade dans son trajet antéro-postérieur. Il arrive quelques fois qu'au lieu d'une goutte on trouve une courte bande à bords parallèles, la veine alors n'est pas horizontale et la bande correspond à la projection du vaisseau légèrement oblique de bas en haut en arrière, de haut en bas en

1. *Clinical Roentgenology of disease of the chest.*
2. *American Journal of Radiology* 1929.
3. *Journal de Radiologie et d'Electrologie,* mai 1930.

avant. C'est cet aspect qui existe sur la radio que nous étudions.

On s'est demandé pourquoi la plèvre azygos normale était visible alors que les plèvres interlobaires normales ne le sont pas. Nous sommes d'ailleurs persuadés qu'au moins quelques fois une plèvre interlobaire normale peut se distinguer sous la forme d'une ligne pâle de la grosseur d'un fil fin, sur une partie plus ou moins grande de son trajet. En réalité la plèvre azygos est normalement très visible, l'explication est la suivante: elle est composée de deux feuillets viscéraux comme les autres interlobes et en plus de deux feuillets pariétaux qui n'existent pas dans ceux-ci. Elle a donc une épaisseur et partant une opacité plus grande.

Le lobe lui-même ne donne en général pas plus d'image que les lobes habituels; mais il faut se rappeler qu'il n'est pas un véritable lobe, c'est-à-dire un système aérien défini avec sa bronche propre. Il est une partie séparée accidentellement du lobe supérieur et n'a par conséquent pour s'aérer que ce qui reste, aux hasards de la coupure, de bronchioles dans ce qui lui sert de pédicule. Il en résulte que souvent il respire mal, aussi peut-il manquer d'expansion et de luminosité surtout sur des clichés pris en inspiration. Mais il peut aussi présenter de façon habituelle, un degré appréciable d'atélectasie diminuant sa transparence, comme ce fut le cas chez notre malade.

Avant d'en finir avec le lobe accessoire normal disons qu'il a été signalé à gauche. Nous ignorons si l'on a vérifié quelle était alors sa cause: petite azygos ou trajet encore plus anormal de la grande azygos.

Arrivons maintenant aux images du lobe de Wrisberg dans les états pathologiques. La première étude complète en a été faite en France par Jallet [1].

Cet auteur possédant de nombreuses observations originales a montré que la scissure peut être masquée dans une hépatisation du sommet du poumon; elle peut alors être révélée quand on pratique un pneumothorax. On constate ainsi une mince bride qui réunit un petit triangle, accolé au sommet de la cage thoracique, avec le moignon pulmonaire, se continue de façon plus ou moins distincte dans ce moignon et aboutit à la goutte inférieure.

Il a prouvé par des clichés démonstratifs que la plèvre surnuméraire pouvait être un obstacle à l'extension d'un processus siégeant sur l'une ou l'autre de ses faces. La lobite du lobe accessoire hépatise ce seul lobe, la lobite du lobe supérieur laisse une zone interne normale, c'est une lobite « décapitée ».

Il a aussi attiré l'attention sur le faux aspect de caverne dû, sur certains clichés, à un lobe de Wrisberg de transparence normale encerclé par la courbe formée par le triangle supérieur, la scissure et la goutte inférieure, courbe qui peut donner l'apparence d'une coque.

Enfin, il faut se rappeler que la scissure azygos peut, comme toutes les scissures, être le siège de phénomènes inflammatoires ou de collections purulentes qui créent l'image d'une scissurite en une région où il n'existe pas habituellement de scissure.

* *
*

Pour conclure nous nous excuserons d'avoir rappelé des notions bien connues des radiologistes de carrière. Il n'était peut-être cependant pas inutile de les faire connaître aux médecins non spécialisés pour leur éviter de prendre pour une lésion pathologique ce qui n'est qu'une simple anomalie.

1. *Journal de Radiologie et d'Electrologie,* juin 1933.

REVUE GÉNÉRALE

LA MÉTHODE DE DELMAS

Évacuation de l'utérus en fin de grossesse

Par **H. GIBEAULT.**

L'évacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse, telle que conçue par le Professeur Paul Delmas, accoucheur en chef de la Maternité Montpelliéraine, est un procédé qui permet chez une femme, même non en travail, et sans solution de continuité opératoire ou accidentelle des parties molles, l'évacuation du contenu utérin à l'heure délibérément choisie par l'accoucheur, en utilisant la souplesse rendue au canal cervico-segmentaire par la mise en œuvre de l'analgésie rachidienne.

Ce n'est pas du premier coup et comme par l'effet d'une impulsion divinatoire, que la méthode de Delmas a vu le jour, c'est, au contraire, d'une étude systématique et prolongée de l'action de la rachi sur l'utérus parturient et sur la filière pelvienne que devaient peu-à-peu se dégager les notions principales qui amenaient bientôt le Professeur Delmas à fixer les conditions techniques et les indications cliniques de sa nouvelle méthode.

Et c'est en février, 1928, après avoir appliqué pendant 12 ans de sa vie à l'obstétrique ce procédé d'insensibilisation, que la communication du Professeur Delmas dont le retentissement énorme devait dépasser les frontières, plaçait l'étude de la rachi-anesthésie en obstétrique au tout premier plan de l'actualité scientifique.

Le procédé consiste à faire appel à la rachi, en vue d'obtenir du col et du segment inférieur une souplesse telle qu'il soit possible, à un moment convenablement choisi, d'en obtenir la dilatation par simple écartement du trajet.

Sous l'action de la rachi, l'acte opératoire devient évidemment indolore, ainsi d'ailleurs que toute autre intervention. Là n'est pas la nouveauté, là ne réside pas l'intérêt du procédé du Professeur Delmas.

L'essence même de ce procédé, c'est la suppression de l'innervation médullaire de l'utérus, et, par suite, la disparition de la contracture quand elle existe, ou d'une façon plus générale, l'incroyable assouplissement de l'organe par section du segment postérieur de l'arc réflexe utéro-médullaire. Mais il convient d'ajouter immédiatement que, l'innervation autonome par les ganglions sympathiques n'étant aucunement touchée, la contraction et surtout la rétraction utérines physiologiques subsistent et même paraissent accrues; d'où cette conséquence clinique que la dilatation du canal cervico-segmentaire peut être aisément et rapidement obtenue, sans que, pour cela, l'organe soit frappé d'inertie. Bien au contraire, l'utérus, après de telles interventions, revient si fortement sur lui-même que la délivrance est presque toujours spontanément obtenue en quelques minutes et qu'on n'a jamais vu d'aussi rassurants globes de sûreté. Par conséquent, par la rachi, la douleur utérine, provenant de manœuvres intra-utérines lors du travail ou lors d'une section césarienne, est supprimée et tous les organes pelviens, canal cervico-segmentaire compris, sont relâchés. La rétractilité utérine plutôt augmentée, en assurant le globe de sûreté après l'évacuation utérine, expliquera l'étanchéité parfaite, signalée par tous les auteurs, des tranches utérines, lors des sections césariennes; si l'on ajoute à cet avantage, le silence abdominal bien connu des gynécologues qui opèrent à la rachi, on comprend

qu'un certain nombre d'accoucheurs, à la suite de Delmas et de Brindeau, aient adopté ce mode d'analgésie.

Après avoir réalisé la rachi par son procédé personnel, qui est en somme, emprunt puis restitution au sujet d'une faible quantité de liquide céphalo-rachidien (5 cmc) qui dissout instantanément dix centigrammes de scurocaïne en poudre, le Professeur Delmas procède à la dilatation du canal cervico-segmentaire en deux étapes l'une digitale, l'autre manuelle selon un procédé renouvelé de Celse.

MANŒUVRE PROPREMENT DITE. Ouverture de l'utérus. — La main droite en cône est introduite d'un seul coup dans le vagin qu'elle remplit;

A) *Etape digitale.* L'index entre dans le col; en tant que besoin, s'il a encore quelque longueur, il vrille jusqu'à pénétration dans le segment inférieur sur lequel il s'applique, après la flexion des troisièmes et deuxièmes phalanges sur la première.

Dès lors, sans violence, mais par un mouvement soutenu de « balançoire », les deux phalanges font du massage excentrique du berceau cervico-segmentaire, jusqu'à assouplissement suffisant pour admettre le médius à côté de l'index, puis, à son tour, l'annulaire. Les résistances cèdent peu à peu et le petit doigt est introduit à côté des précédents.

B) *Etape manuelle.* Après un temps d'arrêt, qui exige parfois le changement de main au cours de la dilatation, la main passe toute entière, en cône, avec ses articulations métacarpo-phalangiennes, dans l'orifice utérin. Le poing, qui a déplacé la tête, est maintenant manœuvré dans le canal cervico-segmentaire, à la façon d'une « clef dans une serrure ». Après quelques mouvements de va et vient transversaux, il passe alternativement de l'utérus dans le vagin, un certain nombre de fois, jusqu'à la suppression de tout ressaut.

La dilatation est alors complète.

Cette dilatation est, dans la majorité des cas, remarquablement facile, extrêmement rapide et peu traumatisante pour le tissu utérin. Dans un laps de temps qui varie suivant le cas, de vingt secondes à quelques minutes, l'ouverture complète du col utérin est obtenue. Reste ensuite l'extraction. Presque toujours celle-ci est réalisée au moyen d'une version par manœuvres internes. Les difficultés alors qui peuvent survenir sont celles que comporte cette opération dans la pratique courante et ne sauraient être imputées au procédé de Delmas.

Les difficultés du procédé ne tiennent certes pas à la technique dont j'ai dit la simplicité; mais à l'appréciation judicieuse des indications et des conditions de la méthode. Le Professeur Paul Delmas insiste sur ce point de la façon la plus précise et la plus détaillée.

Comme conditions, le procédé exige l'intégrité anatomique quasi absolue du canal cervico-segmentaire; sa mise en œuvre est donc formellement proscrite, au cas de lésions cicatricielles et, « à fortiori », néoplasiques du segment cervical.

D'autre part, ce procédé ne saurait s'appliquer aux accouchements normaux. L'accoucheur n'a pas le droit d'imposer à la mère ou à l'enfant un risque supplémentaire, si léger soit-il, sous le seul prétexte de rendre l'accouchement indolore.

Par contre, dans les cas où l'abstention serait une faute, et où l'indication d'intervenir est formelle, le procédé Delmas s'oppose très heureusement à tout autre mode d'évacuation extemporanée de l'utérus. Il trouve ses indications:

A) *Pendant la grossesse,* comme traitement préventif d'états pathologiques venant la compliquer: disproportion de la filière osseuse et du projectile fœtal, éclampsisme, rupture prématurée des membranes; comme traitement curatif du placenta prævia.

B) *Pendant le travail,* dans la nécessité de terminer sans délai, dans l'intérêt de la mère ou de l'enfant ou des deux. *a*) Pour la mère, c'est le cas lorsque les accès convulsifs de l'éclampsie se succèdent, entraînant un état inquiétant qui commande d'en finir. *b*) Les états pathologiques du cœur et du poumon ne

permettent pas de laisser se prolonger la marche habituelle du travail. *c*) Pour le fœtus, tous les états de souffrance, au premier rang desquels la procidence du cordon.

Les statistiques du Professeur Delmas portant sur 368 observations d'origines diverses, démontrent que ce procédé est une excellente opération. S'adressant à des cas particulièrement dystociques dont quelques-uns constituent l'opprobre de la thérapeutique obstétricale, il a donné des résultats très intéressants, n'inscrivant à son passif qu'une mortalité maternelle de 3.80% et une mortalité fœtale de 8.69%.

Les résultats de la méthode de Delmas, sont fonction du respect des indications, des contre-indications et des conditions posées d'emblée par l'auteur dans sa communication princeps.

Ils sont surtout en fonction directe de la technique suivie, notamment pour ce qui concerne la technique et les doses d'analgésique employées dans la réalisation de la rachi-anesthésie qui constitue le geste essentiel du procédé de Delmas.

Les résultats sont d'autant meilleurs, que la femme est en travail au moment de l'intervention. Ils seront aussi d'autant meilleurs, que la grossesse sera plus près de son terme. Le succès de la dilatation est en fonction directe du degré de formation du segment inférieur.

En définitive, la méthode de Delmas doit être considérée comme un progrès important dans la thérapeutique obstétricale. Elle résout avec élégance le difficile problème de l'obstacle cervical. Méthode d'exception, elle a sa place marquée cependant dans la thérapeutique obstétricale, et elle doit, dans de nombreuses circonstances, faire reculer les limites de l'intervention sanglante.

BIBLIOGRAPHIE

Marcel MICAS: « L'Evacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse. » 1931.

Prof. G. De ROUVILLE: « Le Procédé de Paul Delmas. » *Etude critique,* Montpellier et Montana.

Paul DELMAS: « L'Accouchement artificiel. » *Encyclopédie Médico-Chirurgicale,* 5105, p. 1.

— « L'évacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse. » *Bulletin de la Société d'Obst. et Gyn. de Paris* 1928, p. 413.

— « Au sujet des évacuations extemporanées de l'utérus. » *Le Progrès Médical,* 8 déc. 1928.

— « Contracture ou rétraction. » *Bulletin de la Société d'Obst. et de Gynécol. de Paris,* 1928, p. 631.

— « Un an de pratique d'évacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse. » *Bull. de la Société d'Obst. et de Gynécol. de Paris,* mai 1929, p. 382.

— « La Rachi en obstétrique opératoire. » *Le Concours Médical,* 16 octobre, 1929.

— « Sur les rachi-analgésies. » *Bull. de la Société d'Obst. et de Gyn. de Paris,* 1929, p. 267.

— *Bull. de la Société d'Obst. et de Gyn. de Paris,* p. 647, 1929, avril 1930, p. 292.

— « Un dernier mot au sujet des évacuations extemporanées de l'utérus en fin de grossesse. » *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris,* avril 1930, p. 312.

P. DELMAS et De CARRERA: « Analgésie rachidienne et version par manœuvres internes. » *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris,* 1926, p. 263.

DEVRAIGNE et PRIOLET: « Deux accouchements à la Delmas pour insertions basses du placenta. » *Bull. de la Société d'Obst. et de Gyn. de Paris,* 2 juin, 1930.

DEVRAIGNE, L.: « De l'évacuation extemporanée de l'utérus en fin de grossesse. » *Cliniques obstétricales,* 1936, p. 169.

DUJOL: « Accouchement méthodiquement rapide sans rachi-anesthésie. » *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris,* nov. 1928, p. 871.

GINGLINGER: « Dilatation du col de l'utérus gravide sans rachi. » *Strasbourg Médical,* 7 décembre, 1929.

HENRIET: « Etude statistique et critique des évacuations extemporanées de l'utérus en fin de grossesse pendant l'année 1929 à la Maternité de Montpellier. » 18 déc. 1929.

Le LORIER: « Mon expérience actuelle de la méthode de Delmas. » *Revue Française de Gyn. et Obst. de Paris,* 10 déc. 1928.

METZGER: « Quelques observations d'accouchements dystociques sous rachi-anesthésie. » *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris,* 10 déc. 1928, p. 911.

VIGNES, A.: « Physiologie obstétricale normale et pathologique. » Masson & Cie, édit., Paris, 1933.

— « A propos de la méthode de P. Delmas. » *Le Progrès médical,* 6 oct. 1928.

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

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Septembre 1939

EDITORIAL

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Les anciennes conceptions médicales qui attribuaient aux lésions rénales ou aux perturbations fonctionnelles de cet organe la genèse de l'hypertension artérielle, n'étaient pas dénuées de toute vraisemblance, même de toute véracité.

Cependant, depuis ces dernières années, l'attention et la faveur médicales furent plutôt portées vers le système nerveux et tout particulièrement le complexe endocrino-sympathique. Et ainsi, on enleva des capsules surrénales, on sectionna des splanchniques et des chaînes sympathiques. On le fait d'ailleurs encore et avec des résultats partiels très souvent satisfaisants, au moins en ce qui concerne les troubles subjectifs de l'hypertension.

Mais, depuis Goldblatt et ses collaborateurs, qui purent déclencher une hypertension sanguine permanente (1934) en ishcémiant incomplètement le tissu rénal par rétrécissement du calibre de l'artère rénale, l'opinion médicale se modifie et, avec des arguments plus décisifs, revient au rein.

Le professeur B.-A. Houssay, de Buenos-Aires, consacrait récemment, sur cette question, avec ses collaborateurs, dans *la Presse Médicale* [1], une étude d'une clarté et d'une ordonnance d'idées remarquables; il y fait part de travaux expérimentaux d'autres auteurs et des siens propres. L'enchaînement des expériences opérées sur le chien, concernant le rein et l'hypertension, a circonscrit le problème d'une barrière de preuves dont il est difficile de s'échapper.

L'hypertension artérielle ne peut être obtenue par rétrécissement d'autres artères que l'artère rénale.

L'hypertension par ligature de cette artère a son origine dans le rein ischémié incomplètement.

Elle n'est pas due à l'urémie, ni à un réflexe à point de départ rénal.

Il a été démontré que cette hypertension est plutôt causée par une sécrétion hypertensive produite par le rein ischémié et déversée dans le sang veineux rénal.

Cette substance exerce une action vaso-constrictive périphérique.

Le tissu rénal normal semble posséder une action protectrice contre elle, soit qu'il l'élimine ou la détruise.

L'hypertension provoquée par la sécrétion du rein ischémié dépend d'une action vaso-constrictive directe et tout à fait indépendante de la surrénale.

Voilà quelques affirmations brèves prenant figure et importance de vérités, relatant sèchement des faits inéluctables et étayés par des expériences complexes, ingénieuses, nombreuses et répétées d'un grand nombre d'expérimentateurs. Elles peuvent servir de postulats, tant leurs assises semblent solides.

L'Ecole de Houssay possède à bon droit un prestige international. Elle a contribué pour une part importante à la pénétration du mystère de l'hypertension artérielle, et de la seule façon qui fasse avancer la science: par l'expérience conduite avec maîtrise et selon un protocole précis; par l'exposition claire, concise et objective de l'enchaînement des faits expérimentaux dont la synthèse conduit à la connaissance d'une notion de valeur cruciale.

A tout événement, on ne doit pas ignorer ce qu'ont donné les expériences de Gold-

1. B.-A. Houssay, E. Braun Menendez, J.-C. Fasciolo et A.-C. Taquini: « Action hypertensive du rein ischémié. » *Presse Médicale,* **47**: 810, (27 mai) 1939.

blatt et de Houssay: une hypertension durable peut être causée chez le chien par l'ischémie du rein.

On doit s'en souvenir, en pathologie humaine.

TRAITEMENTS MODERNES DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

Depuis 1935, des traitements, pour le moins énergiques, ont été mis en œuvre contre la démence précoce. Cette affection ou ce syndrome, selon qu'on accepte l'une ou l'autre conception psychiatrique concernant la genèse et la nature des phénomènes pathologiques envisagés, comportaient jusqu'à maintenant le plus mauvais pronostic. Il est vrai que la démence précoce est marquée dans son évolution de rémissions parfois complètes et prolongées; selon les observations de Baruk [1] portant sur 187 cas de syndromes dits de D. P., ces rémissions peuvent atteindre 44.3% de guérisons ou d'améliorations spontanées. Mais il n'en persiste pas moins que la démence précoce est une terrible affection qui, en principe, doit être considérée, eu égard à son évolution portant sur une période prolongée, comme spontanément incurable.

La cure à l'insuline dans le but de provoquer des comas hypoglycémiques répétés (en moyenne de 30 à 50), dont le protagoniste fut Sakel, de Vienne; celle au Cardiazol ou Métrazol, de Von Meduna (Budapest), qui permet de déclencher des crises convulsives itératives, semblent avoir modifié considérablement le pronostic de la démence précoce. Disons immédiatement que les résultats obtenus sont d'autant plus favorables que la maladie est plus récente et qu'elle a de grandes améliorations, si son début ne remonte pas à plus de 18 mois.

A tout événement, coma hypoglycémique répété 2 ou 3 fois par semaine par injection, à jeun, de fortes doses d'insuline (en moyenne 70-100 unités qu'on atteint progressivement) et qu'on laisse durer de 30 à 60 minutes.

Crises convulsives par injection intraveineuse et rapide de Cardiazol ou Métrazol (pentaméthylétrazol, corps effectué synthétiquement par H. F. Schmidt, de Heildelberg, et qui possède l'action du camphre) en solution à 10%; 5 c.c. de la solution, c'est-à-dire 0 gramme 50 du produit, font apparaître habituellement la crise convulsive qui est la réplique d'un accès épileptique.

Voilà le schéma de la technique de ces nouvelles thérapies de la D. P.

Dans le but de renforcer l'action thérapeutique de ces deux traitements, certains auteurs les ont combinés. Ainsi, Georgi réalise ce qu'il appelle la « sommation » en déclenchant la crise au Cardiazol au milieu du coma insulinique.

Von Meduna a proposé la méthode « croisée » consistant à passer de l'un à l'autre traitement après échec du premier.

Enfin, Kuppers a réalisé la « thérapeutique alternée » en introduisant des jours à Cardiazol entre les jours à insuline [2].

D'aucuns trouveront que ces traitements sont vraiment d'une violence et même d'une brutalité qui répugnent. On doit rétorquer qu'ils sont mis en œuvre contre une maladie mentale d'une ténacité irrésistible et qu'ils constituent, jusqu'à date, les seuls moyens qui ont fourni des résultats encourageants et qui ont réussi à extraire les déments précoces de leur monde intérieur et à les intégrer à la vie réelle.

On a parlé de 80-85% de guérisons, pour les cas récents, qu'il s'agisse d'insulinothérapie ou de cardiazolthérapie. On a péché par excès d'optimisme et par enthousiasme, ou

1. H. Baruk et N. L. Zaphiropoulos: « Les guérisons dans les états dits de démence précoce en dehors de la thérapeutique de choc. » *An. Médico-Psy*, **97**: 917 (mai) 1939.

2. Ladislaus Von Meduna: « Genèse du traitement de la schizophrénie par le Cardiazol. » *An. Médico-Psy.*, **97**: 546 (avril) 1939.

on avait appliqué ces thérapeutiques à des cas qui n'étaient pas de démence précoce. Avec Abély [3], disons que les résultats favorables représentent un tiers environ des cas traités.

A l'heure actuelle, en France, on tend de plus en plus à traiter les cas de démence précoce par le coma insulinique, réservant le Cardiazol aux accès de confusion mentale, aux épisodes de manie et de mélancolie dont il semble raccourcir la durée [4].

Les travaux qui ont été publiés sur ces traitements modernes de la démence précoce et de certaines psychopathies n'ont pas révélé qu'ils constituaient un réel danger pour la vie des malades. Mais tous les auteurs s'empressent d'ajouter qu'on ne doit traiter par ces méthodes de choc que des malades ne dépassant pas la quarantaine et sains des poumons, du cœur, n'ayant pas d'hyperthermie ni d'artériosclérose, ni d'hypertension artérielle. On conseille même, avant l'emploi du cardiazol, un électrocardiogramme et un examen très méticuleux des poumons (radiographie, cuti-vaccin, examen clinique). En effet, on a relaté des cas de réveil de tuberculose sous l'influence de la cardiazolthérapie [5], ce qui oblige à une grande prudence dans le choix des malades.

Comme dans toute crise épileptique, il fallait s'attendre, avec le cardiazol, à des accidents de nature mécanique. Ainsi, on observa des luxations du maxillaire inférieur, de la tête de l'humérus, etc. Tout dernièrement, on rapporta des fractures vertébrales avec effondrement plus ou moins sévère du corps de la vertèbre. Bennett et Fitzpatrick [6] rapportent 8 fractures sur 17 malades traités; Harold A. Palmer, 5 cas sur 20 malades traités [7].

Il va sans dire que ces accidents très ennuyeux vont refroidir le zèle et l'enthousiasme des psychiatres à l'égard du cardiazol.

Mais on ne doit jamais oublier que la démence précoce est une affection irrésistiblement incurable par d'autres moyens, qu'il n'y a pas de choix en dehors de l'insuline ou du cardiazol, qu'il faut y recourir malgré la violence du traitement et toute la répugnance qu'on pourrait éprouver à s'en servir.

Selon l'ordre des valeurs, il serait indiqué de tenter d'abord l'insulinothérapie; si elle encourt un échec, il ne faudrait pas hésiter à se servir du cardiazol, malgré ses dangers, et s'il n'existe aucune contre-indication à son emploi.

La thérapeutique psychiatrique a un dur labeur à accomplir. Grâce à Sakel et à Von Meduna, il semble qu'elle a remporté tout dernièrement un succès, sinon complet, du moins méritoire, contre l'affection la plus déroutante de la psychiatrie: la démence précoce.

