



# L'Union Médicale

du Canada

(Revue mensuelle fondée en 1872)

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



SECRETARIAT  
326 est, blvd St-Joseph  
MONTREAL  
Téléphone: LANcaster 9888



# HUILE DE FOIE DE MORUE

*rendue*

## AGRÉABLE AU GOÛT

L'EMULSION SCOTT est hautement considérée par le corps médical depuis plus de soixante-quinze ans. Elle offre un moyen d'administrer de l'huile de foie de morue d'une façon beaucoup plus agréable et sa valeur, à ce point de vue, est connue depuis très longtemps.

Les recherches scientifiques les plus récentes indiquent que les propriétés curatives de l'huile de foie de morue sélectionnée qui est employée dans l'Emulsion Scott sont dues à l'action synergique des lipoides et des acides gras avec les Vitamines d'origine A et D. Cette découverte laisse entrevoir que l'administration d'huile de foie de morue fait plus de bien

que celle des Vitamines A et D seulement.

De plus, l'Emulsion Scott est la manière idéale d'administrer de l'huile de foie de morue. **Des essais cliniques ont prouvé que cette émulsion est quatre fois plus facile à digérer que l'huile de foie de morue ordinaire.** Elle a un goût et une odeur agréables. Elle s'assimile facilement et ne cause ni régurgitations ni goût persistant après l'absorption.

Chaque fois que l'huile de foie de morue est indiquée, les médecins peuvent vaincre l'aversion naturelle que la plupart des patients ont pour l'huile ordinaire, en recommandant l'Emulsion Scott.

\* \* \*

*Nous enverrons gratis, aux médecins qui en feront la demande, des échantillons d'Emulsion Scott ainsi qu'un Tableau de Pesée pour Adultes et Enfants. S'adresser au Dépt. S.B. 4F.*

# L'EMULSION SCOTT

SCOTT and BOWNE (CANADA) LIMITED

TORONTO, ONTARIO



# L'épreuve du Temps

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

## **ANÉMIES SECONDAIRES**

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

# FERRO-CATALYTIC

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

**Charles E. Frosst & Co.**  
MONTREAL.- CANADA

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

CAPSULES  
pour adultes  
et  
SIROP  
pour enfants

# SOMMAIRE

## BULLETIN

Roma AMYOT:  
Tradition, école d'expérience . . . . . 1

## MEMOIRES

Albert LeSAGE:  
Le syndrome angineux . . . . . 3

Alfred MOUSSEAU:  
Gastroscopie . . . . . 25

## REVUE GENERALE

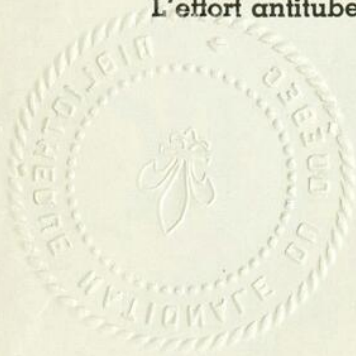
Arthur MAGNAN:  
Indications de la césarienne basse ou segmentaire . . . . . 36

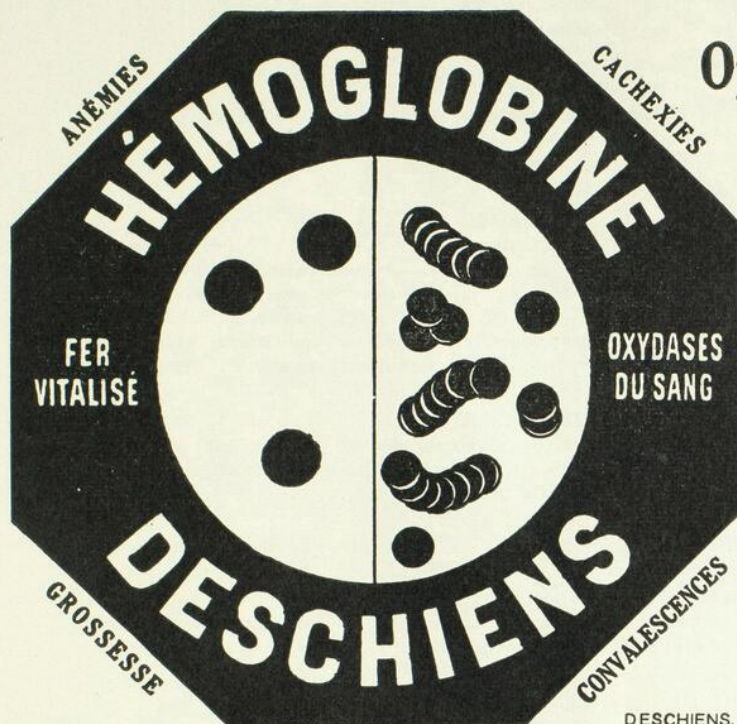
## PETITE CLINIQUE

Pierre SMITH:  
Un cas d'hépatite suppurée consécutive à une appendicite aiguë sup-  
purée . . . . . 41

## MEDECINE SOCIALE

Lasalle LABERGE:  
L'effort antituberculeux des provinces de l'Ouest canadien . . . . . 43





**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, D' en Ph<sup>a</sup>, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8<sup>e</sup>)

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

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA  
1872



PRIX DESPORTES  
1904

**DIGITALINE NATIVELLE**  
**CRISTALLISÉE**

**Agit plus sûrement que toutes les  
autres préparations de Digitale**

*Granules au 1/10<sup>e</sup> de milligr. — Solution au 1/1000<sup>e</sup>.*  
*Ampoules au 1/4 de milligr. pour injections intramusculaires.*

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, rue de la Procession, PARIS (XV<sup>e</sup>)

Draeger

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

# SOMMAIRE

(Suite)

## ANALYSES

47

### MEDECINE

L'iléite segmentaire (p. 47).

### PHTISIOLOGIE

Diagnostic des perforations pulmonaires par l'épreuve de la menthe (p. 48). Études sur la tuberculose aviaire (p. 48).

### GASTRO-ENTEROLOGIE

Le cancer d'estomac au début (p. 49).

### CHIRURGIE

Occlusions intestinales consécutives aux appendicectomies (p. 49). Le malheureux côlon (p. 50). Une source inépuisable de sang pour les transfusions et son mode de conservation (p. 50). L'action des irradiations infra-rouges sur les modifications humorales post-opératoires (p. 51). Les irradiations infra-rouges et ultra-violettes en chirurgie opératoire (p. 52). Bloc chirurgical à cellules opératoires stérilisables (p. 52). La salle d'opération moderne (p. 53). Le conditionnement de l'air dans les salles d'opération (p. 53).

### GYNECOLOGIE

Développement folliculaire provoqué dans l'ovaire de la femme au moyen de mitosine sérique (hormone gonadotrope du sérum de jument gravide) (p. 53). Les kystes lutéiniques (p. 54). Hormonologie gynécologique (p. 55).

### UROLOGIE

L'urétéropyélographie chez le nourrisson (p. 55). Quelques considérations sur la pathogénie du priapisme (p. 55).

### CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Les effets des liens sur les nerfs des extrémités (p. 56). Douleur sciatique d'origine inconnue. Une méthode effective de traitement (p. 56).

### OBSTETRIQUE

La diminution moderne de l'allaitement maternel (p. 58).

### PEDIATRIE

La bronchite capillaire et son traitement par la saignée et la transfusion du sang (p. 58).

### NEURO-PSYCHIATRIE

Sur une forme mésocéphalique des syndromes neuro-anémiques (p. 59). Les encéphalites herpétiques forme apoplectique, forme convulsive et hallucinatoire, contagion par le virus herpétique (p. 59). Deux cas de guérison de méningites cérébro-spinales à méningocoques, traitées exclusivement par le 1162 (p. 60). Le traitement du spasme facial (p. 60).

### DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Epithélioma de la verge chez un jeune. Rôle activant probable du chancre mou intercurrent (p. 60). Pigmentation en coulées par eau de cologne ayant persisté plus de 8 mois (p. 61). Dermite de contact causée par une monture de lunettes en corne (p. 61). Le test de Laughlen comparé aux séro-diagnostic de Kahn et Kalmer modifié, pour la syphilis (p. 61).

### ELECTRO-RADIOLOGIE

Traitement de l'hypertrophie amygdalienne par la roentgenthérapie (p. 61).

### LABORATOIRE

La greffe bréphoplastique sous-cutanée de la thyroïde chez le rat (p. 62). Régénération après innervation de la glande surrénale (p. 62). Nouvelles études de bactériologie et de technique chirurgicale (p. 62).

## SOCIETES

La Société Médicale de Montréal: Séance du 22 novembre 1938 (p. 64). Société de Chirurgie de Montréal: Séance du 9 novembre 1938 (p. 65). Assemblée scientifique du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame: Séance du 20 octobre 1938 (p. 68).

## REVUE DE LIVRES

## BIBLIOGRAPHIE

## NOUVELLES

Dîner au prof. Albert LeSage, doyen de la Faculté de Médecine, par les Médecins de l'hôpital Notre-Dame. Grande fête à l'Hôtel-Dieu en l'honneur du prof. J.-E. Dubé. Allocution du prof. Albert LeSage, doyen. Hommage au prof. Aldège Ethier. Allocution du docteur B.-G. Bourgeois. Allocution du docteur Léon Gérin-Lajoie. Allocution du docteur Aldège Ethier. A la mémoire du docteur Sévérin Lachapelle. Conseil médical du Bureau médical de l'Hôtel-Dieu à Montréal. Nominations: docteurs Charles Vézina, Paul Letondal, Albert Guilbault, Jean LeSage et Léon Gérin-Lajoie. La Société Médicale de Montréal. Société de Chirurgie de Montréal. La mortalité infantile à Montréal va décroissant. Soutenance de thèse. Autour de la tuberculose. Réunion de la Société des médecins du nord de Montréal. Réunions médico-chirurgicales de morphologie.

## NECROLOGIE

## LIVRES REÇUS EN DECEMBRE 1938

64

79

85

90

114

115

NOM

# PYRIDIDIUM

DÉPOSÉ

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

## PRESCRIT SANS HÉSITATION

Ordinairement Pyridium est spontanément adopté dans les ordonnances pour

**la cystite**  
**la pyélite (pyélonéphrite)**  
**la prostatite**  
**l'urétrite**

**PARCE QUE**  
**PYRIDIDIUM**



est sans effet narcotique... et qu'il est bien toléré.



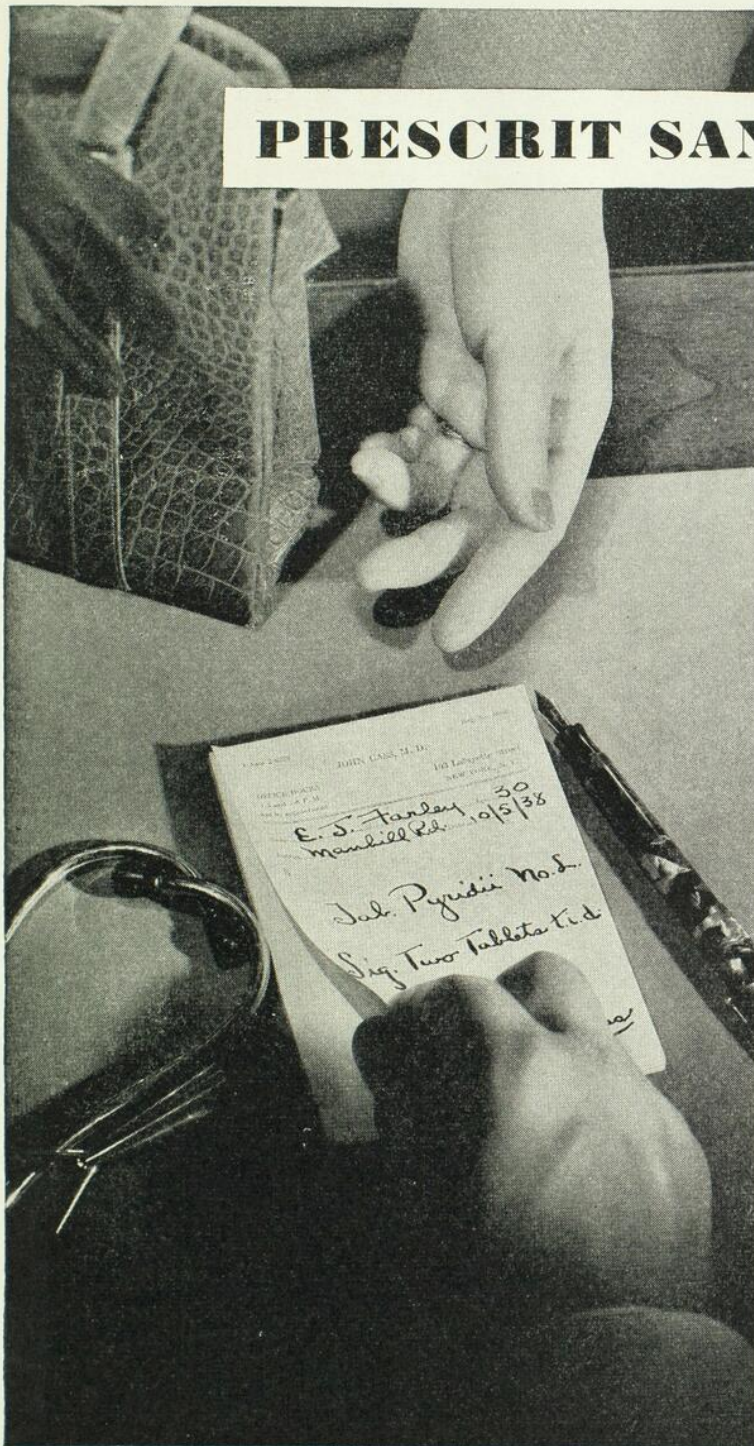
possède un effet analgésique sur la muqueuse génito-urinaire, procure un soulagement rapide des symptômes urinaires douloureux, l'effet se faisant souvent sentir dans l'espace de 20 à 30 minutes.



l'hospitalisation n'est pas nécessaire et qu'il peut être employé sous forme de comprimés par le patient ambulante.



produit ses effets thérapeutiques sans régime spécial et sans le contrôle du Ph urinaire.



LITTÉRATURE ENVOYÉE SUR DEMANDE.

**MERCK & CO. Limited** - *Chimistes-fabricants* - **MONTREAL, P.Q.**

---



---

# • L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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

**DIRECTION SCIENTIFIQUE****MEMBRES D'HONNEUR**

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

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

**BUREAU DE DIRECTION**

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

**BUREAU DE RÉDACTION**

Rédacteur en chef

**Albert LeSAGE**

Secrétaire de la rédaction

Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint

Roma Amyot

**Membres**

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

**BUREAU DE COLLABORATION**

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

---



---

**DIGESTIF · APÉRITIF · ANTI-ANÉMIQUE**  
**PAR EXCELLENCE**

**DÉFICIENCES  
GASTRIQUES**



**NÉO-GASTRICINE**

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

---



---

# • L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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



## ADMINISTRATION

### OFFICIERS

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

### COMITÉ EXÉCUTIF

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

### COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

### COMITÉ DE PROPAGANDE

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

### CORRESPONDANTS

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

---

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

---



---

# 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.**OFFICIERS**

Président: J.-A. Mousseau

Vice-président: R.-E. Valin

Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

**Rédacteur en chef****Albert LeSAGE****Secrétaire de la rédaction**

Léon Gérin-Lajoie

**Secrétaire adjoint**

Roma Amyot

**Membres**A. Bertrand, A. Desjardins, R. Doré, M. Fauteux, L.-C. Favreau, A. Jutras,  
J. LeSage, P. Letondal, J.-A. Manseau, J. Saucier, L.-C. Simard, Pierre Smith.**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.), Belle-rose (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.), Francoeur (Louis), Frappier (A.), Gagnier (L.-A.), Gagnon (Eugène), Gariépy (L.-H.), Gariépy (Urgel), Gauthier (Herman), Gauthier (Joseph), Gélinas (Henri), Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (Léon), Gibault (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.), Lamou-

reux (L.), Lanthier (Réal), Lapointe (J.-H.), Laquerrière (A.), Larichelière (A.), Larivière (Paul), Laurin (P.-E.), Lauzer (Rosaire), Lebel (M.-H.), Leclerc (Georges), Le-françois (Charles), Letendre (Samuel), Léger (A.), Le-grand (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), Pa-net-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.).

---



---



# PIPÉRAZINE



## MIDY

“ANTI-URIQUE TYPE”

2 à 4 cuillères à café par jour.

**LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY - PARIS**

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

# OFFICIERS DE L'ASSOCIATION des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

## 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.

## EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

**R.-E. VALIN**

**D. MARION**

**J.-A. JARRY**

**J.-H. LAPOINTE**

**Arthur RICHARD**

## SECRÉTAIRE-TRÉSORIER

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

## COMITÉ DU XV<sup>e</sup> CONGRÈS

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

## ANCIENS PRÉSIDENTS

J.-E. DUBÉ

A. VALLÉE

Albert LeSAGE

P.-C. DAGNEAU

R.-E. VALIN

Albert PAQUET

J.-A. JARRY

## MEMBRES DU CONSEIL

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

# RÉDUCTION DE PRIX

## ORÉTON\* • PROLUTON\*

**ORÉTON** Schering — A base d'hormone sexuelle masculine pure, cristallisée (propionate de testostérone). Les prix ont été considérablement réduits, et le modèle pour hôpitaux, contenant 50 ampoules, est encore plus économique.

L'ORÉTON est indiqué pour le traitement de l'hypertrophie prostatique bénigne, des symptômes de la ménopause masculine, de l'hypergonadisme, et de l'impuissance, lorsque ces états sont dûs à une insuffisance d'hormone sexuelle. Le traitement à l'ORÉTON a également donné d'heureux résultats dans certains troubles

gynécologiques, tels que des cas spéciaux de ménorragie et de dysménorrhée.

L'ORÉTON se vend en ampoules de 1 cc., contenant 5, 10 et 25 mgm. de propionate de testostérone en solution dans l'huile de sésame. Il y a des boîtes de 3, de 6 et de 50 ampoules.

**PROLUTON** Schering — Hormone du corps jaune pure, cristallisée. Les prix ont été réduits de 33 $\frac{1}{3}$ % par l'augmentation du nombre d'ampoules par boîte, et le modèle pour hôpitaux, contenant 50 ampoules, est encore plus économique.

Le PROLUTON est indiqué dans l'avortement récidivant, la menace d'avortement, la ménorragie, la métrorragie, la dysménorrhée avec développement utérin normal, et la tension prémenstruelle, lorsque ces états sont dûs à une insuf-

fisance d'hormone du corps jaune. Le PROLUTON se vend en ampoules de 1 cc. contenant  $\frac{1}{2}$ , 1, 2 et 5 mgm. d'hormone en solution dans l'huile de sésame, en boîtes de 6 et de 50 ampoules; et aussi en boîtes de 3 ampoules contenant 10 mgm.

POUR PLUS AMPLES DÉTAILS SUR L'ORÉTON ET LE PROLUTON, ÉCRIVEZ-NOUS.



Copyright 1939 par Schering (Canada) Limited.  
\*Nom déposé au Canada et aux États-Unis.

### SCHERING (CANADA) LIMITED

BOÎTE POSTALE 358 (Place d'Armes)  
Téléphone: LAncaster 9073

751 CARRÉ VICTORIA  
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.

●

**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.

---

---

LABORATOIRES DEGLAUDE  
15, BOUL. PASTEUR, PARIS (XV<sup>e</sup>)

MÉDICAMENTS CARDIAQUES  
SPÉCIALISÉS

**SPASMOSÉDINE**  
SÉDATIF CARDIAQUE



**DIGIBAÏNE**  
TONIQUE CARDIAQUE

*les 2 médicaments cardiaques essentiels*



Agents généraux pour le Canada:

**MILLET, ROUX & CIE LIMITEE**

1215, RUE SAINT-DENIS

MONTREAL

**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.

FER

HEMATINIC PLASTULES

POUR L'ANÉMIE HYPOCHROMIQUE

# LES PLASTULES HÉMATINIQUES SONT PLUS EFFICACES DANS LES CAS D'ANÉMIE HYPOCHROMIQUE

LES PLASTULES HÉMATINIQUES présentent des avantages distincts sur tous les autres genres de fer dans le traitement des anémies résultant de l'insuffisance de fer organique, parce qu'elles sont—

*Efficaces* —15 grains de sulfate de fer (3 Plastules Ordinaires) sont une dose de fer quotidienne efficace, équivalente à l'action hématopoiétique de 120 grains de fer et de citrate d'ammonium ou à 90 grains de pilules de Bland.

*Économiques*—La dépense occasionnée par les Plastules Ordinaires n'est que de 5c par jour. Cela se compare très favorablement avec n'importe quelle prescription de pilules Bland contenant du fer. Le prix des Plastules contenant de l'Extrait de Foie est sensiblement plus élevé.

*Commodes* —Ces capsules émoullientes gélatinées s'avalent facilement. Elles ne tachent pas les dents et ne causent aucun dérangement gastrique, comme il s'en produit souvent avec les préparations liquides à base de fer.

En un mot, les Plastules Hématiniques Wyeth permettent le traitement efficace des anémies secondaires et de la débilité générale. Elles contiennent du fer sous sa forme la plus assimilable ainsi que de la levure concentrée pour stimuler l'appétit et renforcer l'action du fer.

DEUX GENRES—Ordinaires et avec du Concentré de Foie.

JOHN WYETH & BROTHER, INC. - WALKERVILLE, ONT.

# TRISILEX



## Pour favoriser une digestion stomacale complète

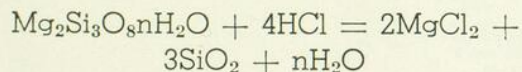
Le **Trisilex** est un Trisilicate de Magnésie C. P. préparé spécialement pour combattre l'hyperacidité de l'estomac en favorisant une digestion stomacale complète.

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 celles 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:



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 Therapeutiques:

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.

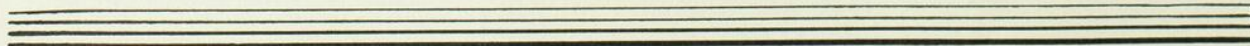
•

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

Le barème 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.





# 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 dégrasse, 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 cc., avec compte-gouttes.

*Échantillon et littérature sur demande à:*

**ANGLO-FRENCH DRUG Cie, 354 est, rue Sainte-Catherine, MONTREAL**



ONGUENT ANALGÉSIQUE  
ET ANTIPRURIGINEUX

# NUPERCAINAL

## "CIBA"

Le **Nupercainal**, pommade onctueuse et douce, facile à appliquer, facile à enlever par essuyage ou lavage à l'eau tiède, met à la disposition du médecin un moyen maniable d'analgésie par applications externes des lésions douloureuses ou prurigineuses de la peau et des muqueuses.

**INDICATIONS:**

**Brûlures, coups de soleil, eczémas, macérations de la peau, décubitus, ulcères, prurit anal et vulvaire, fissures anales, hémorroïdes, etc.**

Tubes d'une once

En pots d'une livre



# CIBA

759 Victoria Sq., Montreal.

# PULMO-BAILLY

SA BASE ACTIVE DE COMPOSITION  
ET D'ACTION DÉFINIES ET CONSTANTES

Phospho-Gaïacolate de Codéïne

## ASSURE :

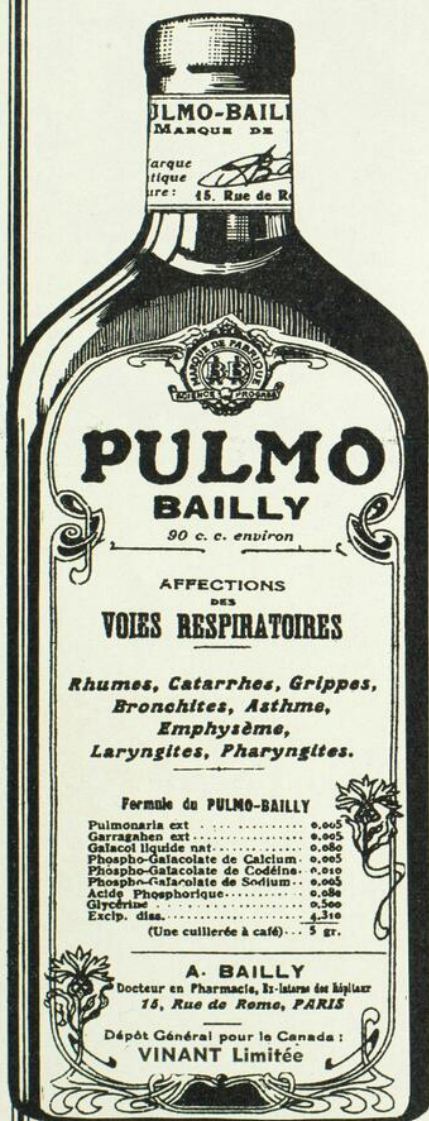
1° **PAR L'IMPRÉGNATION  
ANTISEPTIQUE** de la mu-  
queuse de l'appareil pulmo-  
naire :

L'ÉLIMINATION des  
éléments infectants,  
la SUPPRESSION  
progressive de la toux  
et de l'expectoration.

2° **PAR SON PHOSPHORE  
ORGANIQUE** directe-  
ment assimilable :

LE RENFORCEMENT  
de la capacité de dé-  
fense de l'organisme.  
LA STIMULATION  
puissante du tonus  
nerveux, de l'appétit  
et des fonctions diges-  
tives.

Toutes les affections des voies  
respiratoires, préventif et curatif  
des complications broncho-pulmo-  
naires de la grippe et des mala-  
dies infectieuses, toux.



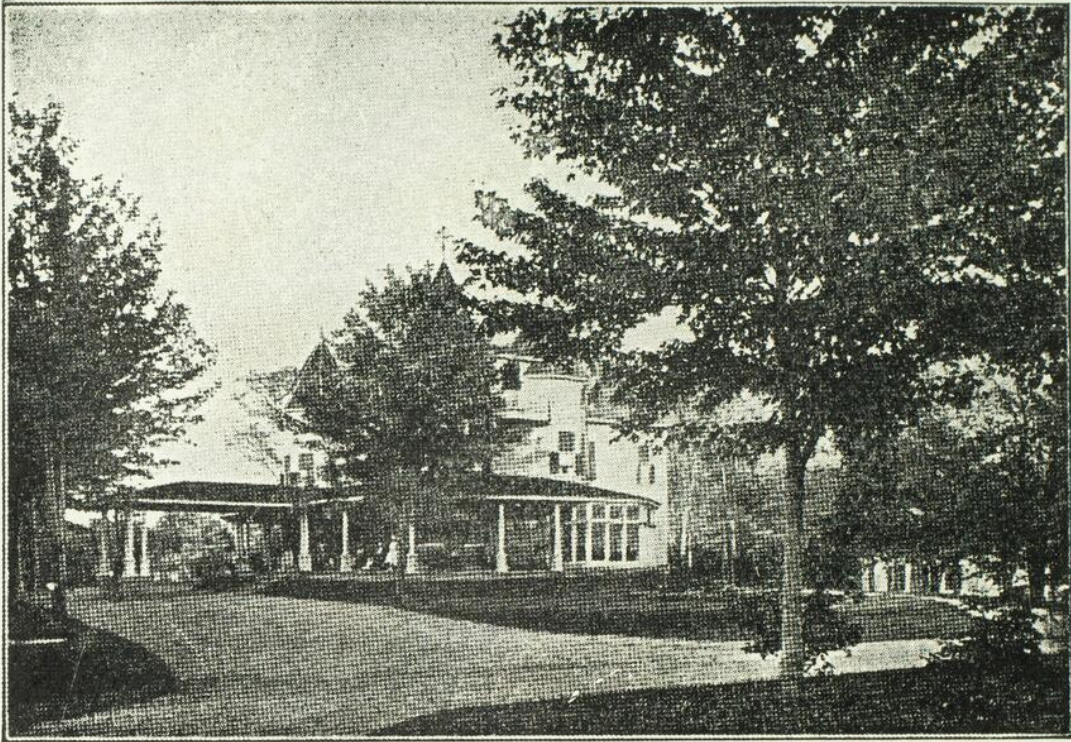
1 cuillerée à café au milieu de chacun des repas. — Aucune contre indication

LABORATOIRES A. BAILLY - 15, RUE DE ROME - PARIS-VIII<sup>e</sup>

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. Electrothérapie. Rayons U. V. Hydrothérapie. Traitements spéciaux des toxicomanies (alcool, morphine, cocaïne). Malariathérapie et toutes pyréthérapies. 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

## La Méthode Moderne D'HYGIÈNE MENSTRUELLE

### CHAPITRE IV

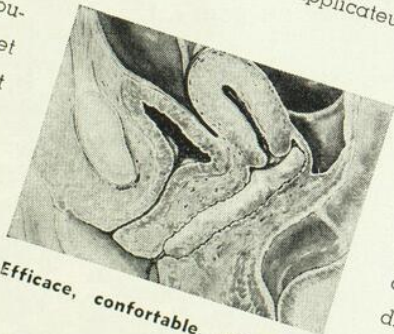
## TAMPAX

**Assure une protection hygiénique sous la forme la plus commode et la plus confortable.**

Les considérations scientifiques justifiant l'emploi des tampons internes "Tampax" suffisent à garantir sa haute recommandation professionnelle même en dehors de la satisfaction universellement connue des patientes.

Cependant, des femmes de toutes les classes de la société, comprenant des centaines de femmes médecins, épouses de médecins et infirmières, ont accordé leur préférence à "Tampax" — en appuyant sur le fait qu'il est non-irritant, qu'il enlève toute odeur révélatrice et assure un confort et une commodité incomparables, et que c'est pour ces raisons qu'elles l'ont adopté.

Pour les femmes mo-



**Efficace, confortable, commode.**

dermes normales, cette méthode, tout à fait hygiénique, s'est montrée non seulement sûre et efficace durant la période entière, mais en plus un moyen d'obtenir une plus grande liberté physique et de la tranquillité d'esprit.

"Tampax" est fabriqué de coton chirurgical à fibre longue et douce, comprimé de façon à faciliter son insertion profonde dans le vagin par l'emploi de son applicateur individuel. Son pouvoir de capillarité attire le liquide menstruel du col utérin. Il ne peut, par conséquent, arrêter l'écoulement et ne se désagrège pas. Une ficelle à l'épreuve de l'humidité facilite son retrait.

On peut s'en débarrasser facilement.

## TAMPAX

### TAMPONS MENSTRUELS

**Préférés parce qu'ils**

1. Permettent l'absorption de l'écoulement menstruel au niveau du col utérin.
2. Éliminent tout danger d'irritation.
3. Diminuent les inconvénients des odeurs fétides produites par les substances en décomposition.
4. Diminuent le danger d'infection d'origine périnéale.
5. Enlèvent toute obsession.
6. Assurent une protection hygiénique sous la forme la plus commode et la plus confortable.

Accepté pour publicité par le « Journal of the American Medical Association ».

Département MD92

CANADIAN **TAMPAX** CORPORATION LIMITED

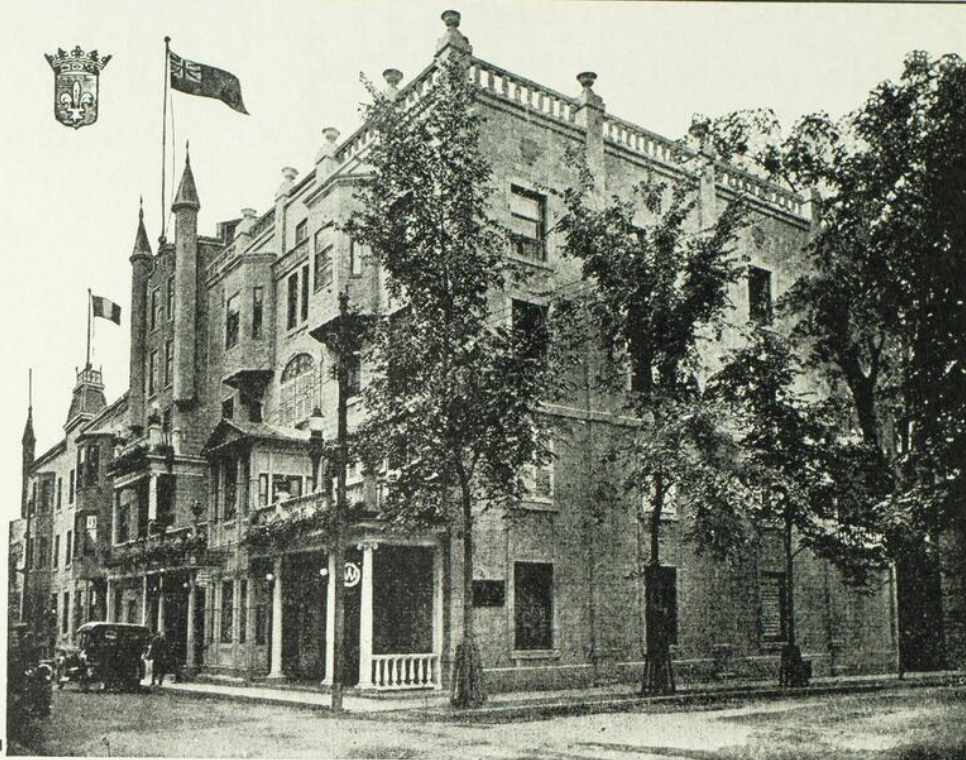
150 Duchess Street, Toronto, Ontario.

Avez-vous examiné « Tampax » ?  
A titre gracieux, échantillons envoyés aux médecins sur demande.

---

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.*

---

P R O S P E C T U S   S U R   D E M A N D E

# NEOPRONTOSIL

(**PER OS**)

IMPORTANTE ADDITION À LA  
THÉRAPEUTIQUE par le SULFONAMIDE

Des recherches pharmacologiques et les essais cliniques qui en sont le complément probant, ont définitivement démontré que le Neoprontosil est des plus efficaces lorsqu'on l'administre **per os**. En outre, les écrits de cliniciens réputés en soulignent la tolérance relativement satisfaisante après cette ingestion par la bouche.

Le Neoprontosil est maintenant présenté sous forme de **comprimés**, ce qui permet au médecin d'en prescrire l'administration par la bouche. Ces comprimés sont spécialement indiqués dans les cas où l'injection hypodermique n'est pas requise, ou dans ceux dont le traitement consiste d'abord en injections, suivies par la médication **per os** ou dont elle est le complément.

Envoi à titre gracieux, à tout médecin qui en fait la demande, d'une notice explicative touchant l'emploi du Neoprontosil, les infections contre lesquelles est utilisé cet agent thérapeutique, ses contre-indications et ses effets indirects.

PRÉSENTATION — Flacons de 50 comprimés (5 grains) de Neoprontosil.

**Injections:** Solution stérile de Neoprontosil (2.5 pour 100 et 5 pour 100), ampoules de 5 cc. et 10 cc., boîtes de 5 et 50; flacons de 50 cc., à bouchon-diaphragme.

## NEOPRONTOSIL

Marque de commerce

(ci-devant: PRONTOSIL)

Bisulfonate de 4-sulfamido-phényl-2-azo-7-acétylamino-1-hydroxynaphtalène bisodique.



**WINTHROP CHEMICAL COMPANY, Inc.**

produits pharmaceutiques supérieurs à l'usage de la Faculté.  
Administration et laboratoires à Windsor, Ontario.  
Bureaux à l'usage de MM. les Médecins et Pharmaciens

Immeuble "Dominion Square",

Montréal, P. Q.



En obstétrique  
et en gynécologie

## 'DETTOL' L'ANTISEPTIQUE MODERNE, NON TOXIQUE

*... satisfait au plus haut point  
aux exigences de l'antisepsie moderne*

L'EXPERIENCE du corps médical canadien confirme en tous points les constatations faites sur "Dettol" par les hôpitaux anglais et consignées dans la littérature médicale de l'Angleterre ainsi que l'adoption de cet antiseptique par ces mêmes hôpitaux. Le fait que des hôpitaux canadiens de première importance s'en servent couramment constitue un témoignage de sa grande valeur.

Le coefficient phénol du "Dettol" déterminé d'après l'Essai du Laboratoire d'Hygiène, est de 3.0. Une solution à 2% de cet antiseptique détruit rapidement les streptocoques hémolytiques et les colibacilles en présence de pus. Le "Dettol" reste constant en présence de sang, de matières fécales ou d'autres substances organiques.

Le "Dettol" jouit d'une grande puissance de pénétration et, à des concentrations de 30% ou plus, il assure une

antisepsie durable. Employé à de telles concentrations, il assure aux mains ou à la peau une protection parfaite contre les streptocoques hémolytiques, durant aux moins deux heures.

Cependant, malgré son pouvoir germicide extraordinaire, le "Dettol" n'est pas toxique et n'irrite pas les tissus humains, qualités qui permettent de l'utiliser à des doses très élevées. Il ne tache ni la peau ni le linge et possède une odeur agréable.

Un tel antiseptique est évidemment d'un grand intérêt en obstétrique, en gynécologie et en chirurgie, tant pour le nettoyage des plaies que pour la désinfection des mains, de la peau et des instruments.

Brochures et échantillons fournis sur demande à:

RECKITTS (OVER SEA) LIMITED  
Service des produits pharmaceutiques  
1000, rue Amherst, Montréal, P. Q.

**'DETTOL' l'antiseptique moderne, non toxique.**

# GÉNÉSÉRINE

Polonovski et Nitzberg

*granules — dragées — gouttes — ampoules.*

SÉDATIF DES  
TROUBLES SYMPATHIQUES

—♦—  
HYPO-ACIDITÉ

—♦—  
TACHYCARDIE

# GÉNATROPINE

Polonovski et Nitzberg

*granules — gouttes — ampoules.*

SÉDATIF DU VAGUE

—♦—  
HYPERCHLORHYDRIE

—♦—  
SPASMES DIGESTIFS

—♦—  
VOMISSEMENTS

# GÉNO SCOPOLAMINE

Polonovski et Nitzberg

*granules — gouttes — ampoules.*

ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

—♦—  
PARKINSONISME

—♦—  
SYNDROMES  
POSTENCÉPHALITIQUES

Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, Pharmacien, PARIS

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

# SOLUTION

## de Salicylate de Soude du Docteur CLIN

Sel cristallisé blanc, d'une pureté chimique absolue, assure l'efficacité du traitement salicylé, par voie buccale ou par voie veineuse, sans jamais produire "DE PHÉNOMÈNES D'INTOLÉRANCE".

Dosage rigoureux (2 gr. par cuillerée à soupe).

### RHUMATISME

### ARTHRITISME

### SCIATIQUE

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE - PARIS

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



## SOULAGE LA CONGESTION — COMBAT L'INFECTION

La Métaphédrine "99" en solution huileuse fournit au médecin la préparation qui lui permet de prévenir et de soulager les complications résultant du rhume simple, de la rhinite hypertrophique, du coryza, et de toutes les infections du nez ou des sinus.

La Métaphédrine est une combinaison

d'Ephédrine à 1% et de l'antiseptique bien connu: Métaphène à la dilution de 1:2500e dans l'huile minérale douce.

L'originalité de la Métaphédrine réside dans l'action combinée qui permet à la fois de soulager le malaise causé par la congestion des voies respiratoires et de limiter et d'enrayer l'infection.

*Échantillon et littérature sur demande.*

**LABORATOIRES ABBOTT, Limitée,**  
388 ouest, rue Saint-Paul, Montréal.

# METAPHEDRINE No 99

## BULLETIN

### TRADITION, ÉCOLE D'EXPÉRIENCE

Chaque génération doit produire ses œuvres.

Selon l'heure, les circonstances, les besoins collectifs et les moyens à utiliser, une tâche bien définie doit être accomplie.

Tâche individuelle du citoyen, qui a forcément une portée sociale.

Mais, par-dessus tout, tâche collective dans sa fin et les efforts qui la circonscrivent.

Chaque groupe de la collectivité possède un but particulier à atteindre, devant harmonieusement se fondre dans l'intérêt commun.

La poursuite des buts particuliers collabore ainsi au bien de la communauté. Et, de cette façon, s'édifie le progrès dans l'ordre et la concorde.

La connaissance parfaite du passé n'est pas une entrave à ce progrès; au contraire, elle en est la condition essentielle, le seul état sur lequel il est possible de construire en mettant à son crédit toutes les chances d'un succès durable.

Elle permet de connaître la naissance des institutions et des initiatives.

Elle oblige au jugement exact des actes du passé; elle évite des dépenses d'énergie, des reprises d'initiatives; elle fait surgir des sentiments de gratitude et d'admiration et, par là, elle incite à l'émulation créatrice.

Par-dessus tout, elle opère la continuité dans l'effort et établit la tradition.

*La tradition*, c'est la « liaison du temps », la synthèse de ses trois éléments par laquelle le passé se fusionne au présent et à l'avenir.

Par là seulement, naît l'ardente fidélité au patrimoine et l'énergique désir de l'affiner, de l'enrichir avant de le transmettre aux générations futures.

De nécessité suprême, l'œuvre sacrée de nos Universités canadiennes-françaises doit bénéficier d'un tel processus d'évolution et de progrès.

Nos Facultés de Médecine, au sein de nos Universités, ont besoin d'évoluer, de progresser; c'est une loi à laquelle elles sont soumises.

Méditons. Que nos esprits fassent preuve de maturité.

Abandonnons les gestes et les paroles irréfléchis, les initiatives d'occasion, les projets sans charpente et sans avenir.

101977

Etayons solidement dans le temps, avec lucidité et méthode.

Et puis, si on appliquait le principe que les exemples du passé peuvent éclairer dans les entreprises du présent, on éviterait bien des écueils et bien des reculs.

Ces exemples nous démontrent des fautes à réparer, des lacunes à combler.

Ils nous rappellent aussi des succès à imiter, des victoires à gagner.

C'est *l'expérience* qu'ils nous offrent, par laquelle ils peuvent diriger des esprits entreprenants et progressifs.

Leçon que, à notre avis, ont doit tirer de la belle page d'histoire de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, évoquée récemment par le doyen actuel, le Professeur Albert LeSage.

Répondant à l'hommage de ses collègues de l'hôpital Notre-Dame à l'occasion de sa récente nomination au décanat, il fit revivre la vie professionnelle et universitaire de ses trois prédécesseurs disparus : les doyens Rottot, E.-P. Lachapelle et L. de Lotbinière-Harwood.

Retour au passé; hommage respectueux aux disparus.

Regard vers l'avenir; appel à l'enthousiasme des jeunes.

Roma AMYOT.

---

# MÉMOIRES

## LE SYNDROME ANGINEUX<sup>1</sup>

Par **Albert LeSAGE**,

Professeur de Clinique médicale à l'Université de Montréal.

### SYNOPSIS

#### I. Introduction:

Lésions des artères coronaires et du plexus cardiaque: troubles fonctionnels ou pathologiques.

#### II. Division:

Angor cardio-artériel commun.

Angor coronarien fébrile.

##### A. Angor cardio-artériel commun

##### a) Symptômes:

- 1) *Douleur* et mouvement: soudaine, vive et sidérante; siège, aspect, durée, irradiation, attitude du malade; potentiel: cardiaque, vaso-moteur, psychique.
- 2) *Cœur*: hypertrophie, arythmies, souffles. *Radioscopie*: aorte grosse, déroulée, P.A. élevée, battements et angor.
- 3) *Poumons*: râles fréquents.
- 4) *Electro*: atypie ventriculaire — QRST et T.

##### b) Anatomie pathologique:

- 1) Sténose coronarienne — Aortite, plaques de sclérose.
- 2) Thrombose?
- 3) Hypertrophie cardiaque — dégénérescence scléreuse, ischémie.
- 4) Infarctus?

##### c) Etiologie:

Age, profession, syphilis, tabac, alcool, maladies de la nutrition, suralimentation, Hypercholestérolémie — hypertension.

##### d) Diagnostic:

Les signes cliniques:

Douleur sternale.  
Angoisse, constriction, griffe,  
irradiation, arythmies,  
crises paroxystiques.  
— marche  
— électro  
— auscultation — P. A.

- 1) Insuffisance cardiaque.
- 2) Les névralgies.
- 3) La cholécystite calculuse.
- 4) La pancréatite aiguë.
- 5) L'ulcus perforé.

##### e) Pronostic et évolution:

- 1) Fréquence des crises — plus ou moins rapprochées.
- 2) Arythmies.
- 3) Electro:  
incurvation de ST  
encoches  
dénivellation.
- 4) Paroxysmes hypertensifs.
- 5) Insuffisance ventriculaire gauche.
- 6) Œdème pulmonaire.
- 7) Oligurie.

##### B. Angor aigu coronarien fébrile

- 1) Douleur tenace, intolérable, prolongée.
- 2) Défaillance cardiaque, chute de la pression artérielle (décapitée).
- 3) Fièvre.
- 4) Péricardite, infarctus.
- 5) Troubles gastriques: vomissements, douleurs épigastriques.
- 6) Hyperleucocytose.
- 7) Electro: onde monophasique de Smith et Pardee (mécanisme).

#### III. Traitement:

##### a) Médical.

- 1) Angor commun.
- 2) Angor aigu fébrile.

##### b) Chirurgical.

1. Communication présentée au XVe Congrès de l'A.M.L.F.A.N., Ottawa-Hull, septembre 1938.

## I. Introduction

Nous n'avons pas l'intention, dans ce rapport succinct, d'envisager tous les aspects de cette vaste question. Il y a eu et il y a encore à ce sujet des divergences d'opinions que nous ne saurions dissiper, même en les exposant, toutes, devant vous. Nous vous soumettons plutôt son dossier: *la doctrine actuelle*. A cette fin, nous avons tenu compte des publications antérieures en y faisant des emprunts substantiels, auxquels nous joignons quelques-unes de nos observations personnelles.

Seul le point de vue clinique nous intéresse, car nous nous adressons à des praticiens soucieux, avant tout, de pouvoir s'orienter logiquement vers un diagnostic précoce et aussi précis que possible en l'occurrence.

Qu'il s'agisse d'un trouble fonctionnel ou pathologique, nous devons admettre que les artères coronaires et le plexus cardiaque jouent le principal rôle dans ce syndrome. Ici, on peut invoquer, soit une thrombose d'un ou de plusieurs troncs artériels, soit une sclérose de leur paroi telle que la lumière en soit à peine conservée; là, un spasme vasculaire dû à une excitation ou à une intoxication du plexus cardiaque dont les irradiations, bien connues, peuvent nous guider en vue d'un diagnostic probable. Dans les deux cas, nous devons admettre l'existence certaine d'une *ischémie cardiaque* et ses graves conséquences, dont l'une, dramatique: *la mort subite*. Les nécropsies nous révèlent que cette fin tragique coïncide souvent avec des coronaires sclérosées mais perméables. La thrombose n'existe pas dans tous les cas, loin de là.

## II. Division

Abordons, maintenant, l'étude plus détaillée de ce syndrome en la scindant en deux chapitres principaux:

- 1° *Angor cardio-artériel commun apyrétique.*
- 2° *Angor coronarien fébrile.*

## A. Angor cardio-artériel commun apyrétique.

### a) Symptômes.

1. *La douleur* est le symptôme le plus important à cause de sa constance, de son intensité, de ses paroxysmes, de son siège et de ses irradiations.

Elle apparaît, habituellement, à la suite d'un *effort musculaire*: marche, soulèvement d'un poids, ascension d'une côte ou d'un escalier, une course rapide pour rejoindre un tramway, un mouvement brusque au jeu de golf ou de quilles, une émotion subite ou prolongée.

a) *Siège*: elle est ressentie souvent à la fourchette sternale, à la région rétro-sternale, dans tout le thorax, en avant ou en arrière.

b) *Aspect*: le malade éprouve la sensation d'un poids, d'une griffe, d'un étau ou d'une étreinte.

c) *Irradiations*: cette douleur irradie aussitôt et le plus souvent vers l'épaule et le bras gauches pour atteindre la main et les doigts.

A ces malaises, s'ajoute une sensation d'*angoisse indéfinissable*, une véritable *liquéfaction de la personnalité*. Le malade est figé sur place, comme pétrifié, n'osant faire le moindre mouvement ni prononcer un seul mot. La figure est pâle, l'œil fixe, atone, la main placée sur la région précordiale. Au bout de quelques secondes, la crise cesse aussi brusquement qu'elle est venue, et le malade reprend sa marche, jusqu'à la prochaine fois.

A ce sujet, certaines particularités, observées par les auteurs et par nous-même, sont utiles à connaître. Ainsi, la marche agit différemment chez les malades: chez les uns, la crise survient à une allure rapide ou normale, chez les autres un simple ralentissement suffit à la dissiper; ceux-ci la voient apparaître après un repas, à la sortie d'un atelier, ou le soir de préférence; ceux-là peuvent effectuer des marches assez longues en terrain plat, mais ils ressentent des malaises dès que *la route monte*, tandis qu'ils peuvent gravir des esca-

liers à leur domicile sans rien ressentir. Ici, c'est au lever, là, c'est la marche contre le vent, l'action de l'air humide et froid. Ailleurs, c'est l'*émotion*, la *peur*, la *joie*, en un mot tout ce qui peut, dans le *subconscient*, « déclencher des phénomènes réflexes vaso-moteurs provocateurs de la crise » (Lian).

On peut donc affirmer que celle-ci est subordonnée à une série des potentiels: *cardiaque*, *vaso-moteur*, *psychique*, exerçant une action variable selon les circonstances de temps et de lieu en tenant compte des susceptibilités individuelles.

Cette douleur n'est pas toujours localisée au même endroit, classique, des auteurs; elle peut siéger à droite du sternum, à l'appendice xiphoïde, au sein gauche, à la région sous-claviculaire gauche, dans les mâchoires inférieures; on l'a même observée en arrière, dans la région interscapulaire; elle peut, aussi, irradier à l'épaule et dans le bras droits. (Clere, Lian.)

On doit envisager tous les aspects du syndrome douleur afin de songer à l'angine possible malgré le tableau, insolite quelquefois, de ses manifestations douloureuses, car il y a des formes frustes où elle ne s'accompagne pas toujours de ces sensations pénibles et angoissantes que nous avons décrites ci-haut. Il faut savoir interpréter les moindres signes qui puissent déceler la nature angineuse de telle ou telle manifestation. Ainsi, la douleur peut débuter à la main et, de là, progresser vers l'épaule, le cou et la nuque. On cite des faits où elle a originé aux mâchoires inférieures. L'idée d'une dent incluse surgit aussitôt. Une radiographie en révèle la présence et l'extraction met fin à la crise si elle en est la cause.

Gallavardin, mon éminent collègue de Lyon, a relaté des faits où « certains sujets éprouvent une sensation de vide qui se fait sentir en arrière du sternum avec impossibilité de faire pénétrer l'air ». Il se demande si cette « *respiration bouchée* » ne correspond pas à une crise d'angine fruste.

Tous ces signes doivent être recherchés soigneusement, car, on l'a dit, souvent, « le drame angineux est un drame intérieur qui se déroule silencieusement et solitairement » (Lian). Au moment de la crise, le malade est tenu de s'arrêter, dût-il se faire écraser. Voici un exemple rapporté par Laubry et cité par Lian: « Il s'agit d'un colonel qui, au moment d'une attaque, franchit le parapet de la tranchée, bondit quelques mètres et s'arrête, frappé d'une crise. La mitraille fait rage. Tous s'abritent et se couchent, lui seul est debout, insensible au danger, aux balles, aux exhortations désespérées de ses hommes, docile à la douleur, dans l'attitude d'un héros. »

2. *Le cœur*, durant la crise, varie selon les malades. Chez les hypertendus, les chiffres de la pression artérielle peuvent se maintenir assez élevés. Chez la plupart d'entre eux il y a plutôt de l'*hypotension* avec *palpitations*, *extrasystoles*, *tachycardie*. Mais, dans la grande majorité des cas, nous sommes en présence d'hypertendus anciens avec aortite et coronarite. En consultant les statistiques de Gallavardin, de Clere, de Lian, et les nôtres, le pourcentage des hypertendus s'élève de 65 à 75% sur un total d'environ 1,000 malades, soit dans les deux tiers des cas.

A l'*auscultation*, on perçoit fréquemment, à la base, un *clangor aortique*, un léger *souffle systolique de sténose* avec *aortite*. Dans bon nombre de cas, la pointe est abaissée, on y entend parfois un souffle systolique accompagné ou non d'un *bruit de galop*.