Nous terminons en citant Abély [8]: « Par leurs résultats concrets, tout particulièrement en ce qui concerne l'insulinothérapie, elles ont dépassé (ces deux méthodes de traitement) le stade des discussions doctrinales pour entrer dans celui de l'application rationnelle. »

Et nous ajoutons que le médecin, actuellement en présence d'un cas de démence précoce, a l'obligation de lui offrir ces traitements modernes; autrement, il n'aura pas satisfait pleinement à la responsabilité qui lui est échue dans l'exercice de ses délicates fonctions.

Roma AMYOT.

3. Paul Abely: « Thérapeutique par l'insuline et le cardiazol. » *An. Médico-Psy.*, **97**: 904 (mai) 1939.

4. Larrivé, Mestrallet, Mathon et Carrier: « Que peut-on attendre du traitement de certains troubles mentaux aigus et chroniques par le cardiazol. » *An. Médico-Psy.*, **97**: 844 (mai) 1939.

5. G. Demay, A. Soulairoc et J. Naudascher: « Cardiazol et troubles pulmonaires. » *An. Médico-Psy.*, **97**: 835 (mai) 1939.

6. P. T. Bennett et C. P. Fitzpatrick: « Fractures du rachis compliquant le traitement par le métrazol. » *J.A.M.A.*, **112**: 2244 (3 juin) 1939.

7. Harold A. Palmer: « Fractures vertébrales compliquant la thérapeutique convulsionnante. » *The Lancet*, **237**: 181 (20 juillet) 1939.

8. Paul Abely: « Le traitement actuel de la démence précoce et d'autres psychoses par l'insuline et le cardiazol. » *An. Médico-Psy.*, **92**: 554 (avril) 1939.

VARIÉTÉS

MÉDECINE HÉROÏQUE OU MÉDECINS TÉMÉRAIRES? [1]

Par **C.-A. GAUTHIER,**
Chargé de la section de neurologie à l'hôpital
de l'Enfant-Jésus, (Québec).

Il y a quelque temps, à la suite d'une convention médicale au cours de laquelle j'avais visité plusieurs hôpitaux et entendu de nombreuses conférences, j'ai eu l'occasion d'émettre l'opinion que la thérapeutique était devenue de plus en plus osée et qu'une forte proportion de la médication dite « à la page » consistait en produits chimiques ou extraits végétaux dont l'emploi « frisait » toujours la dose toxique quand il ne s'y aventurait pas d'une façon décidément voulue.

Cette opinion d'il y a quelque temps s'affermissait de plus en plus solide dans mon esprit à mesure que j'étudiais la composition et le dosage thérapeutique de quelques produits du marché. Après avoir passé en revue un certain nombre d'entre eux, j'en suis maintenant arrivé à la quasi-conviction de son à propos et de son exactitude.

J'ai cru que sortir un peu du cadre régulier du mode de présentation des travaux ordinairement offerts ici pourrait présenter un certain intérêt et c'est surtout à cause de ce que je crois être l'importance de la question, que m'est venue l'idée d'offrir à votre étude les quelques remarques qui vont suivre.

Tout d'abord, il est probablement vrai, en principe, qu'il appartiendrait à un médecin plus âgé de faire critique sur une partie de la médecine contemporaine. Mais d'un autre côté, l'âge étant une conception en somme un peu relative, nous pourrions dire que cette conception peut être tout aussi bien en rapport avec l'expérience acquise que le temps écoulé, ce qui permettrait peut-être à des moins âgés de pénétrer dans le champ de la critique. Et si cette critique pouvait avoir comme résultat d'attirer l'attention sur le fait que l'évolution de nos idées actuelles semble s'engager sur une pente peut-être dangereuse, et ramener vers des notions peut-être plus conservatrices, il en résulterait que la fin justifierait les moyens et le medium pour l'atteindre.

Si d'un côté, l'attitude de celui qui laisse tout à la « bonne nature » pour réparer les troubles causés par les maladies est un peu proportionnelle au besoin psychologique plus ou moins conscient du moindre effort et par conséquent répréhensible, d'un autre côté, le vieux et solide principe du *primum non nocere* doit encore conserver la première place. Et entre l'attitude de celui qui ne fait rien ou peu, et celle de celui qui veut faire beaucoup et vite, il y a tout de même encore celle de celui qui accepte cette vérité fondamentale du *in medio stat virtus.*

N'avez-vous pas un peu l'impression que l'on pourrait comparer l'acte de plusieurs de nos thérapeutes maniant médications nouvelles à celui de l'équilibriste qui se balance sur la corde, toujours menacé de tomber d'un côté ou de l'autre, heureux quand il n'entraîne pas avec lui le moron à cheval sur ses épaules? C'est qu'en effet, une partie de plus en plus imposante de notre armement thérapeutique est constituée de produits qui, d'abord d'après leur composition chimique, sont décidément toxiques, et ensuite, aux doses où ils sont employés, provoquent toutes sortes de phénomènes et réactions qui, à mon sens, de-

1. Causerie faite à la *Société Médicale de Québec,* en décembre 1938.

vraient forcément attirer l'attention et éveiller la notion du grand danger.

En psychologie, nous disons que la réaction dépasse le stimulus, et immédiatement nous considérons avoir affaire à un état anormal. En thérapeutique, nous provoquons par nos médicaments des réactions bio-chimiques souvent plus intenses que celles que provoque la maladie que nous traitons et nous nous déclarons satisfaits, nous voyons là un effet normal d'un mode de traitement que nous classifions comme ordinaire et normal.

Ne croyez-vous pas qu'il existe là tout au moins une contradiction apparente?

N'êtes-vous pas d'avis que la façon de voir du médecin change certainement, et cette fois, semble s'engager sur un terrain plus qu'un peu glissant?

Est-ce que cette nouvelle attitude de jouer pour ainsi dire avec le feu ne nous fera pas oublier ou ignorer la notion qui nous a été inculquée à savoir qu'il est dangereux de jouer avec le feu? Ou cette épée à deux tranchants qu'est la médication toxique, dont les actions peuvent être antagonistes suivant les doses, doit-elle prendre place définitive dans la thérapie médicale?

Ainsi considérons, si vous le voulez bien, quelques médications prises dans divers domaines des activités médicales et voyons s'il y a bien lieu de s'arrêter et songer.

Pour faire, pour ainsi dire, cadre avec la maladie, je dirai à tout seigneur tout honneur, puisqu'en effet aux grands maux, les grands remèdes; je veux parler de l'emploi des arsenicaux pentavalents, sodiques ou non, dans le traitement de la P.G. J'appellerai volontiers cette médication le précurseur et pionnier dans cette métamorphose de l'esprit médical et de la réaction du médecin. Ici, en effet, nous injectons en i.v. un produit chimique tellement toxique et dont les affinités sont tellement neurophiles, que de toute nécessité on doive surveiller la rétine et sa circulation de crainte de voir survenir une atrophie optique progressive. Quand cette médication fut donnée pour la première fois, il y a déjà quelques années, l'encre coula à flot et les revues médicales furent littéralement inondées de commentaires. Le médicament était indiscutablement actif, on le reconnaissait; mais avec quelle prudence il fallait procéder. Je m'imagine facilement le degré d'anxiété de ceux qui donnèrent les premières injections, d'autant plus que j'en donnai en 1926.

Mais peu à peu les articles médicaux s'espacèrent; on donna le pentavalent à beaucoup plus de malades et surtout plus facilement; il y eut des accidents, c'est entendu, on s'y attendait bien un peu; mais la médication était acceptée, la métamorphose s'était déjà accomplie, et l'on franchissait l'étape entre les deux attitudes dont je parlais plus haut en la baptisant de l'étiquette « progrès ». Active cette thérapeutique, oui, éminemment; mais dangereuse aussi, certes on le sait. Et si je ne m'objecte pas au remède, je veux tout de même insister sur le changement qui s'effectuait dans l'esprit du médecin qui l'employait; l'on sait en effet la façon de traiter le P.G. avant malaria et pentavalent...

Préparé de la sorte par des résultats vraiment dramatiques, avec des médicaments dangereux, l'esprit de critique médicale était à peu près mûr pour ce qui devait suivre.

Et c'est ainsi que l'on voit le médecin employer dans les cardiopathies des produits quinidiques et digitoxiques dont l'activité est formidable mais aussi dont la toxicité est excessive. Là encore la dose thérapeutique voisine, sinon plus, la dose toxique. Mais le médicament est accepté. On voit la médecine infantile employer des produits « stérol » irradiés, mais si avides de molécule calcium, qu'ils s'empressent de décalcifier les os longs des malades qui les absorbent, et ce, toujours à dose thérapeutique. Et vous savez comme fut assez longue la période durant laquelle la vogue fut dirigée de ce côté.

Il y a déjà assez longtemps une école pharmaceutique nous lançait des alcaloïdes traités chimiquement de telle façon que, disait-on, toute l'activité médicamenteuse de l'alcaloïde était conservée alors que sa toxicité était en-

levée. Aucune accoutumance, disait-on aussi, ne résulterait de l'emploi de ces alcaloïdes. Or ceux qui les ont employés savent fort bien que rien n'est moins exact. Ces produits restent des produits franchement toxiques, et, pour employer le terme de l'école anglaise, sont bien « habit forming» . Cependant, l'emploi en est encore régulier, très répandu et de pratique courante en médecine générale. Il en est exactement de même pour les composés présentés par une autre école, composés de la classe dite « morphinôme ». La toxicité existe tout autant qu'auparavant et ils sont employés dans les cures dites « de détoxication »... Le médecin les manie avec prudence certes, mais à quels dangers il est exposé, certes aussi nous le savons. Et cela, toujours à dose thérapeutique qui, cette fois, est aussi la dose toxique.

Et songez un peu, messieurs, à la façon dont sont prescrits les produits benzyl, phényl et sulpho-aminés. Pensez à leurs indications thérapeutiques actuelles et mettez en regard le facteur de toxicité de leurs éléments chimiques composants et la dose à laquelle ces produits sont administrés. L'on sait fort bien que dans telle ou telle condition pathologique de 60 à 80 grains seront administrés quotidiennement. Et pourtant j'ai encore à la mémoire ce témoignage spontané d'un urologiste qui déclarait que la grande majorité des gonnorrhéiques traités de cette façon s'amenaient à la consultation de 4 à 6 mois après ce traitement, avec des ictères tenaces, rebelles et excessivement prononcés. Cependant, voilà encore un produit que la médecine et les médecins ont accepté; et Dieu sait si l'on a mis un soin jaloux à en préciser le dosage et à en améliorer la formule. Et pendant tout ce temps, ce produit chimique a été administré aux doses dites thérapeutiques dans des conditions aussi variées que multiples. C'est que l'esprit médical de critique est depuis longtemps déjà préparé et même habitué à la manipulation des armes à deux tranchants.

Et cette attitude nouvelle vis-à-vis du remède est, je crois, démontrée davantage si possible dans l'emploi du « traitement » de la démence précoce par le choc insulinique. Aux grands maux, les grands moyens. Alors à ce dément l'on donne l'insuline à dose telle que l'on produise un coma insulinique prolongé dont il peut sortir amélioré dans un faible pourcentage de cas. La fin en vaut-elle les moyens? De même que cette autre méthode de traitement, cette fois de nature chimique, qui consiste à donner en i. v. un produit dont le choc est tel qu'il déclanche des manifestations épileptoïdes après chaque injection. Cette fois, dans les états confusionnels et maniaques en plus des états schizophréniques. Mais la littérature médicale actuelle nous rapporte de plus en plus des cas de fractures osseuses et de ruptures musculaires au cours de ces états convulsifs provoqués dont l'intensité est pour le moins excessive. Et ces effets et complications se rencontrent toujours à des doses dites de traitement...

Loin de moi la pensée que les principes médicaux ne doivent pas évoluer et que conséquemment la thérapeutique doive rester immuable. Ce n'est pas là le point. Mais tous ces exemples pris un peu au hasard ne semblent-ils pas démontrer ce changement d'attitude de la médecine et du médecin en ce qui concerne le traitement et les médicaments à employer? Sommes-nous réellement justifiés dans des conditions qui deviennent de plus en plus fréquentes de toujours « frôler » la dose toxique et de souvent l'atteindre résolument et sciemment? La pharmacopée plus simple, je serais tenté de dire plus raisonnable, ne nous fournit-elle pas des produits qui, sinon plus actifs, du moins moins toxiques, pourraient favorablement être encore d'usage courant? Ce qui était actif il y a si peu de temps est-il donc déjà totalement désuet et inutile? Que nous voilà loin du temps où une vingtaine de gouttes d'éther sulfurique dilué devaient être prudemment administrées dans les cas d'urticaire géant! Et songez aux précautions qu'il fallait prendre et aux conseils à donner après une « forte » dose de calomel! Souvenez-vous de toute la diligence que mettaient les mé-

decins d'il n'y a pas si longtemps quand ils employaient nitrate d'argent, sulfate de cuivre, précipité blanc et précipité rouge. Et nous les appellions nos maîtres; ne le sont-ils donc plus quant à la thérapeutique, ou l'ont-ils déjà été? Trousseau, qui donnait trois grammes d'ipécahuanha divisés en quatre paquets à ses hémoptysiques disait: « cependant, messieurs, la première fois que l'on use de ce remède dans le traitement de l'hémoptysie, la main tremble.» Vaut-il mieux ne pas commenter? Beaucoup plus tard, plus près de nous encore, le grand maître Dieulafoy disait, en parlant de sulfate de cuivre et d'arséniate de soude, « modificateurs puissants », comme il les appelait, il disait donc: « Je n'ai pas besoin de dire que les doses, d'abord très minimes, doivent être lentement accrues à mesure que l'économie semble s'y habituer. » Et je me rappelle encore mes lectures anciennes où je voyais le médecin hésiter à donner l'oxyde blanc d'antimoine de crainte qu'il ne contînt un peu d'arsenic! »

Noble prudence, judicieux médecins et, devrais-je ajouter peut-être, heureux patients!

A quoi tient donc ce revirement de l'attitude médicale en face du traitement à donner? D'où provient cet oubli apparent du « primum non nocere » non seulement dans les cas que j'ai cités, mais d'une façon beaucoup plus générale dans le domaine de la thérapeutique?

Très probablement cette question peut recevoir de multiples réponses, dont les explications seraient plus ou moins acceptables; mais ne croyez-vous pas que cette nouvelle technique du « se hâter pendant que le remède guérit », (boutade si vous voulez, mais illustration aussi peut-être) pourrait un peu dépendre des faits suivants, sinon entièrement, du moins en partie?

Il se fait une vulgarisation de plus en plus active des notions médicales ébauchées dans le public; cela donne naissance à une foule de concepts faux, toujours difficiles à corriger chez les malades qui réclament une amélioration hative et une thérapeutique intense. Car ici surtout, nous avons souvent l'impression que l'idée « time is money » soit assez solidement implantée, quoi qu'il en semble dans d'autres domaines. Et voilà le médecin apparemment forcé par les gens et les circonstances à y aller promptement et fortement. Et s'il s'y prête, c'est que son esprit de critique peut accepter cette situation. C'est peut-être là une explication et peut-être cela n'explique-t-il rien du tout. En tout cas je serais plutôt porté à croire que cela n'excuse pas.

Et il me semble qu'en face de ce changement nous pouvons bien nous demander si c'est la médecine qui devient héroïque ou le médecin qui devient téméraire.

C'est dans ce but seulement que je vous ai offert ces considérations qui, si elles sont un peu longues, ne sont peut-être pas mal à propos.

ACTUALITÉS

LE DÉPISTAGE DANS LA TUBERCULOSE

Par **Yvon LAURIER,**
Chef du Service à l'hôpital Sacré-Cœur.

Un des premiers rôles de la lutte contre la tuberculose est sans contredit le dépistage. Il faut découvrir, en effet, ceux qui souffrent de cette maladie et qui la répandent partout, dans leur usine, leur foyer, leur famille ou ailleurs, si nous voulons mener à bonne fin cette lutte, si nous voulons empêcher la propagation de la peste blanche indéfiniment.

Créés à cette fin, les dispensaires jouent un grand rôle; mais ce rôle est incomplet, insuffisant, non pas parce que leur fonctionnement est défectueux ou mal dirigé, mais simplement parce que le public ne montre pas assez de bonne volonté ou trop d'indifférence. Beaucoup trop de malades encore, ne vont pas assez tôt à ces dispensaires et, pour remédier à ce mal, il faut tâcher de trouver des moyens qui permettront de dépister tous ces malades qui continuent de répandre partout la tuberculose.

Combien d'êtres humains, en effet, qui contaminent leur entourage, souvent sans le savoir, je le veux bien, se décident à se faire examiner sérieusement et efficacement alors que la maladie est trop avancée, et alors qu'ils ont communiqué leur maladie, qui à un parent, qui à un ami, qui à un compagnon de travail, qui à un enfant, tout simplement parce qu'ils ne se croient pas tuberculeux. Tant que cet état de choses persistera, il est inutile d'espérer une amélioration raisonnable de notre statistique de mortalité par tuberculose; aussi, faut-il réagir fermement et trouver des moyens pour faire venir aux dispensaires ou chez les médecins, ceux qui jusqu'ici ont négligé de le faire pour une raison ou pour une autre.

A mon avis, le problème serait facile à résoudre, du moins pour quelques classes de la société: les institutrices ou instituteurs, les commis de bar, les garçons, les filles de table, les boulangers, les confiseurs, les bouchers, les épiciers. Il me semble bien que dans l'état actuel de la vie sociale, les contagions occultes soient inévitables et que d'ailleurs, il ne soit pas souhaitable de les éviter. En effet, consommées ordinairement dans l'enfance, elles ont l'avantage de permettre à l'organisme immunisé de se défendre plus tard contre telle contagion abondante qu'il aurait les plus grandes chances de rencontrer dans la vie. Mais il est possible et désirable d'échapper aux contagions abondantes et répétées, prises à une source riche connue et souvent permanente, continue, et il faut tout faire pour écarter ces contagions, pour entourer de barrières ces sources de contamination, qui sont l'origine de tuberculoses avérées, de celles qui déciment l'humanité. Aussi ne faut-il pas répéter comme certain, que vouloir s'attaquer au contage qui nous guette partout, est inutile et ridicule, et que la seule ligne de conduite rationnelle est de fortifier les moyens de résistance de l'individu, car l'espèce humaine offre une réceptivité qui seule peut neutraliser l'immunité spécifique acquise par une affection vaccinante antérieure. Sans doute, il faut renforcer l'organisme, mais il faut aussi combattre le bacille, attaquer celui qui en est porteur, car la contagion est une condition indispensable de l'infection.

A ce sujet, la vie scolaire joue un rôle important dans la propagation de la peste blanche. Son importance ne dépend pas seulement du fait qu'elle réalise des agglomérations hu-

maines, mais encore et surtout de ce que les sujets qu'elle rassemble sont à un âge où ils offrent souvent un terrain vierge à la maladie. Il ne paraît pas douteux qu'à l'école, les conditions d'hygiène générale trop souvent déplorables, favorisent la contagion. Les jeux des enfants multiplient les contacts et les effets de ceux-ci sont aggravés par le fait de la croissance, de la fatigue. Seulement, si chez les condisciples la contagion est plutôt rare, elle n'est pas exceptionnelle chez les instituteurs ou institutrices ou auprès du personnel. L'on sait en effet que la tuberculose est assez répandue chez les maîtres ou maîtresses: c'est là le vrai danger de la vie scolaire. Il est bien fâcheux que cette question si agitée de la tuberculose des maîtres d'école n'ait pas encore trouvé une solution satisfaisante. Heureusement, le Comité de la lutte contre la tuberculose dans la province de Québec, bien averti, a fait des démarches assez heureuses auprès des membres de la commission de l'Instruction publique de cette province. Les membres de cette commission en effet, ont bien voulu étudier cette question à son mérite et je crois pouvoir affirmer qu'une législation doit réglementer l'examen obligatoire du professeur. Ce mouvement avait déjà été préconisé par Son Eminence le Cardinal Villeneuve, Archevêque de Québec, et Primat au Canada, lorsque alarmé par la découverte innombrable de tuberculeux parmi les religieux, il conseilla et recommanda aux congrégations religieuses enseignantes ou autres de faire examiner systématiquement leurs sujets. A Montréal, je connais des communautés qui ont fait subir un examen pulmonaire complet: examens clinique et radiographique de tous leurs sujets juvénistes ou autres. Espérons que le mouvement si bien commencé sera continué et accepté par toutes nos commissions scolaires de la province.

Ce mouvement, concernant l'examen obligatoire des instituteurs ou institutrices et l'exéat de l'école lorsque la tuberculose est dépistée et déclarée, ne doit pas s'arrêter là. Il se rencontre d'autres catégories d'employés chez qui la surveillance étroite, et un examen périodique obligatoire doit être pratiqué. Que dire en effet des filles, des garçons de table, des commis de bar qui fournissent à la tuberculose un nombre important de victimes, non pas tant par suite d'abus alcooliques, que parce que l'endroit où travaillent ces personnes voit s'entasser dans une atmosphère confinée et impure, des êtres de tout âge, de tout état qui infectent ces lieux de leurs crachats. Ces employés finissent par se contaminer et ensuite deviennent eux-mêmes facilement contaminateurs. Le ravage qu'ils peuvent causer est des plus considérables, puisqu'ils déposent sur les objets propres au service de table: assiettes, couteaux, verres, menus etc., des millions de microbes de Koch qui pulluleront d'autant plus que l'aération, l'hygiène, est plutôt rudimentaire dans ces endroits. Les clients empressés dégustent ainsi sans le vouloir, sans le savoir, des quantités de microbes innombrables et plusieurs finissent par devenir tuberculeux.

Que dire des boulangers, des pâtissiers et des bouchers qui sont en contact direct et journalier avec les aliments essentiels au développement et au maintien de l'organisme humain. Il me semble inutile d'insister davantage tellement le fait est clair et manifeste, tellement le problème est grave et sérieux.

Sans doute, pour remédier à cet état de choses, chacun peut avoir son point de vue personnel; mais, il me semble, à mon avis, qu'il serait assez facile d'améliorer énormément le résultat de la lutte anti-tuberculeuse dans notre belle province de Québec en améliorant simplement le système de dépistage, tel qu'organisé par nos dispensaires, le service social et les unités sanitaires.

Déjà la formation d'un comité anti-tuberculeux a rendu d'innombrables services, mais c'est insuffisant. Il faut créer d'autres organismes, trouver d'autres moyens. Les membres du comité de la lutte anti-tuberculeuse de la province de Québec doivent chercher à convaincre nos gouvernants d'intervenir par des lois raisonnables, justes, adéquates, car de nouvelles lois sont nécessaires pour remédier

à l'apathie du public; celui-ci montre trop d'insouciance ou trop d'ignorance et les ravages causés par la tuberculose continuent encore trop de semer partout le désarroi, la douleur, la misère, parce que les tousseurs, les cracheurs qui ignorent les notions élémentaires de cette maladie ou qui craignent de s'entendre déclarer tuberculeux, répandent autour d'eux des agents contaminateurs au lieu de recourir au médecin ou au dispensaire.

Si ceux qui sont tuberculeux ne veulent pas venir aux organismes anti-tuberculeux, il faut que ces derniers aillent à eux. Le moyen est simple et facile à trouver. Faisons passer des lois provinciales, des règlements municipaux pour la prophylaxie de la tuberculose à l'école et dans les salles à manger, les restaurants, les épiceries, les boucheries, les confiseries, les boulangeries. Ces lois, ces règlements doivent viser à l'élimination des sources de contagion d'où examen médical complet annuel, à la surveillance des enfants, au dépistage précoce et au traitement rationnel des contaminés.

RAPPORT DU COMITÉ PROVINCIAL DE DEFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE

Année 1938

Le comité provincial de défense contre la tuberculose vient de terminer sa première année d'existence.

C'est à l'automne de 1937 que l'Association canadienne antituberculeuse, de concert avec l'Association canadienne des assureurs-vie et le nouveau ministère de la Santé, jeta les bases de cet organisme destiné à concentrer tous les efforts, à rallier toutes les énergies dans une campagne dont l'urgence était proclamée par les dernières statistiques fédérales. Alors que la province de Québec représente seulement 28 pour cent de la population canadienne, 43 pour cent de tous les décès par tuberculose se recrutaient chez nous. Taux de mortalité de 48 par cent mille dans le reste du Dominion. Mais notre apport de 93.3 bouleversait ces données et, du même coup, le taux général était porté à 61.4.

L'Association des assureurs-vie consentit à souscrire $10,000 par année, jusqu'en 1940 inclusivement, pour déclencher et poursuivre la lutte. Et le ministère provincial de la Santé voulut bien en faire autant. Le nerf de la guerre étant ainsi assuré, le comité se mit à l'œuvre.

Nos lettres patentes remontent au 24 janvier 1938, et voici les attributions qu'elles donnent aux directeurs:

1° Agir comme « aviseurs » dans la campagne provinciale contre la tuberculose;

2° Encourager et aider toutes les institutions officielles ou privées, engagées actuellement dans la lutte antituberculeuse dans la province de Québec;

3° S'affilier à l'Association canadienne antituberculeuse et en constituer une section dans la province;

4° Coopérer à la compilation des statistiques provinciales sur la tuberculose;

5° Etudier tous les problèmes en rapport avec cette maladie;

6° Organiser des comités spéciaux pour l'examen des divers problèmes liés à la tuberculose;

7° Compiler, préparer et publier les statistiques et les renseignements qui ont trait aux modes de traitement et de prévention, en vue de créer une opinion publique éclairée en faveur de mesures plus radicales afin d'enrayer la tuberculose;

8° Travailler en liaison avec les autorités administratives et les représentants des corps publics;

9° Engager le personnel nécessaire pour atteindre les fins ci-haut mentionnées; se procurer un local, l'équipement et les autres accessoires pour le service de l'organisation;

10° Accepter les dons et les fonds offerts comme contributions publiques ou privées, ou sous toute autre forme pour les fins indiquées dans les précédentes sections.

Le comité, par ces lettres patentes, se trouvait ainsi constitué:

Les docteurs J.-Arthur Jarry, directeur médical de l'Institut Bruchési de Montréal; Séraphin Boucher, ex-directeur du Service de Santé de Montréal; Grant Fleming, doyen de la faculté de médecine de l'université McGill; Georges Mignault, surintendant médical de l'hôpital du Sacré-Cœur; J.-A. Vidal, représentant de la faculté de médecine de l'Université de Montréal; Emile Nadeau, du ministère provincial de la Santé; Georges Grégoire, directeur du dispensaire de la Ligue Antituberculeuse; Roland Desmeules, représentant de l'Université Laval de Québec; A.-R. Foley, épidémiologiste au ministère de la Santé; Hervé Beaudoin, surintendant médical du sanatorium Cooke, Trois-Rivières, et G.-J. Wherrett, secrétaire exécutif de l'Association canadienne antituberculeuse.

Depuis lors, le docteur Adélard Groulx, directeur du Service de Santé de Montréal, a succédé au Dr Séraphin Boucher, et le Dr Jean Grégoire, sous-ministre de la Santé, au Dr Emile Nadeau. Le bureau de direction s'est aussi adjoint le Dr Lasalle Laberge, directeur de la division de la tuberculose au ministère de la Santé, et le Dr E.-S. Harding, directeur médical du Royal Edward Institute.

Des règlements avaient été préparés qui, avec la charte, furent approuvés lors de la première assemblée des directeurs tenue à Montréal le 29 janvier. A la même assemblée, le Dr J.-A. Jarry, le Dr Emile Nadeau et le Dr Georges Grégoire étaient élus respectivement président, vice-président et secrétaire-trésorier. Le Dr Jean Grégoire a remplacé le Dr Nadeau à la vice-présidence.

Le comité a pour président honoraire l'honorable Dr Albiny Paquette, ministre de la Santé; pour vice-président honoraire, le Dr J.-E. Dubé, président de l'Institut Bruchési; pour trésorier et assistant-trésorier honoraire, MM. U. Boyer, gérant du bureau chef de la banque Provinciale à Montréal, et Gaston Lévesque, gérant de la même banque à Québec.

Son Eminence le Cardinal Villeneuve, Son Excellence Mgr Gauthier, le Très Révérend Farthing, Son Excellence M. E.-L. Patenaude, lieutenant-gouverneur, sont nos patrons honoraires, et nous comptons à date une quarantaine de membres honoraires et une centaine de membres actifs. Tous les évêques de la province de Québec nous ont promis leur appui et ont accepté d'être membres honoraires du comité.

A l'assemblée du 9 avril, le secrétaire-trésorier soumit un programme comportant quatre points principaux:

le dépistage de la tuberculose;
l'éducation de la population;
l'hospitalisation des tuberculeux;
l'assainissement des logements.

Pour opérer le dépistage de la tuberculose, on résolut de se servir des institutions existantes (ligues, dispensaires, unités sanitaires); d'en créer d'autres, si nécessaire; d'intensifier le travail des dites institutions en demandant l'aide des médecins praticiens, en invitant la population à subir un examen médical, en priant les industriels et les patrons de manufacture de faire examiner leurs employés dans les dispensaires ou les unités sanitaires, en exigeant du personnel enseignant de la province un certificat d'examen pulmonaire (clinique et radiologique) renouvelable chaque année, en recommandant aux autorités scolaires l'examen de tous les écoliers. De cette façon, disait-on, avec une campagne d'éducation bien conduite, il est probable que, d'ici trois ans, la majorité de la population de la province aura subi un examen médical au point de vue pulmonaire. De nouveaux dispensaires et de nouvelles unités sanitaires devraient aussi être créés, pour agir comme centres de dépistage, de diagnostic, de triage des malades et d'admission dans les hôpitaux.

Le comité décida que l'éducation du public se ferait par:

a) la presse;
b) la radio;
c) la distribution de circulaires et brochures;
d) des discours et conférences dans les écoles, devant les sociétés médicales et les clubs sociaux;
e) le cinéma;
f) des séances éducatives.

Le programme insistait sur la nécessité d'amplifier l'enseignement de la tuberculose dans les universités. Le troisième point (hospitalisation des tuberculeux) était ainsi détaillé:

> Rendre cette hospitalisation gratuite; avoir un nombre suffisant de lits; laisser au comité le soin de juger du nombre de lits nécessaires dans la province, de même que de l'opportunité de construire de nouveaux sanatoriums et hôpitaux pour les tuberculeux.

Une campagne était recommandée, en faveur de l'assainissement des logements et de la suppression des taudis. Enfin, le comité promettait de collaborer activement à une nouvelle législation antituberculeuse.

Naturellement, il ne fallait pas s'attendre à ce que tout cela s'accomplît en moins d'une année. Le travail a véritablement commencé au printemps, avec l'ouverture de notre bureau, chambre 310, édifice du Merger, Québec. Et il y a eu les atermoiements inévitables du début.

Le comité provincial de défense contre la tuberculose a tenu en 1938 onze assemblées générales, tantôt dans la vieille capitale, tantôt dans la métropole. Mais les sous-comités de ces deux villes ont été très actifs, se réunissant jusqu'à deux fois la même semaine. Tout d'abord il s'agissait de constater où nous en sommes exactement par rapport à la tuberculose. Le Dr Foley, épidémiologiste de la Province, a préparé des tableaux indiquant le pourcentage de mortalité pour chaque comté, et une enquête semblable a été faite à Montréal et est en cours à Québec. On sait maintenant dans quels quartiers métropolitains le mal exerce surtout ses ravages, et dans quelles zones de la province la lutte doit être menée le plus énergiquement. A ce sujet des cartes ont été dessinées, imprimées, distribuées par milliers d'exemplaires aux médecins et dans les écoles. Nous avons aussi adressé des formules de rapports à tous les dispensaires et à toutes les unités sanitaires et nous sommes à établir le système de classification standard en vigueur dans le reste du pays. Ainsi, nos statistiques seront plus justes et nous pourrons plus facilement suivre le mouvement de retrait de la tuberculose, si notre campagne donne les résultats que nous avons lieu d'en attendre. La création d'une division de la tuberculose au ministère de la Santé et la nomination du Dr Lasalle Laberge à la direction de ce nouveau poste favoriseront le dépistage des tuberculeux, en créant un contact plus étroit entre les divers organismes qui existent déjà. De même le service de Santé de la ville de Montréal a-t-il formé une section de la tuberculose, sous la direction du Dr Léo Ladouceur. Et nous entreprenons des démarches pour que tous les comtés de la province possèdent leur unité sanitaire, de sorte qu'il n'y ait pas un village, pas une paroisse qui ne reçoive périodiquement la visite des cliniciens.

Dès le début de notre campagne, nous nous sommes aussi assuré le précieux concours du praticien. Pas de lutte possible sans ce dernier. Nous avons donc adressé une lettre à chacun des trois mille médecins de la province de Québec. Puis nous avons, au cours de l'été, délégué nos conférenciers auprès des sociétés médicales. Des réunions ont été tenues aux endroits suivants: Montréal, Québec, Trois-Rivières, Chicoutimi, Hull, Sherbrooke, Rimouski, Gaspé, Saint-Jean, Saint-Hyacinthe, Joliette, Granby, Donnacona, Saint-Georges de Beauce, Montmagny, Lévis, Notre-Dame-du-Lac, L'Epiphanie. A l'automne, le Dr Léopold Nègre, directeur de l'Institut Pasteur, a donné dans la province une série de conférences dont quelques-unes patronisées par notre comité. Enfin, nous publions, depuis six

mois, un bulletin médical qui traite exclusivement de la tuberculose et qui est envoyé gratuitement à chaque médecin. Ce bulletin est bilingue et rédigé par nos meilleurs phtisiologues. Le problème tuberculeux y est envisagé sous un angle qui intéresse spécialement le praticien. Nous pourrions rattacher à toutes ces activités la fondation de la Société de Phtisiologie de Québec, dont le président est le Dr Roland Desmeules. Cette société a tenu deux assemblées, l'une en mai et l'autre en octobre, qui ont réuni de vastes auditoires autour de spécialistes comme les Archibald, les Bonnier, etc. Il y a eu, au début d'octobre, la semaine clinique de l'hôpital du Sacré-Cœur, à Cartierville. Là les médecins de Montréal et de la région ont eu l'opportunité de recevoir des leçons pratiques sur la prophylaxie de la tuberculose. Une journée clinique a également été organisée au Sanatorium Saint-Laurent de Hull.

Nous avons encore sollicité l'appui des éducateurs. Une correspondance a été échangée avec les supérieurs de nos communautés religieuses, les directeurs de nos collèges, de nos couvents, de nos écoles. Par leur intermédiaire, des milliers de feuillets de propagande ont été distribués aux enfants. Beaucoup de collèges et de couvents nous ont redemandé de la littérature de propagande. Beaucoup nous ont dit qu'ils commentaient ces leçons en classe. Le résultat est déjà tangible, ainsi que nous le verrons plus loin.

Mais il était nécessaire d'intéresser tout le public à notre campagne. Des assemblées comme celles du Palais Montcalm à Québec, de l'Auditorium du Plateau à Montréal et de l'Hôtel de Ville de Sherbrooke ont eu un grand retentissement, que justifiaient la qualité des orateurs et la gravité du problème discuté. Sur la même estrade étaient réunis les représentants de l'autorité religieuse et de l'autorité civile. Et il fallut bien se rendre à l'évidence que la tuberculose constitue l'un des pires dangers pour notre race. La combattre n'est pas seulement l'affaire du médecin, mais celle du prêtre, celle de l'instituteur, celle des parents, celle de tout le monde. Le comité va multiplier ces assemblées. Au cours de l'hiver, il en sera tenu dans la plupart des paroisses de Montréal et de la banlieue, organisées, les premières par le service de santé de la métropole, qui prête un concours si bienveillant à notre campagne, les secondes par madame de Lotbinière Harwood. Ralliements populaires, à la fois éducatifs et récréatifs, comportant un programme de chant avec saynètes, monologues, etc.

Nous avons inauguré, il y a quelques semaines, avec la bienveillante coopération de Radio-Canada, des sketches radiophoniques qui sont entendus dans toute la province. Ces sketches, dus à la plume du Dr Adrien Plouffe, assistant-directeur du service de Santé de la ville de Montréal, sont fort intéressants, et les meilleurs artistes de la métropole les interprètent.

Nous aurons aussi un film dont le scénario a été préparé, sous la direction du comité, par M. Robert Choquette, l'auteur du *Curé de Village* et de la *Pension Velder*. Ce film, intitulé *Santé et Bonheur*, est tourné aux studios Cinécraft, de Montréal, et coûtera $5,500 moins le scenario, les copies et, naturellement, les projecteurs. Sa durée sera de vingt-deux minutes, et c'est notre intention de l'utiliser non seulement dans les théâtres, mais dans les collèges, les couvents, les salles paroissiales, à la campagne comme à la ville. Tout le problème tuberculeux, tel qu'il se présente chez nous, y est exposé: moyens de contagion, moyens de guérison. C'est l'histoire d'une famille qui vivait heureuse, lorsque la tuberculose s'implante insidieusement chez elle. Le médecin et la garde-malade interviennent et nous sommes transportés au dispensaire, au sanatorium, à la colonie de vacances, pour revenir enfin dans la famille qui, avec la santé, retrouvera le bonheur.

Ces assemblées populaires, ces représentations cinématographiques, ces sketches radiophoniques et notre participation à l'Exposition Provinciale de Québec, où le ministère de la Santé avait mis son pavillon à notre

disposition, auront été précédés d'une vaste campagne de publicité qui se poursuivra en 1939 et 1940. Au mois de mai dernier, nous avons retenu les services de M. Jean-Marie Turgeon, journaliste de Québec, qui s'est mis aussitôt en relation avec tous les quotidiens et tous les hebdomadaires de la province. Les articles, nouvelles, etc., qui ont paru depuis huit mois représentent environ 240,000 lignes agates ou la valeur de cent pages d'un de nos grands quotidiens. Les journaux ont été généreux puisque cette publicité, payée au taux normal, eût coûté plus de $20,000. Tous les articles de notre publiciste ont été rédigés sous la direction médicale du comité et se rapportaient à l'un ou à l'autre point de notre programme. Des appels ont ainsi été adressés à chaque classe de la population. Nous avons également publié une série d'annonces dans quinze quotidiens et trente-cinq hebdomadaires. Cet item nous a coûté $2,200. Des revues, entre autres *le Canada Français*, organe officiel de l'Université Laval, et *l'Etoile du San*, nous ont consacré gracieusement et largement leur espace.

Le comité a imprimé à ses frais une brochure sur l'alimentation des enfants, écrite par le Dr Ernest Sylvestre, du ministère de la Santé, et il en éditera bientôt une autre: *Au service des tuberculeux*, par le R. P. Vincent Masson, o.p. La Canadian Tuberculosis Association, dont le Dr G.-J. Wherrett est le dévoué secrétaire, nous a fait cadeau d'environ 100,000 pamphlets sur la tuberculose que nous avons en grande partie distribués dans les maisons d'éducation, par la poste aux personnes qui nous les ont demandés, ou encore dans les villes et les campagnes, par l'entremise des bureaux de Santé, dispensaires ou unités sanitaires. Nous avons reçu gratuitement de la Metropolitan Life, qui les avait édités spécialement pour notre comité, environ 400,000 exemplaires d'un petit traité sur la tuberculose. Presque tous ces exemplaires sont maintenant répandus dans le public, et il nous faudra bientôt demander un nouveau tirage à l'obligeant Dr N.-L. Burnette. Enfin, le Conseil du Bien-Etre Social, que dirige mademoiselle Charlotte Whitton, nous a apporté une aide précieuse.

L'hospitalisation! Voilà un autre article très important de notre programme. Comment procéder à un sérieux dépistage s'il n'y a pas assez d'institutions pour recevoir les malades? Logiquement — c'est là le fruit de l'expérience des phtisiologues — une province doit pourvoir à deux lits d'hospitalisation pour chaque décès attribuable à la tuberculose. L'Ontario a 2.41 lits par décès tandis que Québec, le printemps dernier, n'en avait encore que 0.6. Depuis lors, un sanatorium a été ouvert à Roberval et un pavillon pour tuberculeux a été adjoint au nouvel hôpital des Iles-de-la-Madeleine. La région du bas du fleuve sera bientôt dotée elle aussi d'un sanatorium très moderne et, s'il est donné suite au projet de transformer l'Institut de Nazareth en maison de cure pour les tuberculeux, ce sera, en moins d'un an, près de 1,200 lits supplémentaires qui auront été créés. Le gouvernement provincial, on le voit, est des mieux disposés et veut bien nous considérer, dans ce domaine, comme ses aviseurs.

Nous avons adopté au cours de l'année plusieurs résolutions qui devraient faire la base d'une législation antituberculeuse, et il en sera certainement question au cours de la session. Le comité recommande l'admission gratuite dans les sanatoriums. Il veut que la tuberculinisation des troupeaux laitiers soit étendue à tous les comtés de la province. Il réclame le certificat de décès confidentiel, afin d'assurer l'exactitude des statistiques. Il souhaite que des subventions viennent favoriser le développement des colonies de vacances. Il a surtout obtenu l'assentiment du comité catholique du Conseil de l'Instruction Publique à deux amendements à la loi de l'Instruction Publique. Par l'un de ces amendements, aucun instituteur, aucune institutrice ne pourra se livrer à l'enseignement à moins d'avoir subi un examen pulmonaire à la fois clinique et radiologique, renouvelable tous les ans. L'autre amendement exige que des leçons d'hy-

gième générale et sociale soient données chaque jour, pendant cinq minutes, dans les écoles.

Maintenant, il y a lieu de nous demander si le travail que nous avons entrepris rapporte ou rapportera quelque chose. Les statistiques des dispensaires ne sont pas encore connues et, d'ailleurs, les points de comparaison avec les années dernières font défaut. Mais les directeurs de ces dispensaires assurent qu'ils rencontrent plus de malades qui leur sont envoyés par le praticien. De ce fait, nous ne tarderons pas à constater que les patients se présentent à une période moins avancée de la maladie, quand toutes les chances de rétablissement sont pour eux. Récemment, dans le district de Québec, des communautés comme l'Hôpital Général, l'Hôtel-Dieu du Sacré-Cœur, les Servantes du Saint-Sacrement, les Sœurs de N.-D. du Perpétuel Secours, dont la maison mère est à Saint-Damien de Bellechasse, les Petites Sœurs Franciscaines établies à la Baie Saint-Paul, les Pères du Sacré-Cœur, à Beauport, ont fait examiner tous leurs sujets au point de vue pulmonaire. Cet examen sera aussi subi par les élèves du Grand Séminaire de Québec et les étudiants en médecine de l'Université Laval. A Montréal, le dépistage se poursuit avec le même résultat. Le supérieur du Séminaire de Gaspé nous écrivait l'autre semaine que tous ses élèves avaient été présentés au clinicien. Nous recevons presque chaque jour des demandes de renseignements qui nous viennent d'éducateurs et de chefs de famille. On nous cite des cas de malades qui auraient besoin d'être hospitalisés. On veut nos brochures pour apprendre à se protéger et à protéger son entourage. La campagne du timbre de Noël, à laquelle nous nous sommes particulièrement intéressés, semble avoir produit une meilleure recette dans tous les districts. Le gouvernement provincial et les grandes villes établissent, comme nous le disons plus haut, des services antituberculeux. Le ministère de la Santé n'a pas seulement créé une division de la tuberculose, il ne se contente pas de construire des sanatoriums, mais le Dr Lasalle Laberge a été chargé de faire une enquête pour décongestionner ceux qui existent déjà, de façon à ce que les cas urgents puissent être traités sans délai.

Bref, il existe partout un courant favorable, l'opinion publique est mieux éclairée et, en poursuivant nos efforts, en exécutant point par point le programme que nous nous sommes tracé, en le revisant et en l'adaptant aux circonstances, nous devrions, dans deux ans, dans un an même, constater un heureux changement. Québec n'est plus submergé par le flot de la tuberculose. Voici, en effet, que des îlots apparaissent verdovants. Ce sont nos communautés, qui ont fait appel aux médecins et cliniciens et ont mis leur maison en sécurité. Ailleurs, la lagune commence à se dessiner. La mer bouillonnante d'écume se retire. Le jour n'est peut-être pas si loin où notre province qui, en matière de prophylaxie de la tuberculose, occupait une situation humiliante, rivalisera avec le reste du Dominion et, souhaitons-le, battra la marche.

Dr Georges GREGOIRE,
Secrétaire de l'exécutif.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DU TÉTANOS [1]

1. Suppression du foyer tétanique.

Large débridement et nettoyage de la plaie; enlever les corps étrangers, exposer les tissus à l'air libre. Large pansement au Dakin ou à l'eau de riz dans laquelle, selon Von Hibler, le b. de Nicolaier ne sécrète pas de toxine.

2. Destruction de la toxine.

a) Procédés chimiques: il ne sont plus employés.

b) Procédés biologiques: sérum antitétanique.

Employer sérum non purifié contenant 2000 unités par c.c. ou sérum purifié à 1000 unités par c.c.

Fortes doses: de 500 à 2000 cm³ comme dose totale.

Ainsi pour tétanos léger, localisé et d'incubation prolongée, injection de 50 à 150 cm³ de sérum par voie sous-cutanée et intra-musculaire matin et soir, chaque jour, en diminuant les doses selon l'évolution favorable de la maladie.

Pour tétanos grave, à incubation courte et à évolution aiguë, ou tétanos viscéral, pendant 2 à 6 jours, avec surveillance très étroite du cœur, du foie, des poumons, du pouls et de la température, anesthésie au chloroforme en 2 fois par jour pendant 30 à 45 minutes (chloroforme goutte à goutte, environ 20 cm³). Injecter sous la peau ou dans les muscles de 30 à 60 cm³ de sérum, une demi-heure avant et une demi-heure après l'anesthésie. Dufour conseille l'injection intrarachidienne de 20 à 50 cm³ de sérum après soustraction d'une quantité équivalente de liquide c-r.

3. Traitement général.

Isolement du malade, dans une chambre chaude à l'abri du bruit et de la lumière.

Sédation: bromure de potassium (4-6 grammes par jour) ; chloral (4-8 grammes par jour) en lavements.

Nutrition: sérum glycosé en goutte à goutte rectal ou de préférence en injection intraveineuse (sol. 20 pour 100, 200 cm³) matin et soir.

Eviter les escarres, tonicardiaques. L'emploi du sérum purifié pourra prévenir ou atténuer les réactions sériques; traiter ces dernières par adrénaline, hyposulfate de soude (dans les veines) chlorure du calcium (sol 10 pour, 100, 5 - 10 cm³ dans les veines 2 fois par jour) ; citrate de soude *per os* 0.50 centigrammes, 3 fois par jour.

4. Traitement des séquelles.

Contractures ou paralysies d'origine toxique; recourir à la sérothérapie qui a été insuffisante ou qui doit, associée à la désinfection de la plaie, détruire complètement la source tétanigène par action locale.

5. Prophylaxie.

a) *Vaccination par l'anatoxine Ramon* (immunisation complète — au bout de six semaines).

b) *Immunisation passive,* transitoire (10 jours), par le sérum (10 cm³).

R. A.

1. Extrait de la *Presse Médicale,* 7 juin 1939. Notes de Médecine pratique publiées par les soins de A. Ravina. Article du Dr P. G.

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 « Quarterly 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

A. LEMAITRE et J. MALLARME. — **Données actuelles sur la leucose aiguë.** "Paris Médical", **29**: 63 (15 juillet) 1939.

Les auteurs insistent sur le polymorphisme à la fois clinique, hématologique et évolutif de la leucémie aiguë.

Au point de vue clinique, la leucémie aiguë ne revêt pas toujours l'aspect que nous décrivent les traités classiques: début brusque, état général mauvais, fièvre élevée, hémorragies, angine ulcéro-nécrotique etc. Ce tableau ne représente parfois que l'épisode ultime de la maladie, qui évoluait jusque là sous un tout autre jour. De nombreuses publications ont attiré l'attention sur de multiples formes atypiques: formes hépato-spléno-mégaliques, formes hémorragiques, formes purpuriques, formes osseuses et douloureuses, formes anémiques pures, etc.

Les données hématologiques modernes, ponction du sternum, ponction de la rate ont aussi quelque peu modifié le schéma hématologique classique. Les A. s'attachent à discuter trois points principaux savoir: *a*) le trouble; *b*) les leucoses leucopéniques, les leucomyéloses aleucémiques, les crypto-leucoses; *c*) la leucémie n'est pas une maladie des seuls globules blancs, mais de tout le système hémoformateur.

L'évolution de la leucose aiguë n'a pas toujours l'allure foudroyante que l'on croyait. Il existe des cas chez lesquels la terminaison fatale se fait attendre pendant des mois: L'évolution est parfois coupée de rémissions qui en imposent pour une guérison.

L'A. discute ensuite les causes et le mécanisme de la leucose aiguë. Il cite les diverses hypothèses émises pour en expliquer l'étiologie: théorie infectieuse, théorie toxique, théorie néoplasique, traumatisme, tare constitutionnelle ou héréditaire. Toutes ces théories peuvent expliquer des faits, mais ne suffisent pas pour emporter la conviction.

Le mécanisme de la leucose aiguë est très particulier, en ce sens qu'il n'affecte pas un organe mais tout un système, le système hémoformateur. Deux modifications importantes sont à noter: la métaplasie et l'immaturation cellulaire. L'A. se demande en terminant si l'on ne pourrait suspecter, à l'origine de la leucémie aiguë la carence d'un facteur nécessaire à la maturation cellulaire.

Roland DUSSAULT.