Si l'on pousse un peu plus son investigation, on peut entendre un *bruit de frottement précardiaque*, doublé de quelques bruits de frottements pleuraux.

A la *radiologie*, la crosse de l'aorte est déroulée et agrandie dans plus de 25% des cas.

3. *Electrocardiographie*. L'étude des cardiogrammes est, sans aucun doute, l'une des plus utiles à faire. On y retrouve fréquemment les mêmes signes répartis sur le complexe ventriculaire QRST. Ajoutons, cependant, que le

cœur angineux est souvent normal. Mais l'*atypie ventriculaire* indique nettement une souffrance cardiaque. Ce sont toujours les mêmes constatations; elles n'impliquent pas un diagnostic indéniable d'angor, car on peut les retrouver ailleurs; mais si elles concordent avec les signes cliniques mentionnés ci-haut, elles le précisent et le renforcent.

Voici, d'abord, un électro-cardiogramme normal (fig. 1 et 2).

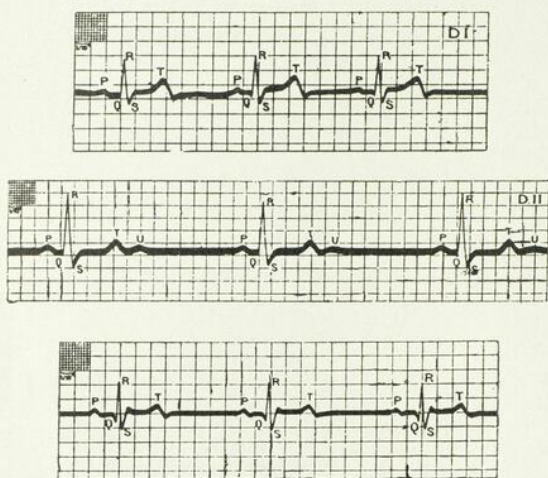


FIG. 1

Electrocardiogramme normal, dans les trois dérivations.  
P, oreillette — QRST, ventricules.

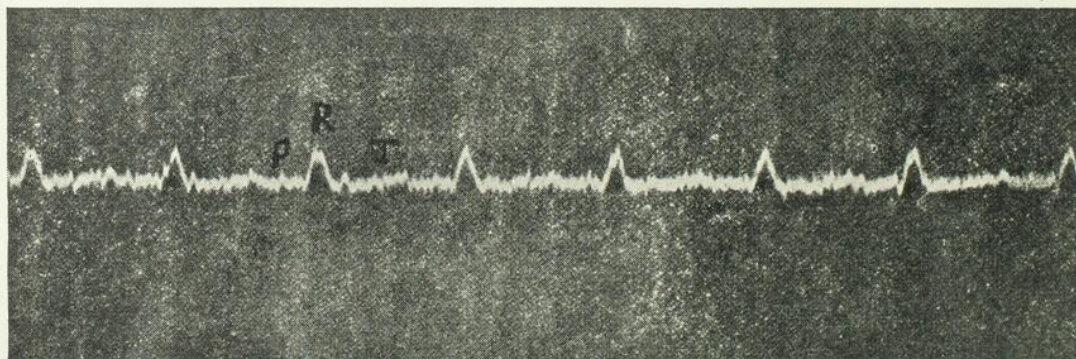


FIG. 3

2° Encoche de l'une des branches R dans une ou deux dérivations (fig. 3 et 4).

3° T négatif en D<sup>I</sup> et D<sup>II</sup> et dénivellation de la ligne S T (fig. 6).

Tels sont les principaux signes révélés par l'électrocardiographie dans les cas d'angor cardio-artériel commun; inutile de charger le

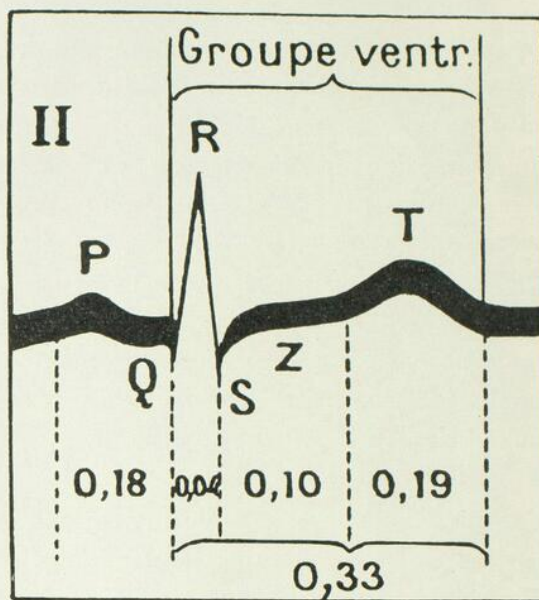


FIG. 2

Relations, en secondes, du temps entre les divers incidents de l'électrocardiogramme, d'après Bordet.

Voyons, maintenant, quelques-unes de ces atypies révélées à l'électro dans un cas d'angine.

1° Elargissement, aplatissement et épaississement des branches de la grande onde initiale du complexe ventriculaire R (fig. 3).

tableau. Les atypies existent dans 40 à 50% des cas, et elles constituent une sérieuse présomption d'angor secondaire à une coronarite sténosante; car il est rare, chez ces malades, après un examen clinique, radiologique et électrocardiographique, de trouver l'appareil cardio-vasculaire normal. (Clere, Lian, Galla-

vardin.) White, de Boston, soutient que cette triple exploration décèle des signes pathologiques dans les trois quarts des cas. Si bien,

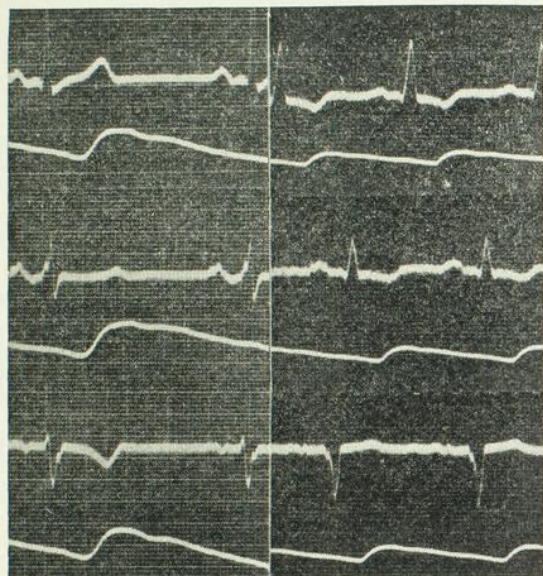


FIG. 4 (Lian)

FIG. 5 (Lian)

Electrocardiogramme de M. Adel... dans l'intervalle des crises (forme commune de l'angor cardio-artériel): Atypie légère de R (encoche de la branche ascendante) en D<sub>2</sub>, déformation analogue en D<sub>3</sub>.

Electrocardiogramme de M. Such... dans l'intervalle des crises (forme commune de l'angor cardio-artériel): Atypie moyenne caractérisée par l'élargissement de la grande onde initiale du complexe ventriculaire et le caractère négatif de T en D<sub>1</sub> et D<sub>2</sub>.

qu'un pareil examen, négatif, est un argument contre le diagnostic d'angor sans nous autoriser à l'écartier d'une façon absolue. C'est l'opinion généralement admise en Europe et

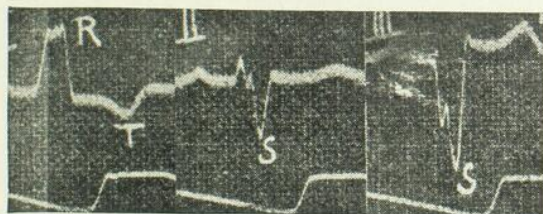


FIG. 6

Dénivellations et encoches dans 3 dérivations (Lian). Bloc de branche du type commun (bloc septo-ventriculaire gauche)

aux Etats-Unis, et à laquelle nous nous rallions pour les mêmes raisons.

Nous terminons, ici, l'exposé clinique, symptomatique, de la forme commune de l'angor artériel. Nous avons, délibérément, mis de côté les questions secondaires qui n'apporteraient aucun éclaircissement sur ce sujet.

b) Anatomie pathologique.

Toute la littérature médicale, depuis quarante ans, s'accorde sur certaines notions fondamentales:

1° La quasi-constance — 90% des lésions coronariennes dans l'angor. (Huchard, Mackenzie, Clerc et ses élèves, Laubry, Gallavardin, Lian, Mouisset et ses élèves.)

2° La coïncidence d'une aortite, avec plaques gélatiniformes, s'il s'agit d'un syphilitique. Dans ces cas, la plaque calcaire peut obstruer l'orifice de la coronaire sans lésion de son tronc principal. Nous savons que tout ceci est démontré par des nécropsies dont nous avons, nous-même, recueilli quelques exemples dans notre service d'hôpital.

3° Un cœur augmenté de volume avec ou sans infarctus.

4° Une coronaire révélant des traces de sclérose discrète avec ou sans oblitération, selon les cas. Nous rappelons, à ce propos, le cas d'un malade ayant succombé à un infarctus dans notre service et dont la coronaire gauche était complètement obstruée. (fig. 7).

OBS. VI. Monsieur A. P., 57 ans, voyageur de commerce. Dossier 6560. Aut. 3008.

Hospitalisé le 8 août 1938 à cause d'une douleur subite rétro-sternale très violente, intolérable, et qui n'a pas cessé un instant depuis son apparition.

Aspect: facies angoissé, pâle.

Pouls: petit, régulier 120.

P. A. 80/65.

Poumons: rien à noter.

Cœur: pointe abaissée et déviée. Les bruits sont assourdis à tous les foyers.

Le malade est décédé le 18 août 1938, à 6.20 a.m.

Autopsie.

Artério-sclérose des vaisseaux du cœur.

Foyers de sclérose multiples, dont un situé dans la paroi antérieure du ventricule gauche, s'étendant dans la paroi interventriculaire près de la pointe.

Le myocarde est de couleur brun pâle.

La coronaire antérieure révèle une paroi épaisse, scléreuse, calcifiée, et renferme un thrombus récent qui l'oblitère incomplètement.

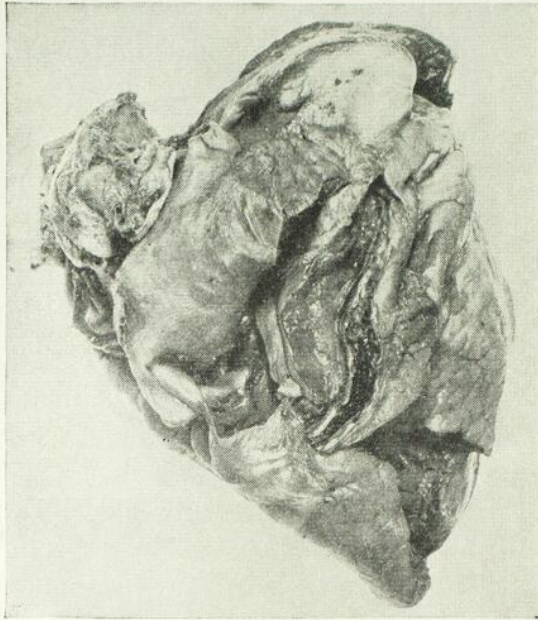


FIG. 7 — Obs. VI

Thrombose de la coronaire antérieure (LeSage).

Voici, en quelques brefs paragraphes, qu'il est superflu de commenter plus longuement, les conclusions des nombreux rapports publiés sur cette importante question, du point de vue anatomique.

#### c) **Étiologie.**

A une exception près, l'angor cardio-artériel n'a pas d'étiologie spéciale. Il s'agit, souvent, d'un état dyscrasique: *la sclérose des artères et des viscères.*

1° *L'âge.* Elle apparaît, habituellement, entre 50 et 60 ans, en débutant par des troubles de nutrition dont les deux plus fréquents sont l'*hyperglycémie* et l'*hypercholestérolémie* accompagnées très souvent d'*hypertension* avec artério-sclérose généralisée dont l'angor n'est qu'une manifestation cardio-artérielle localisée.

2° *Le sexe* joue un rôle important. Je cite quelques statistiques étrangères et personnelle:

	Cas	Hommes	Femmes
Huchard . . . . .	277	224	53
Gallavardin . . . . .	486	397	89
MacKenzie . . . . .	284	244	40
White . . . . .	500	376	121
Lian . . . . .	638	472	166
LeSage . . . . .	125	75	50
Neuberger . . . . .	168	143	25
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	2478	1931	547

Soit, les trois quarts des cas chez les hommes, le quart chez les femmes.

Pourquoi?

Sans doute: habitudes, excès, tension nerveuse, intoxication, surmenage.

3° *La profession* joue un rôle de premier plan. L'angine se recrute surtout dans les professions libérales: parmi les banquiers, les courtiers, les commerçants, bref chez les sujets de la classe aisée. On a dit que c'est « une maladie de la clientèle de ville ». C'est exact, en général, mais on la rencontre de plus en plus dans les hôpitaux. Il arrive même que nos lits soient occupés presque exclusivement par des hypertendus avec angor. Nos statistiques anciennes diffèrent beaucoup d'avec celles d'aujourd'hui. Elles vont de pair avec la tension des temps actuels, nul doute là-dessus. L'étude du milieu dans lequel on vit exerce une influence que l'on ne saurait nier et dont nous devons tenir compte.

4° *La syphilis.* Voici une maladie grave dont le rôle est indéniable dans l'angor cardio-artériel. C'est elle que nous rencontrons dans la plupart des *aortites*; mais nous devons faire une certaine discrimination entre les cas observés. Au delà de 60 ans, on semble admettre qu'un certain degré de *dilatation et de flexuosité de l'aorte* n'est pas une présomption de syphilis à cause de la fréquence de l'athérome, plus ou moins prononcé à cet âge.

Il en serait autrement chez les sujets de 40 à 60 ans. On y rencontre la syphilis surtout chez ceux qui ont une *aortite avec insuffisance.*

Certaines statistiques d'*anévrisme et d'insuffisance aortique, sans rhumatisme articulaire aigu antérieur*, décèlent la syphilis dans

100% des cas. Dans l'aortite chronique sans anévrisme ni insuffisance, on n'en trouve plus que 27%. Des statistiques publiées ultérieurement donnent des chiffres de 30%, 70%, 80% pour les mêmes lésions (Lian).

Il est donc indéniable que, dans les aortites, la syphilis se rencontre très fréquemment; mais nous devons tenir compte qu'elle évolue presque toujours sur un terrain athéromateux issu de certaines maladies de la nutrition telles que la goutte, l'alcoolisme, le diabète, le saturnisme, etc. C'est ce que nous voyons chez nous.

Ces dyscrasies de la cinquantaine et plus, l'âge critique, sont à l'origine des angors cardio-artériels dans *les deux tiers* des cas, la *syphilis* ne représentant que *le tiers*.

5° *Le tabac*. Le rôle des intoxications n'est pas admis de tous sans discussion. Nous connaissons l'action sclérosante des *maladies de la nutrition* dans l'athérome. Ecartons l'alcool, qui n'agit qu'indirectement par les lésions viscérales qu'il produit, et voyons le rôle du *tabac*. Nous ne voulons pas, ici, rapporter les discussions qu'il a suscitées. Nous dirons ce que nous avons observé personnellement.

Malgré les opinions contradictoires, *nous croyons au rôle nocif du tabac* dans l'angor cardio-artériel.

I. Voici un homme de 57 ans qui fait des crises d'angor à divers intervalles. Il fume 50 cigarettes par jour, il séjourne fréquemment, le soir, dans une atmosphère de fumée de tabac. Nous lui conseillons d'abandonner graduellement le tabac, surtout la cigarette. Il arrive bientôt à en cesser complètement l'usage. Au bout de quelques mois, se sentant mieux, il fait une tentative à la fin d'un dîner. Il avait à peine aspiré quelques bouffées qu'il sent la crise réapparaître sous la forme d'une étreinte sternale avec pâleur et immobilité. L'orage passe. Reprise du tabac deux mois plus tard: nouvelle crise plus violente; la mort survient au bout de deux heures. Coïncidence, dites-vous? Impressionnante tout de même.

II. En voici un autre, 39 ans, professionnel, 40 cigarettes par jour. Il a des crises gastriques qui l'inquiètent: l'angor fait son apparition. Abandon du tabac graduellement. Six mois plus tard, pendant une

réunion d'un Conseil, qu'il préside, on fume quelques cigarettes. Il y a de la fumée dans la pièce. Peu à peu certains malaises bien connus de lui se font sentir. Il pâlit, tombe à la renverse, et il meurt.

Nouvelle coïncidence? D'accord, mais dramatique. Sans doute, le tabac ne crée pas nécessairement l'angor, mais nous croyons sincèrement qu'il peut amorcer la crise, et personne ne peut dire comment elle se terminera.

III. Un troisième angineux a vu ses crises disparaître en cessant le tabac. Depuis plus de deux ans, secouru périodiquement par quelques antispasmodiques et toni-cardiaques appropriés, il continue de vaquer à ses affaires sans malaises. C'est un hôtelier.

IV. Voici un homme plus jeune, 38 ans, qui présente tous les signes d'une névrite du plexus cardiaque avec ses irradiations brachio-céphaliques, pâleur, etc. Il fume 40 cigarettes par jour. P. A. 160/100. Nous lui conseillons de diminuer aussi rapidement que possible et de ne pas aspirer la fumée comme le pratiquent la plupart des fumeurs. Ses douleurs, présumées rhumatismales, s'atténuent, sa P. A. baisse pour osciller bientôt entre 125 et 130. Il fume cinq cigarettes par jour.

V. Enfin, un dernier malade angineux, aimant la vie, l'alcool, le tabac, le monde et ses pompes! Il prend nos avis. Il freine: moins d'alcool, point de cigarettes. Les crises s'estompent, l'espoir renaît avec les secours du traitement. Or, au cours d'un voyage, il est repris par de nouvelles aventures et, un soir, quelques cigarettes le terrassent. La crise passe. Le lendemain, nouvelle cigarette, nouvelle esquisse de crise. «J'ai ressenti des malaises aux premières bouffées de ma cigarette, dit-il; je ne fume plus.» Il se porte de mieux en mieux...

Nous pourrions citer de nombreux exemples identiques. Nous sentons, après ces investigations personnelles, qu'il vaut mieux — face aux malades — faire la trêve des discussions et tenir compte des faits tels qu'ils sont.

Selon nous, *le tabac joue un rôle certain* dans l'angor cardio-artériel. S'il ne crée pas la maladie, il en précipite, quelquefois, l'évolution et, dans certains cas, la terminaison par son action évidente sur le plexus cardiaque.

Si l'intoxication tabagique n'est pas une cause déterminante de l'athérome, il en favorise la genèse et constitue une cause occasionnelle pour déclencher un accès angineux.

d) **Diagnostic.**

Voici le dilemme que nous devons nous efforcer de résoudre, car on nous posera invariablement la question: Est-ce de l'angine de poitrine? Elle est d'importance pour le malade et pour son entourage, car des intérêts primordiaux, souvent, se liguent autour de nous, médecins, soumettant notre responsabilité à une douloureuse, même périlleuse épreuve. Certains cas d'angor sont faciles à reconnaître cliniquement, surtout les cas types qui réunissent les éléments constitutifs du syndrome. Enumérons-les:

- 1° douleur rétrosternale et précordiale;
- 2° angoisse, constriction thoracique;
- 3° irradiation de voisinage, surtout dans le bras gauche;
- 4° troubles cardio-vasculaires: arythmies;
- 5° manifestations se produisant par crises;
- 6° provocation par la marche;
- 7° électrocardiogrammes atypiques.

Les difficultés du diagnostic d'angine de poitrine naissent du fait que tout repose sur le malade: *c'est un syndrome subjectif*. Seul, au début du moins, compte le témoignage du malade.

Nous serons appelés à établir notre diagnostic entre l'angor *cardio-artériel* et quelques autres affections que nous rencontrons fréquemment.

1) *L'insuffisance cardiaque* s'accompagne de dyspnée d'effort, de toux, de congestion violacée de la face, du moins des lèvres; d'une gêne thoracique avec sensation de gonflement pénible, mais non franchement douloureuse ni angoissante; de palpitations et de battements de la région cardiaque avec tendance à l'évanouissement et à la perte de connaissance. Nous sommes loin, on le voit, du drame intérieur et de la griffe implacable de l'angor. Là, c'est un gonflement, un encombrement; ici, c'est un effondrement, un anéantissement.

Dans l'angine, la crise est, d'emblée, soudaine, totale, rapide et elle disparaît par le repos absolu. Dans l'insuffisance cardiaque, la

crise est aggravée par la marche, « surtout en côte », mais ne disparaît pas complètement par le repos. Les signes en sont atténués, mais subsistent; l'irritation est rare et le malade ne ressent pas cette impression de mort imminente, si nette dans l'angor.

Nous avons donc, là, des jalons qui nous orientent en attendant les tracés électrocardiographiques. Mais, dussent-ils manquer, que notre examen clinique suffirait en l'occurrence.

2) *Les névralgies* peuvent, quelquefois, en imposer pour de l'angor. Dans l'angor, notons que la douleur, vive, est de courte durée; ici, au contraire, elle est d'une intensité plus ou moins grande, mais elle se prolonge durant longtemps avec de courtes rémissions. La marche n'exerce aucune influence sur leur apparition, si elles sont accentuées par les mouvements. D'ailleurs, nous pouvons, en répétant les points douloureux, situer le siège de la maladie névralgique et en déceler la cause dans la plupart des cas. Cependant, le siège atypique de la douleur angineuse peut nous induire en erreur.

Je laisse de côté le chapitre des *angines névrosiques* réflexes, que nous aurons l'occasion d'aborder plus tard, du moins succinctement. C'est, là, un aspect riche en aperçus nouveaux et utiles à connaître. Souvenons-nous, cependant, que si la douleur siège exceptionnellement à l'épigastre, elle irradie vers l'épaule en cas d'angor.

Ajoutons quelques notions générales sur ce point; il est opportun de les rappeler.

3) *La cholécystite calculeuse* s'accompagne d'une douleur située au niveau des fausses côtes, à l'intersection d'une ligne allant de l'aisselle à l'ombilic, mais elle irradie du côté droit, de bas en haut, par le phrénique, le plexus cervical, et à l'épaule droite par le circonflexe. Il y a des paroxysmes, mais l'attitude du malade diffère: ni angoisse ni constriction, le repos ne produit aucun effet. Seules la morphine et la chaleur apaisent.

4) *La pancréatite aiguë* est souvent dramatique, à cause de sa soudaineté et de son

intensité. La douleur, exquise, siège à mi-distance entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, mais elle coïncide presque toujours avec un repas copieux; elle irradie à gauche et en arrière à la région lombaire. Elle est intolérable, prolongée et tenace, comme les vomissements qui l'accompagnent.

5) Enfin, *l'ulcère perforé* peut, aussi, nous induire en erreur, mais il y a l'hématémèse, le melæna, les anamnèses, et cette douleur, cette fois, soudaine, plongeante, en coup de poignard...

Nous n'insistons pas davantage, mais le médecin doit songer à toutes ces manifestations de la douleur, car chacune d'elles peut être l'épine qui ait provoqué la crise d'angor; les deux affections pouvant coexister chez le même malade.

Tels sont les principaux aspects cliniques concernant le diagnostic de la forme commune de l'angor cardio-artériel. Ils suffisent, dans presque tous les cas, même pour le praticien éloigné des centres, s'il veut bien se donner la peine de les observer avec attention.

#### e) Pronostic.

Nous sommes d'accord pour admettre que le médecin puisse hésiter longuement, quelquefois, avant de formuler un pronostic dans un cas d'angine de poitrine, du moins en prédire l'échéance si nous en connaissons la terminaison fatale.

Tout dépend de l'évolution. Sachant que l'angor est causé par une *coronarite sténosante*, le pronostic repose donc entièrement sur la progression de l'artérite, « soit en longueur, soit en profondeur », car elle atteint, ainsi, le débit circulatoire, l'irrigation, la nutrition, l'oxygénation du muscle cardiaque, de sorte que *l'ischémie est le point cardinal dans le pronostic de l'angor*. C'est elle, en effet, qui est la cause de la crise en provoquant « une véritable claudication intermittente du cœur » semblable à celle que l'on observe dans les artérites des membres inférieurs. Si bien, qu'avant de formuler une opinion, nous devons

attendre quelques mois et procéder à des examens précis afin d'établir l'amélioration ou l'aggravation de la maladie.

« Tant que l'observation attentive du malade ne permet pas de penser que la poussée extensive est terminée et que l'organisme a atteint un état d'équilibre relatif, on ne peut faire de pronostic à longue vue. » (Lian.)

Voici quelques-uns des éléments de gravité que tout médecin attentif peut observer et dont il doit tenir compte:

1° *La fréquence répétée des crises* au moindre effort et à la moindre émotion, leur durée plus prolongée, leur apparition, même au repos, le jour, souvent la nuit.

2° *Certains désordres cardio-vasculaires*: l'arythmie complète, le bruit de galop, le pouls alternant, la bradycardie par dissociation auriculo-ventriculaire.

3° *La dénivellation et l'incurvation de la ligne S T*, le caractère diphasique de T négatif, l'atypie ventriculaire, l'encoche des branches R. (Fig. 4, 5 et 6.)

4° *Poussées hypertensives paroxystiques*.

5° Ajoutons qu'à toutes ces défaillances s'adjoignent, soudain, des signes d'insuffisance du V-G. avec œdème pulmonaire, dont nous connaissons tous l'issue rapide et fatale.

Ce sont là des signes de grande valeur pronostique et d'une haute gravité que nous devons apprendre à reconnaître et à rechercher.

#### B. L'angor aigu coronarien fébrile.

Nous n'avons pas l'intention d'en faire un exposé complet, loin de là. Si nous en abordons l'étude, même sommaire, c'est qu'il constitue, selon nous, un processus évolutif greffé sur l'angor cardio-artériel commun, que nous venons de décrire, et dont il est souvent une complication. Il en précipite, ainsi, l'évolution sous la forme d'un accident grave: l'infarctus, se terminant presque toujours par une mort rapide.

Voici, énumérés dans leur ordre d'apparition, les traits caractéristiques de cette forme d'angor.

1° *La douleur*: précordiale, constrictive, prolongée, durant des heures, intolérable, avec paroxysmes surajoutés, irradiant dans toute la cage thoracique, aux deux épaules, à la nuque, au cou, même dans les mâchoires et au creux épigastrique, contre laquelle échouent les médicaments usuels, même à doses élevées et répétées.

2° *La défaillance cardiaque*: affaiblissement des bruits du cœur, à peine entendus; faiblesse du pouls, arythmique, le plus souvent; chute brusque de la P. A. à tous les étages, la maxima s'effondrant sur la minima, annihilant la différentielle. Le malade a des sueurs froides, il est cyanosé ou pâle. Dans d'autres cas, les signes extérieurs sont moins prononcés.

3° *La fièvre*: on doit la rechercher avec soin au début, car elle évolue rapidement sous la forme d'une ascension subite et rapide, pour décroître, lentement, comme dans une simple grippe.

4° Dans certains cas, le *péricarde* est atteint, on y entend des *frottements*; ailleurs, un *bruit de galop*; mais ces signes ne sont pas constants. En cas d'infarctus, s'ajoute un bruit d'écrasement, de crépitement, coïncidant avec la systole, mais différent du bruit de frottement, et dont la valeur est très importante en pareil cas. On doit le rechercher systématiquement. Il est causé par une infiltration, une inondation intracardiaque.

5° *Troubles gastriques*: nausées, vomissements, douleur épigastrique, légère tension locale aggravée par les aliments, si bien qu'on pense à un ulcère probable de l'estomac ou à une pancréatite aiguë, dont la gravité est bien connue.

6° Dans presque tous les cas, il y a *hyperleucocytose*: de 15 à 20,000 éléments, avec polynucléaires 2%. (Libman.)

7° *L'électrocardiographie* révèle des signes de la plus haute importance pour le diagnostic et le pronostic. A part ceux que nous avons projetés devant vous et que l'on observe de

nouveau dans l'angor fébrile, il en est un, spécial, sur lequel nous attirons l'attention: c'est la grande *onde monophasique de l'onde T* ou plutôt de l'intervalle R. S. T. (fig. 8 et 9).

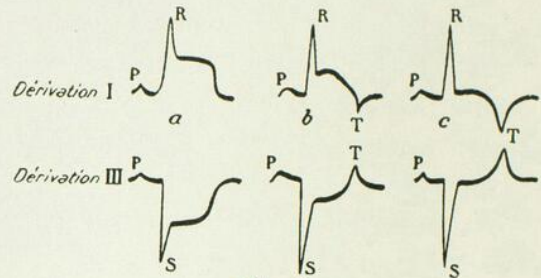


FIG. 8

Onde monophasique de Smith et Pardee.

« Ce segment du tracé ne revient pas à la ligne isoélectrique et tend à absorber soit la branche descendante de R, soit la branche ascendante de S, réalisant, suivant les cas, un *demi-dôme*

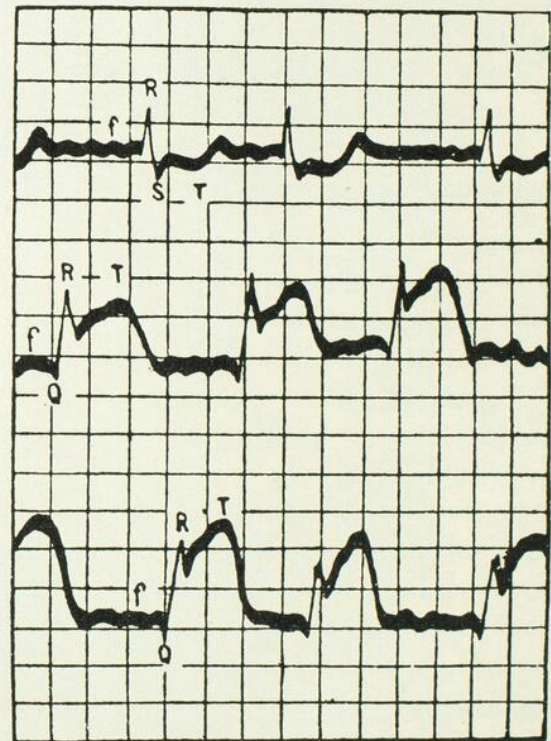


FIG. 9

Tracé en trois dérivation: Onde en dôme, en D<sup>2</sup> et D<sup>3</sup> (d'après Pardee).

ou une *demi-cupule* suivi d'un T pointu et négatif dans une ou plusieurs dérivation. » (Lian, p. 175.) Telle est la déformation caractéristique de la crise d'angor coronarien fébrile

(onde de Smith et Pardee). Elle s'accompagne d'un bas voltage des accidents QRS, mais ce graphique se rencontre dans d'autres syndromes (fig. 10).

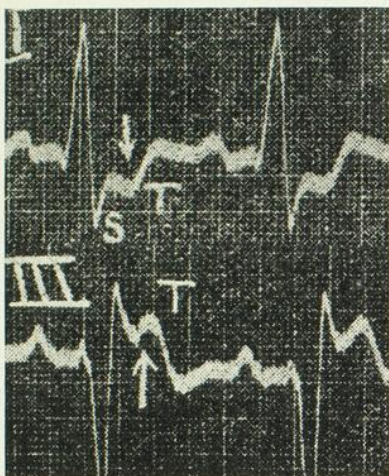


FIG. 10

Dénivellation. T renversé: cupule. Transformations successives et symétriques de l'onde T en cas d'infarctus (d'après Parkinson et Bedford).

Nous relatons, à ce sujet, la classification de Parkinson et Bedford, en deux types principaux:

A. Type I: dans lequel la ligne RST est arrondie et surélevée en D<sub>1</sub> D<sub>2</sub>, et T. négatif en D<sub>1</sub>. Dans ce type, il s'agirait d'un infarctus de la pointe du cœur, de la portion antérieure du V. G. ou des deux à la fois, dépendant d'une oblitération du territoire irrigué par la coronaire gauche. (Fig. 8.) (Lian.)

B. Type II: la ligne RST est arrondie et surélevée en D<sub>2</sub> D<sub>3</sub>, et T négatif en D<sub>3</sub>. Ce type correspondrait aux infarctus de la région postérieure du V. G. Le V. G. est rarement atteint. (Fig. 9 et 10.) (Lian.)

Enfin, les élargissements et les encoches intéressant R et S seraient la conséquence d'une thrombose des branches terminales du faisceau de His, dans la cloison interventriculaire. (Fig. 3 et 13.)

Quant à l'interprétation de cette onde monophasique de Pardee, son auteur croit « qu'elle serait due moins à une déformation de T qu'à l'existence d'une onde nouvelle surajoutée due à un courant spécial d'irritation (*current of*

*injury*) qui prendrait naissance dans la zone ischémisée. » (Lian, p. 188.)

*Mécanisme de l'onde de Smith et Pardee.*

Nous avons, maintes fois, répété que l'ischémie est la cause principale de la crise angineuse. Voyons comment les choses se passent du point de vue expérimental. Une ligature de la circonflexe gauche et de la coronaire droite ne provoque pas l'apparition de l'onde en dôme.

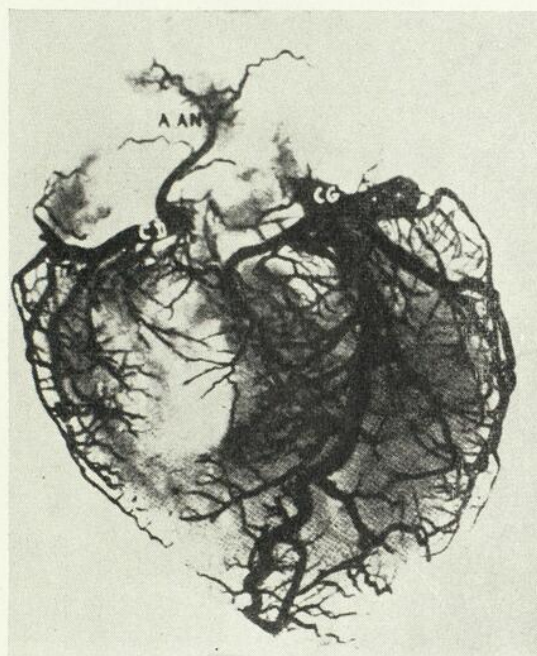


FIG. 11

Irrigations C.G. V.G.<sup>1</sup>

L'artère de l'atrio-necteur. Radiographie d'un cœur injecté avec une masse opaque aux rayons Röntgen. L'artère de l'atrio-necteur A.A.N. naît, sur ce cœur, de la coronaire droite CD. CG, coronaire gauche (figure empruntée à l'Atlas de Jamin et Merkel). (D'après Géraudel.)

Par contre, la ligature de la coronaire gauche au-dessous de l'orifice de la circonflexe fait apparaître l'onde en dôme de Smith et Pardee (A. Pezzi, A. Agostini, de Milan.) (Fig. 26.)

Enfin, fait très important, si on lie isolément tous les vaisseaux de la pointe par une

1. Les figures 11 et 12 nous montrent surtout l'importance de l'irrigation intracardiaque auriculo-ventriculaire et du faisceau de His. C'est là que siège la cause de l'arythmie et de l'atypie ventriculaire.

suture circulaire ou au surjet enchaîné à toute l'épaisseur de la paroi ventriculaire, on enregistre aussitôt l'onde en dôme. Donc, une altération de la coronaire gauche, ischémiant la zone de la pointe du cœur, qu'elle irrigue seule, sera suivie de l'apparition de l'onde en dôme. (Fig. 15.)

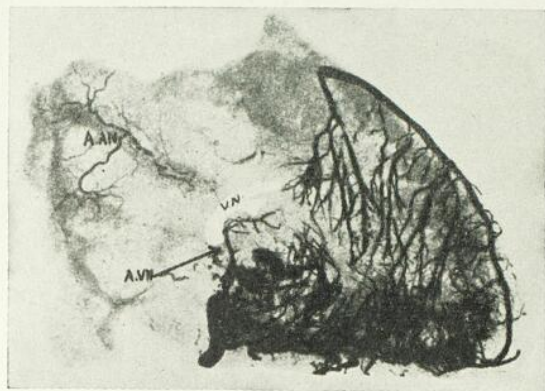


FIG. 12

L'artère du ventriculo-necteur. Radiographie d'un cœur injecté avec une masse opaque aux rayons de Röntgen. La double série d'artères septales antérieures (en haut) et postérieure (en bas). L'artère du ventriculo-necteur indiquée par la flèche est la plus élevée des artères septales postérieures et donne ses rameaux au ventriculo-necteur schématiquement figuré. VN A.A.N., artère de l'atrio-necteur (cf. la figure ). (Géraudel.)

Des expériences complémentaires ont démontré que c'est sur la pointe seule que des excitations épicaudiques peuvent produire sur l'électro une onde monophasique. Ainsi, l'application de teinture d'iode sur la pointe déter-

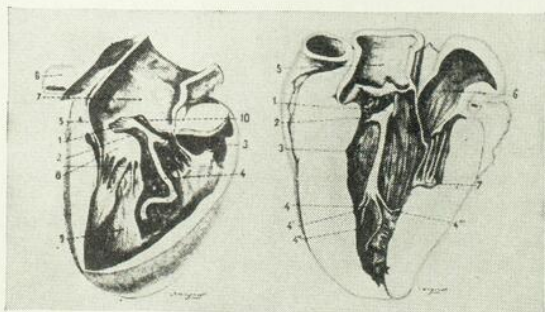


FIG. 13

Faisceau de His chez le veau (Vaquez).

mine un réflexe vaso-moteur constrictif suivi d'une ischémie suffisante à l'apparition de l'onde en dôme. (Fig. 14.)

D'autre part, la stellectomie double n'est

suivie d'aucune action vaso-dilatatrice, sur la circulation coronarienne. Il en est ainsi de la résection des fibres thoraco-sympathiques pré-ganglionnaires, des fibres sensibles du nerf vertébral, et des nerfs pneumogastriques dans le cou. (Fig. 14.)

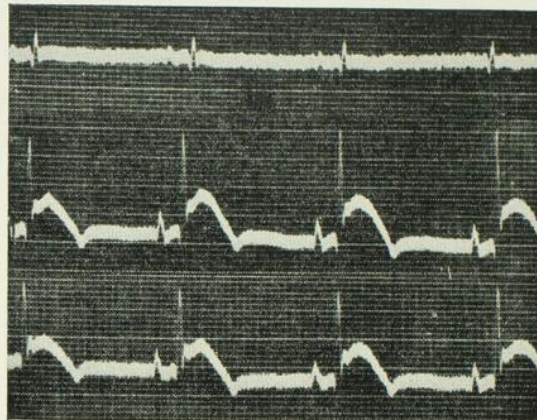


FIG. 14

Electrocardiogramme après badigeonnage de la pointe par la teinture d'iode. Stellectomie double, apparition nette de l'onde en dôme.

L'onde de Smith et Pardee est un test d'angio-spasme coronarien exclusif de la pointe (Pezzi et Agostini). On peut le faire disparaître par l'artériectomie, seule, de la coro-

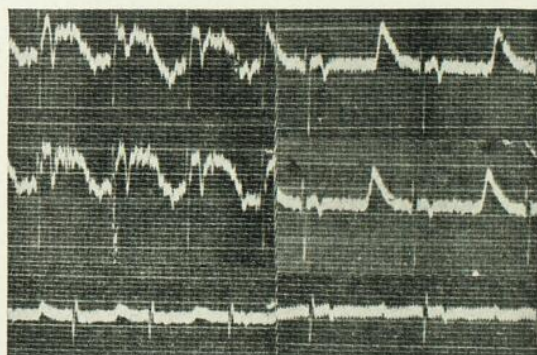


FIG. 15

Onde en dôme de Smith et Pardee chez le chien par ligature de tous les vaisseaux de la pointe. À gauche, animal intact; à droite, après ligature (onde en dôme).

naire gauche. La coronaire droite n'exerce aucune telle action sur la production de l'onde en dôme. (Fig. 16.)

Telles sont les données générales et spéciales concernant le pronostic de l'angor cardio-artériel.

Quant à leur valeur, certaines, parmi elles, constituent un apport très important à la cli-

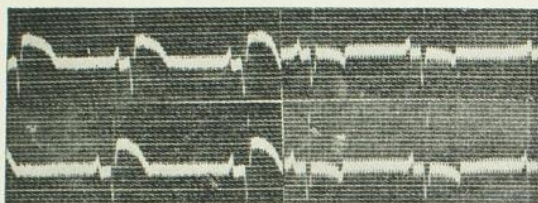


FIG. 16

A gauche, onde en dôme après application de la teinture d'iode sur la pointe; à droite, disparition de l'onde après artériectomie et nouveau badgeonnage.

nique, tel l'électrocardiogramme, dont les graphiques « indiquent une gêne intracardiaque de mauvais augure » (Clerc)... « Quant à

décider si nous pouvons, par cette méthode, guider le diagnostic et le pronostic, nous l'espérons... car nous nous trouvons en présence d'un moyen précieux de mettre en évidence un aspect pour ainsi dire nouveau de l'insuffisance ventriculaire faisant présager, d'une façon précoce, une perturbation profonde, dont les conséquences, tôt ou tard, se feront sentir. Aucune autre méthode ne saurait le surpasser. » (Clerc.)

Nous croyons, quant à nous, qu'une étude attentive des graphiques, jointe à un examen clinique méthodique, nous autorise à formuler, sans hésitation, un diagnostic et un pronostic sûrs dans presque tous les cas.

### Observations<sup>1</sup>

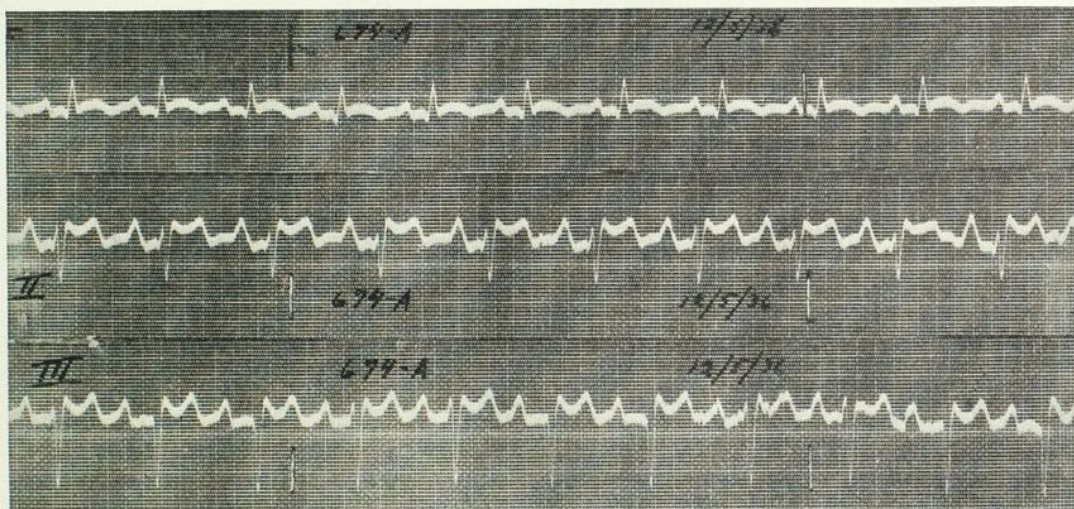


FIG. 17. — Obs. I. Onde de Pardee (LeSage-Barry).

I. Omer H., 43 ans. 11 mai 1936. Salle 103 Ecg. 674-A.

Cœur: Bruits très affaiblis. Arythmie complète. Bat dans le 5e espace. Onde de Pardee + I-II-III. D.

Diagnostic: *Thrombose coronarienne gauche.*

ECG. 674-A.

Eréthisme. Rares extra-systoles ventriculaires gauches. Dissociation incomplète.

Prédominance gauche.

Atypie de QRS et surtout de T.

Troubles de la conduction (P-R et S-T).

Conclu. c.: Hypertrophie et insuffisance ventriculaire gauche probable. Troubles myocardiques — *thrombose coronarienne.*

Autopsie: 25 mai 1936.

Thrombose sur plaque athéromateuse de la **coronaire antérieure.**

*Infarctus du myocarde.*

Thrombose du ventricule gauche.

Ramollissement de l'hémisphère cérébral gauche par thrombose.

1. Je remercie le Dr Gaétan Barry, l'un de mes assistants, de m'avoir fourni ces électros enregistrés sur des malades de ma clinique de Notre-Dame, que nous avons suivis ensemble. L.

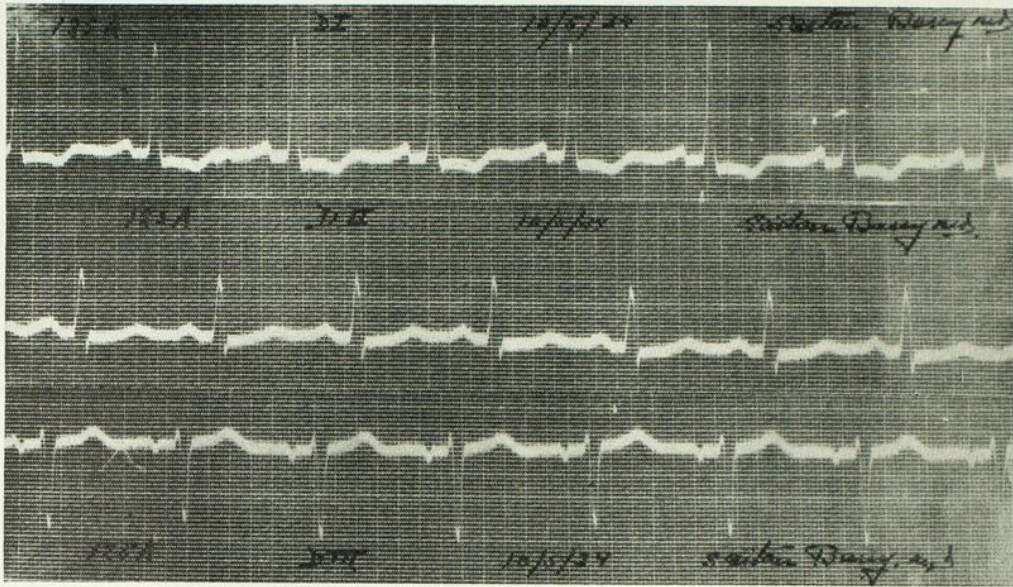


FIG. 18. — Obs. II (LeSage-Barry).

II. Louis M. 30 avril 1934. Salle 106-9. Ecg. 125-A.  
 Cœur: Rythme régulier. F. aortique: clangor  
 2<sup>e</sup> bruit. F. mitral: s. systolique. Galop.  
 P. A. 258-145. Eréthisme.  
 Œdème périmalléolaire.  
 Râles aux bases pulmonaires.  
 Sang: créatinine 21 mgr. 11; urée 1.08.  
 Diagnostic: Syndrome hypertensif. Hypertrophie  
 ventric. gauche. Aortite. Néphrite c.

ECG. 125-A. Eréthisme. Prédominance gauche. Aty-  
 pie de QRS. de T en DI; de S-T (légère dénivella-  
 tion de S-T en DI et DIII avec léger allongement  
 pour le rythme); tracé d'insuffisance aortique avec  
 souffrance coronarienne (tr. myocardiques).

Orthod.: Gros cœur horizontal augmenté selon tous  
 ses diamètres, flasque et basculé. Aorte élargie, pulsa-  
 tile et teintée.

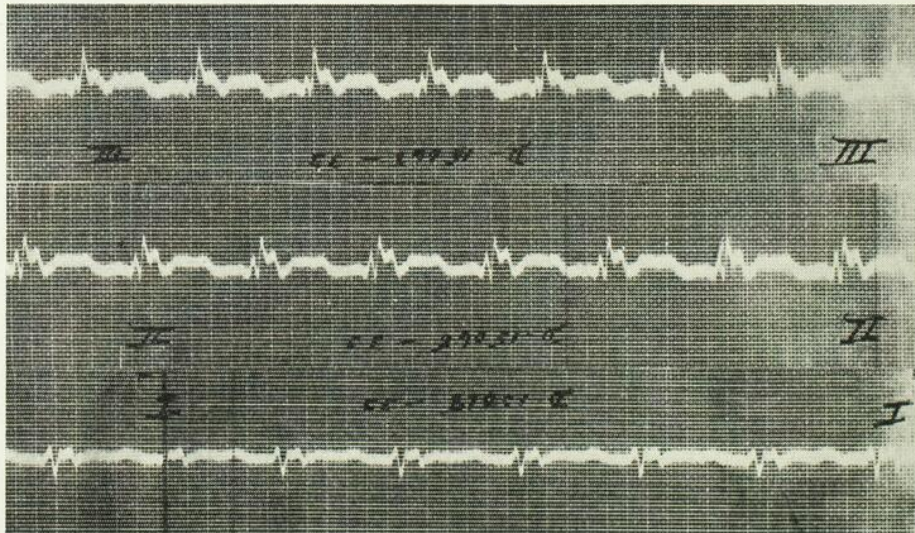


FIG. 19. — Obs. III (LeSage-Barry).

III. Joseph A., 69 ans. Août 1933. Salle 106-4.  
 ECG: Identification sur ecg.: 15068-33.  
 Cœur: Percussion: douleur à la région précordiale.

Pointe palpable en position assise.  
 Pointe bat dans le 5<sup>e</sup> espace à 9 cm. de la ligne  
 médiane.

F. aortique: souffle systolique. Di. 2e bruit, clangoreux.

F. mitral: souffle systolique. 2e bruit accentué.

P. A.: Mx 122 à 90; Mn 60 à 90.

B. W. négatif.

ECG.: Tachycardie sinusale. Eréthisme (104 à la mi.). Prédominance gauche.

Atypie marquée de QRS, P, T(I), Q qn DII et DIII.

Dénivellation positive en I, II, III.

Insuffisance ventriculaire gauche.

Bloc probable des arborisations.

Thrombose coronarienne. Infarctus probable.

Diagnostic: Angine. Coronarite.

A quitté l'hôpital amélioré.

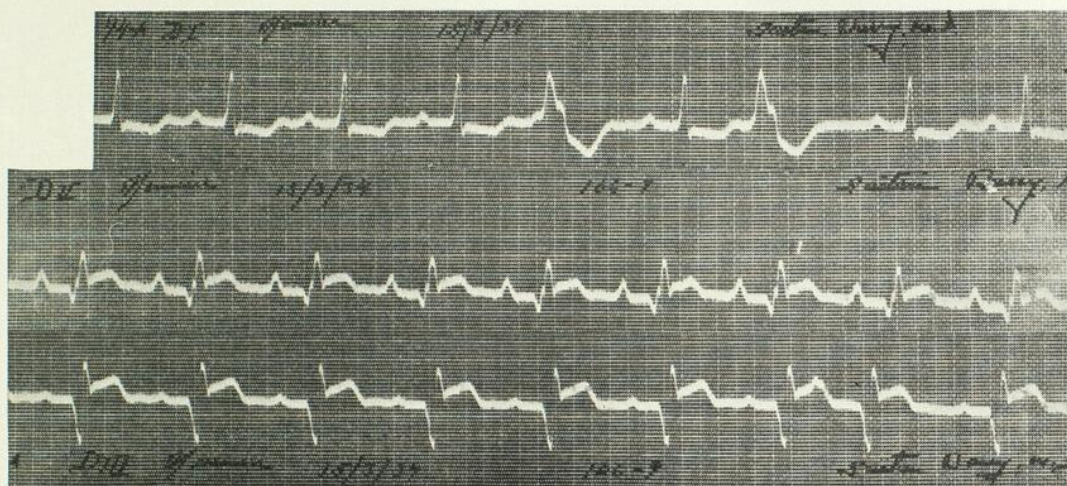


FIG. 20. — Obs. IV (A) (LeSage-Barry).