I. M. RABINOVITCH. — **Les dangers de la protamine-zinc-insuline.** "C. M. A. J.", **41**: 5 (juillet) 1939.

Toutes les solutions d'insuline, comme les médicaments en général, sont dangereuses si elles ne sont pas employées avec discernement. Les dangers de la I. P. Z. sont analogues à cause de l'insuline ordinaire: il importe donc de connaître ceux-ci. Il est rare que des cas de mort soient rapportés à la suite de l'administration d'insuline, mais il arrive que l'on observe des symptômes alarmants. Les fortes doses et l'idiosyncrasie sont les principales causes d'accidents; la dénutrition, la déshydratation, la diarrhée, la lactation, le jeune âge, une diète riche en H. C. augmentent la sensibilité à l'insuline; une diète riche en graisses et surtout l'infection augmentent la résistance à l'insulinothérapie. Rien n'apporte autant de variations dans la réponse à l'insulinothérapie que l'infection: une dose d'insuline à peine suffisante pour contrôler la glycémie dans les limites normales pendant une période d'infection peut provoquer des chocs d'hypoglycémie très sérieux lorsque l'infection est contrôlée.

L'I. P. Z. présente l'avantage d'exiger un nombre plus restreint d'injections sous-cutanées; les accidents d'hypoglycémie sont généralement moins fréquents et moins graves qu'avec l'insuline ordinaire. On lui a reproché de ne pouvoir contrôler la glycosurie postprandiale, mais il ne semble pas que celle-ci soit le fait de la I. P. Z. mais d'individus en particulier.

Il faut noter qu'avec la I. P. Z. les accidents d'hypoglycémie se manifestent tardivement dans la journée et que la perte de connaissance peut survenir sans les signes prodromiques habituels. La céphalée, même légère, les nausées, les vomissements, la fatigue, la perte de la mémoire, la somnolence peuvent annoncer un accident d'hypoglycémie; les crises d'hypoglycémie, à cause de la lenteur de la libération de l'insuline, ont tendance à récidiver. Il faut défendre les exercices musculaires violents à ceux qui prennent de la I. P. Z. à moins d'avoir sous la main du sucre sous une forme quelconque, à cause du

EST-CE DE LA GOUTTE?

EST-CE DE L'ARTHRITISME?

Sensibilité, raideur, léger gonflement des jointures des phalanges (les autres articulations peuvent être prises), motilité affaiblie, ralentissement graduel des fonctions... se manifestant surtout vers l'âge moyen... tel est le tableau-symptômes que présentent de nombreux cas.

Il peut indiquer un cas de goutte, ou bien un cas d'arthritisme.

La LYXANTHINE ASTIER

donnée *per os*, à dose d'une cuillerée à thé, une, et même deux fois par jour, amène ordinairement une rapide amélioration de cet état, et, si on continue le traitement, la disparition complète de tous les symptômes.

La Lyxanthine Astier produit cet effet en vertu de ses éléments synergiques associés: iode, calcium, soufre, bitartrate de lysidine [1]... ce dernier, puissant dissolvant et éliminateur des déchets métaboliques.

1. Méthylglyoxalidine ou éthylethenyldiamine.



ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, **Montréal**

Veuillez m'envoyer de la littérature et un échantillon:
LYXANTHINE ASTIER

Dr.....

Adresse.....

Ville.....Province.....

danger d'hypoglycémie consécutif à l'exercice musculaire.

Les réactions allergiques provoquées par I.P.Z. ont tendance à disparaître spontanément comme celles provoquées par l'insuline ordinaire.

Roland DUSSAULT.

Solomon STROUSE, Louis N. KATZ et Herbert F. BINSWANGER. — **Valeur clinique de l'électrocardiogramme.** "J. A. M. A.", **113**: 576 (12 août) 1939.

On compte trop sur l'électrocardiogramme aux dépens du questionnaire du malade ou de son examen objectif. Ce travers est bien plus le fait du praticien ou du chirurgien que celui du cardiologue. C'est ainsi que certains chirurgiens en sont rendus à demander un électrocardiogramme avant toute opération croyant à tort pouvoir ainsi déceler toute déficience myocardique.

Les auteurs ont voulu se rendre compte de la valeur de la méthode électrocardiographique, en procédant d'une façon particulière. Ils ont étudié les dossiers cliniques et les électrocardiogrammes faits en série de 100 patients privés choisis au hasard sans égard au diagnostic posé. Ils voulaient se rendre compte: 1° du degré de concordance de l'électrocardiogramme et de l'examen clinique; 2° de la valeur pronostique de l'électrocardiographie, quand les données qu'elle nous fournit diffèrent des conclusions adoptées lors de l'examen clinique.

Les sujets étudiés pouvaient se diviser en trois groupes: 1° Malades souffrant de douleurs ou malaises précordiaux; 2° les hypertendus, artérioscléreux ou diabétiques; 3° sujets atteints de maladies diverses ou n'accusant que des troubles fonctionnels imprécis.

L'examen électrocardiographique de routine a peu de valeur avant 40 ans, sauf pour de rares exceptions. A partir de 40 ans, l'artériosclérose devient plus fréquente. Evidemment l'électrocardiographie faite en série une fois chaque année sera plus précieuse encore chez le diabétique ou l'hypertendu. Il permettra de dépister une lésion du myocarde débutante non décelable par les méthodes d'examen ordinaires. Parfois des modifications minimes de l'électrocardiogramme sont reversibles; elles pourront disparaître complètement au cours d'examens subséquents.

On admet que 50% environ des angineux finissent par souffrir d'infarctus du myocarde. Le diagnostic précis de la cause des douleurs précordiales est d'une extrême importance. On sait que quantité de maladies peuvent similer plus ou moins l'angine de poitrine. L'examen électrocardiographique peut être utile et appuyer un diagnostic incertain dans des cas atypiques. Il faut cependant faire deux remarques d'une extrême importance à ce sujet. 1° L'électrocardiogramme peut permettre de constater une lésion du myocarde chez un sujet souffrant de douleurs précordiales dues à une autre cause; 2° Dans 25% des cas d'angine de poitrine, l'électrocardiogramme fait en série est tout à fait normal, même au cours de la crise. Il peut demeurer normal même à la suite d'un effort provoqué immédiatement avant l'examen. Ceci démontre bien qu'un diagnostic d'angine de poitrine bien motivé ne doit jamais être rejeté du fait d'un électrocardiogramme normal.

Il ne faut jamais traiter à la légère un tracé probablement ou sûrement anormal. Il faut faire, alors, des électrocardiogrammes en série pour suivre l'évolution favorable ou non des sujets qui les ont fournis.

Méthode précieuse, l'électrocardiographie est souvent indispensable pour l'étude des troubles du rythme ou de conduction. Elle peut nous permettre d'affirmer l'existence d'un infarctus du myocarde; elle peut confirmer un diagnostic d'angine de poitrine. Il ne faut pas cependant oublier qu'elle n'est le plus souvent qu'un adjuvant à un examen clinique bien fait et à un questionnaire soigneux. Elle ne doit jamais se substituer à eux.

Henri GELINAS.

Curtis F. GARVIN. — **Complications consécutives à l'administration des produits sulfanilamidés.** "J. A. M. A.", **113**: 288 (22 juillet) 1939.

A la suite de l'absorption des produits sulfanilamidés il est courant d'observer des symptômes d'intoxication légère: fatigue, faiblesse, vertiges, anorexie, nausée. On observe parfois d'autres malaises, tels que bourdonnements d'oreilles, confusion mentale, paresthésies, dyspnée, diarrhée, constipation, vomissements et plus rarement une certaine difficulté de la miction. On peut généralement poursuivre la médication en dépit de ces malaises.

Cyanose.

Elle est due à la méthémoglobicienne et n'a pas d'importance.

Fièvre.

Elle est ordinairement élevée, parfois rémittente et accompagnée de frissons et de transpirations profuses. Elle survient généralement vers le 7e jour. Elle peut néanmoins apparaître dès la première prise du médicament. Elle peut accompagner d'autres symptômes d'intoxication tels qu'une éruption cutanée. On doit soupçonner cette complication, si la fièvre survient chez un sujet afébrile ou devenu afébrile. Si le malade a déjà de la fièvre, le problème est plus difficile. Dans ce cas, la fièvre devra disparaître dans un temps variant entre 24 à 72 heures. Cette complication se voit dans 10% des cas traités

Conforme à des données scientifiques



"ALPHAMIN"

Synergie minéralo-vitaminée; titré biologiquement.

Dans le but d'assurer la pleine valeur thérapeutique des vitamines et des sels minéraux, la fabrication de l'Alphamin est basée sur les quatre principes suivants:

(1) Les vitamines lipo-solubles sont renfermées dans un véhicule d'huiles naturelles;
(2) Les vitamines hydro-solubles sont présentées à l'état sec et stable;
(3) Les vitamines lipo-solubles ne sont pas associées aux vitamines hydro-solubles et aux sels minéraux car ceux-ci pourraient exercer une action destructive sur les vitamines lipo-solubles s'ils étaient tous incorporés dans le même milieu;
(4) Les sels minéraux sont à l'état sec en présence des vitamines hydro-solubles.

L'Alphamin est recommandé comme supplément diététique au cours de la grossesse et de l'allaitement, pendant l'adolescence et la convalescence et pour les patients soumis à des régimes de restriction ou à des régimes pour obèses.

Littérature sur demande.

LES CAPSULES SOLUBLES ÉLASTIQUES CONTIENNENT LES VITAMINES LIPO-SOLUBLES

Vitamine A...10,000 unités internationales
Vitamine D... 1,750 unités internationales
Vitamine E...la quantité contenue dans 2½ onces de blé entier.

LES « COMPRILLES » CONTIENNENT, À L'ÉTAT SEC, LES VITAMINES HYDRO-SOLUBLES ET LES SELS MINÉRAUX

Vitamine B_1 (chlorure de thiamine) 222 unités internationales.....(0.67 mg.)
Vitamine C (acide ascorbique) 300 unités internationales..... (15 mg.)
Sulfate de fer desséché 1½ grain (100 mg.)
Phosphate bicalcique 1½ grain (100 mg.)
ainsi que des traces de cuivre, de manganèse et d'iode.

Ayerst

AYERST, McKENNA & HARRISON Ltée

Biologistes et Pharmaciens

MONTRÉAL, CANADA

par les sulfanilamides. Prélude souvent d'accidents graves, elle contre-indique formellement toute nouvelle médication du même genre.

Lésions cutanées.

Les lésions cutanées d'ordre divers se voient dans 4% des cas. On peut observer des éruptions morbilliformes, scarlatiniformes, du purpura, de l'urticaire ou même une dermatite exfoliante. On doit cesser alors toute médication par les sulfanilamides.

Anémie.

En cas d'anémie s'aggravant rapidement, il faut interrompre la médication. On a affaire alors à une anémie du type hémolytique avec bilirubinémie, réticulocytose, urobilinurie et fièvre. Le pourcentage d'hémoglobine du sang baisse rapidement. Il faut recourir aux transfusions.

Agranulocytose.

Complication souvent mortelle. La fièvre précède généralement l'apparition de l'agranulocytose. C'est pourquoi il faut analyser avec soin la courbe de température de tout sujet soumis à la médication sulfanilamidée.

En autant que cela est possible, il faut également pratiquer des numérations globulaires fréquentes et interrompre le traitement dès l'apparition d'une chute marquée du nombre des polynucléaires. L'agranulocytose peut apparaître dès les premiers jours du traitement ou même quelques jours après sa cessation.

Complications cérébrales.

Il est rare qu'un état de confusion mentale sérieux amène l'abandon du médicament.

Hépatite.

C'est une complication très grave. L'ictère peut s'accompagner d'ascite.

Henri GELINAS.

PHTISIOLOGIE

J. A. MYERS. B. TRACH, H. S. DIEHL, Ruth E. BOYNTON. — **La tuberculose chez le personnel hospitalier.** "Annals of Internal Medicine", **11**: 2181 (juin) 1938.

Observations de six ans sur le personnel de trois hôpitaux et un collège. Les auteurs ont systématiquement pratiqué la cuti-réaction à chaque élève dès son admission. Tout cas positif a été radiographié immédiatement. Les sujets négatifs à la cuti-réaction ont été repris tous les six mois et radiographiés dès le virage à la positivité.

Pour ces auteurs, toute cuti-réaction positive pose un diagnostic de complexe primaire que la radiographie soit positive ou négative. On doit y croire de même qu'on croit au B. W. lequel, positif, indique syphilis, qu'il y ait ou non des symptômes.

Entre 1929 et 1935, le nombre de réactions positives à l'admission des élèves a considérablement diminué.

L'école de gardes-malades est l'endroit idéal pour observer le mode d'attaque de la tuberculose chez les sujets à cuti-réaction négative. Les auteurs ont pu observer que, dans une école d'infirmières comprenant une division de la tuberculose, le taux des virages positifs a été très élevé tandis que dans deux autres hôpitaux et le collège, le taux du virage n'a pratiquement pas bougé. Les A. sont contagionnistes: ils craignent la contagion jusque dans les relations du personnel avec le garçon d'ascenseur ou la bibliothécaire. C'est pourquoi l'examen décrit plus haut est-il préconisé pour tout le personnel d'un hôpital comme cela a été fait dans un des hôpitaux soumis à l'expérience.

Pour eux, la vieille croyance en l'innocuité du milieu tuberculeux « connu » est une utopie: leurs expériences ont prouvé le contraire. D'où la suggestion: dans tout hôpital, tout patient admis devrait être soumis aux épreuves à la tuberculine et au besoin à la radiographie afin de dépister la tuberculose promptement et sûrement. Et nos auteurs proclament, avec raison, que lorsque tout le personnel hospitalier aura été examiné et prouvé sain, et que tout patient sera scruté au point de vue tuberculose, il ne devrait plus exister de source contaminante autre que celle de patients connus.

Il ne faut plus croire à la division nette entre la tuberculose maladie et la tuberculose infection: la tuberculose est une maladie qui commence quand les neutrophiles phagocytent le bacille de Koch.

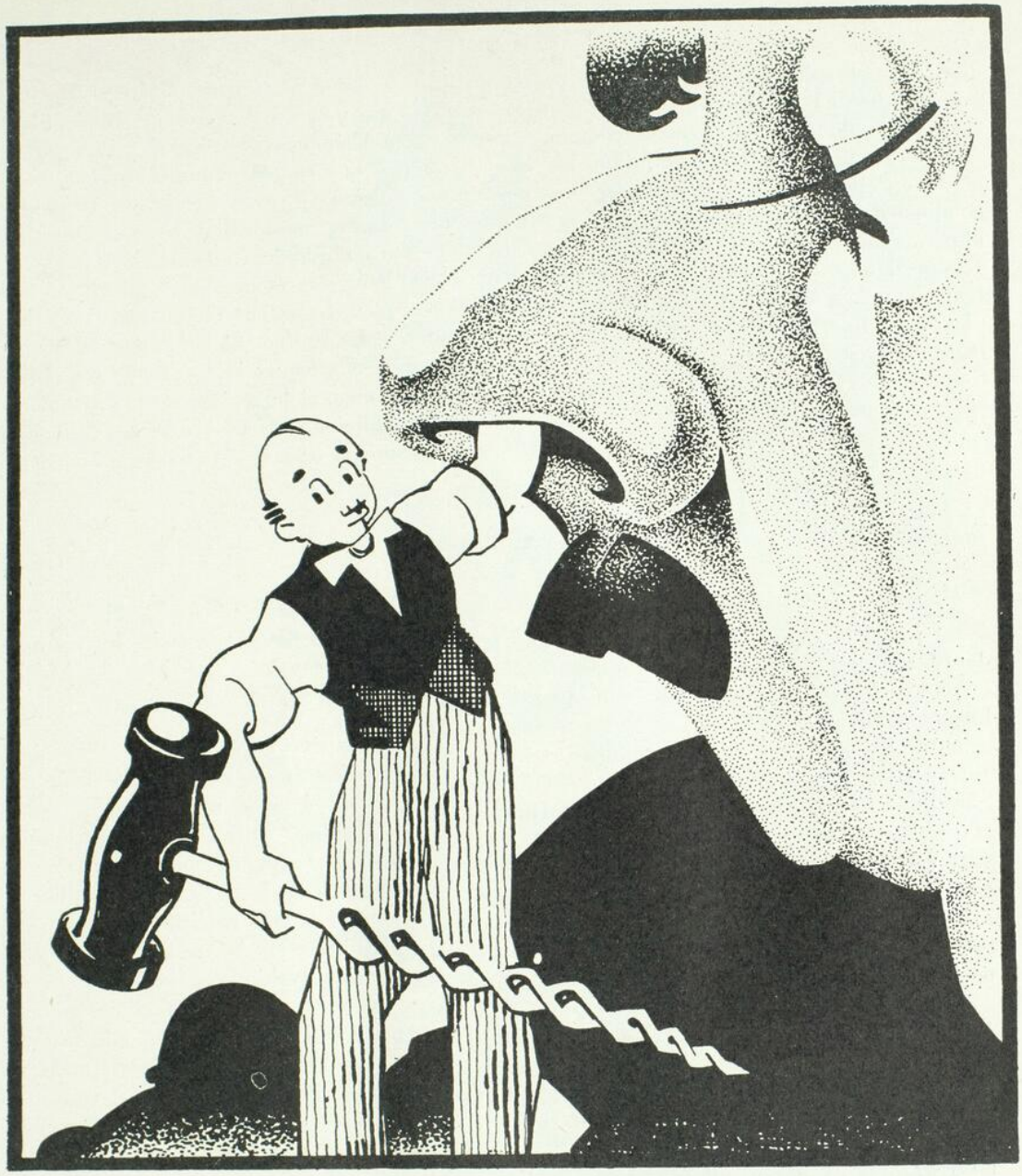
L'organisme adulte s'infecte de la même façon que celui de l'enfant; il peut survivre à cette infection contrairement aux idées courantes.

Il est recommandable d'éviter tout contact tuberculeux à l'étudiante. Là où il est indispensable qu'elle soit, en contact, il faut prendre les précautions strictes des services de contagion.

Jean-Philippe PAQUETTE.

G. POIX, Dreyfus Le FOYER et Cl. BRUNET. — **La phrénicectomie associée à la thoracoplastie.** "La Presse Médicale", **47**: 1045 (1er juillet) 1939.

Les auteurs ont souvent étudié les deux principales méthodes de collapsothérapie associée: phrénicectomie et pneumothorax, pneumothorax et thoracoplastie. Bien que ces associations soient rarement indiquées on voit des cas où une thoracoplastie est indiquée secondairement à une phrénicectomie. Les auteurs concluent comme suit: abandon de la succession systématique de la thoracoplastie à la phrénicectomie et l'abandon aussi de la phrénicectomie au pneumothorax efficace. La thoracoplastie succé-



Le NEZ.

Cheminée à double tuyau qui s'encrasse vite, tire mal, s'obstrue, ronfle et se change en fontaine. Rhino-Orargol débouche, désinfecte et ramone la cheminée, la décrasse, l'assèche et lui rend son tirage normal et son harmonieuse résonance naturelle.

RHINO-ORARGOL

COMPOSITION: Colloïde d'Argent, 0.09% — Colloïde d'Or, 0.01% — Ephédrine ½%

INDICATIONS: Les « Rhumes de Cerveau », Sinusites, Rhinites, Fièvres des Foins, etc.

MODE D'EMPLOI: Quelques gouttes dans chaque narine. — En flacons de 15 c.c., avec compte-gouttes.

Échantillon et littérature sur demande à:

ANGLO-FRENCH DRUG CIE, 354 est, rue Sainte-Catherine, MONTREAL

dant à la phrénicectomie ne doit s'appliquer qu'aux cas dans lesquels l'exérèse du phrénique a été inefficace. Lorsque la phrénicectomie complète une thoracoplastie partielle, elle comprime les lésions de la base, elle permet d'économiser des résections complémentaires portant sur les côtes inférieures. La phrénicectomie peut être associée à une thoracoplastie d'indication pleurale, insuffisante pour obtenir un affaissement du bas-fond pleural. Enfin la phrénicectomie du côté opposé ne doit être encouragée qu'avec prudence et après que la valeur fonctionnelle du poumon déjà partiellement collabé ait été reconnue suffisante.

Paul-René ARCHAMBAULT.

GASTRO-ENTEROLOGIE

S. DAVICOVIC. — **La gastrite syphilitique.** "La Presse Médicale", **47**: 275 (18 février) 1939.

Le travail s'inspire de l'observation d'une femme de 40 ans, qui, sans antécédents douloureux autres qu'un avortement spontané, se présenta pour des douleurs gastriques accusées depuis un an, avec crises subintrantes soulagées par des vomissements tardifs. Intervention en janvier 1937 à la locale: les parois gastriques se montrent très épaissies surtout dans la portion médiane où l'on découvre des cicatrices adhérentielles. Gastrectomie partielle avec convalescence rapide. Le B. W. Hecht et Kahn sont positifs. Malade revient quelques mois plus tard avec des fonctions gastriques normales. Le sang est toujours positif et on institue le traitement antispécifique.

Les images radiologiques de ce cas mettent en évidence un épaississement net des parois gastriques semblant révéler un néoplasme gastrique avec déformations lacunaires. Par ailleurs, l'étude histologique des coupes élimine toute malignité mais laisse apercevoir des foyers de cellules épithélioïdes, cellules géantes et des capillaires entourés de gaines de cellules lymphocytiques et plasmatiques, tandis que les veines ont perdu tout tissu élastique et que leur lumière s'est remplie de fibroblastes.

Ces signes: l'épaississement des parois, la présence d'ulcérations muqueuses multiples, les réactions sanguines positives et surtout les modifications des vaisseaux incriminent là la syphilis gastrique. Il semble que la gastrectomie partielle ait une influence favorable sur ces cas si on y associe le traitement antispécifique.

La gastrite syphilitique est plutôt rare. Elle affecte les hommes plus que les femmes. Son diagnostic s'avère difficile. On lui connaît plusieurs formes.

La plus fréquente présente des gommes. Celles-ci se trouvent surtout à la face postérieure ou à la région petite courbure de l'estomac. Elles peuvent produire une sténose.

Leur infiltration amène la formation des ulcères qui poussent en profondeur jusqu'à la perforation ou à l'hémorragie profuse.

Les signes cliniques sont ceux quelquefois d'un ulcère — avec moins de période d'accalmie, sans doute, accompagnés de vomissements, d'anorexie, d'achlorhydrie, d'amaigrissement et d'anémie. Le B.W. est évidemment positif et les clichés radiologiques mettent en évidence une image lacunaire.

Le traitement spécifique est d'un précieux secours pour affirmer la nature de ces lésions, mais, avec le temps, si le malade se montre affaibli et les images radiologiques montrent des lésions étendues, il vaut mieux d'après l'A. recourir à une gastrectomie.

Jean LeSage.

ENDOCRINOLOGIE

J. A. HUET et A. D. HERSCHBERG. — **Les hyperthyréoses de la ménopause et leur traitement.** "Le Monde Médical", 1er juillet 1939.

Les dysfonctionnements thyroïdiens sont une des manifestations les plus fréquentes du déséquilibre hormonal de la ménopause.

Pendant cette période la thyroïde doit subir le taux des fluctuations hormonales et s'adapter par conséquent à ce nouvel équilibre instable. C'est pourquoi, elle participe si largement à la symptomatologie de la ménopause en ce qui regarde le terrain psychique.

Ces hyperthyréoses climatériques sont secondaires à des altérations hypophysaires.

Les malades sont généralement du type asthénique: hypertension, troubles vaso-moteurs, céphalées, troubles digestifs, virilisme, instabilité du caractère et le syndrome émotionnel tiennent surtout le premier plan.

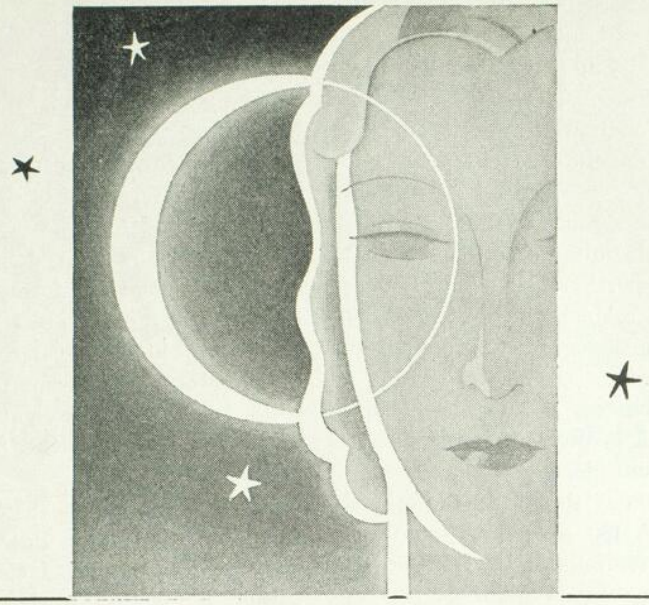
Les troubles humoraux sont presque constants: hyperfolliculinémie, hypercholestérinémie, urémie. Le métabolisme basal est toujours très augmenté.