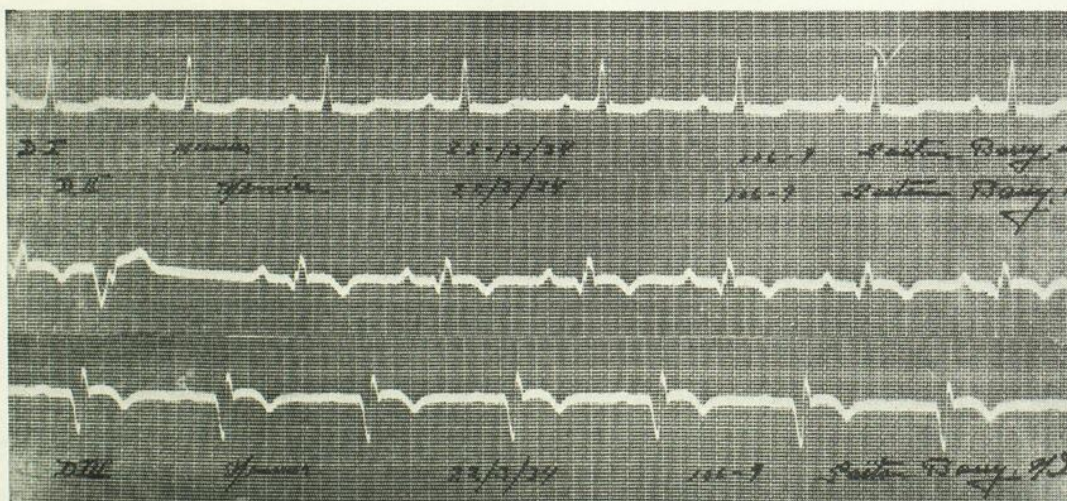


FIG. 21. — Obs. VI (B). Onde de Pardee (LeSage-Barry).

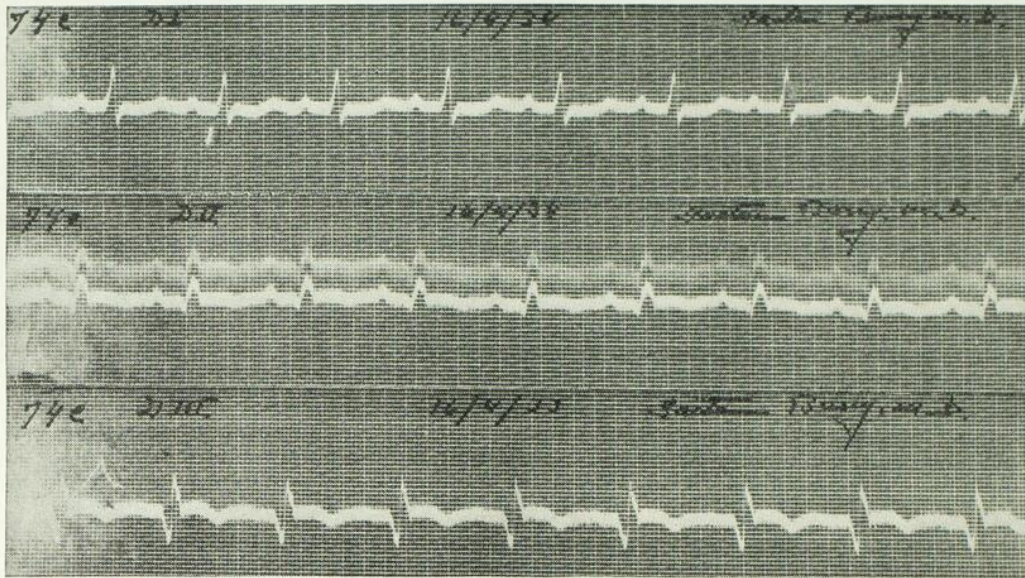


FIG. 22. — Obs. IV (C) (LeSage-Barry).

IV. Emilien M. 14 mars 1934. Salle 106-7. Ecg 74 A-B-C.

*Auscult.*: Bruits assourdis. Pointe: à 14 cm. de ligne médiane. Base F. A.; 2e bruit accentué. Pointe: F. M.; galop, rythme irrégulier, extra-systoles. Pausés. Céphalée.

Urée: 0.75, puis 1.36.

23-3-34: S. systolique à la pointe. Douleurs rétro-sternales et céphalée diminuées.

26-3-34: Souffle systolique de la pointe ne s'entend plus.

11-4-34: Signes de défaillance cardiaque. Tachycardie. Œdème malléolaire. Râles aux bases pulmonaires.

21-11-34: S. holosystolique à la pointe. Œdème, cyanose et oppression diminuées. Légère amélioration.

*ECG.*: 74-A. 15-3-34.

Rythme à 110. Eréthisme.

Léger allongement de P-R. 0.20 sec.

Prédominance gauche.

Extra-systoles ventriculaires gauches.

Atypie de QRS. P, T.

1ère onde de Pardee S-T partout. 2e onde de Pardee Q en III.

Bloc de branche gauche et des arborisations.

Thrombose coronarienne. Infarctus.

*ECG.*: 74-B et C. Mêmes signes moins marqués. Signes chroniques.

Muscle faiblissant.

*Diag.*: Thrombose coronarienne. Infarctus probable. (Ins. card.)

*Autopsie*: 29 juin 1934.

Dilatation des cavités cardiaques. *Coronaire droite épaissie, calcifiée et thrombosée.*

Thrombose de l'auricule droite.

Temps: 1/10 — 1/50 seconde.

### III. Traitement médical

#### A. Angor cardio-artériel commun.

LA CRISE. Nous serons plutôt bref dans ce chapitre. Nous avons affaire à une lésion anatomique contre laquelle il n'y a pas de traitement spécifique, si ce n'est lorsque la syphilis est en cause, mais, même dans ces cas, il est quasi impossible de faire rétrocéder une lésion scléreuse ancienne; tout au plus, pou-

vons-nous en ralentir la marche envahissante. Voici les conseils que l'on doit donner au malade durant la crise:

1° Cesser marche et effort: repos et immobilité absolus. Le malade peut s'asseoir en cas d'angor nocturne. D'ailleurs, il s'autorisera lui-même en pareil cas, car il sait ce qui lui convient le mieux.

2° *La trinitrine*: médicament très actif, dont l'absorption se fait rapidement dans la

*bouche*. C'est dans ce but que l'on conseille au malade de croquer la dragée et de tenir la solution dans la bouche avant de l'avalier. On la prescrit sous deux formes: la dragée de trinitro-caféine contenant *deux gouttes* de trinitrine, que l'on peut répéter six à huit fois dans les vingt-quatre heures, et la *solution* inspirée par le regretté professeur Vaquez. La voici:

Sol. trinitrine à 1% . . . . .	60 gouttes
Benzoate de soude . . . . .	2 grammes
Chlorhydrate d'héroïne . . . . .	5 gouttes
Caféine . . . . .	1 gramme
Sirop d'éther . . . . .	60 grammes
Eau distillée, q. s. p. . . . .	100 c.c.

Une cuillerée à thé renferme *trois gouttes* de trinitrine à 1%.

Renseigner les malades sur la sensation de constriction des tempes quelque temps après l'ingestion de ce médicament. Son action se fait sentir en provoquant une réaction vasodilatatrice; conséquemment, elle agit en sens inverse de l'angor qui s'accompagne d'un spasme des coronaires. Il y a aussi des comprimés de tétranitrol, dosés à 5 milligrammes.

Ces malades doivent porter avec eux ce médicament en cas de crise insolite.

3° *Le nitrite d'amyle*. Adjuvant indispensable en cas de crise irréductible. On le prescrit en inhalation, dans de petites ampoules revêtues d'un treillis très serré, en soie, que le malade peut écraser entre ses doigts sans courir le risque de se blesser. Il doit être renseigné, également, sur son effet; sinon, il deviendra inquiet en apercevant sa figure toute rouge avec sensation de chaleur et de battements violents dans la tête. Il suffit, pour en atténuer la violence, de tenir l'ampoule à une certaine distance du nez, et de respirer moins profondément. Ce médicament est plus puissant que la trinitrine.

4° *La morphine* s'impose dans certains cas particuliers où la douleur est intolérable et se prolonge malgré la trinitrine. Nous y associons volontiers l'*atropine*, dont l'action antispasmodique est bien connue.

5° *Compresses d'eau chaude et cataplasmes sinapisés* produisent une certaine accalmie quelquefois.

6° *Vessie glacée*. Ailleurs on se trouve bien de l'application de glace sur la région précordiale. Nous en avons fait l'essai. Chez une de nos malades nous avons remarqué qu'une vessie glacée tenue en place durant deux heures, chaque jour, le matin, avait presque jugulé les crises, du moins le nombre et l'intensité.

7° Les *ventouses* sèches ont paru agir favorablement: deux ou trois à la base précordiale.

8° Contre l'*insuffisance cardiaque* et ses défaillances possibles durant la crise, on ne doit pas hésiter à pratiquer des injections intraveineuses de *ouabaine*: une ampoule de  $\frac{1}{4}$  de milligramme, chaque jour, ou plus, en débutant par  $\frac{1}{8}$ .

9° Contre l'*œdème pulmonaire*, dont on appréhende l'apparition et l'évolution foudroyante, quelquefois, la saignée est l'arme héroïque, *mais pas très abondante, car on doit songer à l'ischémie cardiaque en pareil cas*.

10° *Injections sous-cutanées d'oxygène*. Voici une pratique peu répandue en vue de juguler la crise d'angor. Elle est pourtant logique parce que physiologique. En effet, l'ischémie s'accompagne d'anoxhémie. L'oxygène, à la dose de 500 c.c. ou plus, produira un excellent effet durant la crise ou dans les intervalles.

Ajoutons, ici, un renseignement que le médecin doit connaître afin de se prémunir contre l'ignorance ou l'affolement de l'entourage.

Si une piqûre intraveineuse s'impose, urgente, pour parer, si possible, à la menace grave de l'insuffisance cardiaque, ou si une saignée s'avère impérieuse pour sauver le malade d'une mort certaine qui peut se produire, malgré tout, *entourons-nous de toutes les précautions*. Répartissons les responsabilités sur plus d'un, si nous en avons le temps et le pouvoir, car on peut imputer la mort à votre inter-

vention! Coïncidence malheureuse entraînant quelquefois des drames inattendus, car « en cas de terminaison fatale, on pense bien plus à incriminer le médecin que la maladie à proprement parler » (Lian). Nous en connaissons des exemples regrettables.

Comme on le sait, il s'agit d'une médication symptomatique; il n'y a pas de traitement médical spécifique. Cependant, nous obtenons, quand même, des résultats contre les principaux signes qui constituent la crise et ses séquelles.

### B. Angor fébrile.

Dans la forme fébrile, nous avons affaire à des souffrances atroces et prolongées, accompagnées d'une défaillance cardiaque menaçante.

1) *La morphine et ses succédanés* sont indiqués, à des doses répétées et élevées, auxquels on doit adjoindre la médication toni-cardiaque bien connue: ouabaïne, digitaline, digibaine et autres préparations similaires: natibaïne, coramine, injections s. c. de préparations camphrées, etc.

2) Applications chaudes ou froides, selon les cas.

3) Le *citrate de soude*, à la dose de 3 à 4 grammes par jour.

Médication symptomatique pure et simple, mais qui rendra des services dans tous les cas.

4) Bien entendu, le repos au lit s'impose, de même que la tranquillité. Nous y attachons une grande importance à cause de l'habitude que l'on sait d'encombrer la chambre du malade et de le harceler de questions, de suggestions et de potins de toutes sortes.

#### Médications adjuvantes

On a proposé plusieurs médications en vue de prévenir les crises et de ralentir l'évolution de la coronarite.

1) Lian préconise les *injections intraveineuses d'iode*, en particulier l'*iodaseptine* associée à l'*iodure de sodium* en ampoules de 5 c.c. dosées à 6 centig. d'iode par c.c. Il injecte le contenu d'une ampoule i.v. (0.30 cen-

tig. iode) trois fois par semaine. Il a même administré 2 ampoules en une dose. Sur 17 malades, 15 améliorés. C'est un traitement palliatif, car le mode évolutif de la coronarite en rend l'interprétation difficile.

2) Le même auteur vante beaucoup les injections de CO<sup>2</sup> sous la peau: les doses s'étagent de 50 à 250 c.m.c. par injection,

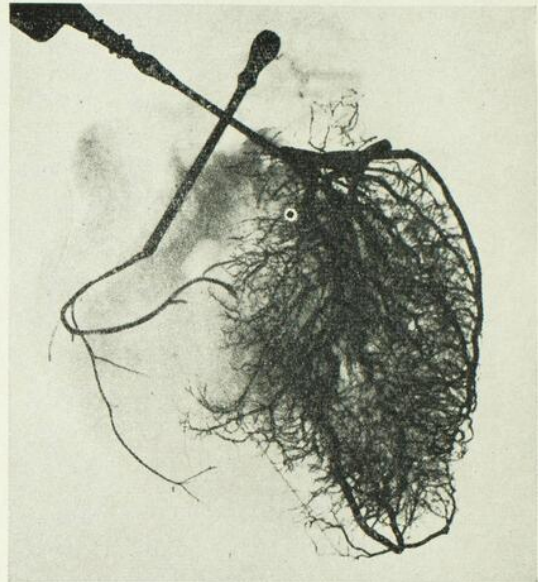


FIG. 23

Homme, 27 ans, traumatisme cranien, mortel.

Cœur anatomiquement normal<sup>1</sup>.

L'injection d'une solution oléo-térébenthinée de minium dans la coronaire gauche injecte la totalité de ce territoire vasculaire.

Les branches principales ont un calibre important qui décroît régulièrement et progressivement sans que les contours présentent la moindre irrégularité.

Les fines ramifications (chevelu coronarien) sont partout bien injectées.

Plusieurs anastomoses fines permettent à la substance opaque d'atteindre les principales branches de la coronaire droite et de ressortir par la canule fixée à cette dernière.

L'existence d'anastomoses entre les deux coronaires est évidente.

jusqu'à 500 c.m.c. par jour. Elles seraient d'une parfaite innocuité. Elles ressemblent aux injections d'oxygène.

3) La *radiothérapie* s'adresse surtout au plexus cardiaque dont l'ébranlement doulou-

1. Les trois figures suivantes, 23, 24 et 25, sont reproduites de *Therapeutic Notes*, publiées par la Maison P. & D. Elles éclairent un point du plus haut intérêt dans cette question angineuse au point de vue irrigation et anastomoses. — L.

reux est certain dans la crise d'angine. Elle aurait pour effet de diminuer la réceptivité des éléments nerveux sympathiques et rachidiens. (Babinsky-Delherm-Laquerrière.)

On conseille de débiter par des doses faibles que l'on augmente progressivement et d'irradier largement toute la surface précordiale ainsi que les régions vertébrale et paravertébrale de la même région, en débutant par 50 à 100 R.

Certains auteurs en ont vanté les bons effets dans les angors névrosiques surtout. Nous manquons de recul pour en tirer des conclusions définitives.

5) *Les nitrites* semblent rallier bon nombre de suffrages. On les donne en injections s. c., ampoules de 2 c.c. contenant 4 centig. chacune, trois fois par semaine. On peut aussi les prescrire en solution aqueuse à la dose de 10 centigrammes par jour. (Lian.)

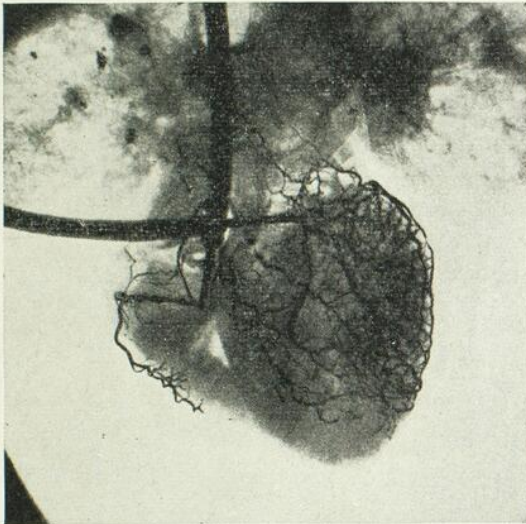


FIG. 24

Femme, 50 ans, hospitalisée pour crise angineuse; mort subite après son arrivée au cours d'une nouvelle crise particulièrement violente.

Altérations considérables du réseau coronarien. L'injection poussée dans la coronaire gauche montre que les principaux troncs d'origine sont imperméables ou réduits à un filet opaque, irrégulier et crénelé ou moniliforme. L'interventriculaire antérieure est interrompue vers son milieu. De nombreuses branches n'ont qu'une réplétion fragmentaire.

Une volumineuse anastomose par les branches auriculaires, permet l'injection partielle du réseau droit qui, opacifié dans un second temps, montre des altérations également importantes.

On emploie, actuellement, les ondes courtes.

Cette méthode est contre-indiquée chez les personnes âgées (plus de 70 ans), les cachectiques, les insuffisants cardiaques et l'angor fébrile. Nous l'avons, cependant, employée chez une personne de 75 ans, sans inconvénients ni succès évident: une simple accalmie<sup>1</sup>.

4) *La diathermie* est encore à ses débuts.

1. Cette malade a succombé dernièrement à un infarctus du myocarde V. G. — L.

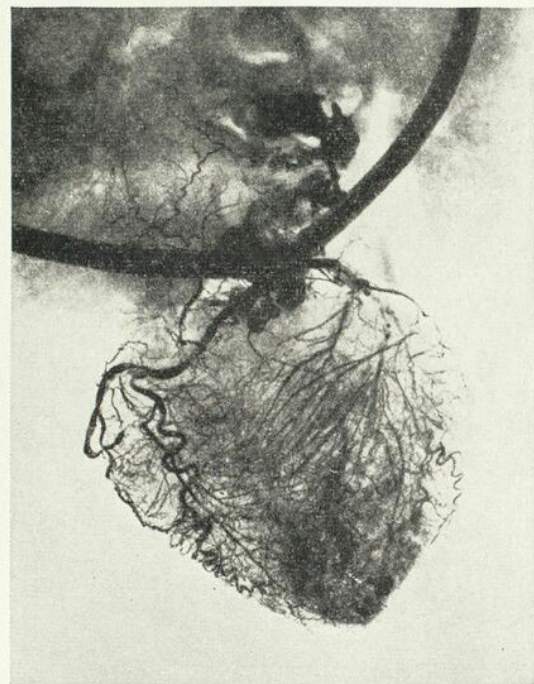


FIG. 25

Femme, 73 ans, présente depuis une semaine de violentes douleurs thoraciques constrictives apparues brusquement; dernière crise plus violente avec collapsus, chute tensionnelle et mort.

La palpation de l'épicarde comme la radiographie de la pièce non injectée permet de suivre les principaux troncs coronaires qui sont calcifiés sur toute leur longueur.

L'injection poussée dans la coronaire gauche ne progresse pas, celle-ci étant complètement oblitérée près de son orifice. Par la coronaire droite, on opacifie d'abord les deux principaux troncs droits très altérés (sinueux, irréguliers, à contours crénelés, filiformes), puis un abondant réseau de fines anastomoses dirigées perpendiculairement au grand axe du cœur, toutes filiformes, irrégulières, se continuant avec plusieurs segments des troncs coronariens gauches.

Nous les avons employés avec succès dans un cas d'artérite des membres inférieurs avec claudication intermittente.

6) *La théobromine* provoquerait la dilatation des coronaires; on la prescrit habituellement à la dose de 0.50 centig. trois fois par jour. On peut y associer le Br. ou le gardénal contre la céphalée.

7) *Benzoate de benzyle* en solution alcoolique à 20% à la dose de 20 à 40 gouttes trois à quatre fois par jour, associé ou non au cratagus.

8) *La Papavérine* est d'un usage courant à la dose de 5 centig. trois fois en 24 heures.

9) *Le Belladonal* à la dose de 2 à 3 comprimés par jour peut être utile.

10) *L'acétylcholine* est d'un usage courant en ampoules de 0.05, 0.10 à 0.20 centig. par jour durant 8 à 10 jours.

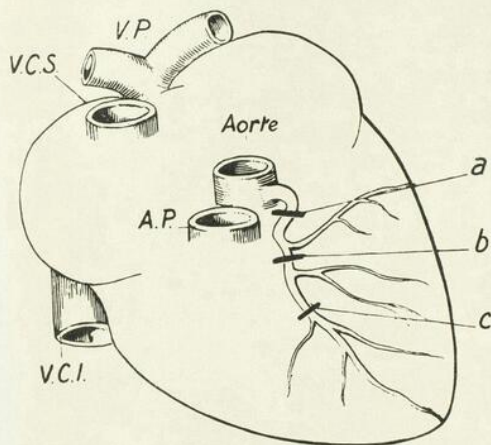


FIG. 26<sup>1</sup>

Distribution schématique de la coronaire antérieure (gauche). Les lettres *a, b, c*, indiquent les trois niveaux différents de nos ligatures:

- a) ligature au niveau du tronc même de la coronaire gauche;
- b) ligature de la branche descendante au-dessous de la branche circonflexe, mais avant le départ de la première collatérale importante;
- c) en-dessous de cette première collatérale.

11) *L'insuline* a été préconisée dernièrement. Elle agirait sur le métabolisme des hydrates de carbone et de la cholestérine et exercerait une influence trophique sur les parois artérielles.

12) *Le silicate de soude* agirait « en vertu d'une hypothèse d'après laquelle un déficit de

silice dans l'organisme faciliterait les dépôts de calcium » (Lian). On la prescrit à la dose de 1 à 3 grammes par jour.

Solution sirupeuse de silicate  
de soude . . . . . 30 grammes  
Eau distillée . . . . . 500 c.c.

Une cuillerée à soupe au début des repas pendant un mois, suspendre 15 jours, puis reprendre.

#### Prescriptions générales

Si, à tout cela, nous ajoutons quelques conseils généraux concernant la diète et l'exercice, nous aurons complété l'étude synoptique du syndrome de l'angor coronarien.

Un individu souffrant d'angine doit, autant que possible, suivre les directives suivantes:

Ne jamais se hâter.

Manger peu et prendre un repos après les repas.

Eviter les émotions — les veilles prolongées.

Supprimer le tabac, l'alcool, le thé et le café.

Restreindre la viande.

Se méfier des grandes quantités d'eau glacée.

Consommer les légumes et les fruits.

Les œufs sont permis.

Telles sont les prescriptions diététiques générales indispensables en pareil cas.

#### IV. Traitement chirurgical

La chirurgie ne s'est pas désintéressée de cette question si angoissante du traitement des coronarites et de la thrombose coronarienne.

L'on connaît, sans qu'il soit nécessaire d'insister, les *interventions pratiquées sur le sympathique et le ganglion étoilé*. Ces opérations se proposent surtout de faire disparaître ou tout au moins d'atténuer la douleur angineuse; elles auraient, par ailleurs, le mérite, en provoquant une vasodilatation coronarienne, d'augmenter le débit coronarien et de favoriser une meilleure irrigation du cœur. Le professeur Urgel Gariépy a déjà publié des travaux importants sur cette question.

Le but que recherchent certaines autres opérations plus récentes et encore à l'étude est

1. Les deux figures 26 et 27 nous ont été fournies par le Dr Mercier-Fauteux, dont nous connaissons les belles recherches expérimentales sur les chiens en vue du traitement chirurgical de l'angine de poitrine. — L.

## CONSULTATION MÉDICALE

---

### Traitement de l'infarctus du myocarde

---

Le traitement de l'infarctus du myocarde consiste essentiellement dans le repos au lit prolongé et dans l'administration de médicaments ayant pour but de calmer la douleur, de diminuer l'ischémie du myocarde et de lutter contre le collapsus.

I. *La théophylline.* — Parmi les vaso-dilatateurs coronariens, une place de choix revient à la *théophylline* dont il existe à l'heure actuelle plusieurs préparations dans le commerce. On utilise tantôt la théophylline-éthylène-diamine tantôt la théophylline calcique. La théophylline est considérée à l'heure actuelle par beaucoup d'auteurs comme le médicament de choix de l'infarctus du myocarde. Expérimentalement FOWLER, HUREWITZ et SMITH ont constaté que la théophylline-éthylène-diamine injectée par voie intra-veineuse diminuait dans de fortes proportions la zone de pâleur produite par la ligature de l'artère interventriculaire antérieure. Ch. LAUBRY, E. SOULIÉ et P. LAUBRY ont répété ces expériences, mais en leur ajoutant le contrôle électro-cardiographique : ils ont ainsi constaté que les modifications des tracés électriques produites par la ligature artérielle, si elles diminuent rapidement après l'injection, se reproduisent avec une égale rapidité. L'action du médicament serait donc toute transitoire. De plus on peut voir survenir dans les mêmes circonstances expérimentales divers troubles du rythme tels qu'extrasytols, tachycardie ventriculaire et même fibrillation ventriculaire mortelle. Il apparaît donc à la lumière de ces expériences que les injections intra-veineuses de théophylline dans l'infarctus du myocarde, ne sont peut-être pas complètement dépourvues de danger. Néanmoins, elles ont été largement employées à l'étranger dans le traitement de l'infarctus du myocarde et ont été considérées comme donnant des résultats favorables. Il semble indiqué de se tenir pour la voie veineuse aux doses faibles ou moyennes de théophylline (0,05 à 0,20) et de pousser l'injection avec une grande lenteur, au besoin en goutte à goutte intra-veineux. On pourra également employer la voie intra-musculaire, la voie digestive (comprimés, suppositoires).

II. *La rechloruration.* — On a signalé aussi cette année les heureux effets de la *rechloruration* dans certains cas d'infarctus myocardique. A. TAMCHES rapporte deux observations dans lesquelles l'état général, très gravement touché, se rétablit avec rapidité sous l'influence du sérum chloruré hypertonique intra-veineux. F. RATHERY, S. BACHMAN et H.-P. KLORTZ, dans un cas avec hypochloré-

mie plasmatique et globulaire, ont obtenu par l'emploi de sérum physiologique sous-cutané et intra-rectal une nette amélioration de l'état général avec relèvement de la pression artérielle et reprise de la diurèse. Le sérum salé semble particulièrement à conseiller lorsque l'infarctus se complique de vomissements abondants. Mais il n'est pas impossible qu'il ait aussi une action directe sur les lésions artérielles comme le donneraient à penser les bons résultats obtenus par SILBERT dans les artérites des membres inférieurs et par EINBERG dans certains angors coronariens.

III. *Oxygénothérapie*. — Un dernier mode de traitement de l'infarctus du myocarde, très employé en Amérique, consiste dans le repos au lit *en milieu suroxygéné*. On peut appliquer en France ce traitement avec l'appareillage de L. BINET et M. BOCHET. Le malade est placé sous une tente-cabriolet (RAINAL, constructeur) alimentée en oxygène et munie d'un dispositif de condensation et de refroidissement. L'air contenu sous la tente contient 40 à 60 % d'oxygène. La température est maintenue entre 17 et 20°. Le degré hygrométrique est de 55 à 70 %. Cet appareillage peut être aisément adapté au lit du patient.

Nous signalerons aussi la belle étude clinique de l'oxygénothérapie dans les pneumopathies et l'appareillage simple que viennent de faire deux médecins de la Marine, HEDERER et ANDRÉ. Les masques d'une étanchéité absolue, type LEGENDRE et NICLOUX, étant mal supportés, ils ont fait construire un petit masque métallique (SPENGLER, constructeur) à base ovalaire s'appliquant sur le nez et la bouche et ne réalisant pas une étanchéité parfaite. Ainsi le malade respire une atmosphère contenant 60 % d'oxygène. L'inhalation doit être à peu près continue, n'étant interrompue que quelques minutes de temps en temps.

Pour les malades qui supportent mal l'application d'un masque, rappelons que LIAN et NAVARRE ont réalisé le pneumo-oxygénateur (DRAPIER constructeur) : tube en aluminium avec deux soupapes constituées par une simple rondelle de caoutchouc maintenue en son milieu par un fil métallique. Le tube est relié, d'une part, à un ballon plat en communication avec un tube à oxygène comprimé, d'autre part, à un tube de caoutchouc se terminant par une pièce ovalaire à placer entre les gencives et les lèvres. Le malade respire l'oxygène pur par la bouche et l'air par le nez, on peut obturer une narine avec un tampon d'ouate imbibé d'eau et de glycérine à parties égales.

C. LIAN et J. FACQUET.

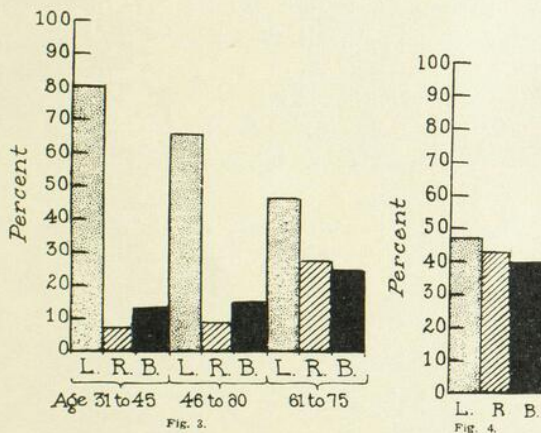
(*L'Année Médicale Pratique*, 1938.)

encore plus séduisant: « chercher à créer artificiellement une meilleure irrigation myocardique par apport de sang provenant de tissus voisins ou éloignés » (Fauteux).

Beck, en 1935, à la suite de travaux de chirurgie expérimentale sur le chien, propose et pratique sur l'homme une greffe musculaire dans le but d'établir « des ponts vasculaires » entre ce greffon et le myocarde.

O'Shaughnessy, en 1937, partant de la même idée, du même principe, utilise comme greffe le grand épiploon qu'il considère plus favorable à la formation de nouveaux vaisseaux que le tissu musculaire.

Enfin, chez nous, Mercier-Fauteux, en 1937, à la Société de Physiologie de Montréal, rapportait le résultat de ses expériences sur le chien dans le but de créer une meilleure irrigation du cœur. Pour lui, il ne serait pas nécessaire d'apporter au myocarde un apport sanguin extra-cardiaque, les coronaires pou-



Fréquence de l'obstruction artérielle.

L = coronaire gauche R = coronaire droite  
B = les deux coronaires

vant fournir le sang indispensable au bon fonctionnement du cœur. Le cœur ne souffrirait pas d'une ischémie dans un sens de manque de volume de sang, mais d'ischémie par trouble de distribution homogène du sang coronarien. Afin de corriger ce vice de distribution, il agit sur le facteur tensionnel de la circulation coronarienne. Ses résultats expérimentaux sont très encourageants et laissent entrevoir de grandes possibilités thérapeutiques.

S'attaquer à de tels problèmes par un acte chirurgical n'est sûrement par un labeur facile et nous devons marquer notre reconnaissance et notre encouragement à ces hommes qui ne craignent pas d'entreprendre au laboratoire des travaux aussi ardu. Puisse leur effort nous apporter une solution heureuse à cette question si actuelle du traitement de l'angine de poitrine, des coronarites et de la thrombose coronarienne! Le docteur Mercier-Fauteux poursuit ses travaux, pour lesquels il a déjà reçu un prix, après concours<sup>1</sup>. Nous comptons sur le perfectionnement de sa méthode pour l'appliquer à l'homme aussitôt que les circonstances le permettront.

BIBLIOGRAPHIE

A. CLERC: *Problèmes actuels de pathologie médicale*, 3e série.  
 A. CLERC et P. Noël DESCHAMPS: « La Pathologie de l'oblitération coronarienne et ses bases anatomo-physiologiques. » *Presse Médicale*, 1924, n° 78, p. 777.  
 A. CLERC: « Angine de poitrine et théorie coronarienne » (avec critique de la lettre de Rougnon). *Presse Médicale*, 1927, n° 38.  
 « Discussion de la communication Donzelot. » *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 1928, p. 179.  
 « L'obstruction coronarienne aiguë. » *Journal Médical Français*, t. XIX, n° 2, fév. 1930.  
*Les Arythmies en clinique*. Masson et Cie, éditeurs.  
 DANIELOPOLU: *Angine de poitrine*. Edit. Masson, 1924 et 1927 (avec bibliographie).  
 « Sur le traitement chirurgical de l'angine de poitrine. » *Soc. Nat. de Chir.*, Paris, 21 mars 1931, LVII, n° 10.  
*Résultats du Trait. chirurg. de l'Angine de poitrine*, 1 vol., 1932, Bucarest, imprim. Cultura.  
 « Sur la Physiologie du ganglion étoilé » (avec J. Mareu et G. G. Proca). *Arch. Mal. Cœur*, décembre 1929.  
 DONZELOT: « Trois cas de guérison clinique d'infarctus du myocarde. » *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 1928, p. 179.  
 L. GALLAVARDIN: *Les angines de poitrine*. Edit. Masson, 1925 (avec bibliographie).  
 « Accès angineux à forme syncopale. » *Lyon Médic.*, 25 janv. 1931, p. 3.  
 « L'angine de poitrine coronarienne non syphilitique. » Cinq observations nouvelles avec autopsie. *Lyon Méd.*, 17 janv. 1932, p. 57.  
 « Angine de poitrine coronarienne syphilitique. »

1. Le prix Charbonneau, juin 1937.

- Sept observations nouvelles avec autopsie. *Lyon Méd.*, 21 fév. 1932, p. 217.
- « De l'absence de lésions coronariennes dans l'angine de poitrine des cardiopathies valvulaires endocardiques. » *Revue Méd. Franç.*, avril 1932, p. 339.
- GALLAVARDIN et GRAVIER: « Formes cliniques de l'infarctus du myocarde. » *Annales de Médecine*, 1926, t. XX, p. 161.
- E. GERAUDEL: *Le mécanisme du cœur et ses anomalies*. 1 vol. 1928.
- HUCHARD: *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte*. Edit. Doin, t. II, 1899.
- LERICHE: « Comment se pose le problème du traitement chirurgical de l'angine de poitrine. » *Bull. et Mém. Société de Chirurgie*, 21 mars 1931, t. LVII, n° 10.
- LERICHE et FONTAINE: « Les résultats actuels du traitement chirurgical de l'angine de poitrine. » *Journal de Chirurgie*, t. XXXVIII, n° 6, déc. 1931.
- LIAN: *L'angine de poitrine: formes cliniques. Traitement médical et chirurgical*. Avec Blondel, Hubert, Marchal et Welti. 1932. Masson, édit.
- « Le diagnostic clinique de l'infarctus du myocarde. » *La Médecine*, mars 1921, p. 450.
- « Maladies du cœur. » T. IV du *Traité de Pathologie médicale Sergent*, 1ère édition, 1921, Maloine, édit.
- « Des bons effets de la diathermie dans la claudication intermittente. » (En collaboration avec Descoust.) *Presse Médicale*, 22 oct. 1934, p. 833.
- « L'électrothérapie dans les maladies du cœur et des vaisseaux. » (En collaboration avec Descoust.) *Journal Médical Français*, fév. 1925, p. 52.
- « La forme angineuse de la colique hépatique. » (En collaboration avec Weissenbach et Parturier.) *Presse Médicale*, 29 nov. 1924, n° 96, p. 945.
- « Les accidents cardiaques de la lithiase biliaire et des cholécystites non calculeuses. » *La Médecine*, mars 1925, p. 428.
- « L'atypie ventriculaire en électrocardiographie. » (En collaboration avec Viau et Vidrasco.) *Annales de Médecine*, t. XXVI, n° 1, juin 1929.
- « Importance de l'atypie ventriculaire électrocardiographique dans le diagnostic, le pronostic et le traitement des syndromes myocardiques sans troubles du rythme. » *Presse Médicale*, n° 29, 9 avril 1930.
- LIBMAN: *Med. Record*, 1919, p. 521. *Amer. Heart Journ.*, 1927, t. II, p. 321.
- LUTEMBACHER: « Valeur pronostique d'une chute rapide de la pression artérielle dans l'angine de poitrine. » *Presse Médicale*, 1921, p. 16.
- Structure des muscles striés*. 1 vol. 1928.
- C. PEZZI, DEFRISE et G. AGOSTINI: « L'onde en dôme coronarienne de Smith et Pardee, chez le chien. » *Archives des Maladies du Cœur et des Vaisseaux*, décembre 1937.
- VAQUEZ: *Les Arythmies*. 1 vol. 1911. Chez Baillières et fils, Paris.
- P.-D. WHITE: *Heart Disease*. Edit. MacMillan Co., New-York, 1931 (avec bibliographie).

**Note.** Toutes ces photographies ont été prises à l'atelier de l'hôpital Notre-Dame, dirigé par la Révérende Sœur Moreau. Nous l'en remercions. — L.

# GASTROSCOPIE <sup>1</sup>

Par **J.-Alfred MOUSSEAU, F.R.C.P. (Canada)**,  
Professeur agrégé de l'Université de Montréal,  
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Après que Wolf et Schindler, tous deux allemands, eurent, à la suite de leurs travaux d'intime et longue collaboration, livré au monde médical, en 1932, un gastroscope que sa flexibilité et le jeu perfectionné de ses lentilles rendaient supérieur à tous les précédents, des travaux nombreux et importants furent publiés dans lesquels, après avoir rendu un juste hommage aux inventeurs, on exposa successivement l'historique de la gastroscopie, l'évolution de son perfectionnement technique, depuis l'époque éloignée où en fut conçu le principe jusqu'à aujourd'hui, ses indications comme ses contre-indications. On signala les rapports intimes de la radiologie et de la gastroscopie et le secours que leur action combinée est en mesure de rendre pour le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac.

Dans ce travail, je m'inspirerai donc nécessairement de tous ceux qui, depuis six ans, ont contribué par leurs écrits à en vulgariser la connaissance et l'emploi. Je ne ferai que répéter, sous une autre forme, ce qu'on en a dit d'abord en Allemagne, ensuite en France et aux Etats-Unis. Je voudrais traiter cette question aussi brièvement que possible et n'en considérer que les aspects les plus importants pour le praticien.

Comme cette méthode d'investigation n'est utilisée que par les spécialistes des hôpitaux, il serait fastidieux d'entrer dans les détails de la technique opératoire. Un film <sup>2</sup> que j'ai tourné spécialement dans l'intention de faire connaître aux praticiens cette technique et les bienfaits de cette méthode de recherches,

montrera en même temps, et mieux que des mots, la facilité de la technique opératoire. A l'aide de quelques observations personnelles recueillies dans notre service de gastro-entérologie de l'hôpital Notre-Dame, j'essaierai, à la fin de ce travail, de faire voir les précieux avantages que la gastroscopie, associée à la radiologie, est en mesure de fournir pour l'assurance du diagnostic et la conduite du traitement.

## Historique

C'est à Desormeaux, un français, que nous devons le principe de l'endoscopie. Dès 1853, il imagina un appareil tout à fait rudimentaire qui lui permit d'examiner l'intérieur du rectum, de l'urètre, de la vessie et de l'utérus.

Comme il arrive souvent aux inventeurs d'un principe de technique, il ne put jamais en voir l'application pratique. Son idée, toutefois, n'avait pas été vaine, puisque plus tard, en Allemagne, ensuite en Amérique, sous figure de méthode nouvelle, réapparut l'application des anciens procédés de Desormeaux que l'on chercha à perfectionner. Les progrès de l'électricité, associés à ceux de la physique, dans le domaine de l'optique, devaient conduire à l'abandon rapide des appareils à vision directe constitués par des tubes rigides ou semi-rigides éclairés par des ampoules très éclairantes et qui servaient à l'examen des viscères tubulaires tels que l'œsophage, le rectum, l'anse sigmoïde. L'estomac, organe cavitaire, réclamait pour être examiné, un appareil à vision indirecte, par système prismatique, pouvant donner une visibilité angulaire de 50° à 90° et pouvant être utilisé dans un but de diagnostic.

Avant d'en arriver à ce stage de perfectionnement de la technique instrumentale, plusieurs auteurs accomplirent des recherches qui ne furent pas inutiles. Dès 1868 Kussmaul,

1. Communication présentée au XVe Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, Ottawa-Hull, septembre 1938.

2. Ce film a été tourné par l'auteur à l'hôpital Notre-Dame, assisté de son collègue le docteur R. Rolland, et présenté au Congrès.

avec un tuyau de métal, éclairé par réflexion, selon le principe de Desormeaux, accomplit sa première gastroscopie chez un avaleur de sabres; mais il trouva que la distance de la bouche à l'estomac était trop grande pour obtenir une illumination suffisante, aussi abandonna-t-il complètement cette méthode de procéder. Avec Mikulicz, en 1881, commence la seconde période du développement de la gastroscopie. Ce dernier empruntant les idées de Nitze et de Leiter, quant au principe de l'optique dont ils s'étaient servi pour la construction de leur premier gastroscope, construisit le premier gastroscope fermé qu'on put vraiment utiliser avec quelque avantage; mais, pour des raisons de technique instrumentale, Mikulicz abandonna son œuvre, n'ayant pas été très heureux dans ses premières expériences; ses travaux cependant ont marqué un pas dans l'histoire de la gastroscopie.

Je ne fais que citer les noms de Lœning-Stieda qui, en 1908, construisit un gastroscope dont la partie distale était flexible et avec lequel il obtint certains résultats pratiques. Des tubes gastroscopiques non rigides ou articulés (Susmann, Hoffman, Van der Reiss) furent expérimentés qui ne firent que donner l'avantage au gastroscope rigide. En 1911, Elsner construisit un gastroscope rigide qui est resté le modèle de tous les instruments jusqu'en 1932. Entre temps, de 1911 à 1920, il y eut une période d'arrêt dans le développement de la technique gastroscopique. La grande guerre, en paralysant pour un temps l'effort des chercheurs, n'avait cependant pas détourné l'attention des médecins de cette passionnante question de l'endoscopie gastrique.

Rendons hommage à un munichois, Schindler, d'avoir repris et poursuivi jusqu'au succès définitif l'étude de la technique instrumentale. Pendant la guerre, intéressé davantage par les malades si nombreux du tube digestif, il était resté frappé du nombre considérable de ces malades, des femmes en particulier, pour lesquels l'examen clinique

complet ne permettait de diagnostiquer que des troubles fonctionnels. Il s'était demandé si, sur un nombre aussi grand de dyspepsies, il n'y avait pas plus souvent, à la base de ces troubles, des lésions organiques. Mais comment contrôler ces faits?

C'est alors qu'il se rappela qu'avant la guerre des efforts avaient été tentés pour l'examen endoscopique de l'estomac. Il relut tout ce qu'on avait pu écrire sur la question. Il releva qu'en 1911, Elsner avait publié une monographie sur la gastroscopie dans laquelle était décrit tout le côté technique de la gastroscopie mais où, par contre, était grandement négligé le côté clinique.

Pour contrôler ses propres examens cliniques où jusque là, les troubles hystériques avaient tenu une si grande place, Schindler reprit le gastroscope d'Elsner resté dans l'ombre et l'oubli depuis une dizaine d'années. Il fut surpris des résultats appréciables qu'on pouvait en obtenir. C'est ainsi qu'il put apercevoir la muqueuse gastrique, l'action du pylore et l'image frappante d'un carcinome de l'estomac. Pendant dix ans, Schindler, poursuivant ses recherches de contrôle à l'aide du gastroscope rigide d'Elsner, ne fut pas sans s'apercevoir des lacunes de cet instrument dont l'objectif se souillait trop facilement au cours de l'examen. Mais la grande question qui tourmentait Schindler résidait surtout dans le fait que cet instrument rigide avec lequel on obtenait, il est vrai, certains résultats pratiques n'en restait pas moins un instrument difficile à introduire et qui apeurait les malades. Schindler construisit donc en 1922 un nouveau modèle de gastroscope, rigide encore cette fois, mais qui l'emportait sur celui d'Elsner par certaines modifications importantes qui lui permirent d'accomplir en très peu de temps, plus de 400 gastroscopies. Ainsi commença de disparaître chez les malades, la crainte de l'instrument en même temps que se répandit dans la public médical et les hôpitaux, l'écho des précieux avantages du nouvel instrument. Ce nouvel instrument, quelque perfectionné qu'il fut, n'en faisait pas

moins courir au malade certains accidents possibles: sa rigidité pouvait entraîner la rupture de l'œsophage; dans 10% des cas on ne pouvait passer à travers la portion diaphragmatique de l'œsophage. Enfin, et pour une raison de grande valeur, même avec cet instrument relativement perfectionné, il n'était pas possible de l'introduire assez loin dans l'estomac pour que l'opérateur pût voir le pli angulaire, l'antré et le pylore, régions importantes des localisations lésionnelles.

Dans ces conditions apparaissait clairement la nécessité d'abandonner le gastroscope rigide et d'en construire un autre qui fût flexible. C'est en 1928 que Schindler prit cette décision. Il avait toujours pensé que si cet instrument pouvait au moins posséder dans son extrémité distale une partie flexible longue d'environ 3 à 4 centimètres, il serait ensuite possible d'obvier aux difficultés précédentes et d'apercevoir à cette distance les parties les plus importantes de la cavité gastrique. Sa pensée devait le conduire encore plus loin, mais il fallait pour cela s'assurer la participation d'un physicien en optique. Il trouva dans la personne de G. Wolf, de Berlin, un dévoué collaborateur. Après avoir, tous les deux, considéré à maintes reprises les idées émises par leurs devanciers Kelling et Haufmann, sur le mode de construction des gastroscopes flexibles, ils finirent par découvrir qu'il était possible de voir à travers un tube flexible et courbé d'au moins trente degrés, à l'aide de lentilles d'une très courte distance focale. Ce principe avait déjà été reconnu par Gœrz durant la guerre, mais n'avait pas été publié. Leur premier gastroscope était flexible dans toute sa longueur; mais ceci exigeait pour son maniement de grandes précautions et l'exposait à se briser plus facilement. Une *certaine rigidité, associée à une flexibilité relative*, était donc nécessaire pour faciliter l'introduction de l'instrument dans l'estomac.

C'est après quatre années de collaboration intime que Wolf et Schindler en arrivèrent à assurer le succès de leur glorieuse entreprise.

Ils firent la démonstration de cet instrument à la Société Médicale de Munich, le 6 juillet 1932. Depuis, comme le dit Schindler dans son dernier volume, publié à Chicago en 1937, sur la gastroscopie, dont un exemplaire nous fut gracieusement offert lors de notre passage dans cette ville en juin 1937, la gastroscopie est devenue un mode d'investigation sûr, non dangereux, peu coûteux et indispensable pour assurer le diagnostic des maladies de l'estomac.

\* \* \*

Un clinicien de renom, comme Schindler, qui a utilisé avantageusement les Rayons-X pour le diagnostic des maladies de l'estomac et qui, en même temps, a travaillé avec tant de ténacité à perfectionner la technique instrumentale de la gastroscopie, espérait-il trouver dans cette dernière méthode d'examen direct de l'estomac un procédé supérieur aux Rayons-X? Non. Mais il a considéré, comme beaucoup d'autres endoscopistes, que ce moyen de contrôle doit être employé tout aussi fréquemment que l'examen radiologique, et ne pas constituer un procédé d'exploration exceptionnelle, mais un moyen pratique et important de diagnostic.

La radiologie et la gastroscopie sont appelées à se rendre des secours réciproques; ce ne sont pas des procédés concurrents, l'un ne supprime pas l'autre, ne fait pas double emploi mais le complète; et c'est ainsi qu'on ne doit jamais pratiquer une gastroscopie sans qu'au préalable ne soit fait un examen radiologique. On se rend compte par là de la perméabilité de l'œsophage qu'il serait téméraire et dangereux de traverser d'emblée. L'examen radiologique fournit ensuite des renseignements que la gastroscopie peut confirmer ou infirmer suivant le cas.

\* \* \*

Deux affections fréquentes de l'estomac pour le diagnostic desquelles l'examen gastroscopique est d'un appoint considérable, furent étudiées, la première lors du premier Congrès International de Gastro-entérologie,

tenu à Bruxelles en août 1935 (les gastrites), la seconde au deuxième Congrès International tenu à Paris en 1937 (le cancer d'estomac: son diagnostic précoce).

En mettant ces questions à l'ordre du jour ces Congrès successifs ont consacré officiellement la gastroscopie. Trop souvent, avant la découverte du gastroscope flexible, on a porté sans preuves à l'appui le diagnostic de gastrite. Inversement, le diagnostic de troubles fonctionnels de l'estomac a été porté alors que les lésions organiques en étaient la cause.

Depuis qu'il est possible d'inspecter directement la muqueuse gastrique le diagnostic des gastrites et de leurs différentes variétés a été porté sans qu'on puisse mettre en doute la valeur de ce diagnostic. Il en est ainsi du cancer de l'estomac. La valeur incontestable de ce procédé nouveau d'investigation devrait écarter le scepticisme qui règne peut-être encore dans l'esprit du médecin. Je voudrais, en me limitant aux seules altérations majeures de l'estomac, résumer brièvement les idées de ceux qui ont pris part à la discussion de ces deux questions, et montrer les avantages incontestables de la gastroscopie pour le diagnostic.

\* \* \*

Les rapporteurs sur la question des gastrites n'ont fait, il est vrai, que toucher superficiellement la question, personne n'ayant été chargé spécialement de faire une étude des gastrites au point de vue gastroscopique. Eux-mêmes n'ont fait que résumer, en les condensant, les résultats obtenus par les gastroscopistes. Sans vouloir diminuer en quoi que ce soit la valeur de l'effort radiologique, Moutier, rapporteur sur la question des gastrites au point de vue anatomo-pathologique, n'en a pas moins soutenu que la difficulté était grande d'établir un diagnostic anatomique des gastrites d'après les seules données radiologiques. Cette opinion est confirmée par H. H. Berg dans son rapport radiologique, lorsqu'il affirme que la majeure partie des formes de gastrites reconnaissables histologiquement, échappent au contrôle de la radio-

logie « chaque modification du calibre des plis, seule, n'est pas à considérer comme une preuve d'altération gastrique. L'examen radiologique des altérations gastritiques prend de la valeur et obtient d'emblée une valeur diagnostique anatomique certaine quand les altérations de relief de l'estomac gastritique sont rigides, déformées, allant jusqu'à l'épaississement plastique ».

« Si, dit plus loin Moutier, l'examen radiologique montre une disposition normale des plis de la muqueuse, c'est au contrôle gastroscopique et à lui seul, que l'on doit de pouvoir interpréter ces images radiologiques, car, avec des plis normaux peuvent se rencontrer toutes les lésions possibles, hypertrophiques ou atrophiques, soit parce que le relief des accidents mammelonnés se trouve trop faible pour être enregistré par le film, soit parce que le relief est masqué par ces épais dépôts muqueux dont l'abondance atteint généralement son maximum au niveau des sillons. Si, d'autre part, on constate par l'examen radiologique un relief anormal de la muqueuse on ne peut tirer aucune conclusion, car l'étalement des plis, la profondeur des sillons peuvent dépendre du tonus, du remplissage ou de la distension de l'estomac ». Et Moutier conclut avec Henning en disant: « la radiographie est un procédé d'examen de la muqueuse gastrique qui ne permet régulièrement ni d'affirmer un diagnostic de gastrite ni d'en préciser la nature. Ce sont là les opinions de deux des rapporteurs sur la question des gastrites. »

Si maintenant nous consultons les travaux de ceux qui ont apporté leur contribution à la discussion de cette question des gastrites au point de vue radio-gastroscopique, voici ce que MM. Bonadies et S. Attili (Rome) rapportent après avoir montré, dans une étude comparative sur les plis de la muqueuse gastrique, ce que la gastroscopie et la radiologie sont à même de fournir. Leurs conclusions établissent que l'examen radiologique ne peut donner que peu de chose, étant donné l'aspect si différent des images, tandis que l'examen endoscopique peut nous permettre

un diagnostic exact soit dans l'interprétation des plis gastriques soit dans les cas de gastrite atrophique.

Dans l'*ulcère gastrique*, l'endoscopie peut aller au delà de la radiologie pour les cas favorables qui permettent la vision de l'ulcère, son extension, ses contours; mais, par contre, la radiologie devient d'indiscutable valeur dans certaines localisations d'ulcères, masqués par du mucus ou encore obstrués par suite de l'irritation de la muqueuse qui peut fermer l'ulcère en « en sac à tabac » et le cacher au gastroscopie; de même dans l'ulcus duodénal, l'endoscopie ne peut donner que des données indirectes et nullement décisives.

L'étude gastroscopique des *tumeurs* a fourni à ces auteurs des renseignements qui, plusieurs fois, se sont montrés inférieurs à ceux que peut offrir la radiographie. Dans les syndromes douteux, l'union des deux examens, endoscopique et radiologique, est toujours nécessaire et fructueux; de même lorsqu'il s'agit d'indiquer ou non l'opportunité d'une intervention chirurgicale et de déterminer son extension, ces deux méthodes combinées fournissent des données de la plus grande importance et en général décisives.

Avant l'ère gastroscopique il eut été téméraire d'oser parler de *gastropathies allergiques*.