H et H rapportent une série d'observations et tirent les conclusions suivantes:

1. Des troubles vaso-moteurs centraux ou périphériques se traduisant par des bouffées de chaleur, des sueurs profuses, des arthralgies, des modifications de la tension artérielle.
2. Des troubles du métabolisme basal.
3. Des modifications du taux de la folliculine dans le sang et dans les urines.
4. Des désordres psychiques constants.

Quant à la pathogénie, les auteurs se rallient à la notion du trouble hypophysaire primitif.

Il y aurait une hypofonction thyroïdienne si l'hypophyse, n'entrant en hyperfonction, n'exagérait ses



LE CYCLE LUNAIRE ET LA FEMME

L'époque de la pleine lune et celle de la nouvelle lune paraissent être les plus favorables à l'apparition du flux menstruel. L'observation moderne semble confirmer une croyance du passé. La propreté vaginale, chez la femme, est d'une importance toute spéciale à cette période.

Quand les menstrues sont précédées ou suivies d'un écoulement leucorrhéique désagréable, la propreté vaginale peut être obtenue à l'aide d'une injection à la **Lorate.** Cette poudre ne possède aucune odeur médicinale; elle est calmante, épurative, désodorisante.

Composée de perborate de soude, de bicarbonate de soude et de chlorure de sodium, avec du menthol et des aromates, Lorate est tout particulièrement utile pour la propreté habituelle après les menstrues; comme détersif dans les cas de leucorrhée, d'infection parasitaire ou microbienne ou autres formes de vaginite; dans les cas de cervicite; comme injection après l'accouchement et après les opérations gynécologiques; aux femmes qui portent des pessaires; comme désodorisant dans les cas d'écoulement fétide.

Lorate se vend en boîte de 8 onces. Un échantillon d'essai vous sera volontiers envoyé si vous en faites la demande sur votre papier à en-tête.

LORATE

La Poudre Thérapeutique pour Douches Vaginales

WATERBURY CHEMICAL CO. of CANADA, LTD., 727 King St. West, Toronto, Ont.

propres buts en déterminant une hyperfonction thyroïdienne.

Le tarissement de la fonction ovarienne entraîne une hypersécrétion réactionnelle de toutes les hormones de l'anthypophyse.

La réponse thyroïdienne serait variable suivant la fragilité et le passé pathologique de cette glande.

En présence de ces hyperthyréoses climatériques, la thérapeutique médicale est celle de toutes les hyperthyroïdies à laquelle on associe des injections de folliculine et de progestérone.

Mais cette thérapeutique est parfois insuffisante.

Il faut alors s'adresser à la physiothérapie qui est pour H. et H. le traitement de choix.

Ils emploient la technique suivante; radiothérapie semi-pénétrante: 150 à 180 KV; filtration 8 al.;

8 portes d'entrée: 2 temporales, 2 frontales, 2 sino-maxillaires, 2 sous-angulo-maxillaires;

225 r par séance et par champ, 3 séances par semaine, 1 champ chaque séance, 6 à 8 séances au maximum.

Ce seul traitement a donné 90% de succès.

Raymond SIMARD.

CHIRURGIE

Clyde L. WILSON. — **Vésicule biliaire double avec deux canaux et deux artères cystiques.** "Annals of Surgery", **110**: (juillet) 1939.

Si les anomalies dans la distribution des voies biliaires sont fréquentes, il n'en est pas ainsi de la vésicule biliaire que l'on trouve en double qu'une fois chez 3000 ou 4000 humains. Il est impossible d'en donner une explication embryologique satisfaisante.

Jusqu'à janvier 1936, il n'a été rapporté que 36 cas de vésicule biliaire double.

Ici l'auteur présente un cas de vésicule double avec deux canaux et deux artères cystiques. Ce cas est intéressant non seulement à cause de ses anomalies anatomiques, mais aussi à cause des différents états pathologiques trouvés dans les pièces enlevées. En effet l'examen macroscopique nous met en présence —

1. d'une cholécystite aiguë; 2. d'une cholécystite chronique; 3. d'une lithiase vésiculaire; 4. d'un défaut de cholestérolyse; 5. d'un empyème. L'examen macroscopique en plus nous montre un papillome de la vésicule.

A. PETTIGREW.

GYNECOLOGIE

E. Y. YOVANOVITCH. — **Problème thérapeutique dans le prolapsus génital chez la femme après la ménopause.** "Le Monde Médical", 1er février 1938.

L'auteur démontre dans cet article, que l'hystéropexie directe est plus efficace et plus bénigne que la périnéorraphie et qu'elle constitue l'opération de choix dans le prolapsus chez la femme, après la ménopause.

La périnéorraphie est une opération illogique, dans bien des cas, à cause de la mauvaise qualité de l'étoffe périnéale.

Les releveurs sont déficients et souvent absents et, s'ils existent, la formation d'une sangle musculaire reste toujours précaire à cause de l'involution sénile du bloc périnéal.

La restauration accomplie, on est en face d'une belle façade derrière laquelle le doigt sent le col utérin abaissé qui vient, à l'effort, battre « ce périnée de peau ».

A côté de cette cause majeure d'échec Y, cite l'abandon, dans bien des cas, de l'utérus en rétroversion qui est un facteur de récidive du prolapsus. L'infection et la suppuration sont d'observation courante après une périnéorraphie.

Enfin, l'apparition de phlébites post-opératoires est plus fréquente après une périnéorraphie, à cause des décollements et des sutures dans une région riche en gros plexus veineux.

L'hystéropexie améliore ou guérit les troubles vésicaux préexistants, lorsqu'il s'en trouve.

La suspension haute de l'utérus agit remarquablement sur la statique pelvienne.

L'hystéropexie directe et non la ligamentopexie, ne récidive jamais.

Quant à la cystocèle rebelle, quand elle existe, Y. considère que la colporraphie antérieure est une opération complémentaire et utile.

Les statistiques récentes donnent 93% de guérisons définitives.

La qualité des résultats de cette opération s'explique par la physiologie soit de la périnéorraphie, soit de la ventrofixation.

Un périnée reconstitué est sous tension au moindre effort: à la toux, à la défécation, etc..., et cette mince cloison musculo-cutanée finit par s'étirer, s'amincir.

Dans la suspension haute, au contraire, à chaque effort de mise en tension, la ligne blanche s'étend, remonte. Ce faisant, elle retient et soulève l'utérus fixé à sa face profonde, soulageant ainsi le plancher pelvien. La technique qu'emploie Y. est la suspension haute, presque sous-ombilicale de l'utérus. Le matériel de fixation est du fil non résorbable.

Si l'opération a été correctement pratiquée, la réduction du prolapsus se maintiendra et le résultat fonctionnel sera aussi excellent que le résultat anatomique.

Raymond SIMARD.

BĒPRON

Elixir de Foie de *Bœuf* de Wyeth

(Non fragmenté)

Une préparation orale agréable pour la prophylaxie et le traitement des anémies résultant de déficience alimentaire dans les éléments hématopoïétiques contenus dans le foie de bœuf entier.

Le concentré aqueux de foie de bœuf employé dans cette préparation est non fragmenté et contient, par conséquent, tous les constituants désirables du foie entier * tel que le facteur hématopoïétique de Castle — la fraction anémiée secondaire de Whipple, la thiamine, la riboflavine, l'acide nicotinique (le facteur anti-pellagreux) et tous les autres constituants du complexe de la Vitamine B_2 qui sont présents dans le foie frais.

Dans de nombreux cas d'anémie, le fer seul ne fournit pas tous les facteurs nécessaires. Dans ces cas, Bepron est recommandé, et il a donné des résultats exceptionnels comme adjuvant aux "Hematinic Plastules" dans le traitement de l'anémie secondaire.

Bepron est une assurance contre toute déficience alimentaire et, quels que soient les habitudes, les caprices, le rang social ou économique du patient celui-ci est sûr d'absorber les éléments biologiques essentiels à la formation du sang.

Bepron ne contient pas suffisamment du facteur capable de combattre l'anémie pernicieuse pour pouvoir être employé dans le traitement spécifique de ce genre d'anémie aux plus mauvais stages de la maladie. Pour le traitement de l'anémie pernicieuse, on recommande "THE PURIFIED SOLUTION OF LIVER U. S. P. WYETH". Cependant, Bepron est très efficace comme traitement dans les cas d'anémie pernicieuse après que la quantité normale d'hémoglobines et de cellules rouges du sang a été rétablie.

Une once de Bepron contient la totalité des constituants solubles de deux onces de Foie de Boeuf Frais, non fragmenté.

* Quand l'extrait de foie est employé il devrait être donné, de préférence, en fraction plus étendue, pas trop concentrée. Grâce à plusieurs éléments nutritifs essentiels que comporte la fraction moins fortement concentrée, elle donne au patient, même dans les cas d'anémie pernicieuse, plus de stimulation et augmente de beaucoup sa sensation de bien-être.

(McLester, J. S., Borderline State of Nutritive Failure. J.A.M.A., mai 1939.)

(Fourni en bouteilles de 16 onces.)

JOHN WYETH & BRO., INC.

WALKERVILLE - ONTARIO

OBSTETRIQUE

Marc RIVIERE et Pierre BOUCHARD. — **Contribution à l'étude expérimentale des apoplexies utéro-placentaires.** "Gyn. et Obst.", mai 1939.

Les auteurs rapportent les recherches expérimentales de contrôle conduites sur une trentaine de lapines et cobayes pleines; par irritation du splanchnique, au moyen de substances diverses injectées sous le péritoine, ils provoquent un état de choc d'intolérance, s'accompagnant d'apoplexie capillaire généralisée des organes, notamment de l'utérus.

Ces épreuves confirmeraient la théorie de Couvelaire, qui veut que les apoplexies utéro-placentaires soient attribuables à un état de choc, se traduisant par l'endo-capillarite, l'ectasie, et finalement la rupture du capillaire.

A remarquer que ces lésions multiples des capillaires sont extrêmement marquées chez les sujets préalablement sensibilisés par des doses minimes de la substance employée pour déclancher le choc.

Paul ROCHETTE.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Louis POUYANNE (Bordeaux). — **Les synovites à grains riziformes des articulations.** "Revue d'Orthopédie", **26**: (juillet) 1939.

Les synovites articulaires à grains riziformes vu leur rareté n'ont jamais été étudiées à fond au point de vue pathogénique et thérapeutique.

Le but de cet article est d'exposer les tendances actuelles.

De nombreuses observations permettent de conclure à la nature tuberculeuse de ces synovites.

Ce sont les sujets jeunes qui sont le plus généralement frappés et la localisation la plus fréquente (27 cas sur 33) est au genou.

Les signes cliniques n'ont en général rien de distinctif. Le diagnostic se fait le plus souvent lors de l'intervention ou de la ponction exploratrice.

L'évolution de cette tuberculose est relativement bénigne.

La radiographie, la plupart du temps, ne révèle rien. Cette affection, non traitée, évolue fatalement à la tumeur blanche du genou. Certains traitements semblent en enrayer la marche. Le pronostic fonctionnel sera donc réservé. Il faut atteindre un diagnostic précis et cela se fait de deux façons; par arthrotomie ou par la ponction au gros trocart.

L'étude anatomo-pathologique révèle que les grains riziformes originent de la synoviale. L'épanchement articulaire est de quantité variable. En général, il contient des bacilles de Koch virulents.

Le traitement orthopédique de ces affections semble laisser beaucoup à désirer, il conduit le plus souvent à l'ankylose.

Le traitement chirurgical donne des résultats variables selon le mode employé.

La ponction simple ou associée à des injections modificatrices, le tout avec ou sans immobilisation, donne des résultats d'une efficacité très douteuse.

La synovectomie partielle donne peu de résultats; mais, par contre, la synovectomie totale semble avoir donné un certain nombre de résultats heureux. Peu de succès ont été obtenus avec la résection.

Un cas d'arthrodèse du genou par greffons latéraux a jusqu'ici été un succès complet.

La conclusion à tirer de tout ceci c'est que les indications thérapeutiques sont mal définies et cela à cause de la bénignité apparente de la lésion; de la nature du terrain et aussi à cause du manque d'observations suivies.

La seule règle qui peut être conseillée semble être la synovectomie totale ou subtotale suivie d'une brève immobilisation plâtrée. Il faut en plus exercer une surveillance attentive.

Le malade aura ainsi une chance de guérir en peu de temps tout en conservant la mobilité de son articulation.

A. BROSSEAU.

Henri OBERTHUR. — **Protusion acétabulaire.** "Revue d'Orthopédie", **26**: (juillet) 1939.

Dans cet article, l'auteur rapporte deux jolies observations de cette rare affection. Il les accompagne de beau clichés radiologiques et de commentaires très intéressants.

Le terme de protusion acétabulaire est réservé à cette affection particulière de la hanche qui consiste en une saillie intrapelvienne régulièrement arrondie du cotyle avec migration concomitante de la tête fémorale, plus emboîtée que normalement dans une cavité très creuse. Cette définition élimine les protusions traumatiques et les protusions qui suivent parfois l'ostéomyélite ou la coxalgie.

La protusion acétabulaire vraie est une affection essentiellement chronique et de trouvaille radiologique.

L'image radiologique offre un intérêt tout particulier: l'acétabulum forme de chaque côté du bassin une saillie arrondie débordant la ligne innominée de 1½ à 2 centimètres. Le fond du cotyle est constitué par une coque fort mince en son centre et éburnée à la périphérie. Le rebord du cotyle est exubérant, encapuchonnant non seulement toute la tête mais aussi une notable portion du col.

Des productions ostéophytiques au pourtour externe de la tête en direction du col et en dedans, donnent à la tête la forme allongée d'un fer de lance. Ajoutons enfin que l'acétabulum empiète légèrement sur le trou obturateur.

DANS L'INSUFFISANCE HORMONALE MASCULINE

ORETON

(Proprionate de testosterone)

HYPERTROPHIE PROSTATIQUE BENIGNE. Les malades éprouvent un soulagement des symptômes accompagnés de mictions difficiles et de rétention, ainsi qu'une amélioration remarquable de l'état émotif et mental.

VIEILLARDS. "Oreton" a prouvé son efficacité d'action en fournissant une sensation de bien-être et un renouveau de vigueur. Les symptômes vaso-moteurs et mentaux tels que: nervosité, dyspnée, excitabilité, fatigabilité et mélancolie disparaissent généralement. Les mêmes résultats furent obtenus dans les cas de castration chirurgicale où l'on rencontrait les mêmes troubles.

IMPUISSANCE. L'impuissance chez les vieillards, aussi bien que chez les individus plus jeunes, est généralement améliorée par l'emploi de l' "Oreton".

HYPOGONADISME. "Oreton" a produit des effets objectifs et subjectifs remarquables chez des individus ayant dépassé l'âge de la puberté. Le développement des organes génitaux, la croissance des poils au pubis et à la région axillaire ainsi que l'augmentation du nombre et de la puissance des érections furent constatés.

ORETON est le proprionate de testosterone cristallisé dans une solution d'huile de sésame. Il se vend en ampoules de 1 c.c. contenant 5, 10 et 25 mg. par c.c.

Usage externe

L'ONGUENT ORETON-F s'absorbe facilement par la peau. Il est utile pour la continuation de la thérapeutique après les injections d' "Oreton" lorsqu'il est nécessaire de donner des doses modérées d'hormone sexuelle masculine. Cet onguent se vend en tubes de 50 grammes, chaque gramme contenant 2 mg. de testosterone cristallisée.

ECRIVEZ-NOUS POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS.

SCHERING

SCHERING (CANADA) LIMITED

BOÎTE POSTALE 358, PLACE D'ARMES, MONTRÉAL, P.Q.

L'étiologie de cette affection serait vraisemblablement une dystrophie osseuse congénitale ou acquise qui aboutit à une anomalie du développement de l'acétabulum dont les points d'ossification ne se fusionnent pas normalement.

J.-C. FAVREAU.

PEDIATRIE

W. C. BLACK. — **Diagnostic de la syphilis congénitale.** "The Journal of Pediatrics", **14**: 761 (juin) 1939.

L'auteur attire l'attention sur la difficulté du diagnostic de la syphilis congénitale chez l'enfant depuis que l'on fait systématiquement la recherche et le traitement de la syphilis de la mère pendant la gestation.

Il fait l'étude détaillée des trois principales méthodes permettant de poser un diagnostic précis.

1° *Examen bactériologique.* A part la recherche du tréponème dans les lésions syphilitiques, il y a la technique d'Ingraham qui fait la recherche du tréponème dans les raclures de la paroi de la veine ombilicale: 90% de corrélation avec la présence de la syphilis, mais l'examen n'a été positif que dans 50% des cas de syphilis.

2° *Examens sérologiques.* A) Le B. W. peut être positif à la naissance sans qu'il y ait de spirochètes chez l'enfant. D'où l'importance de B. W. quantitatifs répétés au moins tous les quinze jours. Dans un article du Wisconsin M. J. 37: 281 avril 1938, W. C. Florenz conseille de faire un B. W. quantitatif tous les trois jours pendant les trois premières semaines. Une courbe descendante signifie que l'enfant n'est pas syphilitique, une courbe stationnaire ou ascendante que l'enfant est syphilitique.

B) Le B.W. peut être négatif à la naissance avec la présence de spirochètes chez l'enfant. Cependant Black n'a jamais vu un enfant séro-négatif à 2 mois devenir plus tard séro-positif. Il énonce que deux B. W. négatifs dans le sang et un B. W. négatif dans le L. C. R. chez un enfant de 6 mois non traité écartent la syphilis congénitale.

3° *Examen radiologique du système osseux.* L'auteur n'attache pas une aussi grande valeur à cette méthode qu'aux examens histo-pathologiques, sérologique et bactériologique. Il ne lui donne un caractère pathognomonique qu'en corrélation avec les autres méthodes. Elle est surtout utile pendant les premières semaines de la vie de l'enfant, alors que la sérologie donne peu de renseignements.

On trouvera à la fin de l'article les critères radiologiques de McLean et trois tableaux pratiques: *a*) la méthode à suivre pour établir le diagnostic; *b*) les critères d'un diagnostic positif; *c*) les critères d'un diagnostic négatif.

J.-P. BOMBARDIER.

NEURO-PSYCHIATRIE

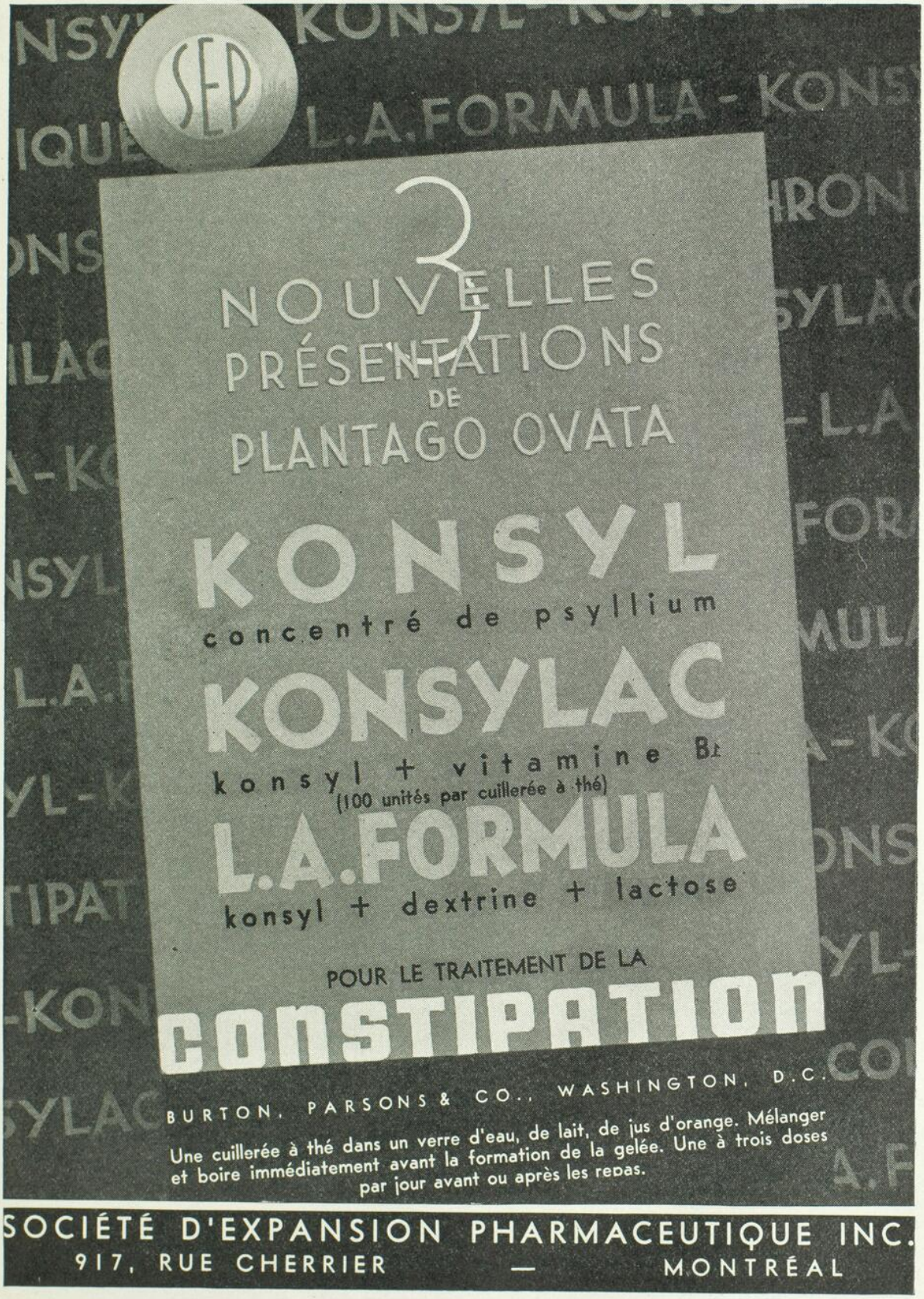
Raymond TAYLOR. — **Anomalies des articulations lombo-sacrées.** "J. A. M. A.", **113**: 463, (5 août) 1939.

Normalement, les apophyses articulaires des vertèbres lombaires ont une forme en croissant; la facette articulaire des supérieures est concave, en cupule, c'est-à-dire à configuration telle qu'elle puisse s'accoler parfaitement à la facette des inférieures qui est convexe. La direction des apophyses articulaires est antéro-postérieure, légèrement oblique ou convergeant l'une vers l'autre d'arrière en avant, ce qui fait que les inférieures, qui sont internes par rapport aux supérieures de la vertèbre inférieure, s'articulent en s'introduisant entre ces dernières à la manière d'un coin. Les apophyses articulaires inférieures de la cinquième lombaire ont très souvent soit bilatéralement, soit d'un seul côté, une position anormale. Que leur face articulaire passe par un plan transversal ou horizontal comme il arrive le plus souvent pathologiquement, la cinquième vertèbre ne s'arc-boute pas correctement sur le sacrum et la solidité de la colonne sur son soc doit alors être obtenue par l'intervention active des tissus mous avoisinants: muscles, capsule articulaire, ligaments. Parmi les anomalies de la colonne lombaire et tout particulièrement de la 5e vertèbre de ce segment, celles qui intéressent les apophyses articulaires contribuent, par-dessus tout, à la naissance des algies lombo-sacrées et de la sciatalgie; bien plus que la sacralisation, ou les aspects anormaux des apophyses transverses. Une habitude de la lecture des clichés radiographiques du rachis lombaire, pris selon des incidences antéro-postérieures et obliques, permet de reconnaître les anomalies de position et de direction des apophyses articulaires. Malheureusement, peu de médecins s'appliquent à découvrir dans les algies de la région, ces aspects pathologiques. Bien plus, peu savent les apercevoir. Et pourtant cela est de première importance. Depuis une vingtaine d'années des auteurs de grande valeur ont attiré l'attention sur l'origine apophysaire des algies lombo-sacrées. L'auteur, en terminant son très intéressant article, cite les travaux les plus importants des auteurs américains qui ont précisément souligné cette genèse et, à ce propos, vu la part jouée par les anomalies de développement des apophyses articulaires.

Roma AMYOT.

Lewis P. GUNDRY. — **Intoxication par le bromure.** "J. A. M. A.", **113**: 466, (5 août) 1939.

L'intoxication par les bromures est fréquente. Ainsi Hanes et Yates ont rapporté 400 cas qui avaient été observés pendant une période de 6 ans et demi au « Duke Hospital ».


SEP
3
NOUVELLES
PRÉSENTATIONS
DE
PLANTAGO OVATA
KONSYL
concentré de psyllium
KONSYLAC
konsyl + vitamine B1
(100 unités par cuillerée à thé)
L.A.FORMULA
konsyl + dextrine + lactose
POUR LE TRAITEMENT DE LA
CONSTIPATION
BURTON, PARSONS & CO., WASHINGTON, D.C.
Une cuillerée à thé dans un verre d'eau, de lait, de jus d'orange. Mélanger et boire immédiatement avant la formation de la gelée. Une à trois doses par jour avant ou après les repas.
SOCIÉTÉ D'EXPANSION PHARMACEUTIQUE INC.
917, RUE CHERRIER — MONTRÉAL

On doit avoir une connaissance des principaux éléments de cette intoxication. L'auteur rapporte 15 cas nouveaux. Seuls sont communiqués ceux dont le dosage de bromure dans le sang dépassa 150 milligrammes par 100 c.c. La technique du dosage est fournie.

L'étiologie a trait, dans 50 pour cent des cas, à des prescriptions médicales. Des sujets à psychose, névrose, artério-sclérose, alcoolisation chronique et tumeur cérébrale forment le plus lourd contingent.

Indiquons que l'ingestion insuffisante de chlorures et la deshydratation favorisent particulièrement l'intoxication. Pour ces deux raisons, les alcooliques chroniques sont plus exposés.

La symptomatologie est faite de céphalée, anorexie, vertige, tremblement, fatigue, irritabilité; diminution de la mémoire, phases de confusion mentale. Ces signes apparaissent habituellement quand le taux du bromure sanguin est de 50 à 150 milligrammes pour cent. Il est superflu d'ajouter qu'ils s'ajoutent aux manifestations idéo-affectives constitutionnelles et pathologiques du malade. Si l'intoxication persiste et si elle s'accentue, de la faiblesse, de l'irritabilité, de l'embarras de la parole avec démarche incertaine, se montrent. Puis la confusion s'accentue et devient permanente avec désorientation et confabulation, la dysarthrie s'aggrave au point de rendre la parole inintelligible, des hallucinations peuvent apparaître, causant du délire. Le malade peut entrer dans le coma et même mourir de son intoxication. Hypothermie, facies atone, langue saburrale, tachycardie, hypotension artérielle et faiblesse des membres inférieurs sont les principaux signes physiques. Au point de vue neurologique on observe l'embarras de la parole, paresse du réflexe photo-moteur, exagération ou diminution des réflexes osso-tendineux. ataxie avec élargissement de la base de sustentation. Les auteurs, dans leurs cas, n'ont pas observé de lésions cutanées d'une importance en rapport avec l'intensité de l'intoxication. Les signes mentaux apparaîtraient quand le taux dépasse 150 millig. pour cent.

Le diagnostic se fait par l'étude des principaux symptômes dont aucun n'est pathognomonique. Aussi, l'auteur insiste sur l'importance de la recherche quantitative du bromure sanguin qui doit être faite dans les cas où la cause du coma, de la confusion mentale, enfin du syndrome neuro-psychiatrique se rapprochant de celui détaillé plus haut, n'est pas trouvé. (Nous ajoutons, pour notre part, qu'un syndrome neuro-psychiâtrique de paralysie générale sans signes biologiques ni anamnèse de syphilis doit faire immédiatement penser à une intoxication bromurée possible.)

En ce qui concerne le pronostic, on doit dire qu'on ne meurt pas habituellement de cette intoxication et que les symptômes, le plus souvent, disparaissent dans un laps de temps variant en une à six semaines.

Traitement préventif: Prudence de la part du médecin, éducation du public.

Curatif: Chlorure de sodium (en capsules) 4-10 grammes par jour.

Hydratation, 4000 c.c. de liquides par jour; surveillance, soins d'assistance infirmière. Sédation par paraldéhyde (4-16 c.c. par la bouche, 12 à 24 c.c. par le rectum), par quelques barbiturates.

Roma AMYOT.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

M. PHILIP et A. GOT. — **L'Anesthésie chez l'enfant en O.R.L.O.** "Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie", avril 1939, page 287.

Les anesthésiques employés en O.R.L.O. infantile peuvent être classés en deux groupes.

1. Anesthésiques employés pour les interventions de courte durée.

2. Anesthésiques employés pour les interventions de longue durée.

Dans une première partie du travail, les auteurs étudient rapidement les avantages et inconvénients de chacun des anesthésiques énumérés; mais en insistant surtout sur les accidents bénins, graves ou mortels qu'ils ont pu déterminer.

Dans une seconde partie, ils font part du résultat de l'enquête adressée aux différents O.R.L.O. qui utilisent les anesthésiques dans leur pratique actuelle chez les enfants.

Conclusions.

1. Chez le nouveau-né et le nourrisson jusqu'à 1 an (et même 18 mois pour certains), l'anesthésie générale est considérée comme contre-indiquée par la presque totalité des auteurs par crainte du syndrome pâleur-hyperthermie.

2. A partir de cet âge et jusqu'à 15 ans, chlorure d'éthyle et protoxyde d'azote se partagent les faveurs des O.R.L.O. en ce qui concerne *les opérations de courte durée.*

La plupart d'entre eux restent fidèles au chlorure d'éthyle, mais le protoxyde d'azote gagne du terrain et pourrait dans un avenir rapproché supplanter le kélène.

3. En ce qui concerne les opérations de longue durée, on emploie le chloroforme, l'éther, le balsoforme, le protoxyde d'azote à peu près exclusivement de 1 à 5 ans. A partir de cet âge, l'anesthésie locale voit ses indications se préciser et augmenter au fur et à mesure que l'enfant avance en âge. L'anesthésie de base, par contre n'a pas encore fait ses preuves.

Caboche les considère comme dangereux chez l'enfant. Moulonguet rapporte un cas de mort par

Médication antidiarrhéique par le GELOTANIN

La médication antidiarrhéique utilise depuis longtemps le TANIN ainsi que des poudres ou extraits végétaux astringents.

E. CHOAY a pensé que la préparation de choix serait celle dans laquelle le **TANIN s'associerait,** non pas à un support indifférent, mais **à un support susceptible d'ajouter son action propre à celle du tanin:** à ce point de vue, la **gélatine** antidiarrhéique et hémostatique **convenait particulièrement.**

Le GÉLOTANIN, combinaison de tanin et de gélatine, qui réunit les avantages des deux composants sans provoquer d'intolérance, est une poudre blanchâtre, insipide, insoluble dans l'eau, même acidulée, soluble en milieu alcalin.

Indication: TOUS LES CAS DE DIARRHÉES.

Posologie: adultes: cachets dosés à 0 gr. 50; enfants et nourrissons: paquets dosés à 0 gr. 25

LABORATOIRES E. CHOAY,
48, rue Théophile-Gauthier, - - PARIS, France
Représentants exclusifs:
MM. HERDT & CHARTON Inc., 2027, avenue McGill College, Montréal

UROPRAZINE
GRANULÉ EFFERVESCENT



ELIMINE L'ACIDE URIQUE

Composants principaux:

PIPÉRAZINE
HEXAMÉTHYLENETÉTRAMINE
SOUFRE COLLOÏDAL
FORMIATE DE LITHINE

GOUTTE ◆ RHUMATISME ◆ SCIATIQUE

LABORATOIRES SPARTOL, PARIS, FRANCE
Distributeurs: M.M. HERDT & CHARTON, Inc.
2027, AVENUE McGILL COLLEGE - MONTRÉAL

l'Evipan. Dufourmentel emploie l'anesthésie rectale au rectanol depuis sept ans et, sur un millier de cas, n'eut aucun cas mortel, mais une entéro-colite un peu persistante.

4. Toute anesthésie comporte des dangers, mais d'une façon générale, il y a lieu d'établir une discrimination très importante entre les opérations auriculaires et cervicales externes d'une part et les opérations rhino-laryngologiques d'autre part.

Au cours des premières, les accidents sont rares. Il n'en est pas de même dans les secondes: difficultés opératoires, perte des réflexes de défense, pénétration de liquides septiques ou de corps étrangers dans les voies aériennes, production de réflexes inhibitoires bulbaires, telles sont les causes qui s'unissent pour déterminer des accidents graves, voir mortels.

Emilien MARANDA.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Walter-M. BRUNET et Joseph-B. SALBERG. — **Les résultats de 913 examens pré-maritaux.** "American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Veneral Diseases", **23**: 300 (mai) 1939.

L'auteur dans cet article donne les résultats de 913 patientes ayant subi l'examen clinique et les tests de laboratoire nécessaires.

Il donne la liste des Etats qui requièrent un certificat de médecin attestant l'absence de maladies vénériennes et les détails de la loi.

Il décrit la loi « Hygienic Marriage Bill, of Illinois » telle qu'elle appert dans les statuts, son application et un amendement. L'auteur insiste sur la nécessité de modifier cette loi de façon que le médecin soit un expert décidant de l'aptitude au mariage des applicants plutôt que la rigidité actuelle de la loi qui amène beaucoup de difficultés et même des punitions à trop de citoyens.

L'auteur donne ensuite dans un premier tableau graphique l'âge des 913 patientes, l'âge moyen 23 ans.

Les détails de leur vie sexuelle, grossesses et avortements sont discutés puis schématisés. Il y avait 796 femmes non mariées dont 31 ou 4% avaient eu une ou plusieurs grossesses, 15 grossesses ont été menées à termes, toutes les autres ont été terminées par avortement.

74 femmes ou 8% étaient enceintes au moment de l'examen; l'âge des patientes et la durée de la grossesse sont schématisés dans un tableau. Parmi les 913 patientes, 6 blanches et 3 négresses avaient été traités pour gonorrhée et 1 blanche, pour syphilis.

Parmi les 500 patientes qui admettaient des relations sexuelles, 330 avaient eu ces relations avec leur fiancé et 142 avec d'autres hommes.

A l'examen vaginal, seulement 177 ou 19% avaient un hymen complet et chez 736 patientes le spéculum bivalve passait facilement.

Les résultats de l'examen génital et pelvien sont donnés dans un schéma.

Les Wassermann positifs étaient 270, soit sensiblement le même pourcentage que le State Department ou 1.9% sur 47,781 examens.

Des 913 patientes, 905 étaient des blanches et 8 des négresses. 7 blanches avaient la syphilis, aucune n'avait les deux infections.

Des 8 négresses, une souffrait de syphilis latente et deux avaient et la gonorrhée et la syphilis.

Moyenne pour tout le groupe 2%; pour les blanches seulement 1.5%.

F.-L. BOULAIS.

CORNBLEET et BARNES. — **Les hormones et l'acné vulgaire.** "Archives of Dermatology and Syphiligraphy", **40**: 249 (août) 1939.

Malgré l'impression générale, personne n'a jamais pu démontrer la relation entre l'acné vulgaire et les hormones. Les auteurs choisissent un nombre assez considérable de cas d'acné; surtout parmi ceux qui ont résisté à d'autres médicaments, et tâchent de démontrer avec analyse d'urine à l'appui, l'efficacité du proprionate de testostérone.

Après avoir expliqué leur méthode pour l'extraction de l'hormone androgène de l'urine humaine, les auteurs proposent leurs résultats chez l'individu sain et chez l'acnéique. La quantité de substance androgène excrétée par celui-ci est des plus petites. Des quarante-six individus traités, 26 furent améliorés et chez plusieurs les lésions disparurent totalement. Vingt-quatre patients ne reçurent que de l'huile (sans produit endrogène): sept d'entre-eux s'améliorèrent de plus de 50% et un guérit complètement.

Autre rapport plus tard.

Lionel PATOINE.

Comment administrer l'

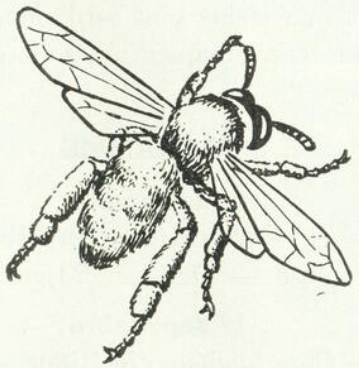
APICUR "ROCHE"

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

apithérapie des affections rhumatismales

Rhumatisme musculaire, Névrites, Affections articulaires rhumatismales

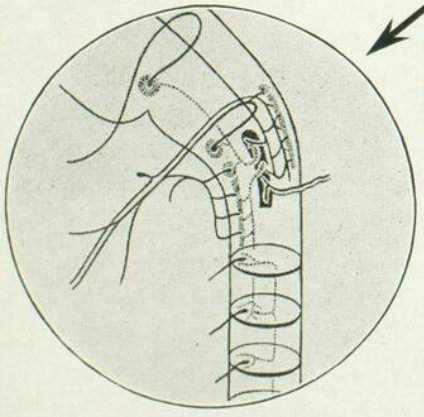
Par voie intracutanée dans la partie externe du bras ou au foyer de l'affection. On commence par 0.05 cc. (seringue à tuberculine, aiguille fine), on élève la dose jusqu'à 0.25 cc. sans dépasser 0.5 cc. On attend 3 à 5 jours entre les injections afin de laisser s'atténuer les manifestations secondaires,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



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

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

Littérature et échantillons au service de Messieurs les Médecins



Centre respiratoire

Le PANTOPON "ROCHE"

Opium total purifié, injectable

a une action réduite sur le centre respiratoire tandis que la morphine le paralyse

ampoules comprimés oraux
tablettes hypodermiques poudre (1/8oz.)
Pantopon "Roche" Sirop, flacons de 150 cc.

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL

NOUVELLES

HOPITAL DU SACRE-CŒUR
Cartierville

Séances cliniques du 11 au 16 sept. 1939

Comme l'an dernier, l'hôpital du Sacré-Cœur offrira du 11 au 16 septembre inclusivement, une semaine de leçons cliniques sur la tuberculose pulmonaire.

Le programme de cette année étudiera les traitements actuels de la tuberculose pulmonaire.

Tous les médecins sont cordialement invités à ces matinées cliniques qui sont absolument gratuites.

PROGRAMME

11 septembre

9 h. — *a)* Ouverture. *b)* Directives sociales en tuberculose. — Dr G.-E. Mignault.

12 septembre

9 h. — Cure hygiéno-diététique. — Dr J.-A. Vidal.

10 h. — Résultats de la cure. Discussion de l'opportunité de la cure. — Dr J.-P. Paquette.

13 septembre

9 h. — Physico-chimiothérapie et Tuberculinothérapie. — Dr Y. Laurier.

10 h. — Paralysie du phrénique. — Dr F. Hébert.

11 h. — Résultats et indications de la paralysie du phrénique. — Dr H. Gauthier.

14 septembre

9 h. — Pneumothorax intrapleural artificiel. — Dr Louis Verschelden.

10 h. — Résultats et démonstrations. — Dr J.-A. Millet.

15 septembre

9 h. — Pneumolyse intrapleurale (Jacobæus). — Dr M. Verschelden.

10 h. — Pneumothorax extrapleural. — Dr G. Rolland.

11 h. — Résultats et démonstrations. — Dr G. Jarry.

16 septembre

9 h. — Thoracoplastie. — Dr G. Deshaies et Dr J.-M. Filiatrault.

L'ASSOCIATION MEDICALE FRANCO-AMERICAINE

L' « Association Médicale franco-américaine » tiendra sa quatrième réunion annuelle à l'Hôtel Touraine, Boston, le 27 septembre prochain. Comme par les années passées, le Comité Exécutif n'a pas épargné ses efforts pour offrir un programme scientifique des plus variés:

Affections du nez et de la gorge, par le docteur Prévost, de Manchester, N.-H.

Ulcère d'estomac et son traitement, avec projections, par le docteur Philémon Truesdale, de Fall-River, Mass.

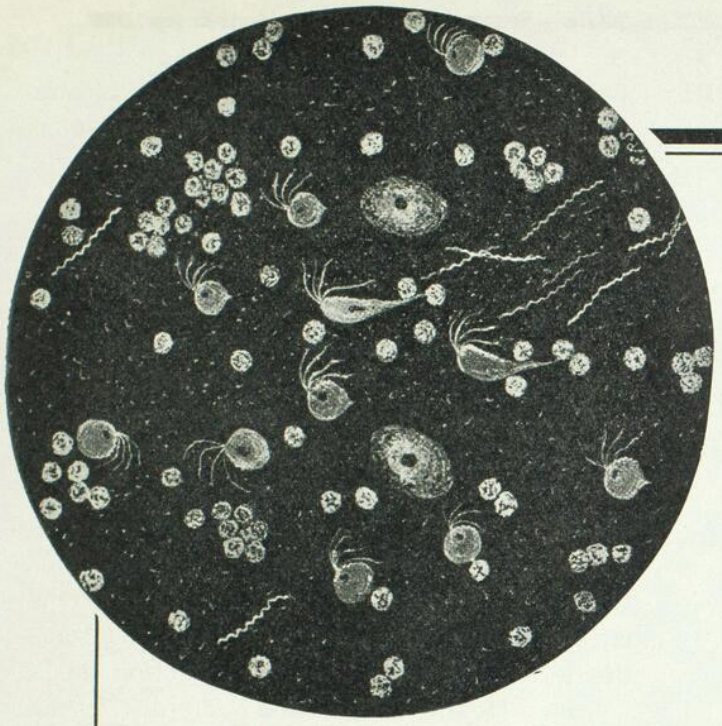
Diagnostic précoce du cancer de l'utérus et son traitement, par le docteur Louis-E. Phaneuf, de Boston.

Utilité de la gastroscopie dans le diagnostic clinique de certains troubles digestifs, par le docteur J.-A. Mousseau, de Montréal.

Nous offrons donc nos meilleurs vœux de succès aux officiers du IVe Congrès:

MM. J.-D. Milot, Fall-River, président honoraire; Eugène Larochelle, Manchester, N.-H., président; J.-C. Tassé, Worcester, 1er vice-président; J.-R. Larochelle, Biddeford, 2e vice-président; E.-W. Beauchamp, Chicopee, Mass., trésorier; Henri-E. Gauthier, Woonsocket, R.-I., secrétaire permanent; Ulysse Forget, Warren, R.-I., secrétaire-adjoint.

Nous espérons que nos collègues tant du Canada que des Etats-Unis seront présents à cette journée médicale.



Trichomonas Vaginalis

POUR le TRAITEMENT de la

LEUCORRHÉE

•

COMPRIMÉS VAGINAUX

renfermant 0 gr. 25 de **Stovarsol** (acide oxyacétylamino-phényl-arsinique) de l'acide borique et un excipient spécial à base d'hydrate de carbone

•

STOVAGINAL

(Pansement sec au "Stovarsol")

Boite de 20 comprimés



•

Littérature détaillée sur demande

•

Laboratoires **POULENC FRÈRES** du Canada, Ltée

204, Place Youville - Montréal

LISTE DES MEMBRES DE LA SOCIETE DE GASTRO-ENTEROLOGIE DE MONTREAL POUR L'ANNEE 1939-40

MM. F. Archambault; A. Bellerose; Adrien Brunet; A. Cantero; Saint-Jean Desrosiers; J.-E. Dubé; Roger Dufresne; M. Fauteux; G. Garon; A. Jutras; H. Lacharité; Charles Lefrançois; Albert LeSage; J. LeSage; Paul Letondal; J.-A. Mousseau; Paul-M. Ricard; R. Rolland; Pierre Smith.

Elections pour 1939-41

Président: Professeur Agrégé, J.-Alfred Mousseau.

1er Vice-président: Dr Mercier Fauteux.

2ème Vice-président: Dr Pierre Smith.

Secrétaire-trésorier: Dr A. Cantero.

Secrétaire des séances: Dr G. Garon.

NOMINATIONS

Lors de l'assemblée annuelle de la «Canadian Medical Association», tenue en juin 1939, **M. Léon Gérin-Lajoie** a été nommé *président-élu* de la division de Québec; **M. Urgel Gariépy** a été nommé membre de l'Exécutif de cette même division de l'Association.

TROISIEME CONGRES INTERNATIONAL DE GASTRO-ENTEROLOGIE

Londres, du 15 au 18 juillet 1940

La Société Internationale de Gastro-Entérologie organise son Troisième Congrès l'année prochaine. Elle a mis à l'ordre du jour de ces Assises qui promettent d'être très brillantes, les deux questions suivantes:

Le rapport réciproque des troubles sanguins et des troubles gastriques;

L'iléite régionale.

Les rapports sur la première question ont été confiés aux membres de deux pays: l'Italie et les Etats-Unis d'Amérique.

Les Gastro-entérologues canadiens désirant devenir membres de la Société Internationale de Gastro-entérologie doivent en faire la demande au Collègue Jean Le SAGE, Secrétaire du Comité National de la Section canadienne, 336 est, Sherbrooke, Montréal.

L'"AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION" GAGNE SON POINT DANS UN PROCES

Le juge James Proctor du district fédéral de Columbia a rejeté une action intentée par le département de la justice des Etats-Unis contre l'« American Medical Association », ainsi que contre quelques autres sociétés médicales et 21 médecins en vertu de la loi Sherman contre les monopoles. La poursuite prétendait que les sociétés médicales et médecins en question avaient conspiré pour restreindre le commerce en entravant l'action de la « Group Health Association » du district de Columbia, une société coopérative organisée en 1937 par les fonctionnaires pour assurer les soins médicaux à ses membres et retenant le service de médecins et de gardes. La défense avait soutenu que la loi contre les monopoles ne pouvait être invoquée contre les défendeurs qui n'exercent pas un commerce, mais une profession et que d'ailleurs tous les efforts des défendeurs visaient à maintenir le niveau professionnel.

MEDECINS, MAINTENEURS DU FRANÇAIS AU CANADA, APRES LES PRETRES

M. Beaudoin dans une étude portant sur « le maintien de l'esprit français au Canada et en Amérique du Nord » et parue dans le bulletin des « Amitiés Catholiques Françaises », conclut que les meilleurs mainteneurs du français au Canada ont été et sont d'abord les prêtres puis les médecins.

Pourquoi les médecins plutôt que les banquiers ou les ingénieurs? C'est que les professeurs qui enseignent aux étudiants sont allés en France où ils ont recueilli le vocabulaire, la terminologie du métier. Les manuels et les revues de médecine sont français. Tous les deux ans, d'autre part, des congrès réunissent les membres de la profession. Ainsi se renouvelle incessamment et sans déviation, la langue

C'est encore **PLUS** que de l'orgueil

● La valeur de la possession est toujours une source de satisfaction personnelle. Cependant ce qui est beaucoup plus important c'est l'impression de sécurité absolue et l'assurance que l'équipement pour l'anesthésie que vous avez acheté assure la plus grande sécurité à vos patients durant l'opération et la période post-opératoire.

● Les plus éminents anesthésistes et médecins de l'Amérique reconnaissent l'excellence du "Heidbrink Kinet-O-Meter". Ils trouvent dans cet appareil des plus modernes la plus grande satisfaction, la sécurité, l'efficacité et l'orgueil de la possession.

● Le "Heidbrink Kinet-O-Meter" se vend en différents modèles: sur voiturette, fixe sur pieds, ou cabinet. Chacun de ces modèles est scientifiquement précis, sûr, simple et économique. Le compteur à écoulement précis et à flotteur sec assure le contrôle certain et facile de l'administration de l'anesthésie. Pas de congélation, pas de remplissage, pas de déchets, pas de nettoyage.

DEMANDEZ DÈS MAINTENANT
des renseignements intéressants sur le "Heidbrink Kinet-O-Meter..." qui arrive en tête dans le domaine de la préférence.

▼▼▼

COMPAGNIE D'OXYGENE DU CANADA, LIMITEE
2549 ouest, rue Saint-Jacques, Montréal.

technique, non sans que s'entretienne le français usuel.

Dans la langue des médecins, on ne trouve pas d'archaïsmes et presque pas d'anglicismes.

CENTRE D'ETUDES DE LA FONDATION D'HEUCQUEVILLE

Le Centre d'Etudes de la Fondation d'Heucqueville, reconnue d'utilité publique, 81-85, boul. Montmorency à Paris, donne un enseignement élémentaire comprenant un cycle annuel de 75 leçons: tous les lundis d'hiver à 11 h. sur l'*Hérédité biologique*, tous les lundis d'été à 11 h. sur l'*Assistance* au premier âge; tous les vendredis à 11 h. sur la *Puériculture*; ces leçons se complétant de travaux à la bibliothèque et au laboratoire, et d'un stage pratique d'une année dans la Pouponnière Modèle de la Fondation, en qualité d'élève externe ou interne.

Cet enseignement s'adresse aux jeunes filles, futurs médecins, sages-femmes, assistantes sociales, infirmières, jardinières d'enfants, professionnelles de la puériculture, ou même mères de famille, désireuses d'acquérir une formation solide et pratique sur les problèmes de la natalité et de la première enfance.

Chaque année les élèves se renouvellent en 3 séries dont chacune commence le cycle annuel le premier lundi de mars, juillet et novembre respectivement. A l'appui des demandes d'inscription, produire diplômes, états de service et attestations de bonne conduite.

Aux candidates agréées, la Fondation dispense gratuitement l'enseignement avec les avantages suivants (pour les internes): nourriture, logement, chauffage, éclairage, blanchissage. Dans chaque série, les chambres individuelles et les postes d'internes sont attribués, en cas de surnombre, selon un classement établi sur les titres produits par le bureau du Conseil d'Administration de la Fondation.