René Chevalier, de Lyon, rapporte quatre observations « d'œdème antral fugace », diagnostic vérifié à la faveur des nouvelles méthodes gastroscopiques. « De caractère essentiellement fugace, dit-il, cet œdème antral ne peut être observé avec netteté qu'en pleine crise gastralgique chez les petits insuffisants hépatiques à système neuro-végétatif dérégulé. Comme il s'agit d'un véritable œdème localisé à l'antra pylorique et à ses piliers, mais d'un œdème à éclipse, l'étude radiologique en devient difficile. Cependant, on a pu rencontrer sur des clichés en séries, certains aspects anormaux, comme certaines images spongieuses, et même franchement lacunaires de la région antro-pylorique: expression radiologique d'un œdème angio-neurotique fugace limité à l'an-

tre et au musculus sphincter antri. Cet œdème antral fugace représente actuellement, grâce à l'endoscopie, le type le mieux individualisé de ces gastropathies allergiques, de ces allergogastries. »

Georges Scheiner, de Prague, a pu suivre pendant quatre années, grâce à la gastroscopie, l'évolution d'une *gastrite érosive*, cause d'hématémèses répétées.

La gastroscopie avait d'abord révélé une érosion unique localisée à la partie antrale de l'estomac, érosion sur la paroi antérieure près de la petite courbure, et qui avait échappé aux autres méthodes d'investigation. Un peu plus tard, plis de muqueuse hypertrophiés en certains endroits, érosion longitudinale de couleur rouge vif et saignante et en dehors de ces formations, de nombreuses hémorragies pointillées: autant de témoins de l'évolution d'une gastrite érosive et qui guérit sans laisser aucune altération du point de vue gastroscopique. Ceci confirme à nouveau l'importance de la gastroscopie dans les cas où les autres méthodes d'investigation ont échoué.

Dans un travail important sur le diagnostic des gastrites, par l'examen comparatif des trois méthodes, endoscopique, radiologique et chimique, trépied diagnostic des gastrites, Milos Netousek (Tchécoslovaquie) étudie 35 cas de gastrites chroniques. Le relief radiologique était intact dans 23% des cas. Ceci indique, une fois de plus, le pourcentage élevé de *cas de gastrites qui échappent au diagnostic radiologique* et que peut découvrir un examen gastroscopique bien conduit. Les conclusions de tous ces auteurs viennent donc souligner de façon indubitable l'importance primordiale de la gastroscopie, combinée à la radiologie pour le diagnostic certain des gastrites et de leurs différentes variétés. C'est elle qui a entièrement transformé les notions que nous possédions sur les gastrites parce qu'elle permet de voir directement les lésions, d'en mesurer l'étendue, de suivre leur évolution et d'appliquer la thérapeutique requise.

\* \* \*

Le deuxième Congrès International de Gastro-entérologie, tenu à Paris en 1937, avait

mis à l'étude la question délicate *du diagnostic précoce du cancer de l'estomac*.

Ceux qui furent chargés (Gosset et Pierre Duval) de résumer les conclusions des rapporteurs sur cette question, étudiée à des points de vue divers, ont à leur tour apporté des conclusions générales qui traduisent bien leur réelle déception en face des minces résultats obtenus, soit par la clinique, soit par la biochimie, soit par les méthodes d'examen direct: anatomie pathologique, gastroscopie, laparatomie exploratrice. Par contre, ces auteurs ont pu enregistrer de très notables progrès dans les résultats fournis par la combinaison de l'examen clinique et radiologique. Donc, pour ces auteurs, la clef du diagnostic ne peut consister que dans la répétition systématique des examens clinique et radiologique et la comparaison minutieuse de leurs résultats. La gastroscopie n'aurait donc rien apporté d'appréciable, d'après eux, pour le diagnostic du cancer de l'estomac. Voyons, cependant, les opinions de quelques autres auteurs qui ont à leur crédit, une grande expérience dans l'interprétation de la lésion cancéreuse au **début**.

Henning, rapporte Moutier, admettait que la gastroscopie peut se montrer utile, mais que la radiologie lui est supérieure. Schindler, au contraire, tient la gastroscopie pour supérieure à la radiographie et insiste, dans ses derniers travaux, sur les erreurs liées à l'étude des plis; il soutient que les cas cliniquement susceptibles d'être un cancer au début, tout comme les maladies précancéreuses telles que gastrites atrophiques ou polyposes, pourvu qu'ils soient systématiquement soumis à l'examen gastroscopique, peuvent tirer de ce dernier examen des indications précieuses pour orienter le diagnostic vers le cancer.

Résumant son étude gastroscopique du cancer, François Moutier, après avoir montré la nécessité de distinguer formellement l'aspect et l'évolution du cancer sur le corps de l'estomac et sur la région antro-pylorique, soutient qu'au niveau de cette dernière région on peut rencontrer des « lésions très jeunes » et que cette recherche endoscopique du cancer au

début doit être poursuivie selon une méthode et un plan stricts. « Au niveau de l'antra, poursuit-il, les lésions précoces les plus intéressantes se présentent sous forme de polype isolé, de plaques squirrhueuses d'aspect linitique ou de plis à nodosités espacées. Comme le cancer n'apparaît plus en cours d'évolution avec les mêmes caractères macroscopiques qu'au tout début, il convient de soumettre à des examens endoscopiques sériés toute lésion suspecte. »

R. Schindler, de Chicago, et Wilmer Wirts, Jr., de Philadelphie, dans leur communication à ce deuxième Congrès, sur le diagnostic précoce du cancer de l'estomac au point de vue gastroscopique, après avoir montré que l'intervention même précoce pour tumeurs gastriques malignes ne peut être nullement effective et que la grosseur de la tumeur, par ailleurs, n'a rien à voir dans le pronostic post-opératoire, ajoutent que la question de localisation de la tumeur soit sur l'antra ou sur le corps de l'estomac ne doit pas déterminer le degré de gravité de ces lésions, mais que l'aspect macroscopique, partant gastroscopique, d'un carcinome, renseigne davantage sur le pronostic. Aussi, s'appuyant sur une subdivision adoptée par Borrmann, finissent-ils par distinguer quatre types gastroscopiques: 1° le type polypoïde, opérable; 2° le type non infiltré; 3° le type infiltré; 4° le type infiltré diffus: ces deux derniers types étant de pronostic mauvais, tandis que les deux premiers seraient d'un excellent ou tout au moins d'un bon pronostic. Démontrant plus loin qu'un examen radiologique négatif n'est pas une preuve d'absence tumorale, et qu'un examen radiologique positif peut encore recevoir de l'endoscopie des renseignements capables de déterminer le type de la tumeur et sa possibilité d'opérabilité, ils concluent à la supériorité de la gastroscopie sur la radiologie. Ces auteurs rapportent un cas des plus démonstratifs à l'appui de leurs prétentions gastroscopiques et démontrent quel guide puissant représente la gastroscopie pour la limitation de l'exérèse chirurgicale, réduisant d'autant par là la mortalité post-opératoire.

René Chevalier, de Lyon, a aussi apporté une précieuse collaboration à l'étude du diagnostic précoce du cancer de l'estomac par la gastroscopie, en nous démontrant combien cette dernière méthode d'investigation gastrique pouvait révéler des états pathologiques spéciaux de la muqueuse qui n'avaient reçu jusqu'ici aucune signification de malignité et qui déterminaient pourtant le stade initial d'une lésion cancéreuse. Le syndrome endoscopique qu'il décrit, et qui semble objecter les stades initiaux de certaines néoplasies, est constitué par un état cartonné « leuco atropho-amixique » de la région envahie. Quatre fois cette lésion trouvée par la gastroscopie intéressait la zone antro-pylorique, une seule fois la petite courbure fundique. Ce syndrome n'a jamais été vu en dehors du cancer qui s'est toujours développé dans des délais plus ou moins longs et là où il avait été dûment constaté. Comme faits capitaux, il signale que cette rigidité pariétale s'affirme beaucoup plus précocement à l'examen gastroscopique qu'à l'examen radiographique: la rigidité paraissant totale à l'endoscopie alors que le péristaltisme paraît encore normal à l'examen radiologique.

La décoloration de la muqueuse est particulièrement nette dans la région antrale où elle revêt l'aspect d'une plage exangue. La muqueuse gastrique ayant perdu son velouté ne présente plus aucun pli et fait penser à un processus atrophique, cette atrophie spéciale de la muqueuse confiant au cancer, diffère de celle des anémies graves, celles-ci ne présentant aucune rigidité pariétale.

Autre élément du syndrome: la muqueuse est sèche (amyxie). Ceci constitue un signe de très grande valeur et ne s'observe qu'au stade initial de dégénérescence cancéreuse. Plus tard, l'amyxie fait place à l'hypermyxie classique du néoplasme ulcéré et bourgeonnant et secondairement infecté. Autre fait important, cette sécheresse de la muqueuse n'a jamais été vue chez les syphilitiques. Ne répondant à aucune forme de syphilis gastrique, cet état de la muqueuse chez un syphilitique doit attirer l'attention et faire penser à un cancer au début. L'auteur en décrivant cet intéressant

syndrome, révéla seulement par la gastroscopie, et qui traduit indubitablement les aspects initiaux de la dégénérescence cancéreuse, apporte à l'étude du diagnostic précoce du cancer, par la gastroscopie, une collaboration des plus précieuses qui devra servir dans l'avenir.

Toujours à propos de cette même question du diagnostic précoce du cancer, le Dr Georges Rosanoff, de Nice, reconnaissant la défaillance de la clinique pour le dépistage précoce du cancer gastrique, se demande ce que l'on peut attendre des épreuves complémentaires représentées par la radiographie et la gastroscopie. Il rappelle que René Gutmann démontre, à l'aide d'une magnifique mais effroyable collection de clichés, une multitude d'aspects radiologiques déconcertants qui entraînent l'erreur fatale par défaut de bonne interprétation.

Alors qu'attendre de la gastroscopie? Bien que les causes d'erreur soient encore nombreuses parce que « l'œil gastroscopique » s'acquiert lentement, le diagnostic de cancer, même quand la clinique et la radiologie n'ont encore rien apporté de probant, peut être posé par la gastroscopie; elle reste en cas de doute une épreuve complémentaire de choix; elle permet de surprendre à son stade gastroscopique un cancer encore imperceptible au stade radiologique.

E. B. Freeman (Baltimore) reconnaît la supériorité de la gastroscopie dans les cas où de toutes petites lésions au début sont impossibles à déceler par la radiologie; mais pour cela, plus d'un examen gastroscopique est nécessaire et pourvu qu'on répète ces examens à des intervalles réguliers sur un laps de temps s'étendant sur plusieurs semaines ou mois, à ces conditions seulement il sera possible d'accorder à la gastroscopie un élément de supériorité sur la radiologie. Quoiqu'il en soit, la radiologie et la gastroscopie constituent les deux meilleures méthodes d'examen de l'heure présente et l'une ne doit pas être employée sans l'autre.

\* \* \*

Je viens d'exposer, en regard des conclusions générales émises par Gosset et Pierre Duval, celles de quelques auteurs importants

qui ont participé à la discussion sur la question du diagnostic précoce du cancer de l'estomac. Je l'ai fait à dessein, afin que soient également connues les impressions de médecins compétents qui, dans des études comparatives, gastroscopiques et radiologiques, ont pu eux aussi, voir, comparer et juger de la valeur respective des deux plus récentes méthodes d'investigation gastrique.

Sur la question des gastrites on peut dire qu'il y a unanimité presque complète d'opinion. Sur la question du cancer, les opinions sont partagées: les uns, tenant pour la supériorité exclusive de la radiologie, les autres croyant à une plus grande facilité de diagnostiquer par la gastroscopie de façon précoce, un cancer d'estomac. Il faut respecter les opinions des uns et des autres. Un champ immense d'expériences s'ouvre encore aux chercheurs. On peut dire que l'œil gastroscopique n'est jamais le même pour chacun. Il faudra attendre encore longtemps pour que se fasse sur une seule et même zone gastrique à examiner une unanimité d'opinions.

\* \* \*

Nous venons de considérer des opinions contradictoires exprimées par divers auteurs, de différents pays, sur la valeur respective de l'examen gastroscopique et radiologique pour le diagnostic des gastrites et du cancer de l'estomac.

Je ne dirai qu'un mot d'une autre question et qui prend chaque jour une importance de plus en plus grande: *c'est celle des bouches de gastro-entérostomie.*

A l'avenir le chirurgien devra consulter davantage le gastroscopiste s'il veut se renseigner sur la nature des troubles qui surviennent chez les gastro-entérostomisés.

Chez un malade qui vient de subir une gastro-entérostomie pour lésion ulcéreuse de l'estomac, il arrive que des symptômes douloureux apparaissent dans les jours ou les semaines qui suivent l'opération. L'ensemble des symptômes cliniques incite le chirurgien à penser soit à une péri-gastrite, soit à une gas-

trite ou, selon l'allure des crises douloureuses, à un ulcus peptique. Or, si, dans ce cas, la radiologie permet d'affirmer que la bouche gastro-intestinale fonctionne mal ou qu'il existe un ulcus peptique, ce qui souvent est très difficile à affirmer, elle est par contre incapable de donner des renseignements précis sur l'état de la muqueuse gastrique, en l'occurrence la gastrite. Et la gastrite post-opératoire est plus fréquente que l'ulcère peptique, dont la symptomatologie se confond aisément avec celle de la gastrite. L'examen gastroscopique, supérieur, dans ces cas, à la radiologie renseignera avec précision sur l'état de la muqueuse gastrique et sur l'aspect de la bouche gastro-intestinale, évitant de ce fait une réintervention inutile et que remplacera très avantageusement un traitement uniquement médical. En même temps, par la gastroscopie, on pourra apprécier la physionomie de l'ancien ulcère qui avait motivé l'intervention, déceler un ulcus peptique passé inaperçu à l'examen radiologique, et même découvrir des ulcères nouveaux; car, il ne faut pas l'oublier, la maladie ulcéreuse est susceptible de récidiver souvent et l'opération ne l'enraye pas toujours à tout jamais.

Je voudrais maintenant, à l'aide de quelques observations cliniques personnelles, appuyées de la radiologie et de la gastroscopie, essayer de montrer les secours réciproques que peuvent se rendre ces trois méthodes d'examen pour la précision du diagnostic en gastro-entérologie.

### Observations <sup>1</sup>

#### Observation 1

- D. C. — Ulcère gastro-pylorique.
- D. R. — Ptose. Région pré-pylorique mal remplie, de forme variable et toujours irrégulière.
- I. G. — Gastrite hypertrophique antrale.

1. Explication des abréviations: D. C. — Diagnostic clinique. D. R. — Diagnostic radiologique. I. G. — Impression gastroscopique.

Ces observations sont ici résumées, tant au point de vue clinique, radiologique que gastroscopique.

**Observation 2**

- D. C. — Ptose gastrique opérée par méthode de Lambret.  
 D. R. — Ptose gastro-intestinale.  
 I. G. — Polype de la région antrale. Trace d'un ancien ulcère pré-pylorique.

**Observation 3**

- D. C. — Néoplasme probable du pylore.  
 D. R. — Estomac long, bas et peu tonique. Pylore net. Estomac se vide rapidement. Cadre duodénal peu grand, mais pas déformé.  
 I. G. — Absence de néoplasme. Gastrite hypertrophique antrale légère.

**Observation 4**

- D. C. — Ulcus peptique chez un gastro-entérostomisé.  
 D. R. — Rétrécissement probable de la bouche de gastro-entérostomie.  
 I. G. — Absence d'ulcus peptique. La bouche gastro-intestinale fonctionne normalement. On remarque contraction lente du pylore.

**Observation 5**

- D. C. — Gastrorragie d'origine crypto-génétique.  
 D. R. — Altération légère du sommet du bulbe.  
 I. G. — Polypose gastrique.

**Observation 6**

- D. C. — Néoplasme probable du pylore.  
 D. R. — Soupçon de lésions organiques dans la région pyloro-bulbaire. Paroi gastrique normale jusqu'à cette région.  
 I. G. — Gastrite atrophyque de la région antrale de nature suspecte. Possibilité de dégénérescence cancéreuse.

**Observation 7**

- D. C. — Récidive d'ulcère chez ancien opéré par suture.

D. R. — Aspect anormal de la région pylorique; adhérences?

- I. G. — Polype de la région antrale avec long pédicule, en battant de cloche; trace de cicatrices répondant au genre d'opération subie.

**Observation 8**

- D. C. — Neurasthénie, troubles fonctionnels de l'estomac.  
 D. R. — Estomac de grande capacité mais se vidant normalement.  
 I. G. — Estomac d'apparence normale.

**Observation 9**

- D. C. — Tabès gastrique.  
 D. R. — Estomac orthotonique. Pylore net. Bulbe non déformé. Duodénum normal.  
 I. G. — Gastrite hypertrophique érosive chez un spécifique.

**Observation 10**

- D. C. — Ulcère duodénal (hématémèse légère).  
 D. R. — Estomac long, bas placé. Parois normales. Bulbe et duodénum normaux.  
 I. G. — Gastrite hypertrophique chronique.

**Observation 11**

- D. C. — Néo probable du pylore.  
 D. R. — Antre pylorique suspect.  
 I. G. — Gastrosopie impossible: l'anesthésie œsophagienne déclenche des troubles nerveux chez un névropathe très impressionnable. Pontocaïne et codéine peuvent être responsables des accidents nerveux. A l'opération, néoplasme de la région pylorique confirmant l'impression clinique.

**Observation 12**

- D. C. — Névrose gastrique d'origine colitique.  
 D. R. — Spasme colique gauche. Dilatation côlon droit. Dolicho du transverse.  
 I. G. — Estomac normal.

**Observation 13**

- D. C. — Ulcère pyloro-duodénal.
- D. R. — Région pyloro-bulbaire étroite. Pylore invisible. L'opération confirme le diagnostic clinique, mais les suites post-opératoires font penser à l'existence d'un ulcus peptique, (gastro-jéjunite post-opératoire).
- I. G. — Bouche de G. E. d'aspect normal. Absence d'ulcus peptique. Pylore atrésié. Pointe de suture en évidence.

**Observation 14**

- D. C. — Ulcère pyloro-bulbaire.
- D. R. — Bulbe invisible. Evacuation lente.
- I. G. — Gastrosco-pie possible, malgré contre-indication (parkinsonisme, prognatisme, cyphose cervico-dorsale). Preuve qu'une gastroscopie peut être tentée, grâce au gastroscopie flexible; ce qui paraît impossible parfois. Ici, les contractions des parois gastriques sur l'objectif empêchent toute vision.

**Observation 15**

- D. C. — Ulcus peptique, gastro-jéjunite.
- D. R. — La G. E. paraît très mal fonctionner.
- I. G. — Bouche de gastro-entérostomie, de grandeur suffisante pour assurer bon fonctionnement, mais placée peut-être dans partie moins délicate pour assurer bon vidage d'estomac. Aucun aspect de gastro-jéjunite; bords de la bouche de G.E. normaux.

**Observation 16**

- D. C. — Troubles fonctionnels gastriques. Gastro-névrose.
- D. R. — Estomac normal, ptose notable du côlon.
- I. G. — Gastrite chronique superficielle.

**Observation 17**

- D. C. — Néo probable de l'estomac.
- D. R. — Aspect suspect de l'antra.
- I. G. — Gastrite hypertrophique antrale. Absence de néoplasme gastrique.
- Diag. post-opér: absence de néoplasme gastrique, mais on trouve un cancer du pancréas adhérent à l'estomac.

**Observation 18**

- Revue de l'estomac précédent.
- I. G. — Mêmes impressions: gastrite hypertrophique antrale.

**Observation 19**

- D. C. — Ulcus gastrique. Hématémèse considérable ayant nécessité transfusion.
- D. R. — Image lacunaire de la région antrale.
- I. G. — Lésions néoplasiques probables de la région antro-pylorique. Aspect noirâtre de la muqueuse ressemblant à du bifteck grillé.

**Observation 20**

- D. C. — Gastrite infectieuse d'origine dentaire.
- D. R. — Ptose gastrique et tendance à l'atonie.
- I. G. — Aspect normal de la muqueuse gastrique.

**Observation 21**

- Revue de l'observation 20.
- I. G. — Mêmes constatations gastroscopiques.

**Observation 22**

- D. C. — (Revue du No 13). Gastro-entérostomisé: gastro-jéjunite.
- I. G. — Gastrite superficielle: muqueuse très rouge; absence d'ulcère, mais gastro-jéjunite superficielle.

**Observation 23**

- D. C. — Déséquilibre vago-sympathique. Gastro-névrose.
- D. R. — Absence de lésions organiques.
- I. G. — Estomac normal. Gastro-névrose?

**Observation 24**

- D. C. — Ulcus gastrique avec ptose. Syndrome endocrinien associé.
- D. R. — Ptose gastrique prononcée. Evacuation très lente de l'estomac et de l'intestin.
- I. G. — Gastrite atrophique.

\* \* \*

**Conclusions**

Nous avons examiné, en tout, vingt-quatre malades présentant des troubles digestifs de caractères variés. Pour chacun de ces malades, un examen radiologique a été fait. La question est de savoir si la clinique, aidée de la seule radiologie, eut été en mesure de donner des renseignements précis sur la nature des lésions rencontrées.

Nos conclusions gastroscopiques, pour aussi sincères qu'elles puissent être, démontrent que, dans la plupart des cas, la clinique, aidée de la seule radiologie, ne peut arriver à des conclusions précises qu'avec le secours de la gastroscopie.

Est-ce à dire que la radiologie remplit un rôle secondaire? non. Et, si dans bien des cas, les signes radiologiques sont incapables d'apporter toute la précision nécessaire, ils contribuent, néanmoins, à guider l'œil du gastro-

scopiste sur les régions des anomalies radiographiques et facilitent en définitive le diagnostic final.

Dans d'autres cas où la clinique pouvait prétendre par elle seule préciser la nature des lésions, des renseignements d'ordre radiologiques, et gastroscopiques, n'ont fait que confirmer les données cliniques.

Par ailleurs, il est arrivé que la clinique et la radiologie associées ont été dans l'incapacité absolue de préciser un diagnostic:

Une symptomatologie quelque peu équivoque peut bien parfois légitimer certaines impressions cliniques; on attend alors de la radiologie une réponse confirmative; mais, seule, la gastroscopie peut mettre en évidence une lésion que rien, jusque là, ne laissait soupçonner. C'est ce qu'on pourrait appeler l'interdépendance clinico-radio-gastroscopique.

On a dit, avec beaucoup de raison, qu'il ne fallait pas comparer la clinique au laboratoire. Sous peine de ne rien comprendre aux problèmes de gastro-entérologie, il ne faudrait jamais opposer les uns aux autres, les examens cliniques, radiologiques et gastroscopiques. Associés, ils constituent un trépied indispensable sur lequel doit s'appuyer désormais le gastro-entérologiste soucieux d'arriver toujours plus près de la vérité.

# REVUE GÉNÉRALE

## INDICATIONS DE LA CÉSARIENNE BASSE OU SEGMENTAIRE <sup>1</sup>

Par Arthur MAGNAN,

Professeur agrégé à l'Université de Montréal,  
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Quelles sont les indications de la césarienne basse ou segmentaire?

Pour répondre à cette question, il convient d'envisager le double point de vue de la mortalité et de la morbidité maternelles et fœtales.

Ainsi que nous l'avons énoncé plus haut, les promoteurs de l'opération césarienne ont eu d'abord pour objectif de sauver la vie de l'enfant, soit au moment où la mère était mourante, soit après la mort de celle-ci. Mais de nos jours, cette opération prend une importance primordiale, car elle envisage non seulement la survie de la mère aussi bien que celle de l'enfant, mais elle a aussi pour but de permettre à la mère d'enfanter, sans l'hypothéquer de séquelles qui empoisonneront le reste de son existence.

Les indications de la césarienne se sont multipliées depuis une vingtaine d'années, ce qui est partiellement dû à l'apparition de la césarienne basse; il est évident que la mortalité et la morbidité sont en régression constante depuis que cette intervention est pratiquée par des chirurgiens expérimentés.

N'oublions pas, cependant, un autre facteur non moins essentiel que l'habileté de l'opérateur et sa connaissance parfaite des techniques: nous voulons parler des qualités de jugement et de discernement qui doivent dicter la décision opportune, au moment d'un accouchement compliqué.

Passons donc en revue les différentes indications connues, auxquelles nous ajouterons

quelques opinions et commentaires, inspirés par notre propre expérience dans ce domaine.

Il est maintenant classique de diviser les indications de la césarienne en deux grandes catégories:

- I. *Les indications absolues.*
- II. *Les indications relatives.*

### I. Les indications absolues

Il est d'ores et déjà admis que la césarienne, basse ou haute, est nécessaire lorsque le fœtus, mort ou vivant, macéré ou non, ne peut pas passer par les voies naturelles, c'est-à-dire la voie vaginale.

Cependant, l'objectif de la grossesse étant la naissance d'un fœtus *vivant*, un grand nombre d'auteurs considèrent comme indication absolue tous les cas où il est impossible d'extraire le fœtus *vivant* par les voies naturelles.

Il n'est guère permis, dans le cadre nécessairement limité de ce travail, de traiter en détail, des indications absolues. De par leur évidence même, elles n'offrent d'ailleurs qu'un intérêt bien médiocre. Nous rangeons dans cette catégorie tous les bassins dont le rétrécissement ou les déformations sont tels qu'il est impossible d'accoucher sans causer des lésions graves, souvent destructives pour la mère comme pour l'enfant. Ces malformations sont généralement reconnues au cours de la grossesse et, dès lors, l'indication opératoire devient formelle.

Nous parlerons plus loin du choix du type opératoire dans les indications absolues, c'est-à-dire de l'opportunité de pratiquer la césarienne classique, segmentaire ou vaginale dans chaque cas. Nous essaierons également de pré-

1. Extrait de la thèse d'agrégation du docteur Magnan à la chaire de gynécologie de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

eiser la valeur propre de chacune de ces interventions.

## II. Les indications relatives

De nos jours, on pratique une césarienne dans la plupart des cas où l'indication est simplement relative. L'indication est relative lorsqu'il y a des possibilités d'extraire le fœtus par les voies naturelles, bien qu'il y ait des dangers pour la mère et pour l'enfant, à tenter un accouchement normal.

Ces indications relatives ont donné lieu à de vives discussions et à de non moins vives critiques.

Nous passerons en revue ces indications diverses, nous efforçant de n'en oublier aucune; nous formulerons ensuite une opinion personnelle aussi claire et précise que possible.

### LÉGERS RÉTRÉCISSEMENTS ET LÉGÈRES DÉFORMATIONS DU BASSIN

Nous faisons entrer dans cette catégorie tous les rétrécissements qui ne sont pas assez accentués pour rendre tout à fait impossible l'accouchement par la voie naturelle. Cependant, soit en raison de ces anomalies elles-mêmes, soit à cause de certains autres facteurs aggravant cet état de choses (gros fœtus, mauvaise présentation, etc.), il semble évident qu'une intervention abdominale offre plus de chances de survie pour la mère et pour l'enfant. Ces cas de déformation du bassin exigent une sûreté de jugement, une expérience et des connaissances obstétricales d'autant plus grandes que le degré en est plus ou moins marqué.

Dans cette catégorie entrent aussi les « bassins limites » (Bordeline pelvis). Nous citerons sur ce point la définition de B. Jacobs, qui a fait une étude spéciale de la question. « Un bassin limite, écrit-il, est celui chez lequel on peut joindre le promontoire au toucher, même s'il existe une certaine rigidité périnéale. »

Nous nous bornerons à cette définition générale — claire et judicieuse — sans nous attarder à diviser les « bassins limites » en dif-

férents groupes, ce qui entraînerait inutilement une étude détaillée des indications, pour chaque groupe particulier.

Dans ces cas d'anomalies légères et de bassins limites, on peut tenter l'épreuve du travail car — nous le verrons un peu plus loin — elle ne compromet pas l'hystérotomie ultérieure, si elle est faite basse.

### TUMEURS PRÆVIA

#### *Fibromes utérins.*

Les fibromes situés sur le corps utérin sont rarement considérés comme une cause de dystocie à titre de tumeurs prævia. Ils sont surtout des facteurs de présentations vicieuses qui rendent l'accouchement difficile ou dangereux.

Les fibromes du segment inférieur peuvent également entraîner des positions vicieuses. Ils peuvent être nuls comme obstacles à l'accouchement s'il se produit une ascension qui débloque le bassin; l'accouchement peut alors se pratiquer normalement. Sinon, l'hystérotomie s'impose par crainte de rupture utérine. D'après le type ou la localisation du fibrome, on choisira la césarienne haute ou basse.

Les fibromes du col, plus rares mais plus graves, sont une indication formelle de césarienne, car il ne se produit, dans ces cas, aucun phénomène d'ascension.

Dans tous les cas de tumeurs prævia, nous estimons dangereuse toute manœuvre telle que refoulement de la tumeur, version, forceps, etc. Il faut essayer l'épreuve du travail et, si la tumeur ne remonte pas, recourir sans hésiter à l'hystérotomie. La césarienne basse sera la méthode de choix, à cause de l'épreuve du travail. Elle sera suivie de myomectomie, si possible. Dans les cas contraires, pratiquer une hystérectomie.

#### *Kystes de l'ovaire.*

Les kystes intra-abdominaux, comme les fibromes du corps utérin, n'influencent l'accouchement qu'en autant qu'ils entraînent des positions vicieuses. Si les kystes sont à développement pelvien, ils sont toujours une cause

de dystocie; l'accouchement spontané ne se produit que si la tumeur est de petit volume ou si elle est susceptible d'être distendue, ce qui est rare. Ici encore il convient de s'abstenir de toute manœuvre. De plus, lorsque le diagnostic a été posé avant le début de tout travail, il n'y a nul intérêt, semble-t-il, à tenter l'épreuve du travail. A la fin de la grossesse ou au début du travail, lorsque le segment inférieur est bien formé, on pratique la césarienne supra-symphisaire, suivie d'extirpation de l'annexe correspondant au kyste de l'ovaire.

#### MALFORMATIONS UTÉRINES

La césarienne est rarement indiquée ici. Si la malformation est accentuée, la grossesse ne va généralement pas à terme: il se produit un avortement ou accouchement prématuré. L'utérus didelphe incomplet est plus apte à la fécondation et peut conduire une grossesse à terme. S'il entraîne une présentation vicieuse, il sera une indication d'accouchement prématuré et non de césarienne.

#### DYSTOCIES D'ORIGINE CERVICALE

Depuis longtemps, on préconise la césarienne dans certains cas de sténose ou de rigidité du col. L'apparition de la césarienne basse a permis d'envisager cette question sous un angle beaucoup plus étendu.

Il existe différents types de dystocie cervicale.

*L'élongation hypertrophique* est rarement une indication de césarienne. *Les œdèmes du col*, à la suite d'un travail prolongé, de l'irrégularité des douleurs ou de certains défauts ou retards d'accommodation, peuvent être une indication de césarienne. On sait tous les dangers que peuvent entraîner, dans ces cols malades, une dilatation artificielle et une application.

Les *fausses rigidités* cèdent généralement à un traitement médical approprié, après quoi l'accouchement se fait normalement. Dans les rigidités vraies et les rigidités cicatricielles, syphilitiques et néoplasiques, la césarienne basse semble donner les meilleurs résultats.

Les cicatrices consécutives à une amputation du col, les sténoses cicatricielles dues à des déchirures antérieures, les tissus fibreux constitués par des cautérisations, intempesitives exposent à des déchirures et à des lacérations graves qui mettent la vie du fœtus en danger et causent à la mère des lésions sérieuses, si l'enfant est accouché par les voies naturelles. Il en est de même des scléroses syphilitiques portant sur le col et envahissant le segment inférieur. Le *cancer du col*, s'il a déjà envahi la majeure partie du tissu, est justiciable de l'hystérotomie.

#### DYSTOCIES DANS LA PÉRIODE DU TRAVAIL

Les irrégularités et les dystocies du travail se présentent sous divers aspects qui ont suscité maintes polémiques. La lenteur ou l'arrêt du travail, les troubles de dilatation cervicale, les modifications de la contractilité utérine, soit par inertie, hypertonie, etc., sont en effet des accidents communs, qui exigent souvent une discussion thérapeutique où le jugement de l'accoucheur est mis à une rude épreuve.

La contraction de l'anneau de Bandl, souvent difficile à diagnostiquer, entre dans cette catégorie. Pendelton en a fait tout récemment une étude détaillée, dont voici les conclusions: « Je dois, dit-il, confesser une mortalité fœtale et maternelle sérieuse dans le traitement des contractions de l'anneau de Bandl par la version podalique; je recommande maintenant la césarienne basse. »

#### HÉMORRAGIE RÉTRO-PLACENTAIRE

D'après Pery et Anderodias, l'hémorragie rétro-placentaire est causée par une auto-intoxication gravidique, chez les multipares, et doit bénéficier largement de la césarienne basse. Cet accident comporte une mortalité fœtale de 95% (Forgeauld), 72% (Phaneuf) et une mortalité maternelle de 12% (Phaneuf).

Dans les cas bénins et diagnostiqués dès le début, la césarienne peut sauver l'enfant. Mais le plus souvent on trouve un fœtus mort et il faut songer à la mère. On doit alors rompre les membranes; si les contractions

sont rythmées et aboutissent à l'expulsion rapide du fœtus, l'utérus reste sain. D'autre part, si le muscle utérin est très affecté et l'épreuve du travail de nul effet, il faut évacuer l'utérus par la voie haute, avec ou sans conservation de ce dernier, suivant le cas. Dans les cas graves, recourir immédiatement à la césarienne basse, qui peut n'être alors que le premier temps d'une hystérectomie.

#### PROCIDENCE DU CORDON

« En dépit des progrès de l'art obstétrical », Brindeau accuse 25 à 30 pour cent de mortalité fœtale dans la procidence du cordon. En présence d'une telle complication, quelle conduite tenir? Si l'enfant est mort, on ne pratiquera aucune intervention, sauf indication spéciale. Si l'enfant est vivant et les membranes non rompues, c'est-à-dire s'il y a procubitus seulement, il convient d'attendre. Morphine et chloroforme sont indiqués. Si les membranes sont rompues et la dilatation incomplète, essayer la réduction; en cas d'échec, faire une césarienne basse. Si la dilatation est suffisante: version et forceps. S'il existe une ou plusieurs dystocias complexes, « la procidence rend absolues les indications relatives » (Brindeau).

#### PRÉSENTATION DE SIÈGE

Cette présentation ne constitue pas, à elle seule, une indication de césarienne basse. Elle entre toutefois dans la catégorie des indications relatives si d'autres dystocias viennent s'y ajouter.

Nous avons cru devoir adopter les vues d'Anderodias et de Pery, qui ont fait de cette question une étude approfondie.

La césarienne basse est indiquée:

a) Dans une présentation de siège avec bassin limité, où l'épreuve du travail serait nécessaire s'il y avait présentation de sommet;

b) Lorsqu'il y a dilatation insuffisante et un travail qui ne progresse pas;

c) En présence de tumeurs ou anomalies utérines ou vaginales;

d) En présence de gros enfants et, en particulier, dans les cas où un accouchement antérieur a entraîné la mort du fœtus;

e) Chez les primipares âgées.

#### PRÉSENTATION DE LA FACE ET DU FRONT

Ces présentations ne constituent pas, à elles seules, des dystocias: l'accouchement spontané est souvent de règle. Elles sont cependant considérées comme vicieuses parce que, non seulement elles prolongent le travail, mais elles sont susceptibles d'entraîner de l'infection, une rupture utérine et des lésions périnéales graves. Comme dans la présentation du sommet, l'épreuve du travail est ici le criterium le plus sûr. Si le fœtus est petit et le bassin très grand, l'accouchement pourra se pratiquer normalement. Mais si le fœtus est très gros et si la mère semble s'infecter, au cours du travail, la césarienne basse s'impose.

#### PRÉSENTATION TRANSVERSALE

C'est le cas type de la dystocie de présentation. La version est évidemment la manœuvre classique. Les indications de la césarienne, dans ces cas, rencontrent certaines limitations. La question a été résumée en ces termes, récemment, par Gueniot: « L'indication la plus fréquente ou la moins rare de la césarienne basse, dans la présentation de l'épaule, paraît avoir été dans la rétractation ou la contracture excessive de l'utérus, rendant impossible ou dangereuse la version ou l'embryotomie ».

Il est évident que lorsqu'à la présentation de l'épaule s'ajoutent d'autres phénomènes dystociques: infection amniotique, procidence du cordon, tumeur prævia, bassin limité, etc., la césarienne est de rigueur.

#### PLACENTA PRÆVIA

Nous possédons, sur cette question, une littérature volumineuse. Diverses opinions ont été émises et discutées, surtout depuis l'avènement de la césarienne basse. La question n'a toutefois pas reçu de solution définitive.

Cependant, que l'on soit partisan ou adversaire de l'intervention, dans ces cas, on ne saurait nier les tendances de plus en plus

marquées à recourir aux moyens chirurgicaux, pour le plus grand avantage de la mère et de l'enfant.

Avec Davis, de Chicago, et Irving, de Boston, nous sommes d'avis qu'avec l'avènement de la césarienne basse et la sécurité qu'elle comporte, le traitement du placenta prævia a fait un grand pas. Au Congrès français d'Obstétrique et de Gynécologie, en 1933, la question fut étudiée sous tous ses aspects, à la lumière des résultats enregistrés dans les grandes cliniques mondiales. La conclusion fut que dans les cas graves de placenta prævia, la césarienne basse est le traitement de choix. Aux Etats-Unis, le Dr Lee est partisan de la césarienne basse. Phaneuf prétend que toute hémorragie du placenta prævia, quelle qu'en soit la variété, est une indication de la césarienne. Le degré de l'hémorragie est plus important que la condition du col ou la variété du placenta. D'autres auteurs jugent des indications par l'état du col ou le degré de parité de la patiente. Un fait certain, c'est que la gravité de l'hémorragie est en proportion de son insertion sur le segment inférieur. Or, la césarienne basse pourvoit à ce danger: aussitôt que l'enfant est extrait, il se produit un léger écoulement sanguin, mais lorsque les sutures sont faites et les anneaux musculaires captés, le suintement s'arrête et les portes sont fermées à l'infection.

Citons, pour conclure, l'opinion de Beutner: « La césarienne basse, écrit-il, est actuellement la seule technique pour toutes les opérations césariennes pour placenta prævia ».

#### ECLAMPSIE

L'évacuation utérine par éclampsie a suscité beaucoup de discussions. Certains auteurs, comme Wagner et Furst, ont préconisé dans ces cas la césarienne basse. Massini a une mortalité nulle par ce procédé. D'autre part,

nombre d'accoucheurs obtiennent un résultat identique en faisant l'évacuation utérine par les voies naturelles. L'évacuation abdominale, si on décide d'y recourir, doit être pratiquée dès la première crise.

#### CÉSARIENNE ANTÉRIEURE

On croyait autrefois que si le premier accouchement avait nécessité une opération césarienne, il était de rigueur, dans les grossesses subséquentes, d'accoucher la même patiente par le même procédé. Des accouchements normaux avaient cependant été pratiqués, ultérieurement à des césariennes; mais il faut admettre que les ruptures utérines se produisaient assez fréquemment.

De nos jours, il arrive assez souvent qu'on réussisse un accouchement normal, après que la patiente a subi une première césarienne, et ceci presque sans danger de rupture utérine. Phaneuf rapporte dix-sept cas, sur une série de 784 opérations césariennes, où ses patientes ont accouché normalement par la suite: deux cas où il y eut trois accouchements normaux successifs; trois cas où il y en eut deux, et douze cas où il n'y en eut qu'un.

\* \* \*

Les indications de la césarienne basse se sont multipliées à un tel point, qu'une analyse de chaque cas ne saurait entrer dans les limites de ce travail. Citons les cardiopathies, les « gros enfants », les hématuries, les différentes toxémies, les tuberculoses, etc., toutes conditions susceptibles de présenter, selon le cas, des indications relatives de césarienne.

Ici encore le jugement du chirurgien est mis à l'épreuve, car il lui faut opter — parfois très rapidement — entre les risques d'une intervention chirurgicale et l'urgence d'arracher à la mort deux vies humaines.

## PETITE CLINIQUE

---

### UN CAS D'HÉPATITE SUPPURÉE CONSÉCUTIVE A UNE APPENDICITE AIGUË SUPPURÉE

Par **Pierre SMITH**,  
Chirurgien de l'hôpital Saint-Luc.

#### Observation.

Hôpital Saint-Luc, Dossier No 37234. M. G.-E. P., âgé de 22 ans, est transporté en ambulance à l'hôpital Saint-Luc le 13 décembre 1937. Admis dans le service de chirurgie on constate à son arrivée des douleurs vives dans la fosse iliaque droite; ces douleurs ont été ressenties pour la première fois il y a cinq jours; plus intenses à la marche et dans la station debout, elles sont atténuées dans la position assise et dans le décubitus dorsal; douleurs sans nausées ni vomissements, mais accompagnées d'un état fébrile marqué, de frissons, d'asthénie, de courbature. Pas de rétention gazeuse ou alvines. Les phénomènes douloureux furent à certains moments si intenses, qu'ils obligèrent le malade à se courber en deux, dans l'espoir d'en atténuer temporairement l'acuité. Aux dires du malade, ce fut l'unique et seule crise abdominale analogue dont il fut victime.

A l'examen objectif, nous constatons une défense musculaire abdominale douloureuse prédominante dans la fosse iliaque droite. Comme la fosse iliaque, le Douglas est douloureux et empâté. Le pouls est à 100, la température à 102°. L'infection paraissant toutefois bien localisée dans la fosse iliaque droite, nous différâmes l'intervention de six jours tout en vaccinant intensément le malade pendant ce temps.

Intervention chirurgicale le 20 décembre 1937, à l'anesthésie générale. Incision de MacBurney. Nous tombons sur une collection purulente abondante et enkystée, dont la coque s'ouvre en même temps que le péritoine. L'appendice non visible d'emblée n'est pas recherché et pour cause; nous conservons l'espoir

d'une appendicectomie ultérieure tardive dans des conditions moins dangereuses.

Drainage généreux aux mèches cigarettes caoutchoutées.

La température, qui n'avait pas dépassé 102° avant l'intervention, pointe au cours des deux premiers jours post-opératoires jusqu'à 104° F. (40° C.)

Toutefois les oscillations thermiques qui varient entre la normale et 100° les quinze jours suivants, tout en se maintenant cependant plus souvent et plus longtemps au voisinage de la norme, l'écoulement purulent se produisant normalement, l'état abdominal et général améliorés, laissent entrevoir un dénouement heureux. Mais, à partir du quinzième jour post-opératoire, les montées thermiques alarmantes se succèdent, se rapprochent, s'accroissent.

Simultanément l'état de l'opéré devient plus inquiétant: teint plombé, jaunâtre, sub-ictérique; sensations de pesanteur, de tension douloureuse dans l'hypochondre droit au niveau du foie, aggravées au cours des poussées fiévreuses.

Le malade cachectique, intoxiqué, meurt en hypothermie le trente-cinquième jour après l'opération.

L'autopsie révèle notamment: la présence de 200 c.c. de liquide rose pâle, libre dans la cavité péritonéale; une rate pesant 780 grammes; en arrière du cœcum, une petite cavité d'abcès, cavité mesurant 2 centimètres de diamètre où adhère l'extrémité distale de l'appendice; thrombose totale de la veine colique droite inférieure et thrombose partielle de la grande mésentérique, avec intégrité de la lumière de la veine porte; le foie pèse 3220

grammes; il est entièrement envahi de cavités purulentes et confluentes, d'abcès miliaires innombrables, d'abcès plus volumineux dont quelques-uns mesurent jusqu'à 4 centimètres de diamètre; le pus qu'ils contiennent est jaune verdâtre, épais; bref, le foie est une éponge énorme gorgée de pus.

### Commentaires

Les complications de l'appendicite aiguë suppurée, surtout quand l'appendicite n'a pu être opérée dans les premières heures de la crise, surtout si l'appendice n'a pu être enlevé au cours de l'intervention, sont variées, multiples et parfois redoutables.

Outre la péritonite appendiculaire menaçante, rappelons seulement les fistules pyostercorales intarissables spontanément si un calcul stercoral (ou tout autre corps étranger)

reste captif dans la cavité abdominale; les nécroses artérielles ou veineuses proches ou à distance, facteurs d'hémorragies des plus graves; les occlusions intestinales post-appendiculaires dont le traitement doit être judicieusement choisi suivant les modalités ou variétés de ces occlusions. Les phlébites et embolies à localisations parfois si inattendues; les pyohémies dont les métastases hépatiques semblent les plus fréquentes en raison du réseau veineux direct reliant le foyer appendiculaire au foie.

L'exposé du traitement de ces complications serait ici hors cadre. Leur prévention réside encore, redisons-le toujours, dans un diagnostic de la crise appendiculaire, diagnostic précoce suivi d'une intervention immédiate, dans les premières heures de la crise.

---

## MÉDECINE SOCIALE

### L'EFFORT ANTITUBERCULEUX DES PROVINCES DE L'OUEST CANADIEN

Par **Lasalle LABERGE,**

Directeur de la lutte antituberculeuse au Ministère de la Santé, Québec.

Depuis l'institution du premier sanatorium par Brehmer en 1859 et la pratique du pneumothorax par Forlanini en 1882, la plupart des pays civilisés se sont intéressés à la lutte contre le fléau de la tuberculose. Aux Etats-Unis, Trudeau ouvrait le premier sanatorium en 1885 et la première clinique antituberculeuse était établie à New-York en 1898. Le Canada ne tarda pas à s'intéresser à ce problème angoissant, et vers 1910 plusieurs villes du Dominion possédaient des cliniques gratuites pour le dépistage de la tuberculose.

Mais c'est surtout durant ces quinze dernières années que l'intensité de la lutte contre la tuberculose s'est développée, et si nous tenons compte des statistiques actuelles, nous pouvons constater qu'en général, Ontario et les provinces de l'Ouest ont fait plus de progrès dans ce domaine et sont arrivés à un meilleur résultat que les provinces de l'Est, Québec et les Maritimes.

Un séjour de quelques mois à Toronto et un voyage de quelques semaines dans les provinces de l'Ouest, m'ont permis d'étudier sur place l'organisation antituberculeuse de chacune de ces provinces. J'exposerai donc devant vous le programme de lutte antituberculeuse de chacune de ces provinces, et après un court exposé des résultats obtenus, je noterai quelques changements que nous devons apporter à notre programme de lutte antituberculeuse dans Québec, si nous voulons arriver au même résultat.

#### Ontario

(Population: 3,711,000)

La lutte contre la tuberculose dans la province d'Ontario est conduite par trois organi-

sations différentes. La première, le Département de la Santé publique de Toronto, opère sept dispensaires antituberculeux pour le diagnostic et la classification des tuberculeux de la ville. La seconde s'occupe de la tuberculose rurale au moyen des huit sanatoria de comtés, répandus dans les différents points de la province, et auxquels sont attachées des cliniques ambulantes de tuberculose. Enfin la troisième, la Division pour la Prévention de la tuberculose, établie en 1935, et relevant du Ministère de la Santé provincial, opère des cliniques ambulantes dans les centres dépourvus de moyens de diagnostic.

Le Département de la Santé publique de Toronto a des dispensaires antituberculeux dans la plupart de ses hôpitaux, et les cas ambulants de pneumothorax y reçoivent des insufflations. Un service social est attaché à chaque dispensaire, et les infirmières assistent aux cliniques en plus de faire les visites à domicile. Les tuberculeux de la ville sont envoyés aux sanatoria suivants: au Weston Sanatorium, près de Toronto, au Muskoka Hospital, à Gravenhurst, au Queen Alexandra Sanatorium, à London, et au Mountain Sanatorium, à Hamilton.

Les sanatoria de comtés, en plus de tenir une clinique quotidienne pour les malades du dehors, ont des cliniciens ambulants choisis parmi leur personnel médical qui tiennent des cliniques régulières dans les principaux centres de ces comtés.

En avril 1935, le gouvernement créa un organisme spécial connu sous le nom de Division pour la Prévention de la tuberculose. Le directeur de cette division et ses assistants

furent en même temps nommés inspecteurs des hôpitaux et des sanatoria. L'établissement de cette Division avait pour but les objectifs suivants:

- 1) Tenter de coordonner les efforts variés consacrés à la prévention de la tuberculose à travers la province.
- 2) Assister les officiers médicaux et les bureaux de santé locaux dans le contrôle de la tuberculose.
- 3) Coopérer avec les sanatoria, les hôpitaux et les dispensaires dans la solution de problèmes spéciaux.
- 4) Contrôler les activités des cliniques ambulantes de tuberculose.
- 5) Etudier les phases variées du problème tuberculeux.

Les cliniques ambulantes de cette Division sont localisées à Toronto, au parlement, à Belleville, à Fort Williams, à Ottawa, à North Bay et à Timmins, et elles visitent les principaux centres deux fois par année. Les malades sont adressés à la clinique par leurs médecins traitants, et les moins de trente ans reçoivent tous l'épreuve à la tuberculine. Tous les positifs sont radiographiés.

Pour amener le plus grand nombre de contacts possible à ces cliniques, un bureau spécial enregistre tous les décès, les positifs nouveaux, les malades admis dans les sanatoria, ceux qui en sont déchargés, afin de les surveiller, les noms de tous les contacts et enfin les noms des médecins traitants. Les bons résultats d'une telle organisation sont patents. De 125 par 100,000 de population qu'elle était en 1885, la mortalité par tuberculose a baissé jusqu'à 36.2 en 1935.

Bien que des données bien définies manquent pour établir une comparaison, les indications sont que la morbidité est réduite et que le nombre des personnes simplement infectées de tuberculose va en diminuant. Une analyse des résultats obtenus par l'épreuve à la tuberculine chez 3,014 élèves des écoles normales et des High Schools montrent que 30% seulement ont eu une réaction positive alors que 60% au moins auraient eu la même réaction il y a vingt ans.

Pour l'année 1936, Ontario a dépensé pour ses tuberculeux la somme de \$2,590,285. dont près d'un demi-million en allocations aux mères nécessiteuses. A la suite d'un rapport présenté par le directeur de la division de la tuberculose et établissant que dix pour cent à peine des tuberculeux pouvaient faire les frais d'une année de cure dans un sanatorium, la législature d'Ontario a voté l'hospitalisation gratuite dans la province depuis juillet 1938 et a approprié une somme de trois millions pour la lutte contre la tuberculose.

### Manitoba

(Population: 735,000)

Le Sanatorium Board of Manitoba s'occupe de toute l'organisation antituberculeuse de la province. Il a son siège à Winnipeg, au Central Tuberculosis Clinic, qui en outre d'être le principal centre de consultation de la ville, peut mettre à la disposition des malades une cinquantaine de lits pour les cas urgents, reçoit les pneumothorax ambulants pour ré-sufflations et fait la classification des tuberculeux. C'est aussi l'endroit où est localisé le Central Tuberculosis Registry où sont rapportés tous les décès, les positifs nouveaux, les cas déchargés des sanatoria et le nom des contacts familiaux. C'est aussi le centre d'organisation des cliniques ambulantes de tuberculose dans les principaux centres et dans les réserves indiennes.

D'autres cliniques à date fixe sont tenues à l'hôpital Royal Edward et à l'hôpital de Saint-Boniface. Le sanatorium principal est situé à Ninette, à 150 milles de Winnipeg et contient 250 lits. Ce sont des médecins attachés à ce sanatorium qui sont chargés des cliniques ambulantes, d'avril à novembre, et des cliniques mensuelles sont tenues dans les deux principaux centres, Brandon et Portage la Prairie. Un autre sanatorium situé à Saint-Vital, à 8 milles de Saint-Boniface comprend 220 lits, dont 50 sont réservés aux Indiens.

Tous les malades qui se présentent à la clinique sont adressés par leur médecin traitant, excepté parfois les contacts, et 43 infirmières faisant du service social dans la pro-

vince s'occupent de diriger les malades à la clinique. Un avis de clinique est envoyé aux médecins locaux trois semaines à l'avance. Tous les malades adressés à la clinique par les médecins sont radiographiés ainsi que tous les élèves des écoles normales et les étudiants qui réagissent positivement à la tuberculine. Deux médecins, une infirmière spéciale et deux techniciens sont en charge de la clinique et une centaine de radiographies peuvent être prises en une seule journée.