Ouverture de la série de novembre 1939, *lundi 6 novembre* à 10 h. A 16 h., leçon inaugurale par le Professeur Laignel-Lavastine, membre du Conseil d'Administration, membre de l'Académie de Médecine.

SOCIETE EUROPEENNE DE CHIRURGIE STRUCTIVE

IVe Congrès international Paris, 5, 6, 7 octobre 1939

Les sujets à l'ordre du jour sont:

Le traitement des lésions cicatricielles et destructions des paupières;

La correction des malformations de la mâchoire inférieure.

Pour plus amples informations et renseignements concernant les facilités de séjour et de voyage, prière de s'adresser au Secrétariat du Congrès: Maison de Chirurgie, 9, rue de Turin, Paris.

UNIVERSITE DE PARIS

FACULTE DE MEDECINE

Cours de perfectionnement de Technique chirurgicale concernant l'appareil moteur par les Professeurs Ombrédanne et P. Mathieu

Avec la collaboration de MM. Leveuf, Petit-Dutaillis, Fèvre, agrégés; Sorrel, Padovani, chirurgiens des Hôpitaux; Lance, Huc, Iselin, assistants et chefs de Clinique.

Ce cours aura lieu chaque jour du 16 octobre au 4 novembre 1939 à 14 heures 30 au Petit Amphithéâtre. A la suite de chaque leçon une répétition des opérations envisagées aura lieu à l'Ecole pratique à partir de 15 heures 45, sous la direction de MM. les Prosecteurs.

A LOUER
BUREAU ET RESIDENCE DU DOCTEUR PHILIPPE CHARETTE.
5365, Chemin de la Côte-des-Neiges. ELwood 0785.

HÉMOSTYL

Sérum hémopoïétique frais de cheval

FLACONS - AMPOULES

Anémies
Convalescences
Hémorragies

1 à 2 ampoules le matin à jeun dans 1/4 de verre d'eau, par voie buccale.

SIROP

Anémies des enfants
Chloro-anémies

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

Toutes les Indications de
l'IODE et des IODURES



IODOGÉNOL
PÉPIN

Pas d'Iodisme

AGENT GÉNÉRAL : J. EDDÉ Ltd - MONTRÉAL

REVUE DES LIVRES

Le Spectre de la Tuberculose. Par le Dr Paul DUFAULT. 1 vol. 170 pages. Editions Bernard Valiquette, Montréal.

Quand nous lisons certains livres, on y trouve parfois des théories qui ne sont pas justifiées par l'observation des faits, de là naissent discussions, polémiques, critiques. Les médecins qui liront *Le spectre de la tuberculose* seront unanimes à admettre que les idées et les enseignements qui sont développés sont basés sur une longue expérience et une connaissance parfaite du problème angoissant de la tuberculose. Son premier chapitre nous donne une statistique générale de la mortalité et précise surtout les désastres de cette maladie dans notre province de Québec. En vrai patriote, il rejette l'encens et la flatterie pour nous démontrer notre pénible situation et le besoin urgent d'une organisation antituberculeuse. Cette organisation tant désirée par l'auteur est née, et le livre du Dr Dufault ne peut que nous rendre d'immenses services dans la lutte entreprise contre le bacille de Koch.

Dans un style simple, clair et précis, évitant la phraséologie purement médicale que tous ne peuvent comprendre, il a réussi à envisager ce problème capital sous un aspect agréable, agrémenté de faits journaliers bien connus; ce qui fait que ce livre est une œuvre de vulgarisation médicale de choix.

L'auteur s'est efforcé de montrer tout ce mal causé par cette absurde conception que la tuberculose est une maladie qu'il faut cacher. Il frappe d'anathème les guérisseurs, les charlatans, les septièmes fils et les remèdes patentés, tous bons à rien, sauf à gonfler le gousset de ces fabricants sans scrupule.

En maître et en philosophe qui a vécu la pratique de la pthisiologie, il montre ce véritable aspect médico-social du Sanatorium « Maison de traitement », école de formation où le tuberculeux apprendra les principes d'une vie réglée selon ses besoins.

Il termine par une page de citations à retenir parce qu'elles contiennent les conseils et les enseignements médico-sociaux que toute notre population devrait connaître.

Ce livre de vulgarisation médicale rendra également service aux étudiants et aux praticiens. Nous souhaitons qu'il soit distribué dans les écoles, les collèges, les communautés religieuses parce qu'il secondera admirablement la lutte antituberculeuse engagée dans notre province.

J.-A. VIDAL.

Les "Annales Médico-Chirurgicales de l'Hôpital Sainte-Justine", tome 3, n° 2, mai 1939.

Il est maintenant de tradition à l'hôpital Sainte-Justine de publier chaque année *Les Annales Médico-Chirurgicales*. Nous venons de recevoir un exemplaire de la livraison de 1939. Nous remarquons avec plaisir que, chaque année, cette publication prend de l'ampleur et de l'intérêt.

Cette année, si nous ne faisons erreur, les travaux sont plus nombreux, ils sont illustrés d'une iconographie plus copieuse et surtout faite de radiographies très bien réussies, en conséquence démonstratives.

Nous ne sommes pas en mesure d'analyser chacun des 18 articles que contient le volume, ce qui d'ailleurs entraînerait une dissertation beaucoup trop longue.

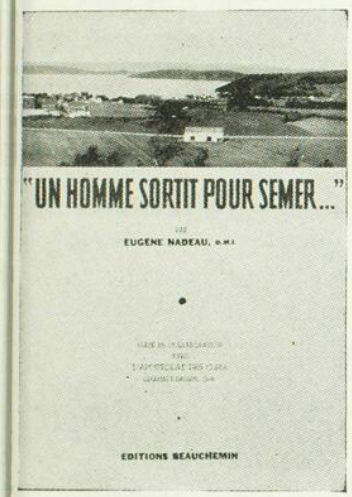
On doit louer l'initiative de Sainte-Justine à publier chaque année une contribution de ses médecins. Elle est de nature à stimuler le zèle de ces derniers, à déclancher des recherches ou des travaux dans le domaine de la pathologie infantile.

En plus, cette publication annuelle instruit les très nombreux médecins qui la reçoivent et qui ne sont pas particulièrement versés dans le domaine de la pédiatrie.

BEAUCHEMIN

UNE AUTRE ÉDITION BEAUCHEMIN:

"UN HOMME SORTIT POUR SEMER..."



Par Eugène NADEAU, o.m.i.

•

Format 9 x 6, 216 pages,
8 p. d'illustrations hors-texte.

•

Édité en collaboration avec
l'Apostolat des O. M. I.
Chambly-Bassin, Qué.

•

La carrière épique du pionnier du Témiscamingue.

Ce livre inspirateur d'action sociale mérite à bon droit de retenir l'attention de tous, et les médecins en particulier y trouveront leur profit.

En effet cet «homme» qui sortit pour semer... bonheur et prospérité, présente une certaine ressemblance avec le médecin, dispenseur de santé.

« Un homme sortit pour semer » est le récit prenant de la vie héroïque d'un frère convers des Oblats, fort ingénieux et très énergique.

On y voit, dans les grandes lignes et sous le geste d'une plume qui sait intéresser, comment ce simple religieux, avec des ressources infimes et par de petits moyens, se tailla un « royaume » dans ce qui, à l'époque, était considéré le fin Nord de notre province. Aussi est-ce avec raison que les colons du Témiscamingue le surnommèrent le « Père du Nord ».

L'auteur nous fait voir quelle tâche difficile est la colonisation de notre Nord et quel rôle important y jouent nos prêtres et nos religieux.

En parcourant ces pages, le lecteur se sent pris d'admiration et poussé à imiter le dévouement de cet « homme » d'action que fut le Fr Moffet, o.m.i.

Aussi ce livre se recommande-t-il par son intérêt même et devrait se trouver entre toutes les mains.

EN VENTE PARTOUT: $1.00

Imprime,
Relie,
Annonce,
Catalogue,
Vend
les éditions
qui lui sont
confiées.

430, rue SAINT-GABRIEL
MONTRÉAL

Enfin, Sainte-Justine fait connaître ses médecins et son activité.

D'ailleurs par ce geste, elle imite ce que font de nombreux hôpitaux américains.

Nous sommes heureux, à l'*Union Médicale*, de signaler la livraison 1939, des *Annales Médico-Chirurgicales* de l'hôpital Sainte-Justine et d'en accuser réception.

Roma AMYOT.

Les affections des glandes endocrines et leur traitement. Par Hermann ZONDEK. Un volume de 600 pages, 168 figures. Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. 240 francs.

Le volume est l'édition française et la quatrième édition du volume original paru en 1926 à Berlin. Cette dernière édition, de l'avis même de l'auteur, a été fortement revue et modifiée, en tenant compte des récents progrès de nos connaissances en physiologie et pathologie endocriniennes. C'est avant tout un ouvrage destiné aux praticiens. Il comprend deux parties, anatomo-physiologique et descriptive.

La première partie, renfermant les idées personnelles de l'auteur, expose la régulation et la variabilité de l'action hormonale, l'interaction des différentes hormones, la physiologie et la chimie de chaque glande hormonale en particulier et enfin les relations entre les glandes hormonales et le système nerveux. Vient ensuite un chapitre exposant les différentes méthodes d'examens des malades endocriniens. Disons, en passant, que ce chapitre est un bon résumé des principales notions d'endocrinologie que tout médecin devrait posséder.

La seconde partie du livre ou partie descriptive, est consacrée à l'étude particulière des syndromes endocriniens. L'auteur étudie tour à tour, surtout du point de vue clinique mais appuyé aussi par de nombreuses photographies et par des examens de laboratoire, chacune des maladies d'origine glandulaire à partir du goitre basedowien, du myxœdème, de la tétanie, des obésités, de la cachexie hypophyséoprive, du diabète insipide, etc. jusqu'à la maladie d'Addison, le pseudo-hermaphrodisme et et enfin les insuffisances pluriglandulaires.

A la fin du volume, on peut trouver, en plus, une bibliographie très abondante de tout ce qui peut concerner l'endocrinologie.

Bref, à la lecture de ce volume qui en est parfois difficile à cause de trop nombreuses citations de noms d'auteurs ou de renvois à d'autres pages, et cela parce que l'auteur voudrait nous communiquer en même temps toutes les notions et souvenirs de lecture qu'il possède sur le sujet, on ne peut s'empêcher, bien que cette édition soit une traduction française de l'édition anglaise d'un volume publié tout d'abord en allemand et qu'elle ait par conséquent été conçue dans une autre langue et dans une autre façon de penser, on ne peut s'empêcher, dis-je, d'admirer les progrès réalisés en ces dernières années par l'endocrinologie, grâce aux efforts constants de cliniciens avertis et de savants chercheurs tels que l'auteur du présent volume.

Armand GRATTON.

Le cancer de l'estomac au début. Par René A. GUTMANN, Ivan BERTRAND, Th. J. PERITIANY. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

On trouvera dans le numéro de mai 1939 de l'« Union Médicale du Canada » l'analyse d'un article du « Monde Médical » où Gutmann résumait en quelque sorte, le volume qui nous intéresse présentement. Nous nous limiterons donc, ici, à souligner les aspects du problème que cette publication antérieure ne révélait pas.

La préface est du Professeur Gosset. « C'est grâce, dit-il, à des travaux personnels poursuivis depuis plus de vingt ans sur l'ulcère du duodénum, puis de l'estomac, avec leurs différents aspects que René Gutmann a été conduit logiquement à ses conceptions actuelles sur le cancer gastrique,... » et, plus loin, « La méthode qu'il a suivie n'a été ni exclusivement clinique, ni exclusivement radiologique; elle est fondée sur un mélange étroit de la clinique, de la thérapeutique et de la radiologie, avec les deux ordres de contrôle indispensables: les contrôles au cours des opérations, les

La prévention du rhume ordinaire

La littérature médicale fait voir que les médecins ont besoin d'une méthode commode, pratique et efficace pour la prévention du rhume ordinaire.

L'administration de vaccins offre, vraisemblablement, plus que toute autre méthode de prophylaxie, un certain degré d'immunité. Il convient d'administrer des doses quotidiennes appropriées pour obtenir rapidement l'immunité et il faut continuer l'emploi du vaccin à des intervalles moins rapprochés durant un certain temps pour maintenir une immunité certaine. Son administration per os est, sans aucun doute, la méthode la plus pratique, et il semblerait, qu'à des doses convenables, ce vaccin contre le rhume ordinaire est aussi efficace per os que par injections sous-cutanées.

Le Vaccin contre le Rhume Ordinaire B. D. H. se vend maintenant sous forme de comprimés pour l'administration per os. L'incertitude prophylactique du vaccin par injections hypodermiques peut ainsi être évitée. L'immunité semble plus certaine et de plus longue durée que celle obtenue par le vaccin en injections.

VACCIN EN COMPRIMÉS B.D.H.
CONTRE LE RHUME ORDINAIRE
(Pour l'administration per os)

Le Vaccin en Comprimés B. D. H. contre le Rhume Ordinaire (pour administration per os) est en vente chez tous les principaux pharmaciens du Canada, et des renseignements complets seront fournis par:

THE BRITISH DRUG HOUSES (CANADA) LTD.
Terminal Warehouse Toronto 2, Ont.

VS/Can/399-F

PANSEMENT DE LA MUQUEUSE
GASTRIQUE ET INTESTINALE

STOMALUMINE

HYDRATE D'ALUMINE COLLOIDAL
EXTRAIT DE BELLADONE

TRAITEMENT DES AFFECTIONS GASTRIQUES ET INTESTINALES ACCOMPAGNÉES D'HYPERSÉCRÉTION, DE SPASMES ET DE DOULEURS.

4 A 6 COMPRIMÉS PAR JOUR AVANT ET APRÈS LES DEUX PRINCIPAUX REPAS.

LABORATOIRES DE LA STOMALUMINE
28, RUE DE LA BOËTIE
PARIS (8e)

Littérature et échantillons sur demande adressée à:
PRODUITS PHARMACEUTIQUES EUROPÉENS, 3295, Van Horne, Montréal.

analyses anatomo-pathologiques... Ces diagnostics de cancers de l'estomac au début ne sont pas dûs au hasard, mais sont le fruit de la méthode la plus précise qu'il soit ». Cette garantie permettra de juger de la valeur scientifique du volume en cause. Il faut savoir aussi que de tels résultats ne furent atteints que grâce à la collaboration de tous les instants, facilitée par le travail d'équipe, sous la direction du Professeur Gosset. Gutmann le signale dès les premières pages, lorsqu'il parle « des conditions exceptionnelles où ces études peuvent être poursuivies, à la Clinique Chirurgicale de la Salpêtrière, terrain d'élection pour de pareilles recherches ». « De semblables conditions, ajoute-t-il plus loin, sont réalisées à l'Institut du Cancer où l'un de nous a le privilège, depuis des années, de collaborer avec M. le recteur G. Roussy. »

Le présent ouvrage, dédaignant la seule théorie, est consacré à l'exposé de « faits ». C'est un livre d'avant-garde. Il a soulevé et soulèvera bien des objections, « mais, écrit encore G..., coûte que coûte, nous devons fixer notre position le long d'une série dont les deux extrêmes sont nets: le maximum de responsabilités et de belles guérisons, le maximum de certitude et de belles autopsies ».

En guise de définition du cancer gastrique au début, G... rappelle qu'il faut désormais faire la rupture entre ses formes cliniques mal isolées jusqu'ici, et les signes du cancer à la période d'état; il faut savoir aussi que le néo au début ne s'appuie, à date, sur aucun signe de laboratoire, et que sa séméiologie radiologique déborde complètement les descriptions classiques; enfin, et surtout, le chirurgien qui ne trouvera pas d'envahissement ganglionnaire à la laparotomie, devra souvent aussi se résigner à ne rien voir ni sentir même sur la pièce ouverte et sera, dans tous les cas, incapable de se prononcer sur la nature de la lésion.

La partie clinique est exceptionnellement intéressante; elle offre par l'exemple concret de plus de cent histoires de cas détaillées, un éloquent support à la théorie. A ce propos, l'A... déplore l'imprécision de la majorité des documents cliniques, radiologiques et anatomiques, apportés dans cette question à l'appui des convictions de chacun. De telles lacunes expliquent les contradictions relevées entre les auteurs au sujet de la transformation cancéreuse de l'ulcère. Ce problème est étudié ici sous tous ses angles. L'A... croit, pour sa part, à la transformation et il nous fait part des précautions dont il s'entoure avant d'affirmer une telle évolution. L'étude clinique cite, d'abord, les formes latentes en ne tenant compte que de leur début clinique et non anatomique. Suivent ensuite les formes non douloureuses, protéiformes et capricieuses où le flair du clinicien, soumis à de rudes épreuves, doit pouvoir compter sur la longue habitude d'un questionnaire serré et précis. Les formes douloureuses, enfin, se résument pratiquement à l'analyse des rapports entre l'ulcère et le cancer. Il y a d'abord le cancer ulcériforme dont l'évolution plus ou moins continue simule celle de l'ulcère, et l'ulcère transformé qui devient, au point de vue dogmatique du moins, un tout autre problème. Jamais plus qu'en cette question, fertile en controverses, la précision des faits et la clarté des idées qui font honneur à G... n'ont été plus profitables au lecteur et au patient. L'exposé clinique est terminé par la description d'une entité anatomo-clinique nouvelle, le cancer muco-érosif à marche lente, récemment individualisée par les A... eux-mêmes.

L'étude radiologique comporte une brève préface faite d'un certain nombre d' « aphorismes » chers à G... Il faudrait les citer tous. Nous nous bornerons à reproduire ces deux-ci: « Le diagnostic radiologique du cancer de l'estomac est possible dans un grand nombre de cas. » et « la multiplication des appareils de radiologie entre les mains de médecins non rompus aux difficultés radiologiques n'a pas été un progrès pour le radio-diagnostic en général et pour celui du cancer gastrique, en particulier. » Nous n'insisterons pas sur ce chapitre radiologique. Nous avions déjà cité cette nomenclature créée en grande partie par G... pour caractériser les images retrouvées dans le cancer au début: rectitude segmentai-

LES MAUVAISES HERBES

...qui causent la fièvre des foins

Le malade qui souffre de la fièvre des foins est obsédé par les dates du calendrier. Les "pollens" qui mûrissent à certaines époques fixes ne peuvent pas être évités facilement, mais l'éternuement, le larmoiement et la congestion des muqueuses peuvent être rapidement soulagés par

NEO-SYNEPHRIN HYDROCHLORIDE

(lævo-alpha-hydroxy-beta-methyl-amino-3-hydroxy ethylbenzene hydrochloride)

Les avantages de cette médication pour le soulagement de la congestion nasale dans la rhinite allergique, des rhumes et de la sinusite sont les suivants:

Pas d'irritation... action plus soutenue que celle de l'épinéphrine ou de l'éphedrine... Moins toxique à doses thérapeutiques que l'épinéphrine ou l'éphédrine... Stabilité... stérilisable par l'ébullition... A doses prescrites, "Neo-Synephrin Hydrochloride" ne cause pas habituellement de nervosité ou d'insomnie.

3 formes commodes

- Emulsion — ¼% (en bouteille d'une once avec compte-gouttes)
- Solution — ¼% pour compte-gouttes ou pulvérisateur
  1% pour les cas rebelles
- Gelée — ½% (en tube compressible avec applicateur)



EMULSION

Littérature et échantillons envoyés sur demande

FREDERICK STEARNS & COMPANY OF CANADA, LIMITED

Windsor, Ontario
Fabricants de Kasagra

Détroit, Mich. New York, N. Y. Kansas City, Mo.
San Francisco, Cal. Sydney, Australie.

LE CALME EST L'APANAGE DES FORTS



MÉDICATION HÉPATIQUE
ET CHOLAGOGUE

ARTICHOBYL

EXTRAIT DE FEUILLES
D'ARTICHAUT

STIMULANT DES FONCTIONS HÉPATIQUES ET RÉNALES

FLACONS DE 50 ET 500 COMPRIMES DRAGEIFIES

Echantillons et Littérature sur demande

J. EDDÉ LIMITÉE · NEW BIRKS BLDG MONTRÉAL · TÉLÉPH LA 2421-4913

re, encartements, niche plate, lacune en axe, etc. Les quelques 430 reproductions de clichés qui ornent le texte méritent une longue étude qui vaut mieux que la lecture de n'importe quelle description. Nous ne reviendrons pas, non plus, sur la question capitale du diagnostic entre la niche bénigne et la niche maligne et sur le test évolutif particulier qui s'y rattache et dont la portée pratique sera d'un grand secours à ceux que confronteront les décisions thérapeutiques à choisir. Du court mais substantiel chapitre consacré au traitement, il convient d'extraire textuellement les lignes suivantes: « On ne peut pas, dans beaucoup de cas, compter ni sur la laparotomie, ni même souvent sur la gastrotomie exploratrice pour poser un diagnostic de cancer vraiment au début. Ce sont là des idées nées de la chirurgie de cancers avancés. C'est avant l'opération que la question doit être réglée; » et après avoir exposé les conditions toutes indispensables pour le diagnostic précoce du cancer gastrique, qui exige autant du clinicien et du radiologiste que du pathologiste, G... conclut par ce rapprochement imagé: « Les aviateurs ont d'abord péniblement volé pendant le jour; puis les techniques se sont perfectionnées. Actuellement, avec l'aide de données très simples, d'appareils au point, les hommes, sans rien voir, dans l'obscurité, se dirigent avec précision et sécurité. C'est à ce vol de nuit que devra, si elle veut être effective, ressembler la chirurgie gastrique pour cancer au début. »

La dernière partie du volume rédigée par I. Bertrand, le pathologiste attaché au service du Professeur Gosset, traite longuement des problèmes nouveaux créés en sa spécialité, par l'étude du cancer gastrique au début. Les avancés cliniques et radiologiques soumis au lecteur dans ce volume n'emporteront la conviction qu'en autant que la preuve histopathologique sera péremptoire. B... avoue, dès le début, que ses conclusions heurteront de front les opinions admises actuellement. Il a du, lui-même, d'ailleurs, faire en cours des recherches, table rase de certains concepts qu'il considérait comme fondamentaux. Après avoir passé en revue les tests de cancérisation et discuté leur valeur relative qui divisent encore les pathologistes, l'A... souligne que son appréciation de la nature de la lésion reste fidèle aux données classiques avec cette divergence essentielle que, pour lui, la dégénérescence cancéreuse peut être cantonnée à la muqueuse sans attaquer les plans sous-jacents. Il s'agit donc beaucoup plus d'une néoplasie « in situ » que d'un processus extensif.

B... s'attaque d'abord au grave problème des ulcères transformés, en se prononçant nettement pour la transformation. Il précise les critères histologiques nécessaires à l'identification de l'ulcère initial et décrit ensuite l'ensemble des « tares cytologiques et architectoniques » qui permettent d'affirmer le cancer. Il tire aussi de l'étude histologique rétrospective des stades initiaux de cancers au début des arguments décisifs.

A propos des cancers ulcériformes au début une seule observation a été publiée avant le présent travail. B..., décrit les dégénérescences « in situ », limitées à la seule muqueuse, avec la lésion fondamentale de gastrite atrophique localisée indiquant l'endroit où l'on découvrera le bouleversement épithélial et l'anarchie cellulaire typiques.

Il s'attaque ensuite aux cancers ulcériformes avec large perte de substances à fond plat, sans tendance aucune à l'envahissement en profondeur, et passant tout aussi bien inapperçue à l'intervention que les formes précédentes. Cette lésion se rapproche du cancer mucoérosif à marche lente, cité plus haut, qui ronge la muqueuse sur une large surface sans jamais la dépasser en profondeur.

Ce chapitre, où les très nombreuses planches histologiques et macroscopiques insérées dans le texte, correspondent pour la plupart aux histoires cliniques du début comme aux clichés radiologiques, se termine par l'étude brève des cancers conjonctifs plus rares et des rapports du cancer avec les autres processus: polypose, hétérotypie et surtout gastrite chronique dont B... ne croit pas qu'elle soit un stade précancéreux.



D'une EFFICACITÉ ÉPROUVÉE *et d'un emploi agréable*

● **'Dettol'** est un antiseptique d'une haute efficacité germicide, dont le cœfficient phénol, déterminé d'après l'Essai du Laboratoire d'Hygiène, est de 3.0; toutefois, il peut quand même être employé à des concentrations qui seraient impraticables avec des antiseptiques phénoliques et crésyliques. Il est non toxique, ne tache pas et dégage une odeur agréable. On a constaté que lorsqu'il est appliqué sur la peau à une concentration de 30%, le 'Dettol', même une fois séché, protège pendant au moins deux heures contre l'infection des streptocoques hémolytiques, à moins qu'il n'y ait contamination brutale. 'Dettol' possède une grande puissance de pénétration et se mélange aisément avec l'eau. De plus, 'Dettol' reste constant en présence du sang, du pus, des matières fécales et autres matières organiques.