Une taxe spéciale imposée aux villes et aux municipalités permet au gouvernement du Manitoba de rencontrer toutes les dépenses occasionnées par la lutte antituberculeuse. Les recettes de la vente du Timbre de Noël défrayent les frais des cliniques ambulantes.

### Saskatchewan

(Population: 939,000)

Dans cette province, le centre de l'organisation antituberculeuse est situé au sanatorium de Fort Qu'Appelle, à 60 milles de la capitale, Régina. Il y a aussi de grands sanatoria au nord de la province, à Saskatoon et à Prince-Albert. Des cliniques sont tenues régulièrement dans ces trois sanatoria et dans les principaux centres, comme Régina. Dans les centres ruraux, les cliniques ambulantes attachées à chacun des sanatoria tiennent une clinique annuelle, et les patients sont envoyés chez les praticiens munis d'appareils à rayons X pour être radiographiés, sur la base de trois dollars par radiographie. Les pneumothorax ambulants sont réinsufflés par des praticiens sous la surveillance des cliniciens.

A Fort Qu'Appelle se trouve un sanatorium de 100 lits pour les Indiens tuberculeux, sous la direction du docteur Simes qui depuis quelques années distribue le B. C. G. parmi les enfants indiens. Fait intéressant à noter, la province de Saskatchewan est celle qui a le taux de mortalité par tuberculose le plus bas du Dominion, soit 22, l'hospitalisation y est gratuite, et sa proportion de lits par décès est la plus élevée, soit 2.53.

### Alberta

(Population: 778,000)

La province d'Alberta n'a qu'un seul sanatorium situé à huit milles de Calgary. et centre de toute l'organisation antituberculeuse de la province. Les hôpitaux de la capitale, Edmonton, ont une centaine de lits à la disposition des tuberculeux et des dispensaires gratuits fonctionnent dans les principaux centres. Des cliniques ambulantes sont aussi tenues dans les municipalités rurales et les malades adressés par les praticiens sont radiographiés dans les petits hôpitaux disséminés dans la province. Tous les films sont envoyés au sanatorium de Calgary pour être interprétés. Dans les régions éloignées de l'extrême nord, le clinicien est muni d'un appareil portatif et voyage par avion. L'hospitalisation est gratuite pour les tuberculeux dans l'Alberta.

### Colombie-Britannique

(Population: 751,000)

Le Vancouver General Hospital est le siège du Bureau de Santé et de la Division de la tuberculose de cette province. Seul centre de consultation pour la ville de Vancouver, un hôpital-sanatorium de 200 lits lui est attaché. Son directeur, le docteur Hatfield, est reconnu comme un maître en fait d'organisation. Centre de toutes les activités antituberculeuses de la province et de l'enregistrement de tous les malades, ce bureau comprend un personnel médical et clérical considérable. 50 infirmières sont chargées du service social dans la ville et 50 autres dans le reste de la province. En plus, des infirmières avec un entraînement spécial en tuberculose surveillent le travail des infirmières du service social.

Des centres de cliniques ambulantes sont localisés à différents points de la province, à Vancouver, Victoria, Neilson au nord et au sanatorium de Tranquille, près de Kamloops. C'est une infirmière technicienne qui prend les clichés et les développe. Tous les cas positifs à la tuberculine et tous les contacts sont radiographiés automatiquement. Tous les ma-

lades sont référés à la clinique par le médecin traitant. 25 médecins qui ont reçu un entraînement de deux semaines font les réinsufflations chez les pneumothorax ambulants, dans les centres éloignés des dispensaires. Une loi assez sévère oblige les médecins traitants à rapporter leurs nouveaux cas de tuberculose.

Le seul grand sanatorium est situé à Tranquille, à 250 milles à l'est de Vancouver, et contient 320 lits. En plus de son hôpital-sanatorium de 200 lits, Vancouver a un préventorium de 80 lits. Une cinquantaine de lits sont disponibles à Victoria.

La province a sur les bras un problème assez embarrassant avec les 40,000 Orientaux qui vivent dans les limites, la plupart sur la côte du Pacifique. Avec les Indiens au nombre de 25,000, ils contribuent environ 37% des tuberculeux. Sans ces races encore absolument réfractaires aux bienfaits de l'hygiène, la Colombie-Britannique aurait un taux de mortalité par tuberculose assez bas, soit 52, au lieu de 74.93, par 100,000 de population.

Une division de la silicose a récemment été créée pour l'examen obligatoire de tous les mineurs de la Colombie, et déjà les cliniques ambulantes en ont radiographié 4,000. Ces examens sont aux frais des compagnies minières.

#### La tuberculose au Canada par province et proportion des lits par rapport aux mortalités en 1936.

(taux pour 100,000 de population)

	Total des décès	Taux	Indiens exclus. Taux	Lits	Taux de lits par décès
Canada	6,763	61.40	55	8,504	1.25
Ile du P.-Edouard	61	66.30	65	60	.98
N.-Ecosse	485	90.31	89	541	1.11
N.-Brunswick	357	82.07	80	405	1.13
Québec	2,890	93.34	92	1,735	.66
Ontario	1,327	36.	33	3,205	2.41
Manitoba	420	59.07	37	678	1.6
Saskatchewan	279	29.97	22	707	2.53
Alberta	382	49.48	29	330	.86
C.-Britannique	562	74.93	52	651	1.15

Au début de mon travail, j'ai noté qu'Ontario et les provinces de l'Ouest présentaient un taux de mortalité par tuberculose bien

moins élevé que Québec et les Maritimes. Bien qu'elles ne représentent que 37 p. c. de la population, ces provinces contribuent 36 p. c. de toutes les mortalités. En excluant les Indiens, ces trois provinces contribuent 62 p. c. de l'ensemble des mortalités par tuberculose chez les blancs au Canada.

D'après la compilation des figures pour 1938, un certain nombre de lits ont été ajoutés dans les provinces suivantes: l'Ile du Prince-Edouard a maintenant 80 lits au lieu de 60; le Nouveau-Brunswick, 500 au lieu de 405; Québec, 2,400 au lieu de 1,735; Ontario, 3,500 au lieu de 3,205; et enfin l'Alberta, 390 au lieu de 330. Toutes les provinces, excepté Québec, ont maintenant au moins un lit par décès par tuberculose.

#### Résumé

Depuis une quinzaine d'années, toutes les provinces du Dominion font une lutte intense à la tuberculose. Ontario et les provinces de l'Ouest ont fourni un effort plus considérable que Québec et les Maritimes. Leurs taux de mortalité sont en général beaucoup plus bas, leur proportion de lits par décès est plus élevée, et dans trois de ces provinces, l'hospitalisation est gratuite. Presque tous les patients qui se présentent aux cliniques y sont dirigés par leurs médecins traitants, la plupart sont radiographiés, et la réaction à la tuberculine est pratiquée sur une grande échelle.

Pour arriver à baisser davantage son taux de mortalité par tuberculose, la province de Québec doit tendre tous ses efforts à obtenir une ségrégation plus complète de ses tuberculeux et mettre à leur portée un traitement approprié. La ségrégation complète dépend de la collaboration de tous les médecins praticiens de la province avec les différentes organisations antituberculeuses, parce que ce sont eux qui voient le plus de malades et qu'ils les voient les premiers. Pour le traitement, il est permis d'énoncer que dans Québec, pas plus de cinq pour cent des tuberculeux peuvent faire les frais d'une année de cure, et dans ces conditions, l'hospitalisation gratuite offrirait la seule solution possible à ce grave problème.

## 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

Henry J. TUMEN. — **L'iléite segmentaire.** "International Clinics", (juin 1938), p. 274.

L'iléite segmentaire, «regional ileitis» des Américains, fait figure d'entité clinique autonome depuis 1932 grâce aux travaux de Crohn, Guizkurg et Oppenheimer. Les auteurs rapportant alors quatorze cas, en firent un processus inflammatoire non spécifique, hypertrophique, ulcéreux et finalement sténosant confiné à l'iléon et surtout à son segment terminal. Nous en connaissons, actuellement, deux cents cas. Ajoutons ici que T. fait suivre son exposé d'une bibliographie imposante où l'on ne retrouve trace d'aucun travail français sur la question. L'iléite segmentaire, maladie autonome, ne semble pas, à l'heure actuelle, très étudiée en France. On l'a gratifiée aux Etats-Unis de multiples vocables: l'iléite terminale, entérite chronique cicatricielle, entérite ulcéreuse chronique, maladie de Crohn. Le terme d'iléite segmentaire semble rallier actuellement tous les suffrages. L'affection se localise le plus souvent aux vingt à vingt-cinq centimètres de l'iléon; mais tout le petit intestin sous-jacent à l'angle de Treitz peut être atteint. Il arrive même que le côlon soit touché; il faut alors distinguer ces cas de ceux où la colite ulcéreuse est primitive et la propagation iléale secondaire.

Au point de vue anatomo-pathologique, la phase aiguë, peu connue d'ailleurs, se comporte comme tout honnête processus inflammatoire. Les lésions caractéristiques appartiennent à la période subaiguë. On y trouve un segment iléal rigide, épaissi, en noyau d'arrosage, avec une séreuse bigarrée, semée parfois de tubercules, et souvent adhérente aux anses voisines. La muqueuse boursoufflée, présente surtout du côté de l'attache mésentérique, des pertes de substances ovalaires et parsemées ou déchiquetées et confluentes. Vient ensuite la sténose cicatricielle, ou, plus rarement, la formation d'abcès et la fistulisation. La réaction mésentérique est très vive et, si précoce que soit l'intervention, on y trouve toujours bon nombre de ganglions hypertrophiques et

durs. L'évolution de l'iléite segmentaire est habituellement progressive, avec des périodes d'accalmie et d'allure très variable, le plus souvent lente. On rapporte, toutefois, des cas de guérisons spontanées du moins apparentes, et d'autre part, on a vu évoluer en quinze jours l'iléite vers la fistulisation ou la sténose.

L'étiologie est encore à trouver, prétend T... on a successivement éliminé tuberculose, Hodgkin, syphilis, mycoses, Nicolas-Favre, néoplasies et dysentérie bacillaire. En ce qui concerne la pathogénie, même mystère. On avait d'abord invoqué le rôle des inflammations des divers segments du tube digestif, surtout celui de l'appendicite. L'on s'était ému de la fréquence des appendicectomies dans les cas d'iléite terminale. Il s'agissait, dans un bon nombre de cas d'erreurs de diagnostic au moins topographique, et l'on tend à croire, actuellement, à la simple coïncidence des lésions appendiculaires et iléales.

L'iléite segmentaire est une affection de l'adolescence et de l'âge adulte, atteignant surtout l'élément masculin, avec une prédilection apparente pour les juifs. Nous disons apparente, parce que jusqu'ici les auteurs américains qui se sont le plus occupés de la question, travaillaient en des milieux hospitaliers où l'élément sémite était en très forte proportion.

La symptomatologie n'offre rien de très particulier à l'iléite: douleur rayonnant dans tout le bas-ventre ou localisée à la fosse iliaque droite; diarrhée modérée, avec des selles pâteuses, souvent recouvertes de mucus ou de pus et contenant habituellement, du sang occulte. Ajoutons au tableau clinique: nausées, vomissements, température irrégulière, anémie, perte de poids, asthénie et finalement les signes d'occlusion intestinale ou de fistulisation.

L'A. ramène l'intérêt de l'examen physique aux constatations suivantes: 1° présence, d'ailleurs irrégulière, dans la fosse iliaque droite, d'une masse assez ferme, douloureuse et fixe, d'un volume variant de celui d'une grosse noix à celui d'une orange; 2° signe d'occlusion intestinale; 3° cicatrice d'appendicectomie, lorsque l'histoire révèle le peu de succès qu'eût l'intervention sur l'évolution de la maladie; 4° signes de fistulisation; 5° recto-sygmoidoscopie négative.

Le secours de la radiologie est indispensable pour le diagnostic. A ce sujet, l'A. rapporte les travaux de Kautor qui a mis au point la technique d'exploration et décrit les images propres à l'iléite. Signalons, entre autres, le signe de la corde, «string sign»,

dû à la sténose rigide inflammatoire ou cicatricielle du segment affecté. T. en vient ensuite au diagnostic différentiel. Il s'efforce de prouver que l'on peut, par la clinique, distinguer l'iléite de l'appendicite aiguë, ce qui est souvent impossible avant l'intervention; de la colite ulcéreuse, de l'entérocolite tuberculeuse primitive ou secondaire, des mycoses et des néoplasmes.

Le traitement médical n'offre rien de très consolant. Toute thérapeutique efficace est du ressort de la chirurgie. Les auteurs semblent d'accord pour ne pas intervenir à la période aiguë, à moins que l'occlusion intestinale force la main au chirurgien. Celui-ci devra cependant prendre une décision lorsque la phase chronique sera atteinte. Résection de tout le segment atteint ou simple dérivation. T., à la suite de Crohn, est partisan de la thérapeutique radicale qui supprime le foyer septique et doit se faire en deux temps avec exérèse des ganglions mésentériques, source possible de réinfection. Même après de tels délabrements, les récidives sont possibles mais très rares, ce qui est consolant pour le chirurgien... et le malade.

Roger DUFRESNE.

#### PHTISIOLOGIE

C. AUGUSTE et R. PLUCHARD. — **Diagnostic des perforations pulmonaires par l'épreuve de la menthe.** « Revue de la Tuberculose, 4: 1010 (novembre) 1938.

Le diagnostic des perforations pulmonaires est une chose qui présente de grandes difficultés dans un trop grand nombre de cas. Les auteurs nous entretiennent d'un nouveau moyen de diagnostic qui fait ses preuves avant que n'arrivent l'infection de la cavité pleurale, la toux, la vomique; ce sont, comme tous savent, les premiers signes évidents de cet accident. Il est loisible de nous servir de l'auscultation, de la radiologie. La pleuroscopie et l'épreuve du bleu de méthylène sont des signes inférieurs à l'épreuve manométrique.

La nouvelle épreuve proposée est simple. Il s'agit de demander au malade s'il perçoit ou non l'odeur des vapeurs d'essence de menthe poivrée, injectée dans la cavité pleurale. Avec cette méthode, on a réussi là où les autres moyens avaient échoué. Les auteurs ont essayé des gaz ou des produits divers tels que l'éther, le goménol, le gaïcol, le créosote. La menthe remplit les conditions nécessaires pour démontrer la présence d'une fistule pleuro-pulmonaire, parce qu'un gaz introduit dans la plèvre, s'échappe rapidement dans les voies aériennes à condition qu'il réunisse les conditions suivantes. Il doit être inoffensif premièrement, deuxièmement il doit être facile à caractériser dans l'air et à l'état de trace, enfin

troisièmement, il doit être incapable de traverser rapidement la plèvre non perforée.

Il faut tout de même nous entourer de certaines précautions avec cette épreuve de la menthe poivrée. Il faut saturer l'atmosphère intra-pleurale de vapeur de menthe. Il faut créer une surpression intra-pleurale afin d'introduire les vapeurs dans les voies aériennes, s'il y a fistule pleuro-pulmonaire. Il faut nous assurer que le sujet ne souffre pas de troubles olfactifs. De plus, la pièce où se fait l'épreuve, doit être exempte de toute odeur afin d'éviter les erreurs et la suggestion.

Une fois l'épreuve commencée, on est prié de noter le moment de l'apparition de l'odeur caractéristique qui ne saurait beaucoup retarder s'il y a fistule. Dans les résultats positifs sa signification est évidente. Dans les résultats négatifs sa valeur est moins précise. Or les auteurs rapportent vingt quatre cas qui illustrent bien leur travail pratiqué sur un millier de sujets. Ce test de la menthe poivrée se montre supérieur à tous les autres par sa simplicité et par son innocuité, parce qu'il suffit que la fistule laisse passer une trace de gaz odorant pour qu'il devienne positif.

Paul-René ARCHAMBAULT.

A. B. CRAWFORD. — **Etudes sur la tuberculose aviaire.** "Amer. Review of Tuberculosis", p. 579; juin 1938.

Série de quatre articles courts où l'auteur étudie, chez le porc, la différenciation des deux espèces et la possibilité de la tuberculose aviaire chez l'homme.

Alors qu'on croyait, avec raison, à la tuberculose aviaire chez le porc, on croyait aussi à une localisation quelconque constante de la maladie chez cet animal. L'auteur rapporte que Feldman a trouvé des tuberculoses aviaires généralisées chez 24 porcs sur 30 au cours de surveillances d'abattoirs. Par ailleurs, on a découvert récemment que le porc est aussi susceptible de tuberculose bovine.

Comparant, en second lieu, la virulence comparée des bacilles aviaires et bovins extraits de lésions du porc, l'auteur, sur deux séries de lapins inoculés, trouve que le lapin offre une bonne virulence au bacille aviaire. Il a aussi trouvé que le poumon était chez cet animal, l'organe le plus vite attaqué par le bacille bovin. Le bacille aviaire n'a pas de prédilection pour un organe plus que l'autre.

Pour la différenciation des infections aviaire et bovine, Crawford trouve la méthode de sensibilisation nettement probante. C'est le thème du troisième article.

Enfin, s'il y a peu de tuberculose aviaire chez l'homme, c'est qu'on y est résistant ou pas assez exposé. Ce sont les ouvriers des basses-cours qui le sont. Il y a pour eux danger, et par ingestion et

par inhalation. La population ordinaire est exposée à l'infection, par l'ingestion d'œufs de poules affectées de tuberculose de l'oviducte.

Actuellement, la tuberculose ne semble pas un danger.

J.-P. PAQUETTE.

### GASTRO-ENTEROLOGIE

W. C. MacCARTY, senior. — **Le cancer d'estomac au début.** "American Journal of Digestive Diseases and Nutrition", p. 549; (novembre 1938).

On me permettra, au début de cette analyse, de citer textuellement l'un des passages de cette remarquable communication sur le cancer d'estomac au début, présentée à la réunion de l'Association Américaine de gastro-entérologie en mai dernier. « Je suppose, dit l'auteur, que certains esprits chagrins vont murmurer avec mépris que je veux faire radiographier ou opérer tout individu qui digère mal, et que je suis partisan de l'exercice de tous les ulcus. S'ils voulaient seulement murmurer un peu plus haut, nous verrions plus de cancers précoces et curables, et 75% des néoplasmes que nous examinons actuellement ne seraient plus au delà des ressources de la chirurgie simplement parce que l'examen radiologique n'aura pas été fait à temps ». L'auteur de ces remarques agressives s'occupe de cancer d'estomac depuis 1907. A partir de 1918, il s'est appliqué à préciser la dimension de tous les néoplasmes gastriques reçus à son laboratoire d'anatomie pathologique. Citons ses chiffres de 1918 à 1937: 1918 cancers réséqués, dont 128 de deux centimètres ou moins de diamètre. Comment ces 128 cancers au début se présentèrent-ils en clinique? Par des douleurs vives ou sourdes, plus ou moins périodiques, de la fatigue, des nausées, des vomissements, des troubles d'évacuation post-prandiale, éructation, sensation de plénitude épigastrique, indigestions fréquentes. Donc, ici, pas question de la symptomatologie classique avec amaigrissement, tumeurs palpables, ganglions métastatiques, anémie, hématomérose ou mœléna. N'oublions pas surtout, le taux élevé de l'acidité gastrique et le chiffre d'hémoglobine normal. Donc, en somme, rien qui puisse différencier le tableau clinique de ces petits néoplasmes des histoires qui sont le pain quotidien des consultations de gastro-entérologie.

Comme l'auteur, on trouverait tous les symptômes plus haut mentionnés à l'interrogatoire de n'importe quel groupe d'individus moyens. Il s'agit alors d'y découvrir les cancers au début. La radiologie est alors indispensable, puis la chirurgie et le microscope. Il faudra donc, conclut l'A. que le praticien oublie les notions classiques du cancer d'estomac, relevant d'une phase trop avancée de la ma-

ladie, et qu'il cesse de traiter à l'aveugle les troubles digestifs, si légers soient-ils. Il faudra enfin, que dans les cas douteux, il n'hésite pas à recourir à la gastroscopie, aux rayons X et voire même à la chirurgie exploratrice. Ajoutons que l'attitude dont l'auteur se fait le champion en Amérique est défendue avec la même énergie en France par Gutmann, dont les recherches cliniques et radiologiques sur la question font école à l'heure actuelle.

Roger DUFRESNE.

### CHIRURGIE

B. V. YOVANOVITCH. — **Occlusions intestinales consécutives aux appendicectomies.** "Archives Hospitalières", fév. 1938, 4; p. 151.

L'embolie et l'occlusion intestinale sont des complications graves post-opératoires. L'auteur, pour son travail, se base sur les observations d'occlusions intestinales post-app., survenues pendant les 20 dernières années dans le service de Gosset. Il analyse en outre la plupart des statistiques françaises et étrangères se rapportant au sujet.

*Etiologie et pathogénie.* Les appendicites tiennent la première place dans la genèse des accidents occlusifs post-opératoires. D'après Korte 2% d'occlusions post-app., Mac-Neil 1.15%, à la Salpêtrière 0.25%.

L'A. énumère les causes nombreuses favorisant l'occlusion: opérations laborieuses et délabrantes, contact de l'intestin à la peau iodée, éthérisation du péritoine, désinfection du péritoine au moyen d'antiseptiques, traction ou friction de l'intestin, usage de clamps traumatisants, de champs râpeux, opération en cours d'infection péritonéale, moignon appendiculaire non enfoui, drains et mèches, brides après drainage.

*Aspects anatomo-cliniques.* L'A. suggère la classification suivante:

- a) occlusions immédiates (dans les quelques jours qui suivent l'opération);
- b) occlusions précoces (dans les premières semaines);
- c) tardives (quelques mois à plusieurs années après l'intervention).

Les occlusions immédiates rares sont d'ordre paralytique pur; à souligner l'insidiosité du début, le diagnostic difficile, l'évolution rapide. L'A. énumère les symptômes de ces occlusions.

Les occlusions précoces sont les plus fréquentes; elles sont à la fois dynamiques et mécaniques. L'obstacle dynamique est fondamental. Suit l'énumération symptomatique.

Les occlusions tardives sont d'ordre plus souvent mécanique: brides, adhérences, volvulus. L'A. note

deux cas personnels où le diverticule de Meckel jouait le rôle d'agent d'étranglement. L'A. fait le tableau clinique des occlusions tardives.

#### Traitement

Difficile et angoissant. On doit envisager séparément le traitement dans les occlusions immédiates paralytiques, dans les occlusions précoces mixtes, et dans les occlusions tardives mécaniques.

1° Traitement des occlusions immédiates: la médication salée hypertonique est primordiale; si elle reste inefficace, ce qui est rare, faire l'iléostomie à la phase de la paralysie segmentaire.

2° Traitement des occlusions précoces: l'intéro-anastomose est discutable. La désagglutination des anses l'est encore davantage. L'iléostomie est la méthode de choix.

3° Traitement des occlusions tardives: c'est la laparotomie et la levée de l'obstacle. Ne pas oublier que le diverticule de Meckel et la trompe utérine peuvent être agents d'étranglement, et ne pas les sectionner aveuglément;

parfois l'iléostomie complémentaire sera indiquée pour fins de désintoxication; de même l'entérotomie évacuatrice pour faciliter le travail dans un abdomen aux anses intestinales surdistendues.

Pierre SMITH.

Arthur HURST. — **Le malheureux côlon.** "Archives Hospitalières", mars 1938, 6; pp. 253-258.

L'Auteur, en épigraphe, déplore le fait qu'aucun autre organe n'est si mal compris, traité et diffamé, par le public, les médecins, les anatomistes et les physiologistes; les fonctions sécrétoires surtout sont négligées; résultat: emploi irraisonné de purges et autres irritants.

L'A., dans ce travail, donne en 6 courts chapitres ses conceptions actuelles sur la fonction motrice du grêle, du côlon, sur la constipation, sur les purges, sur les lavements, sur la taille, la position et la mobilité du côlon et la sécrétion du mucus colique.

A la lumière de ces explications, il semble facile de se rendre compte que le côlon est habituellement mal traité médicalement et chirurgicalement, «les radiologues diagnostiquent trop fréquemment un cœcum pelvien et une ptose du côlon, et les chirurgiens n'ont pas encore abandonné les opérations ayant pour but de fixer le côlon dans la position qu'il occupe dans les illustrations des manuels d'anatomie, mais nulle part ailleurs; n'ayant pas compris qu'un intestin sain demande une liberté de mouvements absolue et une absence complète de points fixes».

Par exemple un cœcum en permanence dans le bassin peut s'y trouver très bien et sans rien gêner.

«Il y a des chirurgiens difficiles à contenter. Si le côlon est fixé par des adhérences, ils le mobilisent; s'il est indûment mobile, ils le fixent».

L'A., en manière de conclusion, nous dit qu'il espère avoir réussi, dans ce travail, à donner un tableau compréhensible du côlon humain normal, car une connaissance complète de son anatomie et de sa physiologie forme la seule base valable pour une compréhension de ses dérangements et de son traitement».

Ce travail lu et médité, évitera peut-être aux médecins et aux chirurgiens bien des traitements intempestifs.

Pierre SMITH.

J. R. GOODALL, F. P. ANDERSON, G. T. ALTIMAS, F. L. MacPHAIL. — **Une source inépuisable de sang pour les transfusions et son mode de conservation.** "Surg., Gyn. and Obst.", 1er fév. 1938, vol. 66; 176-178.

Ce travail, clair et concis, présente un intérêt pratique considérable. Les transfusions sanguines sont de haute actualité dans les services hospitaliers, notamment dans les services de chirurgie. La thérapeutique des transfusions serait davantage utilisée si le sang à transfuser était d'acquisition plus facile et moins onéreuse. Fait paradoxal, on laisse en pure perte gaspiller un matériel précieux et extrêmement abondant dans certains milieux, matériel que l'on doit payer très cher quand la nécessité si fréquente l'exige.

Le travail des auteurs simplifie à l'extrême cet important problème toujours d'actualité. En suivant leurs directives, le passage à la réalisation pratique est quasi accompli. Coût d'installation minime, avantages inappréciables. Les A. énumèrent d'abord les idées et les faits qui les ont amenés à considérer le sang placentaire comme une source d'exploitation facile, source précieuse et inépuisable de matériel pour les transfusions sanguines; inutilité de masse sanguine rétro-placentaire pour faciliter ou hâter le décollement du placenta; abondance de sang placentaire s'écoulant par le cordon non ligaturé du côté maternel, énorme gaspillage d'un sang de valeur inestimable.

Pour préserver et conserver ce sang, ils utilisent le liquide de conservation employé par l'Institut d'Hématologie de Moscou. (La formule est détaillée au complet, et la maison de Montréal qui la fournit en ampoules toutes préparées est indiquée en renvoi.)

Le mode de mélange, proportions, sang, eau distillée, solution, est clairement indiqué.

Les A. expliquent en détails le procédé utilisé pour collecter le sang de façon aseptique et indiquent la température favorable à sa conservation en glacière, en même temps qu'ils rappellent la

nécessité de préciser les groupes du sang prélevé et de faire pour chaque prélèvement le Bordet-Wassermann.

Certaines précautions élémentaires à ne pas méconnaître; sang à ne pas recueillir: le sang placentaire d'une mère ou d'un enfant atteint de maladie contagieuse, le sang issu d'un placenta dont les membranes sont rompues depuis 48 heures, le sang provenant d'un écoulement par trop prématuré; au cours de l'asphyxie blanche la quantité de sang est si minime qu'il ne vaut pas la peine d'être recueilli. Cependant le sang placentaire d'une mère éclampsique peut être utilisé.

Les A. fournissent ensuite de précieuses indications sur les groupes sanguins maternel et placentaire, sur la signification des aspects que présente le sang en réserve dans les bœufs en glacière, sur la valeur globulaire quantitative et qualitative du sang placentaire; sur l'ictère hémolytique des nouveaux-nés qui serait dû très souvent à un excès de globules rouges, d'où absence de nocivité pour le nouveau-né en sectionnant le cordon très tôt. Ils indiquent en outre la valeur comparative entre le sang d'adulte et le sang placentaire.

Les A. donnent pour terminer quelques détails de technique d'ailleurs simples pour procéder à la transfusion.

Un service d'obstétrique dans un hôpital général fournira plus de sang qu'il n'en faut pour les besoins de cet hôpital.

Le coût de l'installation est très minime; mieux encore, une fois réalisée, l'installation devient rapidement une économie et éventuellement une source de revenus du fait que les malades non indigents sont tenus de payer ce sang qui leur est transfusé. En tout cas, le sang placentaire recueilli et utilisé de la façon préconisée par Goodall et ses collaborateurs est une source inépuisable, efficace et de toute sécurité pour les transfusions sanguines, source sans rivale, malheureusement non encore suffisamment exploitée.

Pierre SMITH.

O. LAMBERT et DRIESSENS (de Lille). — **L'action des irradiations infra-rouges sur les modifications humorales post-opératoires.** "Mém. Acad. de Chir.", t. 63, n° 2 (séance 20 janvier 1937), pp. 48-53.

Les A. signalent d'abord les travaux français récents sur cette question. Ils ont aussi « vérifié cliniquement l'exactitude des faits annoncés par les précédents auteurs: suites opératoires simplifiées, fatigue moins grande, pouls bien frappé, retour rapide des fonctions urinaires et intestinales, tension artérielle normale, état général excellent », mais les A. n'ont

pas observé chez tous leurs opérés l'absence de douleurs décrites par Paschoud.

Les A. ont fait des recherches sur l'urée, les polypeptides, les acides aminés, la glycémie, le chlore plasmatique, le chlore globulaire, le pH et la réserve alcaline (R. A.) post-opératoire chez les malades irradiés aux I.R. Parallèlement, la situation clinique a été notée minutieusement. L'intérêt de ces recherches « réside dans le fait qu'ils permettent d'établir une classification dans les troubles humoraux post-opératoires ».

En ce qui concerne les modifications bio-chimiques et neuro-endocriniennes:

a) Les I.R. sont sans action aucune sur l'hyperpolypeptidémie et sur l'hyperglycémie;

b) Ils diminuent légèrement l'hypochlorémie;

Ils agissent puissamment sur les phénomènes biophysiques et freinent sensiblement la chute du pH et celle de la réserve alcaline (R. A.). Cette action est très nette et elle est d'ordre important, par exemple, à la suite d'une opération majeure sans I.R., le pH subit facilement une baisse qui le ramène de 7.40 à 7; avec les I.R., cette baisse n'est plus que de 7.40 à 7.20.

De même, pour la R.A.; sans I.R., elle descend généralement de 58 à 41; avec I.R., elle ne tombe pas plus bas que 50. Cliniquement, l'acidose n'est pas supprimée, mais elle est suffisamment freinée, pour que, cliniquement, la maladie opératoire ne se manifeste pas.

Les A. à la lumière de leurs recherches, commentent les phénomènes du choc opératoire et anesthésique, de l'acidose et des heureux effets des I.R., sur ces manifestations pathologiques, ils expliquent le mode d'apparition de l'hyperpolypeptidémie et de l'hypochlorémie post-opératoire.

Ils rappellent une médication qu'ils ont déjà préconisée pour prévenir la maladie post-opératoire à savoir:

1° une injection de 150 c.c. de sérum (100 c.c. hypertonique glucosé à 30 pour 100, 50 c.c. hypertonique chloruré à 20 pour 100).

2° une injection de 15 U. d'insuline répétée 2 fois à une heure d'intervalle, la première injection intra-veineuse est faite immédiatement après l'opération, la deuxième six heures après, la troisième facultative vingt-quatre heures après. L'action serait la même que celle des I.R. avec un léger retard toutefois qui reste ignoré de la clinique. Avec les I.R. + chlore + glucose + insuline, les résultats sont encore meilleurs, c'est-à-dire que les modifications humorales post-opératoires sont tout à fait insignifiantes dans les deux domaines biochimique et biophysique. Il ne faut pas cependant renoncer aux I.R., malgré les petits inconvénients de l'installation.

Pierre SMITH.

**Les irradiations infra-rouges et ultra-violettes en chirurgie opératoire.** "Journal des praticiens", n° 16, 17 avril 1937, pp. 267-269 (Pratique thérapeutique).

Havlicek, opérant pour vérifier certains détails anatomiques de la paroi intestinale, sous lumière de Wood, attribua le mieux-être de ses opérés, à l'action des Rayons ultra-violettes (U.V.). De là est née la méthode des irradiations opératoires. Paschoud utilisa ensuite les rayons infra-rouges (I.R.). On s'adressera aux I.R. de grande longueur d'onde, en utilisant des émetteurs capables de dégager, sur le champ opératoire, une température constante qui doit, au minimum, être de 48° et ne peut, sans danger, dépasser 58°. Les I.R. sont l'irradiation de base. Les U.V. sont donnés vers la fin de l'opération pendant quatre à huit minutes. Si l'opération est courte, augmenter la dose d'U.V.

Pour Paschoud, il vaut mieux supprimer avant l'opération, la morphine; donner plutôt la novalgine intra-veineuse et la scopolamine. Il recommande encore, l'anesthésie au protoxyde d'azote et l'anesthésie locale surtout; ces deux anesthésies ne produisant pas d'hypotension artérielle.

L'action des I.R. et U.V. d'après Bastien, est nettement marquée sur trois catégories de faits:

a) la maladie post-opératoire; b) les phlébites et les thromboses; c) les péritonites.

a) *La maladie post-opératoire.*

Diminution, voire suppression de la douleur, pas d'oligurie, pas de rétention d'urine, pas de chute de P.A., les intestins fonctionnent rapidement et normalement; sensation de mieux-être général.

Si l'action est très nette sur les manifestations cliniques de la maladie post-opératoire, il n'en est pas de même sur les troubles humoraux qui l'accompagnent.

L'urée, le pH, la réserve alcaline sont assez stables; l'hypochlorémie et l'hyperglycémie existent, de même les polypeptides; d'où contraste frappant ne cadrant pas, avec les idées admises sur la pathogénie de la maladie post-opératoire.

Leriche, (qui écrivait: Revue de Chirurgie, février 1936, que l'opération sous infra-rouge, doit être, à son avis largement généralisée) estime que plusieurs remarques méritent d'être faites sur la pathogénie de ce syndrome. Le rôle de premier plan est à l'anesthésie (locale) et au chirurgien (douceur des gestes opératoires). Les irradiations ne viennent qu'après. Leriche remarque en outre que le dit syndrome est lié à la topographie de l'intervention (cavité péritonéale).

Paschoud constate qu'il n'y a pas de maladie post-opératoire sans oligurie; oligurie par hypotension du domaine porte laquelle hypotension est cause essentielle de la maladie post-opératoire. Les

irradiations agissent peut-être en supprimant la déshydratation, en neutralisant des modifications du système neuro-végétatif.

b) *Les phlébites et les embolies.*

Tous les chirurgiens, qui opèrent sous I.R. et U.V. ont constaté une diminution extrêmement nette de ces lésions. Pour l'expliquer il faut reprendre les idées d'Havlicek, sur la circulation. Ces idées sont développées, en cinq paragraphes, dans ce travail.

c) *Les péritonites.*

Les radiations exercent une très heureuse influence sur les péritonites (Bastien). Pour Havlicek les irradiations opératoires autorisent la suppression du drainage. Paschoud est plus éclectique et draine si l'opération a troublé une réaction de défense de l'organisme déjà effective, mieux vaut peut-être diminuer le drainage que de le supprimer.

Cette méthode des irradiations en diminuant la maladie post-opératoire et le nombre des phlébites, a contribué grandement à améliorer le pronostic opératoire.

Pierre SMITH.

Fernand MASMONTÉIL. — **Bloc chirurgical à cellules opératoires stérilisables.** "Revue de Chirurgie", n° 6; juin 1937, pp. 428-449 (5 fig.).

L'A. nous dit d'abord que la nécessité de créer des salles d'opération à atmosphère stérilisable se fait de plus en plus sentir. Les recherches de Gudin, de Proust, de Trenel préparèrent l'opinion chirurgicale et récemment Cunéo, Gosset, Hauduroy et Jean Gosset se rallient à la nouvelle conception. Le programme élaboré et décrit dans cet article a été réalisé à la clinique du Landy à deux détails près. La construction du bloc opératoire est actuellement achevée, et en plein fonctionnement. La question dominante a été celle de la stérilisation de l'air des salles d'opération.

L'A. expose les nombreux problèmes de tous ordres que la réalisation de son bloc opératoire rationnel a soulevé:

Titres des chapitres:

Description du bloc opératoire,

Boxes d'anesthésie,

Salles d'opération ou cellules opératoires,

Fonctionnement du bloc chirurgical,

Expériences et résultats.

« En conclusion, dit l'A. nous pouvons, dès à présent, affirmer que la stérilisation de l'air est obtenue et qu'il est possible, en plus, de réaliser à tout moment les conditions de confort maximum dans les cellules opératoires. Le chirurgien peut opérer en toute sécurité, avec une sensation de bien-être absolu, dans un silence complet. Les conditions de travail sont tellement changées qu'elles ont frappé aussitôt les aides et la panseuse.

Les résultats dépassent même nos espérances. Il semble que la condensation légère de buées sur les parois, suivie de son évaporation, suffit à entraîner les germes microbiens. Les appareils fonctionneraient comme aspirateurs de germes dans la salle et, ensuite, comme fixateurs sur la batterie réfrigérante.

Bien entendu, de nouvelles expériences suivront, dans le but de déterminer le mécanisme précis de la stérilisation dont le processus exact nous échappe encore, mais dont les résultats sont d'ores et déjà incontestables».

Pierre SMITH.

Jean GOLDMAN. — **La salle d'opération moderne.** "La Clinique", octobre 1938 (A), pp. 219-223 (6 fig.).

L'A. rappelle d'abord les nombreux perfectionnements récents dans l'équipement des salles d'opération :

éclairage par diffusion ou réflexion,  
aspiration électrique des sécrétions,  
appareils de diathermie pour le réchauffement du malade,

l'électro-coagulation des tissus ou leur coupe sans hémorragie par le bistouri électrique,

l'irradiation du patient par les rayons infra-rouges et ultra-violetts diminuant le choc opératoire, etc.

Tous ces progrès mériteraient, d'après l'A. de longs développements.

Mais ce que l'A. expose dans ce travail, ce sont les efforts de nombre de chirurgiens pour améliorer l'aseptie du milieu où s'exécute l'opération. Il envisage alors l'aménagement de la salle d'opération, et aussi, l'ensemble des locaux attenants, le bloc opératoire. Il mentionne les chirurgiens qui ont travaillé à cette question et les résultats déjà obtenus dans différents milieux.

L'article est divisé en 5 chapitres où sont étudiés en détails :

1°. Les bases de l'organisation d'un bloc opératoire aseptique,

2°. Les dispositions des locaux opératoires,

3°. L'aménagement de la salle d'opération,

4°. La préparation de la salle,

5°. La salle d'opération à voûte elliptique.

Chacun de ces chapitres ne peut être que difficilement résumé ou analysé, chaque remarque et chaque détail ayant son importance.

Les figures sont nettement démonstratives.

En bref, doivent être réalisés: le conditionnement de l'air du bloc opératoire, la purification bactériologique de l'air, l'aseptie la plus parfaite du bloc opératoire et de la salle d'opération au moment de l'opération (douche de rayons ultra-violetts pour l'opérateur et ses aides et le malade avant de pénétrer dans la salle d'opération) spectateurs regardant par en de-

hors de la salle, partout exclus de la salle d'opération elle-même, la suppression des poussières, porteuses de germes nocifs pour l'opéré.

Cet article est à lire et à étudier. Et les préceptes qu'il contient à réaliser sous une forme ou sous une autre dans nos hôpitaux actuels ou à venir. Cette réalisation sera à coup sûr un progrès immense pour le mieux-être de nos opérés.

Pierre SMITH.

M. TRENEL. — **Le conditionnement de l'air dans les salles d'opération.** « Mém. Académie de Chirurgie » T. 64; No 7; séance du 23 février 1938, pp. 291-305 (1 fig.).

Pierre Fredet, rapporteur, rappelle les travaux de Proust, Moure, Desplas, Gudon, sur le même sujet, présentés aux séances de l'Académie de Chirurgie; il fait remarquer que la question d'opérer en atmosphère aseptique a considérablement évolué ces derniers temps, et quoiqu'il y ait encore bien des problèmes à résoudre, il tient à donner un aperçu, aussi complet que possible, des acquisitions récentes.

M. Trenel, imbu de l'idée que l'air contient des microbes dangereux, a fait construire une salle d'opération ventilée par de l'air conditionné, au sens chirurgical du mot, c'est-à-dire désinfecté, avant d'être porté à un degré de température et d'humidité optimum. L'installation est décrite au complet, et commentée longuement. Il rappelle et évoque les idées et les travaux de ceux qui directement ou indirectement ont contribué à faire évoluer ce problème de l'aseptie des salles d'opération. Ici encore tous les problèmes relatifs à l'aseptie des salles d'opération sont étudiés sous leurs différents aspects. Cet article très soigné et fortement documenté vaut d'être lu par tous les intéressés, surtout les chirurgiens.

Pierre SMITH.

## GYNECOLOGIE

F. WORICARD et F. SAULNIER. — **Développement folliculaire provoqué dans l'ovaire de femme au moyen de l'injection de mitosine sérique (hormone gonadotrope du sérum de jument gravide).** « Gynécologie et Obstétrique », 27; (février) 1938.

M. et S. étudient du point de vue thérapeutique un sérum de jument gravide qu'ils ont dénommé mitosine sérique; c'est l'hormone gonadotrope sérique de Roussel. Le travail expérimental a porté sur environ 2,000 animaux. Ils le résument ainsi.

1° Il existe dans le sérum de jument gravide une hormone qui provoque un développement folliculaire massif dans l'ovaire de souris impubères de 18 à 21 jours.

2° La mitosine sérique à la dose de 1/1,000 de milligramme peut multiplier par 10 le poids de l'utérus de la souris impubère.

Le poids de l'utérus des animaux témoins est d'environ 15 milligrammes; après l'injection, le poids atteint 160 milligrammes.

3° La réceptivité de l'ovaire à l'action de la mitosine est variable. Une dose de 100 à 200 provoque des effets différents suivant l'âge des animaux traités. La mitosine est sans effet sur l'ovaire de souris nouveau-nées; elle provoque un effet d'œstrus sans développement folliculaire chez l'animal de 10 à 12 jours; elle déclenche un développement folliculaire limité avec œstrus chez la souris sacrifiée au 17e jour.

Chez l'animal sacrifié au 25e jour, on observe un développement folliculaire massif et chez l'animal plus âgé ils ont pu observer un développement folliculaire suivi de lutéinisation.

Puis suivent les rapports de 4 observations de malades castrées chez lesquelles on a pratiqué des greffes ovariennes vulvaires. Ces greffes ont été en activité pendant des périodes variant de 1 à 3 ans après quoi tout phénomène actif a cessé. L'injection de mitosine sérique a déclenché chez toutes ces malades la reprise du fonctionnement hormonal des greffes.

Raymond SIMARD.

B. S. Ten BERGE. — **Les kystes lutéiniques.**  
« Gynécologie et Obstétrique », 37; (juin) 1938.

Les symptômes cliniques occasionnés par les kystes lutéiniques sont: l'aménorrhée et des douleurs abdominales, douleurs à la hanche, etc., parfois ces douleurs ressemblent à la sciatique. Chez la femme comme chez l'animal ces kystes provoquent la stérilité. Chez la femme c'est une lésion chirurgicale que la diathermie améliore quelques fois. Ces kystes sont généralement du volume d'une mandarine, rarement de la grosseur du poing. L'endomètre est au stade sécrétoire et l'utérus est atonique; ce dernier caractère est bien démontré par le remplissage avec l'huile iodée. Les kystes lutéiniques ne s'accompagnent pas toujours d'aménorrhée. B. rapporte 2 observations de malades où les seuls troubles consistaient en douleurs abdominales avec menstruation à peu près régulière et en la présence d'une tumeur à volume constant.

Les opinions sont partagées sur la valeur du symptôme aménorrhée.

De même également sur le mécanisme de la formation de ce kyste lutéinique.

Les uns admettent qu'un kyste folliculaire peut devenir kyste du corps jaune; les autres pensent

que le kyste se développe aux dépens du corps jaune lui-même. Toutefois la majorité des auteurs pensent que les symptômes sont ceux d'une pseudo-gravidité et par conséquent aménorrhée et que la persistance du corps jaune kystique est sous la dépendance de l'hypophyse.

B. établit alors la relation entre la menstruation qui peut se produire indépendamment d'un kyste lutéinique.

Comment se produit la menstruation?

B. admet que la question est toujours à l'étude. Il apporte l'opinion de plusieurs auteurs. Pour lui on attache trop d'importance à l'hémorragie menstruelle en rapport avec le cyclus. Le saignement a un caractère secondaire et n'est pas si important que l'ovulation et les changements morphologiques de l'endomètre pendant cette période.

Les modifications de la muqueuse sont sous la dépendance de l'hormone folliculaire et lutéinique, mais l'hémorragie est due à des modifications locales qui s'opèrent au niveau du muscle utérin et des vaisseaux. B. a fait l'étude sur coupe de l'endothélium des vaisseaux sanguins et des cellules du réticulum conjonctif. Il prétend que ces deux éléments ne forment qu'une unité; ils sont unis par des ponts de protoplasme. Dans le premenstruum les cellules du tissu conjonctif sont hyperplasiées; les mêmes changements s'opèrent au niveau des cellules endothéliales des vaisseaux. Donc sous l'influence de l'hormone folliculaire le tonus des fibres musculaires de l'utérus et des vaisseaux est diminué considérablement provoquant l'hémorragie menstruelle. Le saignement se produirait par diapédèse.

B. étudia les modifications de la muqueuse utérine chez une malade opérée pour césarienne et dont on avait fixé l'utérus ouvert à la paroi pour prévenir l'infection de la cavité péritonéale. Il observa qu'il se passa aussitôt avant la menstruation un changement brusque dans les capillaires, une expansion de leur calibre. Il en conclut que l'apparition du flux menstruel ne peut pas être exclusivement expliqué par l'activité hormonale; mais que d'autres facteurs, particulièrement le système nerveux, entrent en jeu.

Pour résumer, B. admet que l'hormone folliculaire amène la muqueuse utérine à un état par lequel l'hémorragie peut se produire. Comme fonction de l'utérus on peut considérer les changements cycliques. La menstruation est plutôt un événement.

B. reconnaît à l'hormone lutéinique une action hémostatique. Il a obtenu de bons résultats par l'implantation d'un corps jaune frais chez une jeune fille présentant des hémorragies de la puberté.

L'action des kystes lutéiniques serait analogue expliquant ainsi l'aménorrhée.

Raymond SIMARD.

Pierre HAON. — **Hormonologie gynécologique.** « Gynécologie et Obstétrique », **38**; (octobre) 1938.

L'examen de l'ovaire permet de suivre le développement folliculaire. Au 10<sup>e</sup> jour des règles environ, un follicule est mûr; il se rompt vers le 15<sup>e</sup> jour pour se transformer en corps jaune qui régresse ensuite.

Le développement ovocytaire est conditionné par la fonction des cellules de la couronne folliculaire. Puis l'ovocyte entre dans une période de repos qui est conditionné par les cellules de la granulosa.

Enfin la première mitose de maturation se produit, laquelle précède l'ovulation.

L'ovaire possède deux glandes endocrines:

1<sup>o</sup> la thèque interne, glande œstrogène; 2<sup>o</sup> la granulosa qui forme le corps jaune. L'étude fonctionnel du cycle génital permet d'isoler quatre fonctions:

1<sup>o</sup> l'état de préfécondation qui coïncide avec le développement folliculaire; 2<sup>o</sup> l'état de fécondation qui correspond à l'ovulation; 3<sup>o</sup> l'état de prénidation qui coïncide avec l'activité sécrétoire de l'endomètre. 4<sup>o</sup> l'état de menstruation qui accompagne la régression du corps jaune.

Ces constatations sont à la base des recherches connues sous le terme d'exploration cyto-hormonale.

L'injection de 30 milligrammes de benzoate de folliculine chez une femme castrée, déclenche une prolifération intense de l'endomètre qui peut aboutir à une menstruation folliculinique.

Hormonémie. — La folliculinémie s'élève progressivement jusqu'à la période prémenstruelle pour s'abaisser ensuite.

Pour les mitosines (gonadotropes) le maximum s'observe vers le 10<sup>e</sup> jour des règles.

Hormonurie. — La courbe de folliculine est croissante jusqu'au 10<sup>e</sup> jour environ de l'intermenstruum, puis elle descend pour présenter un deuxième maximum vers le 20<sup>e</sup> jour.

Mitosine. — Il existe deux maxima: un premier aux environs du 16<sup>e</sup> jour des règles; un deuxième qui coïncide avec la période menstruelle.

A la ménopause il y a révélation de la quantité de mitosine circulant dans le sang et éliminée dans l'urine.

Il faut remarquer que la disparition de la menstruation n'est pas synonyme de disparition de la sécrétion endocrine de l'ovaire.

Etude de la fonction de l'ovaire humain en greffe vulvaire. Développement folliculaire provoqué par l'injection de mitosine urinaire.

Les greffes ovariennes commencent à fonctionner 4 à 5 mois environ après leur transplantation. Leur activité dépasse rarement 2 ou 3 ans: les troubles de la castration réapparaissent alors. Si on injecte des

mitosines urinaires on provoque le développement folliculaire dans ces fragments d'ovaire greffés.

Raymond SIMARD.

## UROLOGIE

René BOUCHARD. — **L'urétéropyélographie chez le nourrisson.** « La Presse Médicale » No 80, (octobre) 1938, page 1472.

L'auteur profite d'un court article pour insister sur l'importance de l'urétéropyélographie rétrograde chez le nourrisson; malgré la plus grande facilité apparente, l'auteur ne croit pas que l'urographie intraveineuse pratiquée par l'injection de la substance opaque dans le sinus longitudinal supérieur, donne les renseignements de la méthode instrumentale.

L'urétéropyélographie rétrograde, en plus de donner une image d'un rein qui ne secréterait pas, constitue un moyen de traitement efficace.

Il a eu l'occasion d'employer cette méthode avec la plus grande facilité chez des nourrissons mâles de trois mois et demi, et même plus tôt. La nécessité de l'anesthésie générale ne doit plus être un épouvantail.

L'auteur rapporte ensuite une observation où une pyélonéphrite, ayant résisté à tous les traitements antérieurs, céda immédiatement à un cathétérisme des uretères préliminaire à une pyélographie.

Deux autres petits malades, adressés pour précisions de diagnostic d'une masse abdominale, bénéficièrent de la pyélographie instrumentale. Il s'agissait dans les deux cas de sarcome du rein.

L'urographie intraveineuse aurait-elle permis de porter le diagnostic de sarcome du rein; elle aurait pu ne pas donner d'image du côté du rein malade.

L'urographie reste un excellent moyen de diagnostic mais la méthode instrumentale garde tous ses droits.

En concluant, l'auteur démontre que l'exploration radiologique de l'appareil urinaire, s'impose en présence de toute pyurie donnant lieu à une hyperthermie ou à une atteinte de l'état général. Elle met en évidence le point de départ d'une tumeur abdominale.

Le meilleur procédé consiste dans la méthode instrumentale rétrograde qui permet d'abord d'examiner la vessie, donne une image plus complète des cavités excrétrices et est admirablement supportée par le nourrisson que la courte anesthésie nécessaire n'ennuie pas du tout.

Paul BOURGEOIS.

E. CHAUVIN. — **Quelques considérations sur la pathogénie du priapisme.** « Journal d'Urologie », **46**: 224 (septembre) 1938.

L'Auteur profite de deux observations, qu'il a eu l'avantage d'étudier complètement au cours des der-

niers mois pour faire une revue de la question du priapisme permanent à début aigu.

Rapportant d'une façon très détaillée les observations de deux malades qu'il a traités de la même façon, il décrit ensuite les divisions classiques adoptées jusqu'à maintenant, soit: 1° les causes nerveuses, 2° une gêne à la circulation de retour, 3° un hématome du pénis, 4° une thrombose des corps caverneux.

Comparant ces différentes causes avec les faits observés dans ses deux cas, il démontre tour à tour que les théories nombreuses énoncées jusqu'à maintenant n'ont pas été prouvées.