● Vous achetez "Dettol" chez le pharmacien ou de votre fournisseur, en bouteilles de grandeur pratique pour les ordonnances ou en récipients de plus grande contenance pour le bureau ou l'hôpital.

● Pour échantillons et tous renseignements, écrivez à Reckitts (Over Sea) Ltd., service des produits pharmaceutiques, 1000, rue Amherst, Montréal, P. Q.



'DETTOL' *l'antiseptique moderne, - non toxique*

SOLIDARITÉ

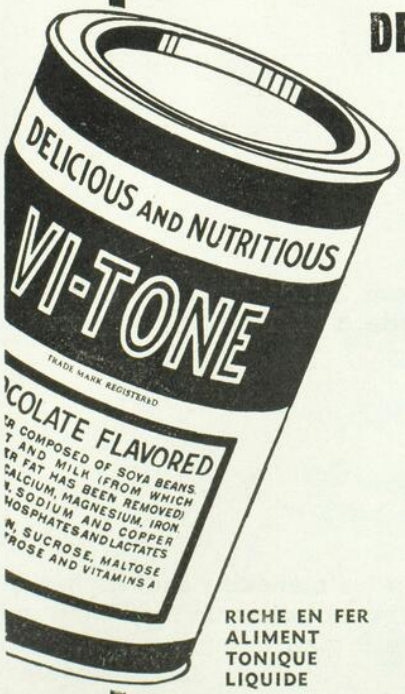
Pratiquons l'économie, qui consiste à tirer le meilleur parti de toutes choses. Déposons nos épargnes dans un grand établissement de crédit, qui prête une large part de ses ressources à l'agriculture, au commerce et à l'industrie. Ainsi, nous ferons d'une pierre deux coups: notre capital d'épargne sera en sûreté et nous rapportera des intérêts, et il alimentera l'activité économique dont tout le monde profite.

▼▼

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

Actif, plus de $150,000,000
537 bureaux au Canada
66 succursales à Montréal

Pour la RECUPERATION DES FORCES



Vi-Tone fournit un aliment reconstituant de forme et de saveur agréables pour le médecin et le patient. Il se prépare habituellement avec du lait. Il est également délicieux servi chaud ou froid.

RICHE EN FER
ALIMENT
TONIQUE
LIQUIDE

VI-TONE

Ce magnifique volume, dont l'édition est particulièrement soignée, vient donc exhorter le clinicien, le radiologiste et l'anatomo-pathologiste au dépistage d'une lésion qui, faute d'être plus précocement reconnue, coûte, chaque année, la vie à un nombre attristant de pseudo-dyspeptiques traités à la légère et de faux ulcéreux jamais ou mal radiographiés, pour ne citer que ceux-là. Quel médecin, digne de ce nom, voudra ne pas s'intéresser à de telles recherches?

Roger-R. DUFRESNE.

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.

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.

Fortement recommandée par la Faculté

contre **LE RHUMATISME, L'ARTHRITISME, LA DYSPEPSIE ET LES AFFECTIONS VÉSICALES, HÉPATIQUES ET RÉNALES.**



Spécifiez VICHY-CÉLESTINS

L'embouteillage sur place est contrôlé par l'état français

VICHY CÉLESTINS

La Plus Renommée des Sources Alcalines Naturelles

Alcalifiant Naturel Anodin

Messieurs les Médecins

sont invités à consulter

l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale

au Secrétariat

326 est, boulevard Saint-Joseph

MONTRÉAL

●

dans l'après-midi, de 2 à 5 heures

SPÉCIALITÉ
• PHARMACEUTIQUE •
●
ELIXIR POLYBROMURE
(Sans sucre)

(Une cuillerée à bouche de 20 grammes renferme 3 grammes de Bromure de Potassium, Sodium et Ammonium, associés à des Teintures amères et toniques.)

Mode d'emploi: 1 à 2 cuillerées à thé dans un peu d'eau toutes les trois heures.

Présentation: 240 c.c.

●

La Pharmacie d'Ordonnances

ARTHUR HIRBOUR

ci-devant Bisaillon-Hirbour

35 ans d'expérience dans l'exécution exclusive d'ordonnances de Médecins. — Nous n'employons que les produits chimiques supérieurs.

Angle Saint-Denis et De Montigny

Téls: LA. 7356 - PL. 0305 - Montréal

BIBLIOGRAPHIE

Le corps jaune. Etude biologique, clinique et thérapeutique. Par H. SIMONNET, professeur à l'Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort, chef du laboratoire de physiologie du Centre de prophylaxie mentale de la Seine, et M. ROBEY, interne des Hôpitaux de Paris. Préface de L. PORTES. Un volume de 172 pages, avec 19 figures: 50 frs. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boul. Saint-Germain, Paris.

Les auteurs ont voulu, dans cette monographie, présenter l'état actuel de l'endocrinologie du corps jaune qui occupe parmi les glandes à sécrétion interne une place très particulière. Il est curieux de remarquer que, considéré primitivement comme la seule formation endocrinienne de l'ovaire, le corps jaune s'est vu ravir à peu près complètement ce rôle par le follicule ovarien.

La conception actuelle met en évidence la synergie et parfois l'antagonisme entre ces deux formations. Cette conception est développée par les auteurs en s'appuyant sur les renseignements biochimiques, physiologiques et cliniques actuels. Le nombre et l'importance des faits évoqués dans cet ouvrage montrent combien nos conceptions en cette matière ont évolué. Une large part est faite au diagnostic des troubles de la fonction lutéinique ainsi qu'aux applications thérapeutiques.

On permettra à un obstétricien, écrit le Professeur agrégé Portes dans la préface de ce livre, de constater avec plaisir que les auteurs ont fait, dans leur étude de la Physiologie du Corps Jaune, la plus large part aux états gravidiques. En cela, ils ont certainement eu raison, car la Physiologie des organes génitaux au repos n'a réellement d'intérêt que dans la mesure où elle explique leur activité.

Exposés annuels de Biochimie médicale. Publiés sous la direction de Michel POLONOVSKI, professeur de Chimie médicale à la Faculté de Médecine de Paris. Première série, par MM. E. Aubel, E.-J. Bigwood, P. Boulanger, P. Fleury, Ch.-O. Guillaumin, M. Javillier, M. Machebœuf, M. Polonovski, Ch. Sannié, R. Wurmser et R. Wolff. Un volume de 268 pages: 75 frs. Masson et Cie, éditeurs.

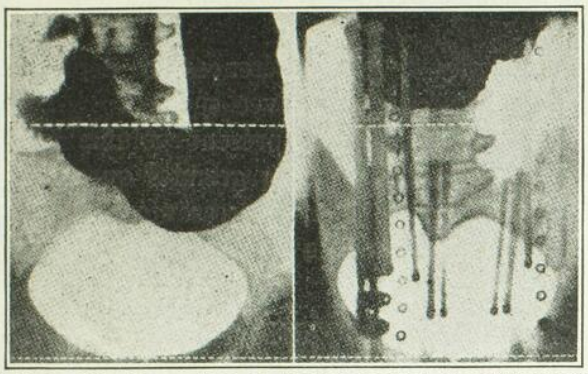
Ce livre rassemble les premières conférences de l'Enseignement complémentaire de Chimie médicale à la Faculté de Médecine de Paris. Il correspond à un tour d'horizon dans toute l'actualité biochimique.

De l'étude des biocatalyseurs (vitamines, hormones, diastases, composés cancérigènes) et des techniques modernes d'adsorption, qui sont à la base de leurs recherches, au mécanisme des réactions d'oxydation et à la notion de potentiel d'oxydo-réduction, de l'étude des constituants du plasma sanguin (ammoniémie, protéides et lipides du sérum) au métabolisme du calcium, du glycogène, de l'organisme cancéreux en général, toutes les questions traitées intéressent au premier chef le médecin et le physiologiste. Elles ont été choisies à leur intention, développées devant eux, rédigées pour eux.

Clinique et Pathologie comparées. Vénéréologie, cancérologie, dermatoses, médecine générale, phytopathologie. Par Ls BORY, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis. Préface du professeur M. FIESSINGER. Un volume de 240 pages: 50 frs. Masson et Cie, éditeurs.

L'auteur veut démontrer l'immense intérêt de l'étude comparée des maladies, des laboratoires, où l'expérimentation, trop souvent limitée à un petit nombre d'espèces, ne connaît que des maladies artificiellement produites, dans des conditions qui ne répondent qu'exceptionnellement aux données habituelles de la Clinique.

Pour que la science comparée devienne une science clinique, il lui faut aller étudier les



Radiographie d'une ptose de l'estomac avec ou sans support "SPENCER".
La ligne pointillée indique les 2 épines pubiennes antérieures
A droite soulèvement évident après ajustement du support.

Charlotte Noël

CORSETIÈRE PROFESSIONNELLE

3524, rue Hutchison, App. 32, Montréal — Tél.: MA. 6623

●

CORSETS "SPENCER"

Nous créons un dessin spécialement pour vous

Indications: Anomalies, stase gastrique, hernies, traumatisme sacro-iliaque ou lombaire, néphroptose, grossesse.

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

. . COQUELUCHE . .

Le Paveral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluche et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance, ni complication.

●

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO. MONTREAL

Breuvage lacté au chocolat

LACTO-CO

Marque de commerce enregistrée

LACTO-CO possède une nouvelle saveur sensationnelle, c'est un breuvage lacté au chocolat riche et crémeux. Chaud ou froid, il n'a pas d'égal. Offrez un régal à votre famille, commandez-en aujourd'hui même.

« Délicieux! »... est le verdict.

Tél.: FRontenac 3121

J. J. Joubert LIMITÉE

maladies spontanées des espèces vivantes, dans le milieu social où vivent ces espèces. Il faudrait aussi que le Médecin, voulant découvrir des conceptions nouvelles utiles au progrès de son art, puisse s'évader du domaine où sont trop étroitement limitées ses habituelles observations et devienne à l'occasion vétérinaire ou phytopathologiste, comme il serait à désirer que vétérinaires et phytopathologistes fréquentent à leur tour les cliniques humaines.

C'est peut-être parce que pareil effort de liaison n'a jamais été tenté que la Pathologie comparée n'a pas encore sa place dans la bibliographie médicale. Hors les traités de Médecine humaine, il existe naturellement des traités de Médecine vétérinaire et de Pathologie végétale; il n'est pas de traité synthétique, envisageant d'un même point de vue les trois médecines, qui véritablement s'ignorent ou peu s'en faut.

Après avoir créé, avec A. Henry (d'Alfort) la Dermatologie comparée, science nouvelle ou à peine explorée jusqu'alors, Louis Bory s'est laissé entraîner par l'intérêt de ces vivantes études à écrire l'histoire comparée de quelques grands syndromes appartenant au domaine de la Pathologie générale.

Il a écrit ainsi un véritable petit *Traité de Clinique comparée,* où les médecins, curieux de voir ce qui se passe derrière le mur du voisin, seront intéressés parce que l'auteur en a rapporté lui-même: — où les vétérinaires, reconnaissant les faits qui leur sont habituels et réfléchissant aux suggestions qui en ont résulté, y trouveront peut-être le désir de faire le voyage en sens inverse; — où les étudiants enfin trouveront, clairement exposées, la plupart des notions, qui peuvent leur être très utiles aux examens, tout en éveillant chez eux le goût de la recherche et l'espoir d'intéressantes découvertes dans un champ d'une richesse insoupçonnée.

Actualités médico-chirurgicales. Troisième série. Treize conférences par les Chefs de clinique de la Faculté de Médecine de Marseille. Un volume de 214 pages: 25 frs. Masson et Cie, éditeurs.

Deux séries de ces conférences ont déjà été publiées précédemment avec succès.

On trouvera dans le présent volume une mise au point de quelques grandes questions de la pratique actuelle, intéressantes pour le praticien parce qu'elles sont quelquefois discutées.

TREIZE CONFERENCES

Le neurotropisme infectieux; données générales (Yves Poursines).

Cancers secondaires de l'os (J. Dor).

Les hémorragies des cirrhotiques (Jean Olmer).

L'importance du facteur « temps » en curiethérapie, son application au traitement du cancer du col (Raymond Imbert).

Le domaine de l'hépatite parenchymateuse dans la séméiologie des cirrhoses (Jean Brahic).

La paralysie faciale et sa correction esthétique par les opérations plastiques (M. Prévot).

Le facteur rénal dans le diabète sucré (A.-Maurice Recordier).

Maladie de Nicolas et Favre et rétrécissement du rectum (M. Brugeas).

Etiologie, pathogénie et prophylaxie des complications pleuro-pulmonaires après les interventions gastro-duodénales (D. Léna).

Considérations sur la pathogénie et le traitement de la maladie de Volkmann (François Luccioni).

Localisations médiastinales et digestives de la neurogliomatose de Recklinghausen (J. Alliez).

Les arthrites vertébrales chroniques (P. Silhol).

L'électrocardiographie dans la maladie rhumatismale (P. Buisson).

Néo-hippocratisme et Homéopathie. Par le Dr Léon VANNIER. Un volume in-16 de 90 pages: 25 frs. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Dans une courte étude, mais très documentée, l'auteur montre les dangers du *Néo-hippocratisme* qui présente à l'étudiant, qui ignore tout d'Hippocrate, une déformation singulière

D'ÉMINENTES AUTORITÉS

font l'éloge des propriétés des

BREUVAGES AU MALT

● Ainsi, par exemple, le Dr Winfield S. Hubbard, autrefois membre de l'Administration des Produits Pharmaceutiques et alimentaires des Etats-Unis, déclare: "La bière est un aliment.. contenant deux éléments qui fournissent l'énergie et réparent l'usure des tissus organiques... les hydrates de carbone et les protéines." Et il ajoute que la bière, à cause de sa teneur élevée en calcium, est souvent recommandée aux femmes enceintes.

Le Dr Hubbard dit encore que la bière étant faite de 85 à 92 pour cent d'eau, constitue un excellent breuvage durant les chaleurs. Elle est même préférable à l'eau, car les sels qu'elle renferme ont tendance à empêcher les crampes. Et il conclut: "Je ne connais pas d'aliment qui soit plus facile à assimiler que la bière... elle est pratiquement prête à être absorbée par la paroi intestinale dès qu'elle a quitté la bouche."

De nombreux observateurs et médecins reconnaissent que la bière, prise avant de se coucher, le soir, produit un effet calmant.

MOLSON

BRASSERIE FONDÉE À MONTRÉAL EN 1786

de son esprit, de sa médecine et de sa philosophie. En réalité, il n'existe qu'une seule médecine qui repose sur deux modes de connaissance, l'analyse et la synthèse, mettant en jeu deux actions: l'une naturelle, l'autre médicale, la thérapeutique. Les principes hippocratiques doivent être intégralement respectés, ils mettent à la disposition du praticien trois modes d'action thérapeutique qui lui sont signifiées par des lois: *loi de la Nature, loi des Contraires, loi de Similitude.* Ces méthodes ne peuvent être « *opposées* », car elles ont chacune leurs indications particulières. L'Homéopathie ne doit pas être étouffée dans ses origines traditionnelles, elle doit être *respectée, comprise* et *utilisée.*

Vingt études pratiques de Médecine infantile. Par R. LIEGE, ancien interne des Hôpitaux de Paris, chef de Clinique médicale infantile à la Faculté de Médecine de Paris. Préface du Professeur NOBECOURT. Un volume in-8° de 210 pages, avec 28 figures dans le texte: 60 frs. Gaston Doin et Cie, éditeurs.

Ecrit par un praticien, ancien chef de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades, ce livre, déclare l'auteur dans l'introduction, n'a qu'un seul but: « Etre utile aux enfants et à ceux qui, en dehors des médecins spécialistes, acceptent la lourde tâche de les soigner ».

Dans des monographies volontairement exemptes de théories et d'hypothèses, mais illustrées d'observations qui réalisent de vivants exemples des maladies de l'enfance, l'auteur met le lecteur aux prises avec les difficultés journalières de la clinique et de la thérapeutique chez les enfants.

Les maladies qui plongent trop souvent une famille dans la crainte et le désespoir, telles l'ostéomyélite aiguë à forme septicémique, l'appendicite des tout-petits, l'œdème pulmonaire, la péritonite à pneumocoques, et réalisent des « questions d'urgence de médecine infantile », nécessitant fréquemment une étroite collaboration médico-chirurgicale, comptent parmi les sujets pratiquement traités dans ce livre.

Etablir le plus rapidement possible un diagnostic, porter un pronostic et fixer un traitement dans les maladies graves de l'enfance, tel est le sens de l'ouvrage du Dr R. Liège, qui vient de paraître et pour lequel le Professeur P. Nobécourt écrit dans la préface:

« Je ne puis passer en revue chacune des « *Vingt Etudes pratiques de Médecine infantile* ». Le style en est alerte, la lecture facile, attrayante et instructive. Dans chacune on trouve en quelques pages les notions indispensables. Le médecin qui suit un malade y rencontre un guide précieux. »

Précis de Neuro-psychiatrie infantile. Par Gilbert ROBIN, ancien chef de clinique neuro-psychiatrique à la Faculté de Médecine de Paris, médecin assistant à l'hôpital Lariboisière, médecin-chef de l'Assistance aux enfants nerveux, retardés et instables. Un volume in-8° de 312 pages: 60 frs. Gaston Doin et Cie, éditeurs.

Il n'existait pas en France de précis de neuro-psychiatrie infantile. On peut dire qu'il n'en existait pas puisque le dernier ouvrage traitant des troubles mentaux de l'enfance remonte à environ 40 ans. Depuis, que de progrès accomplis dans la compréhension de constitutions mentales, et du caractère de l'enfant, dans la discrimination des diverses formes d'arriération mentale, dans l'assistance aux enfants arriérés et pervers et dans leur traitement!

Le succès du premier congrès international de neuro-psychiatrie infantile qui s'est tenu à Paris en 1937, la multiplication des consultations et dispensaires pour enfants nerveux, arriérés et instables, les succès thérapeutiques qu'on obtient chez les enfants déficients à l'âge scolaire font de la neuro-psychiatrie infantile une spécialité dont le médecin praticien, sans cesse sollicité sur ces cas, ne peut pas se désintéresser.

Dans cet ouvrage, conçu d'un point de vue résolument clinique et pratique, sont passés en revue les constitutions psychiques, les divers types de caractères et de comportement, les réactions caractérielles, les névroses in-

fantiles, les troubles du rendement intellectuel, les démences.

Une étude attentive retient les cas de retard scolaire qui remplit les cadres de *cette neuro-psychologie infantile* créée par l'auteur et où la thérapeutique endocrinienne ne compte plus ses résultats.

Dans une partie séméiologique, l'auteur étudie la colère, le mensonge, la mythomanie, le vol, la fugue, l'onanisme, etc., etc., et décrit certaines manifestations infantiles qui n'avaient pas jusqu'alors retenu l'attention, telles que les rires, les sourires morbides, les troubles du regard d'origine psychique, l'onychophagie. Viennent enfin les mesures thérapeutiques, les médications psychologiques, la psychanalyse, les mesures éducatives et l'assistance dans les cas d'arriération, de troubles du caractère et de délinquance.

L'ouvrage abonde en aperçus nouveaux sur la neuro-psychiatrie et en descriptions cliniques absolument originales. C'est ainsi que l'auteur a insisté sur des manifestations cliniques dont il a été le premier à donner la description et l'explication: maladresse intellectuelle, classification des instabilités, des distractions, des inattentions, des asthénies, des pervers, l'obnubilation épileptoïde, le caractère épileptoïde, la discrimination entre l'arriération mentale et la débilité intellectuelle, entre les retards dus aux encéphalopathies et aux encéphalites, considérations sur les perversions liées à l'encéphalite léthargique etc., etc.

Ce Précis, par sa nouveauté, marque une date dans la littérature psychiatrique. Indispensable aux psychiatres, il enseignera aux praticiens l'art de se reconnaître dans les diverses anomalies de l'enfance, et par ses interventions sera utile aux parents et pédagogues.

En plus de
son 'volume' laxatif

ALL-BRAN
de KELLOGG
contient
la Vitamine B_1
à laquelle
maintes autorités
attribuent
une action tonique
sur l'intestin

Fabriqué au Canada
par Kellogg



Les Dystrophies dentaires de la Syphilis héréditaire. Par Lucien LEBOURG, stomatologiste des hôpitaux de Paris. Préface de G. MILIAN, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis. Un volume in-8° de 164 pages, avec 73 figures dans le texte: 38 frs. Gaston Doin et Cie, éditeurs.

Les travaux concernant les dystrophies dentaires de la syphilis héréditaire sont extrêmement nombreux (comme en témoigne la bibliographie de l'ouvrage) mais ils n'avaient jamais été réunis dans une étude d'ensemble. Le livre du Dr Lebourg vient combler cette lacune. Il apporte un guide précieux au médecin, au syphiligraphe, au stomatologiste, au pédiatre qui y trouveront un exposé objectif et complet des faits et une utile méthode d'investigation clinique.

Des vues originales apparaissent en bonne place dans chaque chapitre, notamment dans ceux qui concernent la pathogénie, l'étiologie, la chronologie des dystrophies, le diagnostic; elles marquent un réel progrès dans la connaissance de ces manifestations encore si diversement interprétées de nos jours.

Précédé d'une introduction où les idées générales sur l'hérédosyphilis sont clairement exposées et d'une conclusion d'ordre clinique et thérapeutique essentiellement pratique, on peut dire que ce livre constitue une mise au point parfaite de la question. Il est, de plus, orné de 73 figures qui en facilitent grandement la lecture.

« Bref, ce livre dont il n'existait encore aucun d'analogue en France est une œuvre utile et de bonne foi », telle est la conclusion du Dr Milian, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, qui a bien voulu préfacer l'ouvrage.

La Dysenterie bacillaire. Par J. DUMAS, chef de service à l'Institut Pasteur. Un volume in-8° de 90 pages, avec 1 figure hors texte: 28 frs. Gaston Doin et Cie, éditeurs.

Après quelques mots d'historique, l'auteur précise les notions essentielles à connaître sur la distribution géographique et l'étiologie de la dysenterie bacillaire. Les modes de propagation de la maladie sont étudiés non seulement dans les milieux civils mais aussi dans les armées.

Un important chapitre est consacré à la description clinique des formes aiguës (à B. de Shiga ou à B. de Flexner-Hiss) et des formes chroniques de la dysenterie bacillaire.

Dans les pays où la dysenterie ancienne sévit à l'état endémique, le diagnostic peut être délicat entre cette affection et la dysenterie bacillaire, mais il sera grandement facilité par la recherche de l'Amibe dysentérique, recherche qui doit être faite au lit du malade.

L'importance d'un diagnostic précis a incité l'auteur à donner, au chapitre microbiologie, des indications élémentaires mais précises pour pratiquer l'examen bactériologique des selles.

Au chapitre de l'anatomie pathologique, l'auteur étudie les lésions intestinales de la dysenterie bacillaire, lésions dont Ch. Dopter a donné une description demeurée classique. Le texte de M. J. Dumas est complété par une excellente figure montrant les lésions œdémateuses de la paroi du gros intestin avec ulcérations et nécrose de la muqueuse.

Le dernier chapitre est consacré à la question du traitement sérothérapique et symptomatique des diverses formes de la dysenterie bacillaire.

Une importante bibliographie complète le volume.

Spécialités Pharmaceutiques

DES

USINES CHIMIQUES du CANADA Inc.

1338, rue Lagauchetière est (87 Station C) Montréal.

PANCREAVAL "VALOR"	Constipation d'origine hépatique. Dérangement du foie.
STRYCHNO ARSENICAL "VALOR"	Traitement arsenical intensif. Anémie, syphilis, maladies cutanées, débilité générale, dépression nerveuse. Par voie intraveineuse ou sous-cutanée.
VITAVAL "VALOR"	Vitamines A.B.D.G. Sels Minéraux. Rachitisme - Anémie - Croissance - Appétit.
VALDINE "VALOR"	Constipation chronique.
CALCIVAL "VALOR"	Solution stérilisée de **Gluconate de Calcium** à 10%. Récalcifiant - Reconstituant.
VALUROL "VALOR"	Granulé effervescent à base de pipérazine et hexaméthylènetétramine. Cystites, urétrites, abcès urinaux, bactériuries, rhumatisme.
NUCLEOPHOSPHATE "VALOR"	Phosphore, arsenic et nucléine. Neurasthénie, lymphatisme, scrofulose, convalescences longues. En injections sous-cutanées ou intraveineuses.
BISMAVAL "VALOR"	Hyperacidité stomacale, Régurgitation, Gastrites, Nausées.

UPNOS



Rétablit
le cycle du sommeil

Indiqué dans le traitement de l'insomnie, particulièrement dans les cas où le surmenage ou autres facteurs tendent à interrompre le cycle régulier du sommeil. Upnos comporte des avantages; ne dérange aucunement les fonctions digestives. Il est très soluble et il s'élimine dans l'espace de quelques heures. Upnos se vend en solution et en comprimés de 3 grs.

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.