De plus, comme conclusion de sa longue discussion pathogénique, il se croit autorisé à affirmer que le priapisme est, non pas un hématome des corps caverneux, ni une oblitération des veines péniennes mais bien une obstruction des capillaires par un sang épais et visqueux.

Le point de départ résiderait dans des érections prolongées, pathologiques ou physiologiques, amenant une condensation sanguine favorisée par certains états antérieurs: leucémie ou hyperviscosité du sang.

Comme il le dit en terminant, cette façon d'envisager les choses présente l'immense avantage de faire rentrer toutes les variétés du priapisme dans un même cadre et de supprimer les distinctions purement étiologiques, que les symptômes et surtout l'évolution, identique dans tous les cas, ne justifient pas.

Paul BOURGEOIS.

## CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

Frederick M. ALLEN, (New-York). — **Les effets des liens sur les nerfs des extrémités.** «Annals of Surgery», 108: (décembre) 1938.

La résistance des membres à l'asphyxie locale est généralement plus grande qu'on ne le croit, puisque l'expérimentation démontre qu'elle peut facilement atteindre quinze heures. Un lien bien appliqué ne risque donc pas d'amener de la gangrène. Ce qu'il faut plutôt redouter c'est la paralysie ou la contraction causées par la pression sur les gros troncs nerveux ou l'asphyxie.

*Le traumatisme du tourniquet.* Chez les animaux de laboratoire, la ligature des pattes-arrière amène des troubles sensitivo-moteurs à échéance de moins en moins rapide à mesure que l'on s'adresse à des animaux de plus grande taille. L'épaisseur et la fermeté des tissus protègent mieux les paquets vasculo-nerveux.

De plus, les troubles occasionnés par l'application d'un tourniquet régressent d'autant plus vite que celui-ci a été maintenu en place moins longtemps: voilà une règle générale bien contrôlée par l'expé-

rimentation. Et la récupération se fait de haut en bas: ce qui prouve que c'est bien le nerf qui se régénère de sa lésion propre.

*L'asphyxie.* Si, au lieu de ligaturer tout le membre, on ligature toutes les masses tissulaires sans ligaturer le grand nerf sciatique par exemple, la paralysie s'installe quand même. Voilà donc une démonstration évidente de la possibilité d'obtenir de la paralysie sans comprimer les nerfs.

Il faut donc conclure que la paralysie peut être causée non seulement par la compression des nerfs au niveau d'un tourniquet mais aussi par l'asphyxie.

Cependant, il faut bien noter que les ulcérations, les plaques de nécrose et autres complications permanentes sont le fait du tourniquet seul, puisque les dommages n'ont jamais un caractère de permanence quand ils sont dus à l'asphyxie seule (quand, bien entendu, les expériences n'ont jamais été poussées jusqu'à la phase de gangrène). Voilà pourquoi les séquelles paralytiques dues à l'asphyxie récupèrent toujours et complètement. Les paralysies permanentes, dites ischémiques, n'existent donc pas et ce terme est faux.

*Influence de la tension et de la température.* Pour produire de la paralysie et de l'anesthésie, il faut que la tension du lien soit juste suffisante pour arrêter la circulation artérielle. L'arrêt de la circulation veineuse seulement n'amène pas la paralysie.

De plus, il est prouvé que la chaleur augmente les chances de complications du tourniquet tandis que le froid les diminue.

*Régénération sensorielle et motrice.* Les expériences d'Allen conduisent encore à cette assertion: la ligature des membres a moins d'influence sur la sensibilité que sur la motricité.

*Résistance comparée de la fibre nerveuse et des autres cellules.* D'après l'auteur, la résistance de la cellule nerveuse à l'asphyxie est pour le moins égale à celle des autres cellules.

Cinq conclusions claires et concises résument cet intéressant travail de Frederick Allen.

Pour ceux qui ont pris l'habitude de faire leur chirurgie des membres sans bandes d'Esmark, cet article est d'un intérêt tout particulier.

J.-C. FAVREAU.

G. E. HAGGART. — **Douleur sciatique d'origine inconnue. Une méthode effective de traitement.** Extrait de "The Journal of Bone and Joint Surgery", oct. 1938, pp. 851 à 869.

On dit qu'une douleur sciatique est d'origine inconnue, lorsqu'après une étude clinique attentive, on ne peut en déterminer la cause. Cette étude comprendra les examens de laboratoire, les radiographies, les consultations neurologiques et orthopé-

diques, et la possibilité d'une « focal infection ». Le but de cet article est de présenter une méthode effective de traitement pour ces douleurs sciatiques qui, même chez les gens dont la cause est inconnue ou du moins non clairement présentée par la clinique, pourra apporter un soulagement.

Dans les cas discutables, comme dans les cas de sciatique vraie, l'origine de la douleur n'est pas clairement démontrée à cause d'un défaut de renseignements cliniques. La douleur sciatique est une douleur réflexe dont les symptômes du cas type résultent d'une pression exercée par le ligament sacro-iliaque postérieur, irradiant la douleur le long de la cuisse et de la jambe.

Badgley conclut que la lésion primaire siège dans la région lombaire, lombo-sacrée, ou sacro-iliaque, et que l'origine serait musculaire, articulaire ou squelettique s'irradiant vers la cuisse et la jambe. Enfin, qu'elle serait due à une irritation d'un nerf sensitif se terminant dans cette région avec un mécanisme purement réflexe.

Pour Steindler, ce caractère réflexe de la douleur appartiendrait aux structures qui alimentent la partie postérieure du nerf spinal. De plus, il localise des points de sensibilité, « triggerpoints » due aux ligaments ou aponévrose musculaire. La lésion la plus fréquente siège soit à l'articulation lombo-sacrée, ou bien est due aux ligaments lombo-iliaques ou à une sacralisation.

Steindler attire encore l'attention sur le nerf émergent du trou vertébral pour retourner dans le canal intervertébral et se terminer dans les pédicules, dans les corps, dans l'espace périméningée et dans le périoste.

Une modification dans cet espace où se trouve le nerf ou dans l'entourage immédiat cause cette douleur lombaire ou sciatique. On croit encore qu'une affection de l'articulation sacro-iliaque cause la sciatique, et que cette douleur est mieux expliquée si on la rapporte à la compression par le muscle piriforme.

Comme dernier point important de ces remarques, c'est que la douleur irradiée dans les extrémités ne correspond pas toujours au nerf victime d'une irritation, comme on le constate dans ce cas où on avait une hernie du disque intervertébral qui faisait compression sur le nerf auquel on ne pouvait rapporter l'irradiation de la douleur existante.

Dans le traitement, la première ligne de conduite à tenir est la mobilisation contrairement à l'immobilisation, puis l'injection d'une solution saline de novocaïne dans l'espace épidual par la voie sacro-coccygienne, mais on a eu des insuccès et alors on l'a abandonnée.

Une autre méthode a été la réunion de deux procédés, et dans quelques cas, de trois: 1° l'injection pé-

rineurale du nerf sciatique de novocaïne à 1%; 2° une traction sur le membre malade; 3° massage du tronc inférieur sous anesthésie.

La traction, pour les cas traités récemment, a été omise, si ce n'est que pour les cas rebelles, parce qu'on s'est aperçu que l'injection combinée à la manipulation suffisait à faire disparaître la douleur et qu'on pouvait mobiliser le patient plus rapidement.

Sans pouvoir l'expliquer, la solution de novocaïne à 1% est plus efficace que la solution salée.

La difficulté de l'injection réside dans l'atteinte de l'espace périneural à la sortie de celui-ci de l'échancrure sciatique.

Le point d'injection sera constitué par la rencontre de deux lignes, dont l'une horizontale partant de l'extrémité de l'espace interfessier, et l'autre venant de la tubérosité ischiatique. L'horizontale étant de 3 pouces chez l'homme et de 3½ pouces pour la femme.

Avec les soins ordinaires de l'asepsie, l'aiguille est introduite au point d'union des deux lignes, le malade étant couché sur le côté, les cuisses en flexion à 20 degrés. L'indication d'une position de l'aiguille sera réalisée par une petite douleur révélée par le patient. Deux autres aiguilles seront introduites de chaque côté de la première de manière à traverser le muscle piriforme.

La solution employée est composée de novocaïne à 1% avec deux gouttes d'adrénaline au 1/1000. 50 c.c. de la solution dans l'aiguille centrale et 100 c.c. dans les deux autres. Si nous soupçonnons une réaction de la part du patient à la novocaïne, il serait bon de ne donner que 10 à 15 c.c. de la solution à 1% et d'ajouter une solution saline pour le reste de l'injection.

Si, suivant ce procédé, les aiguilles sont bien en place, la douleur devrait diminuer ou disparaître; dans le cas contraire, il faudra recommencer la disposition des aiguilles. Puis nous installons une traction sur le membre malade avec un poids de 25 à 50 livres pour les premières 36 heures pour diminuer ensuite et arriver à une pesée d'une quinzaine de livres.

La durée de l'extension est d'environ deux semaines.

La manipulation a parfois été ajoutée à ce traitement, mais ce ne fut que pour certains cas où on avait affaire à une 5e lombaire instable, ou à une entorse sacro-iliaque. Cette thérapeutique par manipulation a été ajoutée au traitement dans un nombre croissant de cas de sciatique idiopathique. En plus de cette méthode par l'injection et la manipulation, avec ou sans traction, les patients font de l'exercice en vue de développer les muscles lombaires et fessier; puis viennent les séances de chaleur, de massage et des rayons infra-rouges.

Cette méthode de traitement peut être applicable aux cas dont l'étiologie est inconnue et aussi pour

apporter un soulagement immédiat à la douleur pendant que la clinique de son côté s'efforce d'en déterminer la cause réelle.

P.-P. COUSINEAU.

### OBSTETRIQUE

C. J. SPENCE. — **La diminution moderne de l'allaitement maternel.** « *British Medical Journal* », (8 oct.) 1938, p. 729.

A défaut de la nourrice mercenaire on a fait appel à la science du chimiste afin de soustraire la mère à ce devoir impérieux de nourrir son enfant.

Pour sauver les quarante mille nourrissons qui meurent annuellement en Angleterre, un médecin hygiéniste n'a rien trouvé de mieux que de préférer le lait de vache au lait de la mère.

Il est difficile, sinon impossible, d'établir la proportion des enfants nourris au sein car les statistiques colligées ne portent que sur quelques hôpitaux ou certaines villes. Par exemple, à Edimbourg de 3.000 mères, 55% d'entre elles nourrissaient leurs bébés entre les troisième et sixième mois et 38.5% seulement après le sixième mois. Toutefois, on peut raisonnablement affirmer que dès la naissance 20 à 30% des bébés sont nourris artificiellement dans la plupart des grandes villes anglaises et qu'à peine un tiers des mères continuent l'allaitement après le sixième mois.

L'influence de l'allaitement sur la santé de l'enfant n'est pas une quantité négligeable, si l'on en juge par les recherches de Grulee et Sanford de Chicago: sur 20,000 cas observés, le taux de morbidité s'éleva à 37% des enfants nourris au sein, 55% dans l'allaitement mixte et 63% dans l'allaitement artificiel. Les taux de mortalité furent encore plus impressionnants: 15 seulement moururent sur 9,749 enfants nourris par la mère, 59 sur 8,605 soumis à l'allaitement mixte et 144 moururent sur 1,707 enfants nourris artificiellement.

Les difficultés de l'allaitement par la mère découlent le plus souvent de la méconnaissance de certaines particularités qui doivent régir cet allaitement; moment d'apparition de la sécrétion lactée, un personnel compétent et entraîné, le lever de la mère, la composition variable du lait d'un boire à l'autre, la quantité requise par le bébé, l'atmosphère de quiétude dans lequel doit vivre la mère, etc.

Une campagne éducative s'impose donc chez les médecins et les infirmières afin de remettre à l'honneur l'allaitement maternel qui demeure le meilleur moyen de sauvegarde pour la vie des tout-petits.

Donatien MARION.

### PEDIATRIE

B. TASSOVATZ. — **La bronchite capillaire et son traitement par la saignée et la transfusion du sang.** « *Le Nourrisson* » (septembre) 1938.

B. Tassovatz, de Belgrade, passe en revue la symptomatologie, l'évolution et le traitement habituel de la bronchite capillaire. Il en complète le traitement par la transfusion sanguine.

L'évolution est dramatique: dyspnée (surtout expiratoire), angoisse, fièvre, mauvais état général. Il est impossible de couper la crise. Pendant une couple de jours, la dyspnée va s'accroissant et à l'auscultation on trouve des râles sibilants, ronflants et sous-crépitants moyens et fins. C'est surtout le caractère de cette dyspnée expiratoire, intense, et le mauvais état général qui feront penser à une véritable bronchite capillaire (catharre suffocant) plutôt qu'à une bronchite diffuse des moyennes et des petites bronches.

Mais ce n'est qu'après deux jours qu'on aura le tableau classique: dyspnée, cyanose, insuffisance respiratoire et enfin asphyxie. Le pronostic est très grave: à part quelques exceptions, la bronchite capillaire emporte le malade en quelques jours.

Le traitement classique: révulsif, toni-cardiaque, oxygène et même la saignée, ne fera ordinairement que retarder l'issue fatale de la maladie.

L'auteur complète ce traitement par la transfusion précédée d'une saignée abondante et les résultats ont été excellents.

Voici le résumé du traitement qu'il préconise et dont il a fait l'expérience sur un enfant de deux ans, souffrant de bronchite capillaire rendue au stade d'asphyxie et de fléchissement cardiaque. Il tonifia d'abord le cœur, puis il fit une saignée de 170 c.c.; ce qui améliora nettement le pouls et la respiration. Deux heures plus tard, il fit une transfusion de 120 c.c. de sang et eut comme résultat une amélioration encore plus marquée (diminution de la dyspnée, disparition de l'asphyxie et amélioration du pouls). Douze heures plus tard il n'y avait plus ni dyspnée, ni cyanose, ni faiblesse cardiaque. Par la suite l'infection bronchique a guéri en quelques jours.

Chez le nourrisson, la saignée et l'injection de sang se feront dans le sinus longitudinal et la transfusion suivra immédiatement la saignée. Pendant l'intervention, l'enfant sera assis pour éviter le risque d'apnée mortelle.

On combattra le collapsus cardio-vasculaire possible par de l'ouabaïne.

Concluons en remarquant que c'est à la phase de début d'asphyxie et de fléchissement cardiaque qu'on doit recourir à ce traitement de saignée suivie de transfusion.

Willie MAJOR.

## NEURO-PSYCHIATRIE

Georges GUILLAIN, Jean LEREBoullet et P. AUZEPY. — **Sur une forme mésocéphalique des syndromes neuro-anémiques.** "Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris", 54: 1449, (24 oct.) 1938.

On connaît bien les formes médullaires et névritiques des syndromes neurologiques qui accompagnent, parfois précèdent, les anémies, tout particulièrement du type pernicieux.

Les auteurs rapportent l'observation d'une malade de 64 ans présentant des phénomènes neurologiques qui, pour deux raisons, sont dignes d'attention eu égard au syndrome neuro-anémique. C'est d'abord qu'ils se manifestèrent un an avant toute manifestation anémique; cette précession du contingent neurologique sur l'anémie, quoique loin d'être habituel, est connue. C'est que surtout le début des accidents nerveux fut assez rapide et qu'ils offraient en plus une telle disposition et un tel caractère qu'ils furent attribués à une mésocéphalite infectieuse. Ils furent les suivants: ptose bilatérale, disparition pratiquement complète de la mobilité des globes oculaires; paralysie des masticateurs avec atrophie des temporaux et parésie des mouvements de déduction, quadriparésie à prédominance gauche et rhizomélique. Toutes les sensibilités étaient normales, pas de signes cérébelleux, pas de Babinski, les réflexes tendineux étaient normaux aux membres supérieurs, exagérés aux membres inférieurs. Le liquide céphalo-rachidien était normal.

Un an plus tard, l'anémie se manifestait, la parésie ne se montrait qu'aux membres inférieurs; aux globes oculaires, on constatait une paralysie du droit supérieur gauche et droit, du droit interne droit, du droit externe droit et gauche, les pupilles étaient égales, le réflexe photo-moteur était faible à droite et il y avait une double atrophie optique. Pas plus qu'un an auparavant, il ne fut observé de troubles des sensibilités.

Avec les auteurs, nous ne pouvons pas nous étonner d'une telle symptomatologie neurologique accompagnant une anémie pernicieuse.

Il est, en effet, presque contre les plus importants critères de diagnostic d'un tel syndrome de ne pas trouver ici les dysesthésies et le déficit habituel des sensibilités profondes, non plus que les signes plus accentués d'une atteinte pyramidale. Certains auteurs ont rapporté des lésions diencephaliques infundibulo-tubériennes et de l'atrophie optique au cours des syndromes neuro-anémiques, mais il est à présumer que ces auteurs avaient constaté, en plus, les signes caractéristiques qui en signaient l'origine et la nature.

A tout événement, consignons cette étrange obser-

vation pour la comparer à d'autres semblables, si le hasard permet jamais d'en rencontrer.

Roma AMYOT.

G. de MORSIER. — **Les encéphalites herpétiques forme apoplectique, forme convulsive et hallucinatoire, contagion par le virus herpétique.** "La Presse Médicale", 2 novembre 1938, p. 1611.

L'auteur rapporte les observations de trois malades ayant présenté des manifestations neurologiques aiguës qu'il attribue à une encéphalite herpétique. L'argument qu'invoque de M. en faveur de l'étiologie herpétique de ces accidents est surtout l'appartenance de plaques d'herpès labial et buccal au cours de ceux-là. Ce serait aussi, certaines modifications du liquide céphalo-rachidien comme de l'hyperalbuminose moyenne chez deux malades et une légère hypercytose chez l'un d'eux.

Deux malades furent pris subitement d'un coma profond qui disparut après la seconde journée. De l'hyperthermie, quelques manifestations neurologiques dont un syndrome méningé d'intensité relative marquèrent l'évolution de l'affection qui fut entièrement résolue le 11<sup>ème</sup> jour.

La troisième malade présenta subitement un état de mal convulsif suivi de confusion mentale avec hallucinations micropsiques. Ici, également, hyperthermie, mais liquide céphalo-rachidien normal et aucun signe d'irritation méningée. Une semaine après l'éruption herpétique labiale de la malade, l'infirmière qui en avait pris soin présenta une kératite herpétique. Ce dernier fait semble démontrer qu'il y eut contagion de la maladie à son infirmière.

On a déjà signalé des syndromes méningo-encéphaliques accompagnés de manifestations herpétiques, et on a pas manqué d'y incriminer le virus herpétique.

Certaines procédures expérimentales de bactériologie sont cependant nécessaires pour affirmer scientifiquement la relation entre ces lésions d'encéphalites et le rôle efficient du virus de l'herpès.

Par ailleurs, l'encéphalite herpétique chez l'homme, quoique certaines observations en démontrent l'authenticité et l'existence, n'est pas encore de notion classique. Certains bactériologistes éminents dont, entre autres, Levaditi, ne doutent en aucune manière de sa réalité. Ce dernier auteur confond même le virus de l'encéphalite épidémique avec celui de l'herpès, pour n'en faire qu'un seul.

En conclusion, et pour des besoins de clarté clinique, on peut présumer que le virus herpétique peut provoquer une encéphalite dont le syndrome prendra une allure à prédominance: 1<sup>o</sup> soit comateuse à début apoplectique; 2<sup>o</sup> soit méningée; 3<sup>o</sup> soit convulsive.

Roma AMYOT.

R. A. MARQUEZY, Cl. LAUNAY et Mlle E. MAGE. — **Deux cas de guérison de méningites cérébro-spinales à méningocoques, traitées exclusivement par le 1162.** "Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris", 54: 1459, (24 oct.) 1938.

Les sulfamidés sont à l'épreuve et à l'honneur. Le pronostic de certaines infections est radicalement transformé. Certaines médications sérologiques, à efficacité douteuse, comme la sérothérapie antiméningococcique, sont en train d'être complètement supplantées par les nouveaux produits chimiques.

C'est chose normale, puisque ces derniers font montre d'une **activité incontestable**. Les deux observations des auteurs sont à joindre à d'autres rapportées où les sulfamidés ont guéri des méningites streptococciques et méningococciques.

Les deux malades, l'un de 16 ans, l'autre de 55 ans, furent guéris d'une méningite à méningocoques indubitable, en un mois, par l'emploi du 1162 F.

Le premier absorba 90 grammes du médicament par voie buccale et 117 c.c. de la solution à 0.8% par voie intrarachidienne.

Le second ne fut traité que par l'administration du 1162 F «per os». Dès le second jour du traitement de ce dernier malade, le liquide céphalo-rachidien se montrait clair.

Le médicament fut administré par la bouche aux doses allant jusqu'à 7 grammes par jour, par voie lombaire à une dose variant de 6 à 20 c.c. de la solution de 0.8%.

Les auteurs rapportent certains travaux importants qui ont été publiés sur le sujet; ils font des considérations personnelles appropriées et, à bon droit, ils concluent en préconisant le traitement de toute méningite cérébro-spinale épidémique par les sulfamidés exclusivement.

Roma AMYOT.

Claude C. COLEMAN. — **Le traitement du spasme facial.** «Annals of Surgery», 105: 5, 647-57 (mai) 1937.

Le spasme facial unilatéral ou bilatéral (paraspasme facial de Sicard) est rarement curable spontanément. L'étiologie de ces manifestations spasmodiques est connue; qu'il s'agisse de complication d'une paralysie faciale, d'une séquelle post-encéphalitique ou de lésions diverses du facial au dessous du ganglion géniculé.

La thérapeutique de ces états s'est inspirée des heureux résultats obtenus par l'alcoolisation des branches du V. dans les tics douloureux de la face, toutes interventions qui visent à supprimer momentanément la fonction.

Pour traiter avec succès un spasme facial on a sectionné la branche supérieure de ce nerf et l'on a suturé bout à bout les deux extrémités que l'on venait de sectionner, réalisant de la sorte une paralysie du facial supérieur de quelques mois, qui régressait peu à peu grâce à la prolifération graduelle des fibres du bout central dans le bout périphérique immédiatement réuni. Cette opération réussit dans bon nombre de cas.

Lorsqu'elle échoue, il faut recourir à une autre source d'innervation. Nous croyons qu'il est peut-être préférable de recourir d'emblée à cette autre source d'innervation. L'opération consiste alors à anastomoser le facial, soit au spinal externe, soit de préférence à l'hypoglosse. La régénération s'accomplit comme dans l'opération précédente et le spasme ne revient jamais.

Quelle que soit l'opération que l'on choisisse, la musculature frontale demeure toujours imparfaite.

Il est bon de connaître cette ressource de la thérapeutique afin de diriger précocement au neurochirurgien ces malades qui ont vite fait de devenir les clients maussades et insatisfaits de multiples médecins qui ont tenté en vain les thérapeutiques exclusivement médicales.

Le spasme facial appartient à la neurochirurgie dès son apparition.

Jean SAUCIER.

#### DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

M. GATE, P. CUILLERET et P. MOREAU. «**Epithélioma de la verge chez un jeune. Rôle activant probable du chancre mou intercurrent.**» «Bulletin de la Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie», (juillet) 1938, no 7; page 1405.

Si la syphilis fait souvent le lit du cancer, il est assez rare de constater que le chancre mou puisse être le point de départ d'un néoplasme; d'où l'intérêt de l'observation actuelle où les auteurs rapportent un cas d'épithélioma spino-cellulaire développé sur un chancre mou de la verge.

Il s'agit d'un jeune homme de 31 ans, qui présentait deux vastes ulcérations phagédéniques de la verge à caractère chancreux typique, accompagnées du classique bubon ulcéré, le tout signé par la présence de bacille de Ducrey dans le pus, et la reproduction au bras — par cuti-réaction avec le pus du chancre mou — d'une ulcération franchement chancreuse contenant elle-même du bacille de Ducrey. — L'aspect particulièrement bourgeonnant de la lésion de la verge, incita les auteurs à faire la biopsie, qui démontra nettement la présence d'un épithélioma spino-cellulaire à globes carnés.

Il est donc intéressant de noter la possibilité du développement d'une affection néoplasique à allure

extrêmement rapide et à caractère malin, sur une lésion chancreuse, maladie qui n'est pourtant pas connue, se prêtant bien à la dégénérescence épithéliomateuse.

J.-Adrien LAMBERT.

Jean LACASSAGNE. — **Pigmentation en coulées par eau de cologne ayant persisté plus de 8 mois.** « Bull. de la Soc. Fr. de Dermatologie et Syphiligraphie », juillet 1938, no 7; page 1365.

Cette observation relate l'histoire d'une femme qui, avant de prendre un bain de soleil se fit une copieuse application d'eau de cologne d'un grand parfumeur parisien, sur la nuque. Le lendemain apparut une sensation de brûlure, suivie quelques jours après d'une pigmentation très foncée, couleur chocolat. — Comme l'eau de cologne avait coulé le long du rachis, il advint que la patiente présenta une pigmentation en coulée, s'étendant de la nuque jusqu'à la région sacrée en formation linéaire.

Cette réaction pigmentaire, qui dura 8 mois, fut remplacée par du tissu cicatriciel. — Il importe donc de savoir que les accidents de photo-sensibilisation peuvent exister avec des substances qui ne sont nécessairement pas des dérivés tinctoriaux tels que la gonacrine — ou l'huile de bergamote.

J.-Adrien LAMBERT.

Harry S. BERKHOOF. — **Dermite de contact causée par une monture de lunettes en « Corne ».** « Archives of Dermatology and Syphilology », 38: 746 (novembre) 1938.

L'auteur passe en revue les quelques cas semblables publiés à date ainsi que les quelques facteurs alors donnés comme causes probables. L'auteur donne ensuite l'histoire clinique d'un patient âgé de 50 ans souffrant d'asthme et d'emphysème pulmonaire, qui un peu après l'achat d'une nouvelle paire de lunettes à monture de « corne » présente une dermite eczématoïde à la base du nez, aux régions temporales et aux plis rétro-auriculaires.

Toute une série de tests cutanés sont alors faits et l'auteur en fait un rapport détaillé.

F.-L. BOULAIS.

R. B. DIENST et E. S. SANDERSON. — **Le test de Laughlen comparé aux séro-diagnostic de Kahn et Kalmer modifié, pour la syphilis.** « American Journal of Syphilis, Gonorrhea and Venereal Diseases », 22: 699 (nov.) 1938.

Les A. rappellent un récent article du *Journal of American Medical Association* mettant en garde contre certaines techniques nouvelles de séro-diagnos-

tics rapides pour le diagnostic rapide de la syphilis. Les A. donnent ensuite la composition du réactif et la technique à suivre.

Les auteurs donnent ensuite dans une série de tableaux, les résultats comparés des différents tests qui ont été faits sur 1000 sérums. Enfin les A. tirent les conclusions suivantes:

1) Il faut connaître les causes d'erreurs possibles et être absolument familier avec le test avant de l'entreprendre.

2) Le test de Laughlen est simple et demande peu d'outillage.

3) Le test de Laughlen est plus sensible que le Kahn et beaucoup plus sensible que le Kalmer modifié.

4) Le test de Laughlen ne donne pas de résultats positifs faux dans une proportion indue.

5) Les résultats du test de Laughlen se comparent favorablement avec d'autres séro-diagnostic, tels que rapportés par le Comité des tests du séro-diagnostic pour la syphilis du département de la Santé Publique des États-Unis.

F.-L. BOULAIS.

## ELECTRO-RADIOLOGIE

Th. NOGIER. — **Traitement de l'hypertrophie amygdalienne par la roentgentherapie.** « Bull. et Mém. Soc. d'Electro-Radiologie Méd. de France », no 251, page 481, juillet 1938.

Le traitement roentgentherapique de l'hypertrophie tonsillaire a été imaginé par Regaud et Nogier en 1913. Il a fait l'objet de la thèse de Doctorat de Stoïchitch (1922) et de Clenet (1937). Il est maintenant devenu classique surtout depuis que l'on connaît l'action puissante des rayons X sur les organes lymphoïdes.

C'est dans les hypertrophies vraies et molles de l'enfance ou de l'adolescence que la roentgentherapie donne les meilleurs résultats. Dans les hypertrophies lacunaires, elle n'amène règle générale qu'une amélioration. Dans les hypertrophies dures de l'adulte, étant donnée l'abondance du tissu de sclérose, les résultats sont le plus souvent minimes.

Il est nécessaire selon l'auteur, de bien veiller à l'orientation du faisceau de rayons X et à l'utilisation de bons localisateurs de cristal plombés, pas trop larges.

Les résultats immédiats se font sentir environ quinze jours après la première séance. La réduction de volume devient alors évidente. La surface amygdalienne, de grenue qu'elle était, devient lisse. Les cryptes, si elles contiennent de la matière caséuse, s'ouvrent et laissent sourdre celle-ci. Les symptômes fonctionnels diminuent également d'intensité: la respiration est meilleure, la phonation est plus facile, la

douleur à la déglutition disparaît. Les enfants renaissent à la vie.

A noter que les radiations exercent sur les amygdales une action anti-infectieuse surprenante.

Comme résultats éloignés, Nogier, depuis 1913 à suivi avec attention tous les malades qu'il a irradiés. Il a eu la satisfaction de constater qu'aucun d'eux n'a présenté d'accidents du côté de la gorge depuis le traitement. Aucun des malades n'a eu aussi de récidives.

Comme technique, l'auteur applique 5 unités Holtz-knecht ou 1000 unités Röntgen (R) sur chaque région amygdalienne, puis laisse reposer le malade un mois.

Si les amygdales sont infectées, il réduit la dose à 200 unités Röntgen par amygdale et par séance. Le traitement consiste donc en applications couplées par deux et suivies d'un mois de repos.

D'après l'auteur, c'est un traitement simple et indolore, n'exposant pas les enfants au danger de mort, ni aux complications infectieuses du rhino-pharynx comme l'amygdalotomie.

C'est la méthode par excellence dans les cas d'hypertrophie amygdalienne avec hémophilie, chez les sujets présentant des affections cardio-vasculaires, chez les brightiques, les chlorotiques, chez les sujets présentant une hypertrophie ganglionnaire liée à une tuberculose latente de l'organe.

Par sa simplicité, son innocuité et l'excellence des résultats, Nogier termine en disant que la röntgenthérapie de l'hypertrophie amygdalienne mérite d'être utilisée beaucoup plus souvent.

L.-A. GAGNIER.

#### LABORATOIRE

Raoul M. MAY. — **La greffe bréphoplastique sous-cutanée de la thyroïde chez le rat.** « Arch. d'Anat. d'Hist. et d'Embryol. », 21: 31; 1936.

A cause des insuccès fréquents qui se rencontrent dans les modes habituels de greffe (autoplastie, homoplastie, hétéroplastie), l'auteur a tenté chez l'adulte, l'implantation de tissus embryonnaires (bréphoplastie).

Dans des travaux précédents (1930, 1932, 1933), May a démontré que cette opération réussissait couramment quand on utilisait comme récepteur, l'œil du greffé. Elle possède en plus l'avantage d'être durable.

Il décrit maintenant une technique plus pratique: l'implantation sous-cutanée. Relativement simple, elle consiste à « insuffler » dans le tissu sous-cutané de l'oreille d'un rat adulte, la thyroïde et la parathyroïde d'un raton né le jour même. Le greffon, soigneusement disséqué, mesure environ 1 mm. Il

est prélevé à l'aide d'une pipette stérile et immédiatement transporté dans la plaie du porte-greffe.

Les deux glandes se développent et se différencient histologiquement dans un grand nombre de cas. Chez des sujets greffés et préalablement éthyroïdés, la croissance suit son cours normal.

Les insuccès sont attribués par l'auteur à des conditions mécaniques, notamment le retard de vascularisation, le traumatisme du greffon ou son écrasement dans une loge trop petite.

Comme conclusion, May signale l'importance de cette greffe de « tissu dormant » semblable à celle des horticulteurs. Elle peut un jour être réalisée pratiquement chez l'homme, au moyen de tissus d'embryons ou de nouveau-nés morts par traumatisme.

Léonard-F. BELANGER.

W. H. HOLLINSHEAD et H. FINKELSTEIN. — **Régénération après innervation de la glande surrénale.** « The Journal of Comparative Neurology », 67: 215 (août) 1937.

Les auteurs ont observé la régénération des nerfs après exérèse du sympathique qui innerve les glandes surrénales. Ils ont enlevé chez des chats, toute la chaîne orthosympathique et leurs rameaux communicants dans la région thoracique inférieure et dans la région lombaire supérieure. Les nerfs qui innervent l'organe chromaffine de la médulla surrénalienne dégénèrent tous; ils sont constitués par des fibres pré-ganglionnaires; le corps cellulaire est localisé dans la moelle épinière. En conséquence, la section a causé la dégénérescence du bout périphérique, mais elle n'a pas lésé le bout central et la cellule nerveuse. A cause de la survie du corps cellulaire, le bout central régénère la fibre et au bout de 4 mois, l'innervation de la surrénale est tout à fait normale. Les fibres néoformées viennent des nerfs rachidiens de la région thoracique inférieure et de la région lombaire supérieure.

En conséquence, chez le chat, il est impossible d'obtenir une innervation permanente de la surrénale.

Wilbrod BONIN.

Philip B. PRICE. — **Nouvelles études de bactériologie chirurgicale et de technique chirurgicale.** « Jour. A. M. A. », 111: 1993 (26 nov), 1938.

Depuis toujours la chirurgie a manqué d'une technique appropriée pour déterminer le degré de désinfection de la peau.

L'auteur recommande de procéder de la manière suivante.

Si, au moyen de savon et d'une brosse on se lave les mains pendant une minute dans un bassin contenant de l'eau distillée et si on répète la même

opération dans une série de bassins préparés à cette fin, en passant successivement de l'un à l'autre, on constate que les eaux de lavage contiennent de moins en moins de bactéries. En tenant compte du temps et des bactéries trouvées, on peut établir une courbe dont l'étude fournit des renseignements précis sur le nombre et la localisation des germes. Cette technique se prête à des études sur la valeur de certains désinfectants utilisés entre deux lavages à l'eau. Elle permet en plus de déterminer la nature et la localisation des bactéries et de préciser le mécanisme de leur destruction et de leur réapparition.

Les bactéries normales de la peau sont des organismes « transitoires » ou « permanents ». Les premiers sont très nombreux et s'enlèvent facilement, alors que les seconds sont plus difficiles à détruire.

Le nombre des germes « permanents » est conditionné par des facteurs qui agissent sur leur multiplication ou sur leur destruction. De plus, parmi les « permanents » il existe des organismes pathologiques provenant du contact des mains avec du matériel souillé.

Le lavage des mains avec de l'eau et du savon réduit le nombre des bactéries « permanentes » de 50%, après chaque 6 minutes de brossage. La vigueur du brossage est plus importante que la nature du savon et la stérilité de l'eau. L'alcool à 70% en poids, utilisé pendant une minute, produit un effet germicide correspondant à un brossage de 6½ minutes. Cet effet germicide peut encore être augmenté par friction de la peau avec une gaze rugueuse.

Le bichlorure de mercure en solution ne réduit pas d'une manière appréciable la flore microbienne de la peau. Il en est de même du biiodure de potassium et de mercure et de la solution d'Harrington. La méthode de Kelly au permanganate de potasse et à l'acide oxalique, est très efficace et correspond à un brossage de 20 à 30 minutes.

Un germicide à base d'alcool méthylique, 50 parties en poids, d'alcool propylique normal, 20 parties, et d'eau, 30 parties, donne pour chaque minute d'immersion à la température de 25°C, un résultat comparable à un brossage de 11 minutes. Cependant l'emploi d'un germicide ne réduit jamais à 0 le nom-

bre des bactéries de la peau, d'où la nécessité de porter des gants pendant l'opération. Le port des gants en caoutchouc, toutefois, favorise le développement et la multiplication des bactéries qui doublent leur nombre toutes les 40 minutes environ. Les gants de coton n'ont pas le même inconvénient.

L'éther semble peu efficace. L'iode à 7%, au contraire, se rapproche plus que tout autre antiseptique de la perfection. L'iode à 2% dans de l'alcool à 70%, réduit à 18% le nombre des bactéries normales de la peau. Le mercurochrome donne des résultats qui se comparent à ceux fournis par les sels de mercure.

L'auteur termine par les recommandations suivantes: Le lavage des mains à l'eau et au savon pendant 7 minutes, enlève les bactéries « transitoires ». L'emploi de l'alcool à 70% ou des mélanges d'alcools déjà mentionnés, élimine les bactéries « permanentes »; une friction de 3 minutes réduit leur nombre à 2%. L'immersion des mains dans une solution de bichlorure à 1/1000 ou de biiodure à 1/500 pendant une minute, augmente encore cette marge de sécurité. Le port des gants est nécessaire. Entre chaque opération il convient de se laver les mains dans une solution antiseptique, une minute pour chaque heure d'opération.

La toilette du patient doit comprendre le lavage de la région avec de l'eau chaude et du savon. S'il y a plaie, il faut employer un détergent chimique. Immédiatement avant l'opération, le champ opératoire doit être lavé avec une gaze imbibée d'alcool à 70% ou avec un des mélanges d'alcools déjà cités. On appliquera ensuite sur la région où doit porter l'opération, de l'iode à 7% ou un mélange d'iode et d'alcool. On peut remplacer l'iode par la solution Scott. On peut encore, si les circonstances s'y prêtent, immerger les mains ou les pieds dans un bain de biiodure à 1/500 pendant une minute. Dans ce dernier cas, il convient de laver préalablement à l'alcool, le lieu où doit porter l'incision. Pour la désinfection des mains souillées l'auteur conseille d'employer une solution de crésol ou de l'eau et du savon pendant une minute puis, après séchage, de l'alcool à 70%.

A. BERTRAND.

## SOCIÉTÉS

L' « Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

### LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 22 novembre 1938

Tenue à l'hôpital Saint-Luc

Présidence de M. Léon Gérin-Lajoie

#### Un cas de fracture de plusieurs vertèbres cervicales avec luxation et paralysie

M. A. COUTURIER

Le rapporteur présente une malade qui, en juin 1936, s'était fracturé les 5e et 6e vertèbres cervicales avec luxation complète en arrière de la 5e, paralysie motrice et sensitive des membres supérieurs. La réduction a été obtenue par traction sur la tête au moyen de l'anse de Glisson, et par manipulation sans traction. Aussitôt la réduction obtenue, la malade fut immobilisée dans une minerve plâtrée. Les radiographies, prises cinq mois après, montrent le maintien de la réduction en bonne position; pour prévenir un glissement ultérieur, M. Couturier fait la greffe des 3e, 4e, 5e, 6e et 7e vertèbres cervicales. Actuellement, la malade est guérie, ne souffre pas du tout et sa paralysie est complètement disparue.

#### Traitement de la vulvo-vaginite des petites filles

M. J.-H. CHARBONNEAU

Le rapporteur passe en revue les divers traitements préconisés contre cette maladie en insistant particulièrement sur le traitement décrit par Lewis, lequel est basé sur la modification de la muqueuse vaginale infantile à l'état de muqueuse adulte par l'injection d'hormone folliculaire ovarienne. Il en décrit les avantages de même que les échecs. Les filtrats de gonocoque se sont montrés insuffisants, de même que les sulfanilamides par ingestion ou injection. Insistant sur la fréquence de l'urétrite et de la cervicite concomitantes, il pré-

conise le traitement suivant: instillation une fois par jour, le matin, d'un bouillon-vaccin basé sur les propriétés des antivirus de Besredka, partie dans l'urètre et partie dans le vagin; après quoi une douche de 150 c.c. de sulfamide soluble à 1 pour 2000. Le soir, introduction de la moitié d'un suppositoire à base d'hormone folliculaire dosé à 2000 unités. Les résultats ont donné une disparition complète des écoulements dans une moyenne de 9 jours, sans récurrence.

#### Les fractures du bassin

M. H.-R. DEROME

Le rapporteur divise les fractures du bassin, qui deviennent de plus en plus fréquentes, en fractures qui gênent la marche et la station debout, et celles qui ne les gênent pas. Il parle de la difficulté de leur diagnostic que soulignent l'impotence fonctionnelle, les ecchymoses tardives et la recherche de la douleur provoquée, insistant sur la nécessité d'une bonne radiographie. Il termine en disant un mot du traitement, variable suivant le siège de la fracture et l'importance du déplacement.

#### Des observations d'invagination intestinale aiguë de la seconde enfance

M. C. LEFRANÇOIS

Premier cas: garçon de 10 ans pris soudainement de douleurs abdominales atroces à droite. Le ventre est très douloureux à la palpation, mais sans défense musculaire. Perception d'une tumeur semi-mobile qui fait faire le diagnostic d'invagination aiguë; pas de sang au toucher rectal. Intervention 7 heures après le début de la crise: invagination aiguë iléocolique; désinvagination laborieuse. Guérison. Deuxième cas: garçon de 13 ans. Début dramatique des douleurs abdominales; pas de dé-

fense musculaire; palpation d'une tumeur allongée qui oriente le diagnostic d'invagination aiguë. Toucher rectal négatif. Intervention à la 6e heure. Invagination iléo-iléale causée par un diverticule de Maeckel, lui-même invaginé. Guérison.

Le rapporteur insiste sur le diagnostic d'invagination intestinale aiguë de la seconde enfance, affection plutôt rare. Douleurs plus fortes et début plus brusque que dans l'appendicite aiguë; douleurs sous forme de crises. L'hémorragie rectale est inconstante chez le grand enfant. La palpation du boudin d'invagination constitue le symptôme le plus important.

#### Trois cas de gastrectomie

M. L. BERNARD

#### Tumeur du poumon? Anévrisme de l'aorte?

M. R. BOUCHER

Le secrétaire,  
G.-A. SEGUIN.

### SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTREAL

Séance du 9 novembre 1938

Présidence de M. Eugène Saint-Jacques.

#### Le traitement ambulatoire des fractures de la rotule

M. E. SAINT-JACQUES

M. Saint-Jacques nous présente la technique qu'il exécute dans les fractures de la rotule. Nous rappelant que le but du traitement doit aller de pair avec une consolidation, une marche précoce et une mobilisation rapide, l'auteur emploie une technique introduite par Pierre Delbet qui consiste, après avoir transfixé la rotule en forme de X, à terminer par un cerclage. Il emploie le fil de soie métallique, incassable, fabriqué par une maison de Berne (Suisse).

Il nous produit de nombreux schémas et tableaux qui mettent bien en évidence les différents temps de la technique. Il présente un échantillon de ce fil qui est tressé légèrement.

Il laisse une clisse protectrice pendant cinq jours; ensuite il permet des mouvements au lit jusqu'au 10e jour. A ce moment, la marche est permise sans appareil; elle est facile et rapide.

Il emploie cette méthode depuis plus de 20 ans et n'a qu'à s'en louer. Il signale également que le fil ne doit être enlevé que très rarement, les blessés le supportant très bien.

#### Discussion.

M. FAUTEUX demande si le gros tendon de kangourou peut donner le même résultat.

M. FERRON nous dit que le fil de bronze-aluminium est employé à Paris depuis très longtemps; il en a rapporté une certaine quantité à son retour d'Europe en 1913.

Il est d'avis que le fil tressé doit produire un écouvillonnage du trajet de la suture au moment de l'enlèvement et que, par là, il peut être dangereux en amenant des suintements qui peuvent aller jusqu'à la suppuration.

Il est convaincu que le fil de bronze-aluminium donne une réaction antiseptique, la preuve en étant faite dans les raccordements gingivaux, qui ne suppurent jamais et qui sont faits pourtant dans de mauvais milieux. Dans les cerclages du rectum, les crins et les fils de toute autre nature donnent des suppurations alors que le bronze-aluminium ne suppure pas. Il constate cependant que le procédé décrit par M. Saint-Jacques constitue un perfectionnement, car autrefois on exigeait un repos prolongé, alors qu'aujourd'hui la marche rapide peut être permise.

M. COUTURIER est d'avis que la guérison doit être recherchée par suture osseuse. Il emploie une suture transversale avec des crins, ayant abandonné les fils métalliques. Cependant il fabrique un plâtre ambulatoire pour garder bon le moral du malade. Il enlève le plâtre au bout de quatre ou cinq semaines, mais il laisse marcher le malade au bout de quatre ou cinq jours. De cette façon il n'observe pas d'atrophie des muscles de la cuisse.

M. TREMBLAY a eu l'occasion de faire une suture au kangourou par transfixion; cette suture a lâché. Deux mois après, des massages au quadriceps ont amené une soudure fibreuse. Il a employé la suture métallique avec de bons résultats.

M. de MARTIGNY. La communication de M. Saint-Jacques soulève deux points intéressants: l'union osseuse; la suture avec un fil métallique tressé.

Nous savons tous la multiplicité des traitements préconisés dans les cas de fracture de la rotule. Jusqu'à présent, nous n'obtenions que l'union fibreuse avec résultats cliniques très bons, jamais d'union osseuse.

La méthode préconisée par le docteur Saint-Jacques nous permettrait d'espérer cette union osseuse. J'ai été des plus surpris à mon arrivée en France, pendant la guerre, de constater qu'un certain nombre de chirurgiens, après avoir fait l'encerclement métallique de la rotule, laissaient leurs blessés sans aucune attelle, sans aucune immobilisation et permettaient la marche dès le lendemain.

J'ai vu un cas remarquable traité par le docteur Saint-Jacques, qui immobilise l'articulation avec des attelles amovibles, et qui marchait sans difficultés après dix jours.

J'insiste donc sur le bon résultat que nous avons obtenu dans les cas de fracture de la rotule traités sans aucune immobilisation. Nous n'avons pas observé les ennuis que nous observons après immobilisation du genou.

M. DUFRESNE partage l'opinion de M. CREPEAULT; il a toujours encerclé avec des résultats qui valaient les autres; il faisait marcher ses malades rapidement mais avec plâtre.

M. TREMBLAY demande alors quelle est l'opinion générale de l'assemblée: doit-on faire une suture précoce ou retardée?

Il fait ensuite la remarque que dans l'Ouest du Canada, certains chirurgiens ne se donnent plus le mal de suturer la rotule, mais l'enlèvent tout simplement et font une suture des bords de la loge suivant une technique spéciale.

M. SAINT-JACQUES insiste sur le désavantage du kangourou, car c'est un fil qui cède tôt.

Il a opéré 25 cas de cette façon. Il trouve un grand avantage à ne pas mettre de plâtre et à permettre la marche au 10e jour.

Il attend habituellement quatre ou cinq jours avant d'opérer et remplit quelquefois l'articulation avec du Calot.

Il n'a jamais rencontré d'ostéite.

M. FERRON demande alors combien de temps il faut à la rotule, qui est un os sésamoïde, pour s'ossifier. Il a constaté que ça prenait plus de temps qu'on ne croyait, et il a vu également que les sutures coupaient, si le membre n'était pas plâtré. Il a eu 24 beaux résultats.

#### **Cancer du rectum. Guérison opératoire**

M. Mercier FAUTEUX

L'auteur rapporte alors l'observation d'une jeune femme de 32 ans, présentant des douleurs dans les deux fosses iliaques depuis 5 mois, avec de la diarrhée depuis un an et sang dans les selles.

L'examen, pratiqué le 21 avril 1938, montre une malade amaigrie, un peu cachectique et présentant du sub-ictère.

Le toucher rectal permet de sentir une masse fixée au sacrum et au vagin, cartonnée, annulaire, permettant à peine au doigt de pénétrer.

La biopsie donne le rapport suivant: adénocarcinome du rectum.

Une cystoscopie pratiquée à ce moment ne donne rien de particulier du côté de la muqueuse vésicale.

Le 20 mai 1938, une laparotomie permet d'enlever deux ganglions de la fourche mésentérique et d'exécuter une abdomino-périnéale en un temps avec hystérectomie et terminée par drainage Mickulicz périnéal.

Les suites opératoires sont normales, sauf un peu de température du 5e au 16e jour, température probablement due à de la cellulite périnéale.

Elle est revue 6 mois après; elle a engraisé de 40 livres, son anus iliaque fonctionne très bien et est continent. M. Fauteux attribue la continence au fait de la rotation qu'il a fait subir au côlon à travers le droit.

En présentant cette observation, M. Fauteux désire faire remarquer qu'une abdomino-périnéale avec hystérectomie en un temps, chez une malade bien préparée, a été bien supportée et laisse entrevoir des résultats très heureux. Il est d'avis que les femmes réagissent mieux que les hommes; il demande à ses collègues quels sont les procédés d'anuses contre nature qu'ils favorisent.

Il n'a pas fermé la plaie périnéale, et avec des lavages au permanganate il a obtenu une guérison complète en quinze jours.

Il est d'avis que les résultats immédiats de l'amputation sont meilleurs, mais que les résultats éloignés de l'abdomino-périnéale sont les meilleurs.

Chez l'homme, il existe une zone très importante au voisinage de la prostate où peut exister de l'infiltration.

Il est d'avis que le cancer du rectum ne relève pas de la radiumthérapie, et ne pense pas qu'il y ait intérêt à faire des irradiations.

#### Discussion.

M. GERIN-LAJOIE. Croit tout de même à l'intérêt des irradiations jusqu'à 20,000 R après l'intervention, comme il le fait dans les cas de cancer de l'utérus. Il désire poser trois questions au rapporteur:

- 1° La cystoscopie négative est-elle une preuve de non-envahissement de la vessie?
- 2° L'hystérectomie doit-elle être systématique?
- 3° Quand faut-il enlever le Mickulicz?

M. RICARD a eu l'occasion de faire un anus à travers le droit, mais n'a pu contrôler la continence, le malade ne s'étant pas représenté à l'examen.

M. BOHEMIER désire faire les remarques suivantes: s'il s'agit d'une malade en subocclusion, il faut procéder en deux temps. Au sujet de l'anuse à travers le droit, il faut

être prudent, car il existe une tendance à la sténose. De plus, il faut faire une suture du péritoine pariétal.

La torsion vaut-elle quelque chose? Si le bout abouché à la peau est trop long, la torsion ne tiendra pas, et si le bout est court, il n'est pas nécessaire de tordre l'intestin.

Pour ce qui est de l'hystérectomie, il essaie toujours de garder l'utérus pour soutenir le péritoine.

Pour ce qui est du temps nécessaire pour laisser le Mickulicz, il n'y a pas de règles fixes; seulement, il trouve très courte la période de quinze jours qu'a prise la malade pour combler le cratère périnéal.

Il est d'avis que pour les cas qui relèvent de la radiothérapie, il est prudent de faire un anus artificiel.

M. CREPEAULT se demande si on peut affirmer avoir enlevé tous les ganglions dans ces cas de cancer, et alors s'il ne serait pas indiqué de faire de la radiothérapie par la suite.

M. DUFRESNE demande ce qu'est la réaction de Van Der Bergh et quels sont les résultats de la radiothérapie.

M. SAINT-JACQUES fait d'abord l'anuse dans les cas d'occlusion. Il emploie un procédé de tunnel sous-musculo-cutané, qui donne une continence parfaite. Il nous rappelle l'histoire d'une malade morte six ans après son abdomino-périnéale d'une métastase hépatique.

M. P. BOURGEOIS ne croit pas que la cystoscopie négative puisse faire conclure à la non-infiltration; l'envahissement se faisant par les couches musculuses de la vessie, il peut très bien y avoir quelques cellules péri-vésicales qui ne donnent aucun signe du côté de la muqueuse.

Il rapporte brièvement l'histoire de deux malades qui ont subi une abdomino-périnéale en deux temps. Le premier fut opéré en 1927; actuellement ce malade, qui a repris ses activités, ne se porte pas trop mal. Son anus iliaque gauche est continent et le seul embêtement au tableau réside en crises de côlite sai-

sonnière. Le deuxième malade fut opéré en 1931; il a également repris ses activités, et son anus contre nature l'embête tellement peu qu'il ne porte même pas de compresse sous ses sous-vêtements. Il évacue son intestin tous les matins à volonté, et le reste de la journée est sans incident. Seulement, ce deuxième malade est venu pour des troubles de la miction caractérisés par une rétention vésicale de 500 c.c. et un reflux vésico-urétéral droit avec pyonéphrose. A la suite de l'intervention, la vessie s'est abaissée et coude l'uretère vraisemblablement comme dans les prolapsus génitaux de la femme. Il devait revenir pour subir une néphrectomie droite au cours de l'automne.

M. FAUTEUX ne croit à l'utilité de la cystoscopique pour démontrer qu'il y a envahissement de la vessie, cas où l'intervention sera inutile.

Il ne fait pas l'hystérectomie systématique; dans le cas particulier, il fallait une voie d'accès large.

Il ne tire jamais sur un Mickulicz, mais il le laisse venir.

Il est entendu que l'abdomino-périnéale en un temps ne s'applique qu'à des cas spéciaux. Il ne faut pas faire de repas baryté, car le baryum peut donner de l'occlusion.

Il est d'avis que la sténose de l'anus est due à des réactions inflammatoires au pourtour de l'intestin; il faut avoir soin de cet anus, surveiller attentivement les pansements.

Comme anesthésique, il a employé la rachi, et l'intervention a duré une heure; il reste entendu que l'on ne peut prétendre enlever tous les ganglions, mais il faut faire le mieux possible.

L'abdomino-périnéale est l'intervention qui donne les meilleurs résultats dans le cancer du rectum; l'anus artificiel seul ne donne pas de résultats éloignés; le radium désinfecte sûrement, fait cesser la douleur, mais ne semble pas encore avoir donné une guérison définitive.

La discussion est alors ajournée à la prochaine séance.

Le secrétaire,  
Paul BOURGEOIS.

## ASSEMBLEE SCIENTIFIQUE DU BUREAU MEDICAL DE L'HOPITAL NOTRE-DAME

Séance du 20 octobre 1938

Présidence de M. A. Bellerose

### Un cas de rhinophyma traité et guéri M. A. MARIN

Cette communication paraîtra comme article original dans un prochain numéro de *l'Union Médicale*.

#### Discussion.

M. P. PANNETON demande s'il y aurait possibilité d'aller plus loin dans le traitement afin d'atteindre les quelques petites lésions d'acné qui restent encore et de parfaire l'apparence.

M. LEGER fait remarquer la concision de l'histoire du cas présenté, — on devrait, dit-il s'en inspirer.

M. LAQUERRIERE félicite le docteur Marin du résultat qu'il a obtenu. C'est difficile de dire si, avec la radiothérapie on peut améliorer encore ce cas. Il faut toujours craindre de dépasser le but. Il a déjà traité des cas de rhinophyma par l'électropuncture négative. C'est un procédé long mais peut-être moins dangereux que les procédés plus rapides employés actuellement.

M. MARIN. Le Docteur Laquerrière s'est chargé de répondre au Docteur Panneton. Je dois ajouter que plus tard, grâce à la radiothérapie modérément pénétrante, il y aura possibilité d'améliorer encore ce malade.

### Un cas de silicose pulmonaire

M. L.-C. SIMARD

Les cas de silicose pulmonaire pure, sans lésions tuberculeuses actives associées, sont peu fréquents. Ils ont même été niés par certains auteurs sérieux qui les considèrent comme des tuberculoses anciennes sclérogènes guéries.

En voici une observation suivie d'une courte description histologique des poumons, prélevés à l'autopsie, qui mérite d'être versée au débat, à cause de la nature et de l'abondance de la sclérose pulmonaire.

*Histoire de cas.*

Monsieur P., âgé de 41 ans, est employé à une usine de silice depuis 6 ans. Il est malade depuis le début de mars 1938. A cette date il se fatiguait facilement, avait de la dyspnée d'effort; amaigrissement, anorexie. Il avait en plus de la difficulté à accomplir son ouvrage quotidien.

Deux mois plus tard, i.e. au début d'avril, le patient était dans l'impossibilité de travailler. Ses troubles se sont toujours aggravés de jour en jour.

Le 12 septembre 1938, jour où le médecin le voit pour la première fois, il a maigri d'une trentaine de livres. Depuis 4 mois, son état général est mauvais. Il a beaucoup de difficulté à respirer. Il tousse et crache, peut à peine raconter ses troubles tant il est oppressé. Ses intestins n'ont pas fonctionné depuis deux jours. Il n'a pas vomi. Il n'a pas d'appétit. Son système urinaire paraît indemne ainsi que son système nerveux.

*Examen objectif.*

Etat général: médiocre. Malade très pâle, ongles violacés, sueurs froides, air inquiet et angoissé.

Respiration: 80 à la minute. Pouls: incomptable. Température: 96.1 F. P.A. 80/50 Crachats nummulaires.

*Tête:* Yeux: pupilles dilatées, réagissent faiblement à la lumière. Langue: saburrale. Dents: cariées et malpropres.

*Cou:* Pas d'adénopathie perceptible.

*Thorax:* Cœur: bruits très assourdis. Pas de souffle perceptible. Tachycardie. Poumons: Inspection: tirage très marqué. Respiration extrêmement accélérée. Thorax décharné. Palpation: vibrations vocales augmentées de volume. Percussion: submatité aux deux sommets aussi bien en avant qu'en arrière. Auscultation: le murmure vésiculaire est à peine

perceptible au sommet des deux poumons, tandis que la respiration est bruyante sur tout le reste du champ pulmonaire. Pas de râles humides, mais égophonie.

*Abdomen:* Légèrement tendu sans douleur précise. Rate non percutable et non palpable. Le foie n'est pas douloureux et n'est pas augmenté de volume.

Les réflexes sont normaux.

*Evolution:*

Le 14 septembre 1938: même état que le 12 avec, en plus, apparition de râles de congestion aux deux bases pulmonaires.

Température 95.1F

Respiration 90.

Pouls 150.

Le 16-9-38. Décès survenu à 11 heures a.m.

*Rapport macroscopique de l'autopsie:*

Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années environ mesurant 5 pieds et 8 pouces et pesant 126 livres.

A l'ouverture du thorax on remarque un liquide pleural d'environ 200cc., couleur jaune citron. On a beaucoup de difficulté à décoller la plèvre viscérale qui adhère fortement à la plèvre pariétale.

Le poumon droit est gros, dur, ne s'affaisse pas et ne laisse pas pénétrer le doigt. Une tranche jetée dans l'eau va immédiatement au fond. Tout le lobe inférieur présente une couleur noirâtre faisant contraste avec la couleur rouge foncée des deux autres lobes. En plus, le lobe supérieur est parsemé de végétations très dures, tantôt rondes, ovalaires ou linéaires.

A la coupe, l'aspect est franchement gris. Les lobes moyen et inférieur sont rouges, œdémateux, laissant soudre un liquide spumeux à la pression.

Le poumon gauche présente le même aspect que le poumon droit. Les lésions s'étendent également à tout le lobe supérieur gauche.

Le cœur, le foie, les reins, la rate paraissent normaux au point de vue macroscopique.

*Examen histologique des poumons:*

Des prélèvements ont été pratiqués dans le poumon droit, au sommet dans le lobe moyen et dans le lobe inférieur.

Les trois fragments présentent une sclérose intense constituée par des plages confluentes de tissu conjonctif dense, très pauvre en cellules conjonctives. La sclérose prédomine surtout dans la région corticale, sous-pleurale et s'atténue progressivement en allant vers le hile. Dans le fragment du lobe moyen la sclérose est tellement abondante qu'elle occupe presque toute la coupe; il ne reste que quelques rares lobules pulmonaires partiellement aérés.

A la lumière polarisée, des milliards de cristaux constellent le tissu scléreux, et apparaissent même dans l'exsudat alvéolaire des régions aérées. La recherche de la silice dans les crachats aurait sans doute été positive.

Le fragment du sommet offre, à part la sclérose, plusieurs foyers d'emphysème alvéolaire. Dans ce qui reste de lobules aérés existent de la congestion et de l'œdème. Aucune lésion tuberculeuse active n'a pu être décelée.

**Discussion.**

M. LAQUERRIERE. C'est un cas très intéressant qui soulève une question à l'ordre du jour. L'école de Rist, à Paris, ne veut pas que la silicose soit une maladie propre; toujours, elle s'accompagnerait de tuberculose. Or, les images radiologiques de silicose sont quelquefois tellement particulières qu'on peut en les voyant, poser le diagnostic étiologique. Elles se présentent alors sous l'aspect de masses tumorales que l'on ne retrouve que dans cette affection. Si la silicose peut avoir un dessein radiologique spécial, elle doit avoir également une nature spéciale. Pourquoi vouloir toujours que la tuberculose intervienne dans la silicose et que celle-ci ne soit pas elle-même une maladie autonome? Ici l'examen histologique a nettement démontré qu'il n'existait pas de tuberculose.

M. J. PREVOST. Cette question est importante au point de vue pratique. Il est ha-

bituel de rechercher la tuberculose pulmonaire, lorsque l'on est en présence de silicose et dans la majorité des cas on la trouve. Tous nos cas de silicose ont fait de la tuberculose et c'est la tuberculose qui a emporté ces malades. Au point de vue légal on voit l'importance d'une telle affection.

M. A. BERNIER. D'après les statistiques des auteurs allemands, américains et australiens, le pourcentage des cas de silicose pur et simple est plus élevé qu'on ne le pense.

M. C.-E. GRIGNON. D'après le rapport de l'autopsie, le cœur serait normal. Je demande au docteur Simard comment il se fait qu'avec des poumons si sclérosés, on n'ait pas une dilatation du cœur droit.

M. L.-C. SIMARD. (au Dr Grignon) L'autopsie a été faite par un médecin de la campagne qui a bien voulu nous transmettre ses notes. Celles-ci ne mentionnent pas de dilatation du cœur droit, qui existait vraisemblablement, parce que l'examen histologique du cœur a montré une dégénérescence des fibres musculaires cardiaques.

**Un cas de diverticule de l'œsophage**

M. A. LAQUERRIERE

Mme R., 72 ans, vient consulter le 27 septembre à cause d'une difficulté pour avaler qui dure depuis quelques années, et va en augmentant sans jamais se compliquer, jusqu'à présent, de vomissement. Le Dr Vien qui l'accompagne a fait le diagnostic de diverticule et en demande confirmation.

La malade absorbe une bouillie barytée derrière l'écran et nous voyons immédiatement se former à la base du cou, une grande tache opaque à fond arrondi, qui reste en permanence; la bouillie barytée descend sur le côté gauche de cette poche et dessine un œsophage un peu irrégulier. Il est en particulier déformé par une aorte dont la crosse est beaucoup plus opaque que normalement. Il se laisse cependant franchir sans difficulté et dans un temps normal. La poche du diverticule reste au contraire remplie durant la dizaine de minutes que nous pouvons consacrer à l'examen, la malade n'habitait pas Montréal.

Le diverticule de l'œsophage est assez rare; il est exceptionnel sur le reste de l'organe bien qu'il puisse exister en n'importe quel point. Son lieu d'élection est comme chez notre malade la base du cou. On admet qu'il siège en réalité dans l'hypopharynx au-dessus de la bouche œsophagienne plutôt que sur l'œsophage proprement dit; mais le fond de la poche, quand elle est de grande taille, se dessine sur le côté de l'œsophage lui-même.

#### Discussion.

M. A. MOUSSEAU. Radiographiquement parlant, je me demande s'il s'agit d'un diverticule œsophagien ou pharyngien. Généralement ce sont les diverticules pharyngiens que l'on rencontre. Ce sont ceux d'ailleurs qui existent chez certains « professionnels-contrebandiers » et qu'on appelle les diverticules professionnels.

M. P. PANNETON. Il est évident que la question des diverticules de l'œsophage est véritablement une question « sudète »: on ne parvient pas à en délimiter nettement les frontières. Mais puisqu'on a toujours appelé ces diverticules, des diverticules de l'œsophage, je ne vois pas l'utilité d'en changer le nom. Ce cas serait-il propice à l'intervention?

M. A. LAQUERRIERE. Au sujet de la localisation du diverticule, c'est à la base du cou que se trouve le lieu d'élection, au niveau du pharynx plutôt que de l'œsophage. Mais on a toujours appelé cela, diverticule de l'œsophage, même si ce n'en est pas.

Le point de vue opératoire n'a pas été posé; vu que la malade supporte bien son affection; en mangeant doucement elle s'alimente bien; il n'y a par conséquent pas lieu d'intervenir.

#### **Le pyrétothérapie physique dans le traitement des arthrites gonococciques**

M. Lucien SYLVESTRE

*Cette communication a paru comme article original dans le numéro de décembre 1938 de l'« Union Médicale », p. 1283.*

#### Discussion.

M. U. GARIEPY. Quel est le résultat fonctionnel chez les sujets atteints d'arthrites gonococciques?

M. A. LAQUERRIERE. A côté de la pyrétothérapie existe une méthode localisée par ondes courtes qui permet une réaction générale moins intense. Halpen et Auclair pratiquent l'hyperthermie prolongée au niveau du bassin et des organes génitaux. Ils guérissent très rapidement les malades et cette méthode est particulièrement efficace chez les femmes porteuses de germes.

Dans l'arthrite généralisée on fera de la pyrétothérapie globale. Elle demande une surveillance précise et de plus c'est une méthode pénible pour le patient. Il y a donc avantage à faire le traitement local chaque fois qu'on le peut.

M. SYLVESTRE. Dans notre cas, le résultat fonctionnel a été de près de 100%. Pas d'ankylose, ni raideur articulaire. Les américains ont 75% de guérison par cette méthode, ce qui veut dire par conséquent que les fonctions articulaires sont intactes. (Au Dr Laquerrière): si l'on peut faire le traitement local, il est certainement à conseiller. Mais je me demande, si les appareils que nous possédons ici sont suffisants pour obtenir ces résultats. — Ici le malade faisait des « métastases », ailleurs il faisait de la septicémie gonococcique, et le traitement devait être général.

#### **Anévrysme de la crosse aortique<sup>1</sup> Hémorragies sous-cutanées successives prises pour des dilatations anévrysmales. (Hémorragie foudroyante terminale. Présentation de la pièce)**

MM. A. LEGER et A. De GUISE

*Cette communication paraîtra comme article original dans un prochain numéro de l'« Union Médicale. »*

#### Discussion.

M. P. PANNETON. Je félicite les auteurs d'avoir eu le courage de corriger un diagnostic et de l'avouer. — L'utilité de telle erreur est beaucoup plus grande que tout autre genre de communication scientifique.

1. Cas présenté aux réunions scientifiques par les Drs A. Léger et G. Barry, octobre 1936 et janvier 1937. Publié dans l'Union Médicale, janvier 1937.

**Maladie de cushing. Syndrome paradoxal**  
M. E. MENARD

Mme A. L., dossier du dispensaire de l'hôpital Notre-Dame: 84803.

La malade se présente au dispensaire en date du 30-9-36 pour des troubles digestifs, sensation de pesanteur au creux épigastrique, tympanisme, douleurs abdominales, constipation opiniâtre, troubles circulatoires généralisés, céphalée, nycturie, acrocryesthésie, scotomes scintillants, avec une T.A. de 140/110; urines troubles avec densité de 1010, alb. traces, sucre non, leucocytes rares, et présence de bactéries. B.W. négatif.

18-11-1936	T.A.	195/115	pouls 100
2-12-1936		180/105	
16-12-1936		220/120	
7-4-1937		195/108	

Cette malade nous est gracieusement référée par le Dr D. Duperron, pour des troubles endocriniens.

Elle se plaint de fatigue au moindre effort, bouffées de chaleur, nervosisme, insomnie, céphalée sans localisation nette, crises de douleur très vives aux globes oculaires, bourdonnements d'oreilles, crampes dans les jambes, acrocyanose et acrocryesthésie, dyspnée d'effort, douleurs à type nettement angineux, marquées à l'effort, calmées par le repos et de courte durée, orthopnée (cyanose et suffocation quand elle se couche tête basse). Les douleurs précordiales s'irradient dans le dos et dans l'épaule et le bras gauche. Sensation de brûlure et d'étau; dyspnée d'effort, polyurie, polydypsie et polyphagie avec prurit généralisé, vertiges.

*Antécédents personnels:* ne peut donner renseignements sur son poids de naissance, date des premiers mots, premiers pas et des premières dents; ne sait pas si sa mère a fait excès de poids au cours de ses grossesses. Rougeole 10 ans, diphtérie pendant adolescence. Elle pesait 165 livres à 16 ans, 99 livres à 19 ans (année de son mariage), 6 mois plus tard, 175 livres; elle aurait engraisé de 50 livres durant sa première grossesse et de 25 livres durant la deuxième, et l'obésité a con-

tinué ensuite jusqu'à atteindre 242 livres le 7-4-37. Poids actuel: 182 livres.

Puberté à 15 ans, régulière, 28 jours, durée 7 jours; actuellement, 4 jours avec cycle de 23 jours, frigidite, mari V. B. S.

1ère grossesse avec forceps, acc. lab. Pas d'albuminurie ni d'œdème. Premier enfant de poids normal avec croissance normale; 2ième enfant, denture en temps normal mais a marché et parlé à 2 ans. Pas de mort, ni de f.c. Stérilité involontaire ensuite.

Père 70 ans V. 180 livres, 66 pouces; mère, obèse morte à 66 ans, d'angine de poitrine. Deux frères vivants, poids: 160 et 110 livres b.s.; un présente des troubles osseux indéterminés; un autre, mort à 44 ans d'angine de poitrine et un autre de cardiopathie à 46 ans. Quatre sœurs vivantes, non obèses et B.S. Une morte à 31 ans, après opération pour lithiase biliaire. Pas f.c.

*Examen clinique:* facies pléthoriques, cyanose de face plus marquée en position couchée et tête basse avec dyspnée augmentée, obésité facio-tronculaire avec localisation à la nuque, cou, seins, épaules. Visage élargi, en pleine lune, bajoues, cuisses grosses, mais extrémités des membres non adipeuses. L'adiposite est douloureuse à la pression, les vergetures, sans teintes pourpres, mais donnant au toucher une sensation dur. Ces vergetures auraient déjà eu la teinte ecchymotique, ecchymoses des membres.

*Signes de virilisme:* Moustache, poils aux jambes, mèche temporale avec peau très colorée brune dans cette région, poils pubiens normaux. Goitre diffus, non adénomateux avec tachycardie et léger tremblement. Cœur: bruit de galop, rythme pendulaire, mais bruits bien frappés et absence de souffle. Poumons normaux, œdème des membres inférieurs. Cavité buccale R.A.N. Douleur très vive, localisée au point vésiculaire. Main: coussin adipeux aux poignets. Peau sèche.

Hypophyso-thyroïdienne type juvénile. Noter main sur la photo, la forme effilée des extrémités des doigts, ainsi que le pannicule adipeux à face dorsale de la main et des deux

premières phalanges. (Insuffisance hypophysaire juvénile.

Exophtalmie mais avec prédominance sur l'œil gauche. Douleurs lancinantes aux globes oculaires, survenant par crises paroxystiques et fugaces et s'accompagnant d'amblyopie et de vertiges. Pas de dioplopie.

*Système osseux*: absence de xyphose et de gibbosité, membres normaux; réflexes normaux.

Examen du Dr Lucien Gélinas: Oedème papillaire, sclérose vasculaire, champ visuel normal.

V: 1/10 O.D. 2.00 V.2/3

V: 1/10 O.G. 2.50 V. 1/2

Examens de Laboratoire:

Métabolisme basal: 17 juin 1938: X31%  
21 juin 1938: X35%  
18 juillet /38: X13%  
22 août 1938: 0

Cholesterinémie	Glycémie
17/6/38 3 gr 21	1 gr 70
18/7/38 3 gr 21	1 gr 30
19/8/38 3 gr 46	

Azotémie

17 juin 1938	0 gr 33
21 juillet 1938	0 gr 23
18 août 1938	0 gr 27

Action dynamique et spécifique des protéines.

M.B. Avant le repas d'épreuve, 13 sept.: X6%.

Deux heures après absorption de 3 blancs d'œufs cuits durs avec une tranche de pain beurré et une tasse de thé sans sucre, ni lait: X12.

28 septembre 1938, numération globulaire:

3,600,000	globules rouges
6,000	globules blancs
65%	hémoglobine
0.9	valeur globulaire
70%	polynucléaires neutrophiles
6%	grands mononucéaires
21%	lymphocytes
3%	polynucléaires éosinophiles

10 septembre 1938:

calcium dans le sang: 0.088

phosphore dans le sang: 0.260

Examens des urines: 26/7/38: albumine: oui; densité: 1012; sucre: non; acétone: non; acide diacétique: non; phosphates, leucocytes, rares bactéries.

20/8/38: rapport identique avec densité: 1014; pas de sucre.

13/9/38: densité: 1024; albumine: oui; sucre: 3 gr 47; acide, acétone: absence; bactérie: oui.

13/9/38: densité: 1024; albumine: oui; 6 gr au litre; leucocytes; oui; pus: présence; troubles: réaction alcaline.

5/10/38: aspect: trouble; densité: 1016; albumine: oui; sucre: non; leucocytes: rares; pas d'acétone, ni d'acide diacétique.

Echantillon des urines de 24 heures: dosage 1 litre.

Test de tolérances des H.D.C. (100 gr de glucose)

30/6/38: A jeun: s: 1 gr 50, 30 min; 2 gr 66, 60: 3.18, 120 min: 3 gr 18, 180 min. 2 gr 50, 240 min: 1 gr 50, 300 min. 1 gr 26

1/7/38: Glucosurie provoquée: à jeun: sucre: absence; 1/2 hre après: 2 gr 75; 1 heure après: 20.96; 2 heures après: 23.07; 3 heures après: 15.47; 4 heures après: 4.33; 5 heures après: absence.

1/9/38: A jeun: sucre dans l'urine: non; sucre dans le sang: 1 gr 37

30 min.	Traces	2 gr 10
60 min.	9 gr 33	2 gr 66
120 min.	25 gr 40	2 gr 82
180 min.	35 gr	2 gr 20
240 min.	indosable	1 gr 40
300 min.	absence	1 gr 26

Madame A. L. 24928

Rapports du service de Radiologie: Rad. 2-36683.

Selle turcique, 20 juin 1938; la selle turcique paraît un peu profonde (Dr D. Léonard).

Radiographie de colonne dorso-lombaire (7 octobre 1938) rien de particulier à noter à la colonne (Dr D. Léonard).

*Morphologie et mensurations*

Poids	7/4/37	242 livres	(nue)
	20/6/38	210	"
	8/7/38	205	"

13/7/38 205 livres (habillée)

12/10/38 182 "

Taille: 61½ pouces

Segment inférieur: 34½ pouces

" supérieur: 37 pouces

Expansion: 61½ pouces

Tension artérielle: août 17 1938: 190/110

août 30 1938: 180/120

24/11/37: Stomatologie: détartrage, acide chromique: paradantose (Dr Gérard Demonigny). Malade n'a pas à revenir (Dr Reeves) 6/12/1937.

Traitements: diète: glycide: 150 gr

17/6/38 lipide: 60

protides: 60

calories: 1340

Solution de digitaline au 1000ième; 5 gouttes, 2 fois par jour, pendant 6 jours, puis repos de quatre jours.

Insuline (8/7/38): 30 unités le matin (pro-zinc Unités, signes d'hypoglycémie); puis, 24 unités tous les matins (très bien toléré à cette dose).

A partir du 17 août 1938, 7 séances de radiothérapie sur les régions surrénaliennes.

*Faits importants à noter dans l'observation actuelle:*

1° obésité dans période infantile et juvénile. La photo de sa main nous en fournit une preuve irréfutable et indélébile;

2° si nous n'avons pas de renseignements sur sa croissance durant période fœtale et infantile, son augmentation considérable de poids durant la première grossesse et la deuxième, ainsi que les troubles de croissance manifestés chez le deuxième indiquent troubles thyroïdiens chez la mère et signes d'hypothyroïdie chez le deuxième enfant;

3° rapidité de la manifestation de l'obésité et caractères morphologiques classiques de syndrome de Cushing;

4° le cycle menstruel constamment normal indiquant sécrétion normale d'hormone gonadotrope par l'hypophyse antérieure;

5° frigidité et stérilité secondaires;

6° mère morte, obèse, angine de poitrine;

7° *Symptômes importants:*

Obésité typique. Plétorique. Diabète. Hypercholestérolémie. Hirsutisme. Vergetures. Frigidité et stérilité secondaires. Métabolisme basal élevé. Troubles cardio-vasculaires.

Troubles cardio-vasculaires.

*Diagnostic clinique:* Syndrome de Cushing de la ménopause.

#### Discussion.

M. C.-E. GRIGNON. Je ne crois pas qu'il faille étiqueter ce cas sous le nom de maladie Cushing, car il faut conserver un cadre aux maladies décrites par les auteurs. Or il manque beaucoup de symptômes dans cette observation pour parler de maladie de Cushing.

L'obésité que l'on remarque sur les photographies n'est pas typique de cette affection. En effet, dans la maladie de Cushing les malades présentent une obésité particulière du cou et de la face. Ils ont un cou de taureau et une figure très rouge.

Il manque aussi de la polyglobulie qui est constante dans le syndrome de Cushing.

L'aménorrhée manque aussi.

Il existe un début d'inversion plutôt qu'une inhibition sexuelle.

L'ostéoporose fait défaut.

Tout ceci est suffisant pour nier le diagnostic de maladie de Cushing.

L'obésité de cette malade est une obésité ancienne. C'est une obésité juvénile à type hypophysaire.

Quant au métabolisme basal il est augmenté. Or, l'augmentation du M.B., n'est pas toujours synonyme d'hyperthyroïdie.

L'élévation du M.B., se rencontre chez les obèses, gros mangeurs, de même que chez des hypertendus. — Comme preuve que l'élévation du M.B., n'est pas due à la maladie de Cushing, c'est qu'on rencontre en même temps une élévation du cholestérol sanguin.

Il existe un diabète léger qui réagit bien à l'insuline.

L'hypertension, contrairement au diabète hypophysaire ou surrénal n'évolue pas comme dans la maladie de Cushing d'une manière paroxystique et semble concomitante de sa néphrite chronique.

Pour établir le diagnostic, il existe des réactions hormonales stigmates: le sodium sanguin est toujours élevé, le potassium est toujours abaissé. La radiographie des capsules surrénales, après insufflation des loges rénales pourrait être pratiquée pour rechercher quelque tumeur de cette région.

Le dosage de la cortine serait très précieux, mais on ne peut le faire ici actuellement.

En somme, la malade de cette observation présente de l'obésité, un diabète, de l'hypertension, de la néphrite au moment de la ménopause, avec syndrome sexuel régressif de la ménopause.

M. R. AMYOT. J'admets presque entièrement les remarques du docteur Grignon. J'ajouterais qu'il ne faut pas enlever à la malade du docteur Ménard, le mécanisme endocrinien de ses troubles. L'hypophyse doit participer, dans une certaine mesure, mais entre cette participation et l'étiquette de maladie de Cushing il y a loin.

Il est toujours difficile, d'ailleurs, durant le cours de la vie d'un malade de faire un diagnostic certain de maladie de Cushing. Certains malades ayant présenté un syndrome clinique typique n'étaient pas porteurs d'un adénome basophile de l'hypophyse. — On ne peut dire avec certitude « maladie de Cushing » qu'en présence non seulement du syndrome clinique, mais aussi de coupes de l'hypophyse démontrant l'adénome basophile de cette glande.

Quant à l'insufflation péri-rénale pour la recherche d'un adénome surrénalien, il peut fort bien arriver que la radiographie ne détecte pas l'adénome, même lorsqu'il y en a, car ces adénomes sont souvent microscopiques.

M. E. MENARD. Je n'ai rien à ajouter. Il manque certainement à ma malade de nombreux symptômes. Les autres épreuves de laboratoire ne peuvent pas être faites ici pour la plupart. Je remercie le docteur Grignon.

**Cavité tuberculeuse et abcès gangreneux du poumon droit**

**Cure de repos - Thoracoplastie - Guérison**

MM. J. PREVOST et G. LECLERC

*Cette communication paraîtra comme arti-*

*cle original dans un prochain numéro de l'« Union Médicale. »*

**Discussion.**

M. C.-E. GRIGNON. Il faut remercier les Drs Prévost et Leclerc de nous avoir fait communication. Je me rappelle un cas que nous avons suivi conjointement Prévost et moi. Il s'agissait d'un diabétique qui présentait, en plus, une lésion pulmonaire que nous ne pouvions diagnostiquer avec certitude, ni en faveur de l'abcès ni en faveur de la tuberculose cavitaire. Un médecin de l'extérieur ayant vu le malade n'hésita pas à poser le diagnostic de tuberculose et lui fit un pneumo-thorax dont le résultat aggrava l'état du malade qui faisait un abcès.

**Lithiase pancréatique. Une observation**

M. L.-Henri GARIEPY

Homme de 48 ans, mesurant 5' 4", et pesant 109½ livres, vu au dispensaire le 9 mars 1937.

Diabète découvert 9 mois auparavant.

Se plaint actuellement de faiblesse, d'amaigrissement, de douleurs dans les membres et de crises de diarrhée.

Ses analyses démontrent:

Urines: Sucre + +. Acétone 0. Albumine 0. Microscope 0.

Sang: Sucre 2.50. Urée 0.46. Cholestérine 1.89. B.W. négatif.

Nous prescrivons un régime de 1,478 calories comprenant:

Glucides 182 gr., lipides 42 gr., protides 93 gr. Pas d'Insuline.

Après 4 semaines la glycosurie est aussi abondante, le malade a maigri de 2 livres et tous ses malaises persistent. Nous recommandons une hospitalisation.

*Première admission:* le 31 mars 1937.

Sorti le 21 août 1937. Durée 146 jours.

Pendant cette période le traitement du diabète a varié dans les limites suivantes:

Glucides de 200 à 272 grammes.

Lipides de 42 à 70 "

Protides de 75 à 105 "

Calories de 1,562 à 2,030 par heures.

Insuline Protamine Zinc de 20 à 36 unités.

Impossibilité absolue de contrôler la glycosurie et la glycémie. Sauf l'Insuline non modifiée qui n'a pas été essayée, la plupart des combinaisons possibles quant à la composition du régime, la distribution des glucides, le nombre et l'heure des repas, le moment d'administration d'Insuline, ont été tentées sans succès.

Le malade faisait des crises d'hypoglycémie (dont plusieurs furent d'une gravité inquiétante), aux moments les plus inattendus, malgré une glycosurie qui fut toujours présente, sauf quelques jours seulement.

Le niveau de la glycémie, réperé 50 fois pendant ces 146 jours, a donné les chiffres suivants:

0.31 à 1.00	22 fois
1.00 à 1.50	20 fois
1.50 à 2.	5 fois
2. à 2.12	3 fois

Les selles furent presque toujours liquides, le plus souvent lientériques, et leur nombre atteignait pendant les crises 6 à 7 par jour. Un examen des selles montra la présence de fibres musculaires non digérées, mais absence de graisse et d'amidon.

En cherchant une cause à cette évolution anormale, nous constatâmes un jour du pus et des bactéries dans les urines. Les urologistes (Dr Paul Bourgeois) diagnostiquèrent une pyélo-néphrite chronique. Une radiographie de l'arbre urinaire montra la présence de nombreux calculs dans le pancréas.

Une intervention chirurgicale sur le pancréas fut proposée au malade mais refusée.

Le malade quitte l'hôpital et nous le perdons de vue pendant 9 mois.

*Deuxième admission.* 20 mai 1938, mort 17 juillet 1938, durée 58 jours.

Etat général mauvais. Poids 104 livres. Glycémie 1.25. Glycosurie Urée 0.33.

Un régime généreux au goût du malade ayant provoqué une augmentation de la glycémie et de la glycosurie, nous en prescrivîmes un autre contenant:

Glucides 182. lipides 70, protides 93, avec 20 unités d'Insuline Protamine Zinc qui agit favorablement sur le diabète.

A cause de l'inappétence et de la diarrhée qui augmentaient, régime et Insuline durent être abandonnés pour faire place à un traitement purement symptomatique.

La cachexie s'installa et le malade mourut 58 jours après son admission.

Pendant cette période, un examen des selles montra des fibres musculaires et des graisses non digérées mais pas d'amidon.

Un dosage de la diastasurie donna 16 unités.

*Autopsie:* (A. Bernier.)

Nous contenterons ici de décrire les lésions pancréatiques. Nous reviendrons plus tard sur les autres lésions viscérales.

Le pancréas est de dimensions sensiblement normales, mais ne possède plus la structure et la teinte d'un pancréas sain. Le palper révèle un grand nombre de sialolithes. Une section transversale de la queue montre des distensions énormes des canaux excréteurs. Ces distensions ne sont pas régulières elles sont petites en certains endroits, étendues en d'autres. Elles donnent au système collecteur un aspect moniliforme. Le contenu des dilatations et des canaux est glaiseux, et contient du sable pancréatique. Certains calculs sont volumineux et coincés dans ces ectasies. Il est impossible de les extraire sans déchirer les tissus environnants. Ces calculs sont durs, blancs et de toutes les formes possibles. Nulle part, on ne retrouve macroscopiquement la lobulation caractéristique du pancréas. La structure normale du pancréas est remplacée par un tissu scléreux, blanchâtre, lardacé et très dur.

Une dissection de la tête a montré une obstruction complète du canal de Wirsung, au niveau de la paroi duodénale. Immédiatement, en amont de cette obstruction, on tombe sur une dilatation considérable du canal où l'on retrouve un calcul de 1.5 cm. de diamètre.

*Histologie.*

Masse scléreuse où l'on retrouve en de très rares régions des restes d'acini et quelques îlots de Langherhans étranglés dans la sclé-

rose. La coupe étudiée au niveau de la queue ne montre que 3 îlots de Langerhans, alors que c'est la partie la plus riche en îlots. Cette masse fibreuse et creusée de nombreuses cavités tantôt étroites, rectilignes, tantôt larges, anfractueuses. Quelques cavités sont recouvertes d'un épithélium à cellules cylindriques mucipares. Parfois, cet épithélium est aplati. D'autres cavités sont dépourvues de tout revêtement épithélial. Leurs retards sont immédiatement tapissés d'une couche acidophile de même nature que le contenu des cavités. Ces masses intra-contraires sont rougeâtres, acidophiles et sans doute le produit de sécrétion de l'épithélium. Ce sont ces masses de sécrétion de mucus qui ont servi d'amorce aux nombreux sialolithes qu'on retrouve partout dans les canaux dilatés.

#### Discussion.

M. BERNIER projette les coupes histologiques du pancréas.

M. U. GARIÉPY. La malade a-t-elle évolué tellement vite que l'on n'ait pas pu faire à la malade un cholécystectomie?

M. C.-E. GRIGNON. Au point de vue diabétique, un pancréas devant normalement présenter un balancement entre la sécrétion endocrine et l'exocrine, ce malade est très intéressant. Lorsqu'il y a obstruction du canal de Wirsung la diarrhée apparaît avec de l'hypoglycémie — à d'autres périodes la glycémie remonte. Ce sont par conséquent des malades difficiles à traiter justement à cause de leurs périodes d'hypo et celles d'hyperglycémie.

Ce qui frappe c'est la disparition presque complète des îlots de Langerhans dans la région qui vous a été projetée à l'écran et où il devrait justement en exister de nombreux, avec diabète léger.

A-t-on pratiqué d'autres coupes ailleurs dans le pancréas?

M. BERNIER. J'ai fait des coupes au niveau de la queue du pancréas ne pouvant pas les faire au niveau de la tête farcie de calculs.

M. A. LEGER. Quelle est la fréquence d'une telle lésion?

M. R. AMYOT (au Docteur Bernier). Au sujet de l'influence de l'obstruction du canal de Wirsung sur les îlots de Langerhans, il est bon de rappeler que les auteurs canadiens sont parvenus à isoler l'insuline en interrompant la sécrétion externe du pancréas afin de réduire le pancréas à sa sécrétion interne ou encore à l'exagérer.

Comment le processus actuel a-t-il pu provoquer une diminution de la sécrétion interne et la disparition des îlots de Langerhans.

Est-ce que l'hyperglycémie peut être expliquée?

M. LAQUERRIERE. Une telle abondance de calculs est extraordinaire. C'est une rareté. Merci à Gariépy de nous l'avoir montrée.

M. SIMARD. Au sujet des réflexions du Docteur Grignon et du Dr Amyot sur les îlots de Langerhans, il faut savoir que ceux-ci ne se régénèrent que s'il persiste des petits canaux excréteurs et quelques acini. Or, dans le cas présent, la lithiase existant depuis longtemps; il s'est formé une sclérose abondante. Il n'existe plus de tissu exocrine à partir duquel se régénèrent les îlots de Langerhans.

Comment se fait-il que le diabète soit léger s'il ne reste plus que quelques îlots de Langerhans? Peut-être y a-t-il beaucoup plus d'îlots en d'autres points de la glande. On peut aussi expliquer ce phénomène par le fait que la qualité compense peut-être pour la quantité.

M. A. MOUSSEAU. Au point de vue clinique, la lithiase pancréatique peut être douloureuse ou muette. Ici, dans l'histoire, il n'y a pas la moindre mention de ce symptôme. La distention du pancréas comprimant le plexus solaire aurait dû causer de la douleur.

M. L.-H. GARIÉPY. J'ajouterai une explication à celle du Dr Simard au sujet de la légèreté du syndrome diabétique en l'absence d'îlots de Langerhans. Cette explication servira en même temps de réponse à la remarque du docteur Grignon au sujet de l'alternance de la fonction endocrine ou exocrine du pancréas: le défaut de la digestion des matières alimentaires, qu'on retrouvait presque intactes dans les selles pendant les

périodes d'exacerbation de la diarrhée, équivalait au point de vue de la nutrition au jeûne et le bas niveau de la glycémie pendant ces périodes ne peut être attribué à une augmentation de sécrétion des îlots.

La lithiase pancréatique, du moins de cette gravité est rare. C'est le premier cas que je rencontre. Il m'est donc difficile d'en évaluer la fréquence, du moins chez nous.

Il est intéressant de rappeler que c'est la lecture d'une observation analogue, dans le « Journal of Gynecology and Obstetrics » qui a suggéré à Banting l'idée de chercher à isoler la sécrétion des îlots de Langerhans, qu'on trouve habituellement conservés après la disparition des acini consécutive à l'obstruction du canal de Wirsung par un calcul.

M. A. BELLEROSE. Merci au Docteur Gariépy. Au point de vue chirurgical, ce serait une erreur de faire une cholécystectomie puisqu'on enlèverait à l'organisme la sécrétion biliaire alors que la sécrétion pancréatique fait déjà défaut.

M. L.-H. GARIEPY (au Dr Mousseau). Le malade s'était plaint de douleur sourde au creux épigastrique mais pas de symptômes aigus d'occlusion du canal de Wirsung.

Quant à la question opératoire, elle fut discutée après constatation des calculs, malgré le peu d'espérance qu'elle nous inspirait. Nous l'avons proposé afin de libérer le canal de Wirsung. A notre grande satisfaction le malade n'a pas accepté l'intervention.

#### **Embolie artérielle. Artériectomie**

M. J.-U. GARIEPY

*Paraîtra ultérieurement comme article ori-*

*ginal dans un prochain numéro de l'« Union Médicale. »*

#### **Discussion.**

M. A. LEGER. Le problème de l'intervention se pose ici. Il a déjà été posé il y a quelques mois, et, l'évolution a justifié l'attente: il s'est fait une délimitation nette avec début de moignon aussi élégant que celui du chirurgien.

On soumet qu'il y a danger d'infection: ce sont des corps étrangers. Mais, que ferait une opération dans des tissus aussi compromis au point de vue circulatoire.

M. A. BELLEROSE. Il y a un fait frappant: le sillon d'élimination est établi. Le malade reste porteur de ses doigts gangrenés.

Quant à la question des moignons, si on laisse évoluer ces escarres les moignons sont douloureux. Il faudrait amputer sans retarder. Il se fait une résorption d'albumines toxiques prédominant de la vaso-constriction et qui aboutirait à des moignons douloureux.

M. U. GARIEPY. Je suis de la même opinion que le docteur Bellerose. On ne doit pas laisser à la nature de faire des moignons: des douleurs très importantes pourraient survenir.

L'intervention va consister à faire deux valves et laisser le moignon ouvert, et non pas tenter de faire des moignons classiques. Le squelette recouvert d'une cicatrice scléreuse serait nécessairement douloureux.

Georges Hébert,  
Secrétaire des Séances.

## REVUE DES LIVRES

---

**“Techniques chirurgicales générales” (Errors and Safeguards in Surgery).** Professeur Max THOREK, Chicago. Lippincott, Chicago, éditeur.

L'auteur de « Errors and Safeguards in Surgery », ce livre si éminemment pratique de clinique opératoire, le Prof. Thorek, chirurgien en Chef de l'« American Hospital » à Chicago, vient encore de se placer à l'avant-plan avec un ouvrage considérable sur la Technique chirurgicale.

Chirurgien d'une large expérience qui remonte à près de 40 années, à la tête d'un vaste service chirurgical, très international dans ses connaissances, le Prof. Thorek nous présente un ouvrage écrit surtout au point de vue pratique. Pas de discussions cliniques, ni pathologiques. Cet ouvrage de première place nous présente en trois volumes toutes les techniques modernes chirurgicales, avec une profusion d'illustrations qui ne se rencontre dans aucun ouvrage moderne à un tel point.

Un texte succinct en précise les aspects particuliers, signalant les mérites spéciaux à chaque technique: c'est un merveilleux ouvrage de référence.

Tous les aspects de la chirurgie sont passés en revue. Des considérations générales ouvrent les premiers chapitres où, entre autres choses, nous lisons ces remarques de Moynihan:

« La Chirurgie n'est pas seulement une question d'habileté opératoire. Elle requiert à son service des qualités d'esprit et de cœur qui l'élèvent au plus haut sommet de l'effort humain. Un malade ne peut vous témoigner plus de confiance que de vous confier sa vie et sa santé et tout aussi bien le bonheur de sa famille. Pour mériter cette haute confiance, il faut que le chirurgien se soumette toute sa vie durant, à un effort constant de recherche scientifique et de savoir, ainsi qu'à une scrupuleuse attention à tous les détails lorsqu'il opère. »

Toutes les techniques propres à chaque système sont passées en revue et le mérite de chacune est indiqué: systèmes nerveux, osseux, digestif, urinaire, génital et toute la cavité abdominale.

Ce qu'il convient de signaler surtout c'est la profusion d'illustrations, presque à chaque page, qui en font un livre précieux pour le jeune chirurgien surtout et non moins pour le chirurgien d'expérience.

C'est là une publication qui fait honneur à la Maison Lippincott non moins qu'à l'auteur, le Professeur Thorek.

Eugène SAINT-JACQUES.

**Intoxications et carences alimentaires.** Maurice LOEPER et COLLABORATEURS. 255 pages. Masson et Cie, Paris, 1938.

Cette idée heureuse du maître de confier la rédaction des divers chapitres à ses élèves, fait de ce volume une anthologie médicale du service Lœper. Elle réunit les quelques travaux et recherches faits depuis 5 ans et jugés utiles au praticien. Les questions qui orientent à la fois la pathogénie, la diététique et le traitement s'y retrouvent comme faisant partie intégrale de l'enseignement doctrinal.

Ainsi, dans ce premier chapitre sur l'hypersensibilité digestive, le maître écrit: « L'hypersensibilité représente la réaction anormale, excessive, de la muqueuse gastrique et même intestinale à certaines substances qui habituellement atoxiques, deviennent chez certains sujets, de véritables réactogènes. Le réactogène doit sa nocivité au terrain. L'hypersensibilité est récidivante et bien que discrète, il semble qu'on puisse lui reconnaître un substratum anatomique. » — Cet enseignement a suscité de nombreux travaux, qui font parti de ce volume. Ainsi la nécessité des études coprologiques; étude des résidus alimentaires qui nous fournit des renseignements très nombreux et très utiles dans le diagnostic des di-

verses insuffisances sécrétoires. Elle permet de comprendre l'origine de bien des cas d'intoxication intestinale, d'hypersensibilité digestive.

En lisant le chapitre consacré à « la défense et protection du tube digestif », le praticien saura noter la physiologie complexe des voies digestives et les éléments de défense dont dispose le tube digestif, qui sont 1° dans l'estomac, a) la sécrétion chlorhydro-peptique et les afflux leucocytaires; b) le rôle du mucus; c) l'influence nerveuse; 2° dans l'intestin: a) le mucus; b) les leucocytes.

Et parmi les conditions agressives, les intoxications alimentaires, — la lutte anti-infectieuse et la protection de l'estomac contre l'ulcère.

Sous le titre: « Corps toxique du milieu intestinal », le rôle toxique des polypeptides est mis en doute; ce n'est pas dans la désamination des corps aminés que réside cette toxicité, mais plutôt dans la décarbonisation qui constitue le processus acide aminé inoffensif à base aminée très toxique.

L'homme de laboratoire et le biologiste du reste trouveront un exposé, concis et clair du problème, intitulé « Les polypeptides et acides aminés de l'organisme ».

Dans cette cohorte d'intoxication alimentaire, le foie n'est pas sans jouer un rôle très important. Aussi l'enseignement d'hépatologie inspiré par M. Lœper, se retrouve dans les chapitres qui suivent: « La défaillance hépatique et leur mécanisme »; « La défaillance de la fonction de détoxication »; « Foie malade et carence en vitamine C ».

La première partie de ce volume se termine par une contribution de M. Garcin: « Troubles vasculaire et nerveux d'origine digestive ».

Ce chapitre est en somme une confirmation des nombreux travaux du professeur Lœper, qui a insisté longuement sur la fréquence et l'intérêt de ces gastro-névrites et ces entéro-névrites qui jouent un si grand rôle dans la séméiologie fonctionnelle directe ou éloignée, des affections gastro-intestinales, lésions qui expliquent la pérennité des douleurs comme leur atroce intensité.

Des troubles vasculaires d'origine digestive, il faut rappeler que dans ces derniers temps le professeur Lœper, a particulièrement attiré l'attention, sur le rôle des imidozols dans la genèse de nombre de ces réactions neuro-vasculaires, à point de départ digestif. « C'est un chapitre nouveau qui s'avère riche de promesses sur le triple terrain clinique, pathologique et thérapeutique. (Garcin)

En présence des données actuelles sur les Vitamines, l'étude sur l'effet des vitaminoses sur l'appareil digestif, est des plus instructifs.

La deuxième partie du volume se termine par un exposé très précis des dyspepsies et de leur traitement: « Traitement local et général de l'insuffisance digestive ».

Sans prétention, ce volume tout en faisant connaître les enseignements et les directives d'une école, il n'en est pas moins un exemple de la fécondité et de la richesse qui résulte de la collaboration intime de la clinique et du laboratoire. Cliniciens et hommes de laboratoires, y trouveront beaucoup à le lire attentivement.

Antoine CANTERO.

**La tuberculose pulmonaire chez les sujets apparemment sains et la vaccination anti-tuberculeuse**, par L. SAYE. Masson et Cie, éditeurs, 1938.

Dans cette monographie, l'auteur nous entraîne à l'exploration d'un champ d'études renouvelées et encadrées avec des radiographies, des statistiques, des références explicatives de faits cliniques chargés d'un enseignement de grande valeur. Que ce soit par un processus de réactivation ou de surinfection, le réveil des lésions de primo-infection se produit dans la grande majorité des cas, comme le montrent les autopsies, avec une extrême lenteur. Il est donc facile de comprendre l'intérêt capital de l'examen des sujets apparemment sains qui permet de reconnaître, autour des anciens et nouveaux foyers, les lésions atelectasiques sous l'aspect d'infiltrations ou d'infiltrations vraies qui restent localisées pendant des années jusqu'à leur dispersion par voie endobronchique ou hématique. Cette

phase peut être silencieuse et n'être découverte que par la radiographie. En conclusion, L. Sayé, après l'examen d'une série de cas de primo-infection de l'enfant et de l'adulte, affirme que la durée de l'évolution des images pathologiques jusqu'à leur résorption totale ou l'apparition des images de calcification et de guérison paraît être en relation avec le type clinique de la primo-infection et l'âge où elle a fait son apparition. Pour la plupart, le délai de résorption de l'image de type exsudatif dans l'enfance est de 2 à 3 ans et chez l'adulte en général, l'image pathologique a été nettement visible pendant 3 et 4 ans et peut être accompagnée de l'élimination de bacilles.

Quant aux images que l'examen de sujets permet de découvrir, présentant des lésions typiques de surinfection et des images cavitaires, avec des bacilles dans les crachats, elles sont, assez souvent, tout à fait semblables à celles que nous découvrons lorsque nous faisons la radiographie au moment où le malade a eu les premiers signes cliniques, spécialement l'hémoptysie discrète. Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez les sujets apparemment sains exige un examen physique et radiologique, la recherche de l'allergie par la tuberculine, la culture et l'inoculation au cobaye des expectorations et souvent du produit de lavage de l'estomac. Ces diverses méthodes ont servi d'instrument pour tracer la classification suivante:

1° *Sujets sains*: 1) avec allergie à la tuberculine négative; 2) avec allergie positive, a) avec signes radiographiques de tuberculose inactive. b) sans signes radiographiques de tuberculose.

## II. *Sujets douteux de tuberculose.*

- a) pour avoir été exposés à la contagion.
- b) processus apicaux d'activité douteuse.
- c) images radiographiques de renforcement des arborisations bronchovasculaires.
- d) sujets ayant eu récemment des signes de primo-infection avec des si-

gnes cliniques du type abortif ou non.

e) réaction tuberculinique.

III. Tuberculose de primo-infection.

IV. Tuberculose pulmonaire active.

V. Tuberculose pulmonaire de surinfection.

VI. Processus résiduels de la maladie ganglio-pleuro-pulmonaire de primo-infection et de surinfection.

Enfin, on ne pourra fermer cette intéressante brochure sans lire d'un œil attentif les chapitres, du pronostic, de traitement et de la prophylaxie de cette forme de tuberculose pulmonaire.

J.-A. MILLET.

**"Précis de Notions Médicales", à l'usage des gardes-malades.** Dr Roméo BOUCHER. (Imprimerie des Sourds-Muets, 7400 boulevard Saint-Laurent, Montréal, 1939).

Résumer et condenser dans un précis d'environ quatre cents pages tous les éléments de la pathologie générale et spéciale semble un projet hardi. C'est ce que l'auteur a cependant réalisé dans ce petit volume.

« A l'usage des gardes-malades »... Sans doute celles-ci trouveront dans un livre écrit par l'un des nôtres l'essentiel de ces deux grandes matières basales de la médecine. Les notions bien classifiées et clairement, abondamment définies — n'est-ce pas trop souvent dans les définitions et les divisions qu'il y a désaccord, obscurité ou simplement ignorance depuis qu'il y a des hommes et qui pensent — ces notions des valeurs s'adressent avant tout aux infirmières, mais on aura tort de croire que les étudiants en médecine des premières années ne peuvent grandement en bénéficier. L'étude, pour eux, de ces petits tableaux schématiques, sans pécher par excès de simplification, devrait les préparer à la compréhension des livres plus détaillés de pathologie générale, puis, plus tard, de pathologie spéciale.

Ce livre est, en effet, consacré dans une première partie à la pathologie générale. Il embrasse tous les éléments de la pathologie spéciale dans une deuxième partie.

Les plans des divisions se présentent selon un ordre original, selon des conceptions neuves. Ainsi, après les généralités, l'étude des *causes intrinsèques de la maladie* et sous cette rubrique, les facteurs: Sujet, hérédité, auto-intoxication. Puis les *causes extrinsèques* avec leurs subdivisions en 1° Agents animés. 2° Agents physiques. 3° Agents mécaniques. 4° Agents chimiques.

Viennent, dans un chapitre suivant « *Les processus de maladie* » où se trouvent développées de façon générale, au lieu de les disséminer à travers la pathologie générale, les phénomènes primordiaux des maladies offrant des traits communs, des affinités avec la pathologie spéciale ou interne. Ces sous-chapitres se déroulent dans un ordre logique passant du général — processus infectieux ou inflammatoire, puis humoral — aux études plus particulières des processus circulatoires ou respiratoires pour se terminer par l'exposé du processus nerveux, établissant ainsi une relation naturelle entre les deux grandes espèces de pathologie.

Suivent quelques brefs tableaux sur « l'évolution et marche de la maladie » le diagnostic de la maladie, son pronostic et le traitement.

Puis, nous entrons de plein-pied *en pathologie interne*. Qu'il suffise de citer les chapitres: maladie du tube digestif, du péritoine, du foie, du pancréas, des reins, de l'appareil respiratoire (des bronches, des poumons, aiguës, chroniques, de la plèvre et du médiastin) de l'appareil circulatoire, de la rate, de la nutrition, des glandes endocrines, les intoxications principales, enfin, les maladies infectieuses.

On ne peut reprocher à ce vademecum d'infirmière — comme on le fait quelquefois — d'être un véritable cours pour médecin. Sans littérature superflue, celle-ci trouvera sous la rubrique de chaque maladie, la cause principale, ses symptômes par ordre d'importance, ce qu'il faut savoir des grandes lignes du traitement et du pronostic. Pas de discussion savante, d'études pathogéniques.

Au fond, beaucoup de tous ces essentiels dont se servent, j'imagine, la plupart des mé-

decins, lorsqu'ils sont appelés, de façon plus ou moins urgente, à pratiquer ce travail mental presque réflexe qui doit accoucher d'un diagnostic exact — et sans avoir recours à toute leur érudition.

On remarquera même que l'auteur a évité d'insister règle générale sur le paragraphe: diagnostic (étiologique, pathogénique ou différentiel) et cela fera plaisir à ceux qui craignent de surcharger le programme d'études des infirmières.

A la fin un index bibliographique très complet.

Jean LeSAGE.

#### **Affections non ulcéreuses du duodénum. I.**

PAVEL et A. PAUNESCO-PODEANO. 1 volume de 204 pages. Masson et Cie., éditeurs, Paris.

La pathologie du duodénum s'était jusqu'ici prudemment confinée à l'étude de l'ulcère et de ses complications. Très rarement parlait-on de duodénite, à moins que toutes les hypothèses pathologiques que l'on met habituellement de l'avant au cours d'une atteinte de cette région, aient dû être mises de côté. La duodénite mérite plus que ce « diagnostic résiduel », prétendent P. et P.-P. Ses formes cliniques pseudo-ulcéreuse et ictérique sont dignes d'un meilleur sort. Les auteurs entreprennent, à l'aide de documents cliniques et radiologiques de nous faire partager cette conviction à laquelle ils sont arrivés eux-mêmes au cours de recherches qui n'intéressent pas spécialement le duodénum.

Cette étude débute, naturellement, par un rappel complet de la physiologie endo et exocrine du duodénum et par l'exposé des connaissances actuelles en bactériologie sur le sujet. La dynamique duodénale, telle que précisée par la radiologie et l'expérimentation est ensuite longuement exposée, en isolant le bulbe de l'arc duodénal proprement dit. La duodénite, entité clinique, se présente sous trois aspects principaux: pseudo-ulcéreux, hémorragique et ictérique.

La symptomatologie de la première forme, en impose habituellement pour un ulcus gas-

trique ou duodénal, rarement pour une cholécystite. La radiologie peut seule rendre justice à la duodénite. Kirklin, après contrôle biopsique ou nécropsique, en classe les signes suivants: A) irritabilité anormale du duodénum avec transit si rapide qu'il laisse à peine deviner le bulbe; B) aspect réticulaire du relief muqueux; C) absence de la niche ulcéreuse.

Cette duodénite pseudo-ulcéreuse se retrouve souvent chez des nerveux, des éthyliques ou des tachyphages alliée à de la gastrite plus ou moins marquée. Par contre, la duodénite isolée est rattachée par nombre d'auteurs à la cholécystite et à l'appendicite.

Il en est de même pour la duodénite hémorragique. On incrimine, encore plus fortement ici, toutes les affections du carrefour iléo-cœcal, puisque le laboratoire a montré la facilité avec laquelle la région pyloro-duodénale répondait par une congestion active, voire même hémorragique, aux irritations parties des différents segments intestinaux, en particulier du cœcum et de l'appendice. Cette forme clinique pose souvent ce que Gutmann estime être l'un des problèmes les plus troublants et les plus angoissants de la gastro-entérologie, le diagnostic étiologique d'une hémorragie digestive. Problème souvent insoluble, dans le cas qui nous occupe, puisque, de l'aveu même d'anatomo-pathologistes compétents, il est impossible de déceler macroscopiquement le siège de l'hémorragie si grave soit-elle.

La duodénite ictérique a connu des fortunes diverses. A l'honneur durant le siècle dernier, elle sombra, au début de celui-ci dans un oubli presque complet. Actuellement, la pratique courante du duodénum et de l'exploration radiologique a rajeuni et remis à la mode le problème de l'ictère secondaire à la duodénite ou de la duodénite au cours de l'ictère. Les auteurs présentent, pour leur part, 3 cas de duodénite chronique avec ictère prolongé. C'est tout à fait le tableau clinique de l'ictère catarrhal prolongé avec un excellent état général. Le tubage duodénal, souvent laborieux à cause de l'irritabilité du segment en cause, ramène un grand nombre de cellules épithéliales

cylindriques, non teintées de bile et des leucocytes en grande quantité. L'examen radiologique révèle un duodénum spasmodé avec des arrêts de la barite au niveau de la seconde et troisième portion ou parfois un simple filet opaque très mince. L'amélioration clinique va naturellement de pair avec l'heureuse évolution constatée par les méthodes ci-haut mentionnées. Il est indéniable, prétendent P. et P.-P. que nous sommes ici en présence d'un processus infectieux dont l'étiologie et la pathogénie sont encore à éclairer. En thérapeutique, la médication et la diététique doivent céder le pas au tubage. Après deux mois d'ictère, on doit avoir recours à la dérivation chirurgicale, interne ou externe. Le problème de la duodénite au cours de l'ictère catarrhal n'est pas, non plus, très avancé. Hatzieganu et Hanganutz, frappés par la ressemblance entre le syndrome dyspeptique des ictères catarrhaux au début et l'intoxication de la sténose duodénale, ont exploré, radiologiquement, 24 cas d'ictères catarrhaux. Nous citons leurs constatations: dans 21 cas, troubles évidents de l'évacuation duodénale, stase, antipéristaltisme marqué. Ces mêmes auteurs croient pouvoir affirmer la duodénite, grâce à la présence dans tous les cas d'ictère catarrhal, d'un liquide duodénal trouble, plein de flocons muqueux et très riche en cellules épithéliales et en leucocytes. Ces constatations, prétendent P. et P.-P. donnent poids aux théories de l'ictère par des obstacles mécaniques ou fonctionnels, genre spasme du sphincter d'Oddi.

Le troisième chapitre est consacré au diverticule duodénal, affection à la mode, où triomphe encore la diologie. Après un long exposé des théories pathogéniques, les auteurs insistent sur la latence et la variété des signes cliniques, sur les précautions à prendre au cours de l'examen radiologique et sur les difficultés de l'interprétation. Ils sont partisans de l'intervention chirurgicale dès que la thérapeutique médicale ne calme plus la douleur ou se montre impuissante à prévenir les complications.

Vient ensuite la question de stase duodénale, mécanique ou fonctionnelle. Les auteurs dé-

crivent d'abord, en détails, la symptomatologie de la stase duodénale, en faisant ressortir la valeur des modifications humorales que l'on recherche couramment à l'heure actuelle: augmentation de l'azote non protéique du sang; augmentation de la réserve alcaline, abaissement des chlorures et combinaisons chlorées; hyper-polypeptidémie.

Sont successivement envisagées comme cause de stase duodénale mécanique: les péri-duodénites inflammatoires ou essentielles, dont la symptomatologie clinique et radiologique est souvent confuse; la compression chronique du duodénum par le pédicule mésentérique et sa thérapeutique spéciale que les américains ont baptisée « posture relief ». Enfin, l'occlusion duodénale aiguë post-opératoire ou plus justement post-anesthésique, avec sa symptomatologie dramatique et son traitement au sérum hypertonique. Les stases duodénales fonctionnelles par spasme ont fait le sujet d'une étude détaillée au cours du chapitre de la duodénite.

Celles qui relèvent de l'hypotonie sont connues et étudiées depuis quelques années seulement. Elles ont donné lieu à des discussions pathogéniques que les auteurs exposent longuement en se rabattant, à la fin, sur l'hypothèse d'une duodénite quelconque déterminant une stase paralytique ou atonique.

Le dernier chapitre est consacré à la pathogénie plus rare du duodénum: les cancers qui sont exceptionnels et les tumeurs bénignes que l'on connaît désormais assez bien; les malformations congénitales, sans grand intérêt pratique, sauf le duodénum mobile, de plus en plus étudié, et finalement la parasitologie, spécialement celle de la lambiase.

Cette publication de P. P.-P. illustrée de radiographies remarquables, apporte sur quantité de points des notions nouvelles et soulève des problèmes bien propres à accroître l'intérêt que le monde médical accordait jusqu'ici à la pathologie non ulcéreuse du duodénum.

Roger DUFRESNE.

---

## BIBLIOGRAPHIE

**Éléments d'embryologie.** Par A. CELESTINO DA COSTA, professeur d'histologie et d'embryologie à la Faculté de Médecine de Lisbonne. Un volume de 494 pages, avec 386 figures, 120 fr. Masson et Cie, éditeurs.

Le but de ce livre est de fournir aux étudiants les éléments de l'histoire du développement embryonnaire, dont ils ont besoin, non seulement pour une meilleure compréhension de l'Anatomie et de la Physiologie normales et pathologiques, mais aussi pour leur culture générale, pour la formation de leur esprit biologique.

Toute la première partie de cet ouvrage est consacrée à l'étude des gamètes et du zygote et complétée par l'application des données cytologiques qui en résultent à l'explication des faits expérimentaux et d'observation concernant l'hérédité

L'étude de l'embryologie générale qui forme la deuxième partie débute par la segmentation. Les chapitres suivants sont consacrés à la gastrulation, aux annexes de l'œuf, et à son implantation, à l'étude générale des dérivés des feuilletts germinatifs et de la formation du corps de l'embryon. Ensuite, il passe en revue les données essentielles concernant le problème de la détermination du développement et de ses anomalies les plus importantes.

La troisième partie est consacrée à l'Embryologie spéciale. Au lieu d'étudier séparément les dérivés des divers feuilletts, l'auteur a préféré décrire successivement la formation des appareils et systèmes organiques, tout en les groupant par leurs affinités embryologiques. Les chapitres de cette partie ont donc pour objet: le squelette et les organes du mouvement; la peau et ses annexes, le système nerveux et les organes des sens; le sang et l'appareil circulatoire; les appareils digestifs et respiratoire, les dérivés branchiaux et les

séreuses; enfin, les appareils urinaire, génital et surrénal.

Ces éléments d'embryologie ne prétendent pas faire double emploi avec les excellents ouvrages qui les ont précédés en langue française; d'une part, il a été conçu d'une façon différente des manuels scolaires; d'autre part, il est bien loin d'être un véritable traité, étant donné son caractère élémentaire.

### **Affections non ulcéreuses du duodénum.**

Duodénites, Diverticules, Stases mécaniques et fonctionnelles, Tumeurs, Malformations, Parasites, Physiologie normale et pathologique, Thérapeutique. Par MM. I. PAVEL, maître de conférences à la faculté de Médecine du Bucarest, médecin de l'hôpital Colțea et A. PAUNESCO-PODEANO, ancien interne des hôpitaux de Bucarest, médecin de l'hôpital Brancovan. Préface de J. Ch. ROUX. Un volume de 204 pages avec 57 figures, 50 fr. Masson et Cie, éditeurs.

Livre nouveau tant par le sujet que par l'apport personnel des auteurs et par les conséquences pratiques qui en découlent. Les duodénites, soient-elles à forme pseudo-ulcéreuse, à forme hémorragique ou à forme ictérique, plus fréquentes qu'on ne l'estime aujourd'hui, ont désormais une symptomatologie clinique et de laboratoire qui permet de poser un diagnostic positif et d'instituer un traitement adéquat. Elles peuvent avoir des relations pathogéniques avec les cirrhoses et peut-être avec l'ictère catarrhal.

Les stases mécaniques, les stases fonctionnelles à peine connues jusqu'à maintenant, les diverticules, sont l'objet d'une étude très détaillée. Suit enfin l'exposé des tumeurs, des malformations et des parasites du duodénum, chapitres qui, pour être complets, n'en sont pas moins personnels. L'expérience des auteurs s'allie ici à leur érudition. L'iconographie, très riche, est presque entièrement originale.

**Les groupes sanguins.** Leur application à la Biologie, à la Médecine et au Droit. Par le Professeur Ludwik HIRSZFELD, Directeur du département de bactériologie et médecine expérimentale de l'Institut d'Hygiène de l'Etat, à Varsovie. Traduit du Polonais, par Mme Hanna HIRSZFELD, Docteur en Médecine. Un volume de 169 pages avec 15 figures (Collection Médecine et Chirurgie: "Recherches et Applications", No 14), 30 fr. Masson et Cie, éditeurs.

Les groupes sanguins constituent actuellement un des chapitres les plus intéressants de la médecine et de la biologie. Les propriétés groupales du sang ont dévoilé au biologiste le secret de l'hérédité chez l'homme, ont permis aux médecins l'application de la transfusion du sang, ont rendu possible au juriste la recherche de la paternité et ont permis de suivre les voies des migrations séculaires de peuples.

La bibliographie concernant les groupes sanguins compte des milliers de monographies et des publications spéciales. Il semblait donc indiqué de mettre à la portée du lecteur sans l'encombrer de nombres et de chiffres, une synthèse de ce qui est incontestablement établi dans ce domaine, en mettant également en évidence les problèmes dont la solution est encore un mystère. Le professeur L. Hirszfeld qui, avec von Dungern, a découvert les lois de l'hérédité des groupes sanguins et ensuite avec Mme H. Hirszfeld a introduit les problèmes groupaux dans l'anthropologie, a écrit ce livre de façon qu'il puisse être compris non seulement par les médecins et les biologistes, mais également par les lecteurs non spécialistes, s'intéressant à ces problèmes de biologie et de médecine. Les chapitres particuliers discutent les lois de l'hérédité, la recherche de la paternité, les problèmes liés à la criminologie, la formation sérologique de l'humanité et les problèmes des races. L'auteur cherche à dévoiler le « mystère du sang » par les méthodes de la sérologie moderne. Ce livre présente donc d'un côté les découvertes de la sérologie contemporaine, d'autre part il esquisse les voies à suivre conformément à la pensée exprimée

par l'auteur dans la préface: « Dans cet ouvrage je désire être l'expérimentateur qui se soucie des détails et en même temps l'architecte qui embrasse par la pensée l'édifice de l'avenir. »

**Les manifestations de l'anaphylaxie et les substances histaminiques.** Par Jean-Louis PARROT. Etude clinique, expérimentale et thérapeutique. 1 vol. 112 p., 7 fig., in-8°. Paris, Baillière, 1938. 32 fr.

L'auteur montre dans ce livre comment les principales manifestations de l'anaphylaxie expérimentales et cliniques sont déterminées par la libération de substances histaminiques dans l'organisme. L'ouvrage est divisé en trois parties: expérimentation, clinique, thérapeutique.

La partie expérimentale permet de saisir l'analogie entre le choc anaphylactique et le choc histaminique; elle montre en outre comment certains organes tels que le foie chez le chien, le poumon chez le cobaye libèrent au cours du choc anaphylactique une substance semblable à l'histamine; elle apporte enfin les premiers fondements de la thérapeutique en mettant en évidence notamment l'efficacité de la vitamine C.

La partie clinique, particulièrement développée, permet d'envisager successivement le rôle des substances histaminiques dans l'urticaire, les accidents sériques, l'asthme, et la migraine. L'auteur, grâce à une conception physiologique du terrain en pathologie, s'est efforcé de dégager le type physiologique de l'urticarien, de l'asthmatique et du migraineux. Il montre en outre l'existence de poussées hypertensives d'origine anaphylactique et les explique à la lumière de la théorie histaminique. L'auteur étudie enfin le rôle du facteur nerveux dans la libération des substances histaminiques.

Dans la partie thérapeutique il déduit de la théorie histaminique de l'anaphylaxie trois indications principales et montre comment chacune d'elles peut être remplie. Notons l'in-

térêt de deux médications nouvelles de l'anaphylaxie: la vitamine C et l'histaminase.

Une bibliographie très complète permet au lecteur soit de parfaire sa documentation personnelle sur un point particulier, soit de trouver immédiatement dans le corps de l'ouvrage, en se reportant au numéro de la page qui est indiqué à la suite de chaque référence, le résumé de cette dernière.

**Tuberculose et Médecine sociale.** Par Etienne BERNARD, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de la Salpêtrière. Préface du Professeur F. BEZANÇON. Un volume de 160 pages, avec 4 figures: 36 fr. Masson et Cie, éditeurs,

Existe-t-il un médecin, même non spécialisé en phthisiologie, qui puisse se dire indifférent au problème médico-social de la tuberculose? La lutte antituberculeuse est devenue depuis vingt ans en France une grande œuvre nationale. Une maladie qui, malgré un recul déjà remarquable, cause encore chaque année la mort de 70 à 80.000 Français, jeunes pour la plupart, justifie tous les efforts.

L'auteur dresse le tableau de ce fléau social et montre comment la Médecine sociale, par son développement, peut faire bénéficier toutes les collectivités des bienfaits de l'assistance et des progrès de la science.

Mais malgré les ressources de la thérapeutique, le pronostic de la tuberculose pulmonaire reste encore fatal dans la moitié des cas. Aussi l'auteur donne-t-il une place prépondérante à tous les problèmes de la prophylaxie, notamment dans les collectivités d'enfants, chez les étudiants, chez les femmes jeunes, chez les transplantés.

La lutte doit s'orienter de plus en plus vers une prophylaxie de groupements systématiquement surveillés: dépistage précoce des lésions insoupçonnées grâce aux examens radiologiques en série et son corollaire: le traitement précoce. Diagnostic de la primo-infection grâce aux cuti-réactions tuberculiques largement répandues et fréquemment répétées et son corollaire: la convalescence de cette primo-infection, même si elle ne s'accompagne pas de phénomènes morbides flagrants.

L'auteur expose l'important développement de l'armement antituberculeux français groupé autour des dispensaires de prophylaxie. Il montre aussi dans quel sens doivent s'orienter les nouveaux efforts: d'une part, lutte contre l'ignorance, le taudis, la sous-alimentation; d'autre part, envoi rapide des tuberculeux en stations de cure, accroissement des préventoriums de plaine et de montagne, réadaptation au travail et assistance post-sanatoriale.

Une vive lumière est projetée sur tous ces problèmes abordés sous la double face de la clinique phthisiologique et de la maladie sociale.

Quel est l'avenir de la tuberculose? Quel est dans cette destinée le rôle de la Nature, celui de la Société, celui de la Médecine? Tous ceux que préoccupent ces questions trouveront des réponses dans cet ouvrage.

#### **Traitement des suppurations pulmonaires.**

Par Victor CORDIER. Avec la collaboration de P.-L. MONNIER-KUHN. Un volume de 174 pages, avec 24 figures (Collection Médecine et Chirurgie. Recherches et applications, n° 12): 32 fr. Masson et Cie, édit.

Une sorte d'introduction à l'étude des suppurations est consacrée à la nosologie, à la pathogénie et à l'histogénie; elle aboutit à cette conclusion que dans tous les cas, qu'il s'agisse d'abcès, de gangrène ou de bronchectasie, ce sont toujours les mêmes processus; nécrotiques, suppuratifs et sclérosants, qui vont jouer. S'il est logique de dissocier ces trois facteurs sur les terrains anatomo-clinique et nosologique, lorsqu'il s'agit de fixer les indications du traitement, on est ramené à une vue d'ensemble, où domine la notion d'évolution, notion capitale pour déterminer l'heure de l'intervention.

Après un examen critique de la valeur des moyens thérapeutiques médicaux et chirurgicaux, les indications sont posées dans les périodes évolutives des divers types de suppurations pulmonaires, en tenant compte des hésitations du médecin, qui suivant les aggravations ou les améliorations, craint de laisser passer l'heure d'une action plus énergique.

De cette étude, l'auteur tire des conclusions qui ne sont formulées ni sous le signe de la crédulité, ni sous celui du septicisme et expose des hypothèses susceptibles de servir de point de départ à de nouvelles recherches, concernant notamment la prophylaxie actuellement insuffisamment développée, le dépistage toujours trop tardif et surtout les notions anatomiques et expérimentales qui doivent nous éclairer sur le monde de constitution des lésions, sur leur pathogénie et sur leur traitement causal.

### Revue de Cosmobiologie.

Le Livre XII de la Revue termine la troisième année. En voici le sommaire:

Chapitre I. — Conférences et mémoires: *Action des Rayons lumineux sur les Animaux*, par A. Lumière, correspondant de l'Institut. — *Les Causes des Epidémies*, par le Dr M. Faure. — *Le Rayonnement Solaire*, par A. Boutaric, professeur à la Faculté des Sciences de Dijon.

Chapitre II. — Recherches originales: *L'Influence de l'Ozone Atmosphérique*, par G. Dejardin, Professeur de Physique générale à l'Université de Lyon. — *Influence de la Lumière solaire sur l'Étiologie des Cancers de la Peau*, par A. H. Roffo, professeur à la Faculté de Médecine de Buenos-Aires. — *Le Rôle du Soleil dans la Génèse des Cancers, Maladies des Cicatrices*, par le Dr P. Gasquet (Nice).

Chapitre III. — Politique scientifique: *L'Empire du Soleil-Levant*, par R. Dessort. — *Problème démographique de la Pologne*, par P. Aeschmann. — *L'intelligence des animaux: Nos Amis: Les Chats*, par Marcellin Fabrice, Paul Leautaud, Ch. Baudelaire.

Chapitre IV. — Mouvement scientifique. — Informations: *L'Eruption solaire, l'Aurore polaire, et les Accidents terrestres de Janvier 1938*, par Maurice Faure. — *Compte-rendu général du 1er Congrès International de Cosmobiologie*, par R. G. Keyser. — *Compte-rendu général du 1er Congrès Néo-Hippocratique*, par le Dr Martiny.

Le Livre XII est accompagné d'une annexe

qui a pour sujet: *La Guerre, phénomène cosmique*, par James Pointe.

Les trois premières années de la Revue de Cosmobiologie forment trois volumes illustrés de 350 à 450 pages chacun, avec Table de Matières et Reliure cartonnée, que l'on peut demander au Secrétariat de la Revue, 24 Rue Verdi à Nice.

**Les maladies de l'œsophage.** Par J. TERRACOL, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. Avec la collaboration de J. Baumel, S. Belinoff, P. Betoulières, J. Delmas, G. Despons, F.-G. Eeman, H.-L. Guibert, P. Guns, M.-H. Marant, F. Haslinger, P. Lamarque, Mounier-Kuhn, A. Peroni, M. Sargnon, J. Vialle, M. Wisner, M. Worms. Un volume de 664 pages avec 352 figures. Broché: 190 fr. Cartonné toile: 220 fr. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Cet ouvrage, conçu sur le même plan que « Les maladies des fosses nasales », paru dans la même Collection, constitue jusqu'à ce jour une synthèse aussi complète que possible de toutes les notions importantes qui se rapportent à l'œsophage.

C'est un ouvrage complet et le médecin spécialisé aussi bien que le médecin non spécialisé, désireux de se documenter, trouveront dans ses pages toutes les données normales et pathologiques de l'œsophage ainsi que l'anatomie et la physiologie nécessaires.

L'exploration de l'organe, selon tous ses modes, a été traitée avec un soin particulier, notamment l'exploration endoscopique et l'exploration radiologique.

Le livre est divisé en deux grandes parties.

La première partie étudie les notions anatomiques et physiologiques et les méthodes d'exploration. Les notions anatomiques illustrées par de nombreux schémas et des radiographies ont pour but de faciliter la lecture des clichés et la technique des manœuvres endoscopiques et chirurgicales, c'est-à-dire par voie interne et par voie externe. L'endoscopie surtout pratiquée sur le vivant a permis de rectifier les notions classiques mais inexactes, établies d'après les recherches cadavériques.

En raison de son importance, l'œsophagoscopie a été minutieusement détaillée; la te-

chnique et l'instrumentation des principales méthodes dues aux auteurs français et étrangers sont exposées et illustrées par des dessins ou des photographies.

La deuxième partie envisage *la pathologie de l'œsophage*. Toutes les affections sont successivement passées en revue selon l'ordre didactique classique mais les problèmes de la pratique courante et surtout la thérapeutique sont étudiés dans tous leurs détails. Chaque chapitre contient de nombreuses illustrations: pièces anatomopathologiques, coupes microscopiques, technique endoscopique et chirurgicale.

Un développement tout particulier a été réservé aux brûlures (œsophagite corrosive aiguë), aux rétrécissements (œsophagite corrosive chronique), aux corps étrangers de l'œsophage et au cancer.

Enfin, en raison des rapports de voisinage et de son développement récent, l'endoscopie gastrique a été traitée dans l'ouvrage.

Ce livre, en raison de son importance et de son étendue, de la qualité des collaborateurs français et étrangers, de son iconographie, est un document indispensable de base pour tous les endoscopistes et les chirurgiens qui s'occupent de l'œsophage.

**Traité de Thérapeutique Clinique.** Par Paul SAVY, professeur de Clinique médicale à l'Université de Lyon. Deuxième édition. 3 volumes formant ensemble 2,776 pages. Brochés: 350 fr. Cartonnés toile: 450 fr. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Malgré un fort tirage ce Traité de Thérapeutique a été épuisé en six mois. Etant donné l'énorme succès qui l'accueillit, il semblait qu'il eût pu être réédité sans aucun changement. Mais l'auteur a revu son livre page par page, paragraphe par paragraphe, bien qu'il fût déjà complet; il a mis au point certains chapitres, il en a ajouté d'autres en raison de la fréquence des affections qu'ils traitent et de leurs relations avec la médecine générale.

Une page extraite des tables de l'ouvrage et reproduite ci-après donnera au lecteur un aperçu partiel du plan de ce Traité et de la méthode adoptée par l'auteur.

Mais la physionomie générale de ce livre qui n'a à l'heure actuelle aucun équivalent ne saurait être mieux présentée que par la reproduction intégrale du compte rendu qui fut publié dans un grand périodique médical lorsqu'il parut la première édition.

---

## NOUVELLES

---

### **DINER OFFERT AU PROF. ALBERT LeSAGE, DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE, PAR LES MEDECINS DE L'HOPITAL NOTRE-DAME**

Jeudi soir, le 15 décembre, au Cercle Universitaire, les médecins de l'hôpital Notre-Dame reçurent leur collègue, le professeur Albert LeSage, à un dîner intime et lui offrirent leurs chaleureuses félicitations pour sa récente nomination aux hautes fonctions du décanat à la Faculté de Médecine.

M. J.-A. Mousseau, président du Bureau Médical de l'hôpital, se fit l'interprète des médecins de l'institution et exprima toute l'admiration et la fierté qu'ils éprouvent à la pensée qu'un de leurs Patrons ou collègues préside aux destinées de notre Faculté de Médecine.

Monsieur LeSage, très ému, répondit en prononçant une solide allocution au cours de laquelle il traça les points saillants de la carrière professionnelle de ses prédécesseurs disparus au poste de doyen: MM. Rottot, E.-P. Lachapelle et L. de Lotbinière-Harwood<sup>1</sup>.

A l'hommage qu'on lui offrait, il répondit avec beaucoup de tact et de discrétion en faisant l'éloge des disparus.

Leçons du passé, leçons d'énergie, de progrès et de continuité dans l'effort.

M. A. Léger, élève et collaborateur du doyen actuel, son successeur à la chaire de pathologie médicale à la Faculté, exprima toute la reconnaissance qu'éprouvent pour leur professeur, les élèves du docteur LeSage.

En son nom personnel et au nom des élèves du professeur LeSage qui peuvent revendiquer d'appartenir à son Ecole, il souhaila au nouveau doyen des vœux de succès et de santé.

A la table d'honneur, avaient pris place MM. le sénateur Rainville, Chas-A. Roy et

H. Geoffrion, administrateurs; les docteurs L.-J. Lemieux et E.-P. Chagnon, médecins honoraires, les docteurs J.-E. LeSage et Jean LeSage, respectivement frère et fils du doyen, le docteur J.-E. Dubé, médecin de l'Hôtel-Dieu; les chefs de service de l'hôpital Notre-Dame.

---

### **GRANDE FETE A L'HOTEL-DIEU EN L'HONNEUR DU PROFESSEUR J.-E. DUBE**

Le mardi, 20 décembre 1938, à quatre heures et trente de l'après-midi eut lieu à l'Hôtel-Dieu de Montréal, une grande fête du souvenir et de la reconnaissance, fête toute intime que combla la présence de notre distingué doyen.

Le personnel religieux et médical de l'Hôtel-Dieu, désirant témoigner à M. le docteur J.-E. Dubé leur reconnaissance infinie pour les longs services qu'il a rendus à cette Institution, comme professeur et comme médecin, organisa cette réunion. La fête vit un concours considérable de médecins que compléta la présence de la grande majorité des religieuses et des gardes-malades de l'Hôtel-Dieu.

La réunion fut présidée par le docteur Oscar Mercier, président du Conseil Médical, et consista d'abord dans la présentation d'une petite saynète écrite en collaboration et jouée par des infirmières, et ensuite, dans une magnifique série de discours, tous élogieux et parfaitement au point.

La saynète mit en évidence les nombreuses fondations qui ont dû leur naissance à l'activité débordante et à l'enthousiasme toujours jeune du jubilaire.

Les allocutions furent nombreuses et toutes intéressantes. M. l'abbé Albert Pinault présenta d'abord les souhaits des infirmières de l'Hôtel-Dieu d'une manière pittoresque et bien sentie.

Le docteur Paul Letendre, à son tour, vint dire la part que les internes et les élèves pre-

---

1. L'allocution du Prof. LeSage paraîtra dans le numéro de février.

# 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 — Abscess 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.**

## EFFICACE . . .

contre les affections de la gorge, les ulcérations de la bouche, les angines, les amygdalites, les stomatites, les gingivites, les affections causées par le tabac, les maux de gorge, sensibilité et inflammation des cordes vocales.



Dépot général pour le Canada:  
**ROUGIER FRÈRES, Montréal.**

naient à cette manifestation en mettant à jour la gratitude qu'ils devaient à leur vénéré Maître.

Le professeur Roméo Pepin se fit ensuite l'interprète des médecins de l'Hôtel-Dieu et dit à l'assistance, toute la peine que ceux-ci prenaient du départ forcé de monsieur Dubé et en profita pour signaler les bienfaits, nombreux et inappréciables, que l'hôpital retira de sa collaboration.

M. le doyen Albert LeSage prononça ensuite, avec une émotion qu'il ne put cacher, d'une voix toute vibrante et les larmes aux yeux, un magnifique éloge de son très cher ami et profita de l'occasion pour mettre en relief le mot d'ordre de sa propre vie et de celle de tous les médecins qui s'honorent d'être ses élèves: Servir!

#### Allocution du Professeur

**Albert LeSage, doyen**

« Mon cher ami,

« Nous voici réunis, tous, anciens et nouveaux: religieuses, gardes-malades, parents et amis, dans la *Maison* que tu as servie si fidèlement, durant plus de 40 années consécutives, avec science, dévouement et probité. J'apporte, ce soir, un témoignage de plus: — merci à ceux qui m'en ont fourni l'occasion — celui d'une amitié intangible de 46 ans dont la constance demeure telle qu'aux premiers jours. Elle est même devenue proverbiale. Quel beau et noble sentiment que celui-là! Quel puissant réconfort dans une vie de labeur! Seul, il anime l'être tout entier et lui inculque les fortes qualités de l'âme: fidélité, courage et loyauté.

« — Cher ami: tu as toujours porté avec dignité le blason héréditaire de la grande famille médicale; j'en rappelle le signe héraldique: *servir!* Permettez-moi, après tant d'autres, d'en paraphraser la haute signification.

« — Servir!... Madame la Supérieure, Mesdames, Messieurs! De tous les mots de notre langue, il est la plus simple expression du devoir.

« *La Médecine*, depuis les temps anciens, lui a voué un culte parce qu'il magnifie, très souvent, la souffrance.

« *La Guerre* lui a donné une signification sacrée: *honneur* et *servitude*. On le sait, dans cette Maison... et ailleurs; quelques-uns, parmi vous, y étaient; ils nous ont bien servis, là-bas... nous nous en souvenons!...

« — Cher ami, tu as été, jusqu'ici, un des grands prêtres de ce culte.

« A travers la vapeur splendide du nuage  
Tu montais, tout-puissant, content de ton ouvrage. »

« — Et puis, un jour, après un long et dernier pèlerinage, on les voit défiler, les uns à la suite des autres, remettant le flambeau. Où vont-ils à travers la vaste forêt de symboles, peuplée de tant de souvenirs? ... Nous les saluons, très bas comme jadis les disciples du Divin Maître à la Montagne d'Horeb, car nous appartenons, tous, à la même religion.

« — *Servir!* Ces deux syllabes sont entraînantes.

« *Dans la cité*, elles s'élèvent au-dessus des rumeurs, du tumulte, de la mêlée confuse, des cris de la foule impatiente.

« Elles mâtent l'orgueil, elles étouffent les réclamations de l'amertume et celles des mécontents; elles réduisent à néant les vanités.

« Elles rythment les énergies et les lancent à l'assaut de l'action pour les confondre dans un seul effort.

« *Servir!* C'est un ordre qui éveille la conscience en exigeant la soumission de l'âme sans l'asservir tandis qu'il l'affranchit de l'égoïsme et de la cupidité.

« *Servir!* Madame la Supérieure, c'est un élan de l'intelligence, de l'âme, sous l'impulsion d'une foi qui n'est pas illusoire, car il confie à chacun une mission que chacun ne songe plus qu'à remplir.

« *Servir!* Enfin, c'est la *secrète inspiration* du courage.

« — Voilà, cher ami, quel a été le programme de ta vie. Tous, en ce moment, le proclamons dans une touchante unanimité.

« Partout: à l'hôpital, à l'Université, dans les congrès et les sociétés savantes, dans les

UN NOUVEAU PROGRÈS DANS LA  
CHIMIOTHÉRAPIE SULFAMIDÉE

# D A G E N A N

2 — Sulfanilyl-Aminopyridine — CORPS 693

- TOXICITÉ MINIME
- ACTIVITÉ POLYVALENTE



S'exerçant principalement sur le

## PNEUMOCOQUE

Dans la Pneumonie — Mortalité diminuée des  $\frac{2}{3}$

et le

## GONOCOQUE



Comprimés à 0 g.50

Tubes de 20, Flacons de 100, 500 et 1000 comprimés.

LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Laboratoires **POULENC FRÈRES** du Canada, Ltée  
204 Place Youville - - - Montréal

revues de Médecine, pour les œuvres sociales, envers tes amis et ta famille, tu as servi loyalement et courageusement, même contre vents et marées; mais tu as été admirablement secondé par Madame Dubé dont le sourire aborde constamment les lèvres tandis que l'épreuve, quelquefois, meurtrit son cœur. *Partout, dis-je, tu as bien servi.*

« Je ne saurais te décerner un plus juste éloge au nom de ceux qui, nombreux, te connaissent et t'estiment.

« Le sage, parlant des gens de bien, a écrit que « leurs seules actions les peuvent louer », car

« Ce qui tourmente une âme au déclin de la vie,  
Ce n'est plus ou l'orgueil, ou la crainte, ou l'envie,  
C'est un désir ardent et plein d'anxiété  
De se juger soi-même en toute vérité.

« — Un simple départ, sans apparât, après une telle vie — dont le cycle n'est pas encore fermé, qu'à Dieu ne plaise — s'accompagne de plus de fierté et de grandeur que d'amertume.

« Tes collègues, tes confrères, tes amis, tes élèves, tous le regrettent!... Mais, en retour, dans un dernier élan de générosité, tu leur lègues une tradition: la tienne, afin qu'ils y trouvent un refuge sûr contre les déceptions des lendemains imprévus.

« Tu entres, ce soir, dans la survivance!... tu continueras donc de servir quand même, ceux qui se souviendront... et les autres!

« Telle est ta récompense!...

« Le bien qu'on croit caché sort de la nuit obscure. »

M. l'abbé Emile Lépine, p.s.s. parla ensuite au nom des religieuses hospitalières de l'Hôtel-Dieu et ne se fit pas faute de dire bien clairement, à qui voulait l'entendre, toutes les satisfactions que Monsieur Dubé leur avait apportées pendant son long séjour dans leur Maison et de proclamer le chagrin bien grand qui s'empara d'elles à la nouvelle de son départ.

Au nom du collège de Joliette, dont monsieur Dubé s'honora toujours d'être l'élève, et à qui il fit une propagande comme lui seul sait les faire, au nom de la communauté des Clercs de Saint-Viateur, le Révérend Père Fafard,

c.s.v., apporta, bien que pris à l'improviste, un hommage débordant de reconnaissance.

Le professeur Oscar Mercier présenta alors à monsieur Dubé un splendide cadeau, don du personnel de l'Hôtel-Dieu, et lui souhaita de vivre de très, très longues années encore, années pleines d'action et toujours sous l'empire du même enthousiasme.

Une délicieuse enfant, qui doit le renouveau de sa vie à ses séjours aux Camps David-Peron, offrit, avec le charme d'un sourire, une magnifique gerbe de fleurs à madame Dubé.

Le complément de cette manifestation, presque spontanée, n'était pas possible sans le discours de l'heureux jubilaire. Il est inutile de dire que celui-ci fit honneur à sa réputation de magnifique causeur et qu'il charma, une fois de plus, son auditoire de souvenirs piquants et d'anecdotes amusantes. Il ne serait d'ailleurs pas impossible qu'il put mettre par écrit cette improvisation pour en faire goûter les lecteurs de *l'Union Médicale du Canada*.

DESJARDINS.

#### HOMMAGE AU PROFESSEUR ALDEGE ETHIER

Après quarante-sept années de service régulier comme médecin, à l'hôpital Notre-Dame, le docteur Aldège Ethier vient de prendre sa retraite.

Retraite bien méritée couronnant une carrière de médecin d'hôpital, faite d'assiduité, de modestie et de sollicitude constante à l'égard des innombrables malades qui lui furent confiées. Malades pauvres, malades riches, sans distinction de rang social ou d'affinement intellectuel, reçurent du docteur Ethier la même attention et les mêmes soins, toutes furent l'objet des mêmes soucis et préoccupations.

Véritable apostolat du médecin, quoi qu'en disent les sceptiques ou les adeptes d'une science, soit vouée au mercantilisme, soit non appliquée aux peines, aux misères et aux grandes faiblesses de l'être humain.

# AVIS

## LE SÉRUM ANTIPNEUMOCOCCIQUE DE LAPIN

*Ayerst*

est présenté maintenant en deux types

(**TYPE 1** et **TYPE 2**)

Grâce à la collaboration du Professeur E. G. D. Murray du Laboratoire de Bactériologie et d'Immunité, Université McGill, nos laboratoires présentent le sérum antipneumococcique de lapin pour le traitement de la pneumonie lobaire due au type 1 et au type 2.

Ce sérum est préparé et standardisé selon les méthodes précisées au Rockefeller Institute for Medical Research.

Chaque lot de sérum antipneumococcique de lapin Ayerst est soumis à un essai clinique avant d'être offert en vente.



LE SÉRUM  
ANTIPNEUMOCOCCIQUE  
DE LAPIN du type 1

*Ayerst*

est titré à

50,000 unités internationales  
dans chaque emballage.

•

LE SÉRUM  
ANTIPNEUMOCOCCIQUE  
DE LAPIN du type 2

*Ayerst*

est titré à

20,000 unités internationales  
dans chaque emballage.

Prix et renseignements sur l'identification des types de pneumocoques et sur la posologie seront fournis à Messieurs les Médecins et aux hôpitaux, sur demande.

**AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE**

Biologistes et Pharmaciens

MONTREAL

CANADA

En présence des dames patronnesses de l'hôpital, des médecins, des religieuses, des gardes-malades, il fut présenté au docteur Ethier, le 7 décembre 1938, une toile d'Adrien Hébert, représentant un coin du vieux Montréal, sur laquelle se profilent le vénérable château de Ramezay et, à l'arrière-plan, les orgueilleux entrepôts à grains du port. Antithèse et contraste des œuvres de deux époques!

C'est dans ce quartier de Montréal, celui de l'ancien hôpital Notre-Dame, que s'est écoulée la majeure partie de l'existence médicale du docteur Ethier. La toile offerte lui rappellera, sans doute, la vieille Ecole de Médecine, située à proximité, sur la Place Jacques-Cartier, le vieil hôpital, ses salles vétustes, les recoins, les dénivellements imprévus d'un service à l'autre, l'atmosphère d'intimité qui flottait à l'intérieur de ses lourds murs de pierre noircis par la fumée des locomotives de la gare Viger.

Le docteur B.-G. Bourgeois, au nom des médecins de la maison, rendit hommage au docteur Ethier en mettant en relief ce que représentent de dévouement et d'abnégation, quarante sept années de service hospitalier.

Le docteur Albert LeSage, doyen de la Faculté, rappela certains souvenirs du passé; souvenirs du temps heureux où le docteur Ethier et lui-même étaient internes de l'hôpital Notre-Dame, souvenirs d'une époque où la joie de vivre était peut-être plus spontanée, souvenirs de jeunesse que l'on revit toujours par la pensée avec une douce et sereine mélancolie.

Le docteur Gérin-Lajoie, successeur du docteur Ethier à la chaire de gynécologie de la Faculté et au service de gynécologie de Notre-Dame rendit à son maître et ami un témoignage de gratitude.

Le docteur Ethier, très ému, répondit aux témoignages et vœux exprimés par ses collègues.

Son allocution, dont le texte est reproduit ci-dessous, reflète sa personnalité; elle est une leçon de modestie, une profession de foi envers les œuvres et les ouvriers du passé grâce aux

quels Notre-Dame fait actuellement notre fierté, une discrète allusion aux services qu'il pourrait encore rendre, si on lui demandait de servir de nouveau.

Belle fête de famille, sans bruit, sans clameur, sans clinquant, comme il convenait qu'elle fût, à l'adresse du Professeur Ethier.

#### Allocution du Dr B.-G. Bourgeois

L'hôpital Notre-Dame, mon cher docteur Ethier, a désiré vous offrir un témoignage de gratitude pour les services que vous lui avez rendus et vous exprimer ses regrets que les « lois de la vie » vous aient amené à donner votre démission de son service de gynécologie. Il a convié dans cette salle, pour vous rendre hommage, les éléments importants qui le constituent: ses administrateurs, vos collègues du Conseil et du Bureau médical, les hospitalières religieuses, les infirmières et le Comité de ses dames patronnesses.

Ce témoignage de gratitude, il faut le faire très large et très sincère; aussi large et sincère, en somme, que fut la collaboration que vous lui avez apportée depuis plus de 45 années!

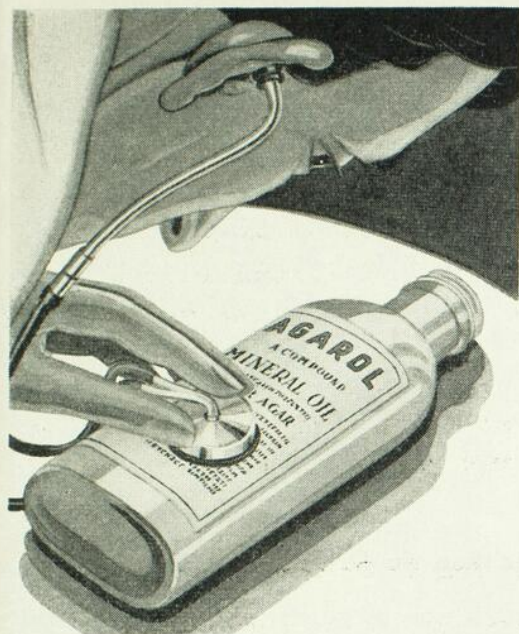
Personne, autant que ceux-là qui ont servi comme vous dans cette maison;

qui l'ont vue grandir;

qui ont été parmi les *artisans quotidiens* de son développement et de la réputation enviée qu'elle a acquise;

qui ont été, en somme, des « instruments dispensateurs », assez souvent méconnus, mais toujours au poste quand même, grâce auxquels il a pu diffuser les bienfaits de la charité que la générosité de ses bienfaiteurs et la sagesse de ses administrateurs le chargeaient de répandre;

qui ont connu, comme vous, les lourdes responsabilités et les anxiétés morales du service quotidien; — les fatigues de la « garde », — le souci impérieux d'accomplir un devoir bénévole au prix de l'abnégation de soi-même, — de sa tranquillité parfois si attrayante, — de son repos souvent nécessaire, — les réveils aux



# A GAROL A SUBI UN EXAMEN PHYSIQUE . . . . .

Le rayon X dit: "Recherchez la densité uniforme comme preuve de pureté" — et l'Agarol est une émulsion parfaitement uniforme dont chaque dose agit de la même façon.

Le microscope dit: "Recherchez les petits globules d'huile uniformes" qui sont un signe de l'émulsification parfaite de l'Agarol. Cela signifie stabilité, absence de goût huileux, miscibilité facile avec l'eau, le lait, les jus de fruits ou tout autre liquide.

Le pharmacien dit: "Si elle coule librement, c'est signe que c'est une bonne émulsion." Et, en effet, l'Agarol est une bonne émulsion d'huile minérale qui a entièrement prouvé combien elle est précieuse pour le soulagement de la constipation aiguë et le traitement de la constipation habituelle.

Demandez-nous-en la preuve. Vous recevrez, sur demande faite sur papier à en-tête, une notice descriptive et un échantillon d'essai d'Agarol.

*Agarol est vendu en flacons de 6, 10 et 16 onces.*

*La dose pour un adulte moyen est de une cuillerée à soupe.*

WILLIAM R. WARNER & COMPANY, LTD.  
727 KING STREET, WEST TORONTO, ONTARIO

## AGAROL POUR LA CONSTIPATION

premiers moments d'un sommeil réparateur, — les révoltes de la « chair » contre la discipline inexorable de la volonté et de la conscience, — les nombreuses « nuits blanches » comme complément et comme adoucissement aux rigueurs d'une journée déjà épuisante, et comme préparation au travail laborieux du lendemain!

Personne, dis-je, autant que ceux-ci qui vous entourent en ce moment, ne peut comprendre tout ce que comporte d'usure physique et de fatigue intellectuelle et morale la vie du « médecin d'hôpital » que d'aucuns se représentent comme facile parce qu'ils la contemplent de loin! et que d'autres n'hésitent pas à critiquer, à mépriser même, pour n'avoir pas à en reconnaître le dévouement et le désintéressement!

Personne, non plus, ne peut savoir combien il est raisonnable de songer à se reposer quand on l'a vécue consciencieusement pendant près d'un demi-siècle!

Mais votre retraite, mon cher ami, si justifiée qu'elle nous paraisse, ne manquerait pas de nous causer des regrets, encore plus amers, si elle devait équivaloir à votre départ.

Nous voulons y voir plutôt une permutation toute normale et nous avons la satisfaction de penser que vous restez parmi nous puisque le Conseil médical, en appréciation de vos états de service, vous a prié d'accepter le titre de *médecin honoraire*.

Les assauts qu'elle a subis n'ont pas ébranlé sérieusement votre constitution robuste! Les années ont pu filer, mais le corps est resté solide, et nous avons confiance que les « égards tardifs » que vous aurez pour lui dans l'avenir vous assureront de pouvoir consacrer à votre clientèle privée de nombreuses années encore et... de restituer à madame Ethier et à mademoiselle Ethier, dont je salue respectueusement la présence à vos côtés, quelques-uns des loisirs et des plaisirs de la vie de famille qu'ont pu leur dérober dans le passé vos activités auprès de nos indigents!

Afin qu'il vous reste, de cette démonstration d'amitié, très simple mais très sincère, un

souvenir tangible, l'on m'a prié de vous remettre cette toile qui la rappellera à votre pensée, lorsque sur les côtes de Gaspé, en face du beau rocher de Percé où vous passez l'été, dans la tranquillité et la douceur d'un beau soir, vos méditations pourront se diriger vers Montréal; vers ce *Château de Ramezay* où vous avez étudié la médecine et vers cet *Hôpital Notre-Dame* où vous aurez la consolation d'avoir fait le bien et où vous êtes assuré d'avoir laissé un excellent souvenir.

#### Allocution du Dr Léon Gérin-Lajoie

Permettez que mes premières paroles vous expriment toute la joie que nous éprouvons à vous voir à cette fête de famille, organisée dans le seul but de témoigner à votre mari, Madame, à votre père, Mademoiselle, toute l'admiration que nous lui portons, et le remercier des services inestimables qu'il a rendus à l'hôpital Notre-Dame, au service de gynécologie en particulier et à moi-même personnellement, durant les quarante-sept années qu'il a travaillé dans cette institution.

Mon cher Maître,

Vous comprendrez facilement toute l'émotion qui m'étreint en ce moment. Présenté comme votre successeur, à cet auditoire nombreux et distingué qui est venu vous rendre hommage, je sens peser sur mes épaules un fardeau lourd de responsabilités et d'obligations.

Des voix plus autorisées que la mienne ont apprécié votre valeur personnelle et vos services rendus. Ceux-là vous ont connu bien avant moi et ont parcouru avec vous des étapes où, enfant encore, j'ignorais même votre existence.

Elève de la période de guerre, diplômé de cette époque, ce n'est qu'après la démobilisation que le professeur Louis de Lotbinière Harwood, de regrettée mémoire, m'incita à poursuivre mes études complémentaires dans la spécialité qu'il avait choisie.



# GLYCOLIXIR

contre

## Asthénie Non Spécifique

Au sujet de l'effet du glycoll chez l'adulte asthénique, mais par ailleurs normal, Wilder<sup>1</sup> a établi que "les patients et les sujets qui sont tout simplement fatigués obtiennent soulagement" et qu' "ils semblent en état d'aller plus loin et d'en faire davantage avant que la fatigue les prenne".

Le Glycolixir est une préparation agréable au goût, à base de glycoll de Squibb. A cause de sa teneur en glycoll, il produit une action d'économie de protéines et une action de désintoxication, toutes deux bien marquées et qui, isolément ou ensemble, opèrent des résultats bienfaisants dans les

cas de poids inférieur à la normale, de perte de poids, d'anorexie, de nervosité, de propension à la fatigue ainsi que contre l'asthénie non spécifique.

Le Glycolixir se distingue nettement de toutes les autres substances soi-disant "toniques". Son effet est strictement physiologique. C'est une préparation "tonique", dont on peut prouver et déterminer biochimiquement l'action. Ce n'est aucunement un "fouet pour cheval fatigué". Le surdosage est impossible et il n'existe pas de contre-indications connues.

**EN VENTE SOUS DEUX FORMES DE DOSAGE TRÈS AGRÉABLE À PRENDRE:**

**ÉLIXIR** — Une cuillerée à soupe présente 1.85 Gm. de glycoll dans un mélange spécial de vin fin. Dose moyenne pour adultes: trois cuillerées à soupe tous les jours.

**COMPRIMÉS** — Les comprimés présentent 1.0 Gm. de glycoll chacun. Ils sont agréablement aromatisés et de couleur distinctive. Utiles, également, dans les cas où l'alcool, dans l'élixir, pourrait ne pas être désirable. Dose moyenne pour adultes: deux comprimés, trois fois par jour.

*Pour imprimés, écrire au Professional Service Department,  
36 Caledonia Road, Toronto, Ont.*

**WILDER, R. M.:**  
Discussion Générale:  
Assemblée du Personnel, pour  
Procédures, Clinique Mayo 9:  
606 (3 octobre)  
1934.

**E·R·SQUIBB & SONS OF CANADA, Ltd.**

Fabricants de Produits Chimiques pour le Corps Médical depuis 1858.

Au retour d'Europe, en 1922, je pris contact avec vous.

En rappelant succinctement ce qu'était le Service d'alors et son évolution graduelle vers le développement qu'il a atteint aujourd'hui, je rappellerai à plusieurs des souvenirs, et j'apprendrai à un grand nombre ce qu'une saine ambition, une étroite collaboration, et une ferme détermination à réussir, peuvent obtenir. Vous avez été de ceux qui ont contribué à rendre à la gynécologie la place qu'elle occupe aujourd'hui à la Faculté et à l'hôpital.

A cette époque, nous occupions l'ancien édifice, rue Notre-Dame. Le service était restreint à deux salles, *Sainte-Marguerite* et *Sept-Douleurs*. L'hiver, j'assistais le professeur Harwood et le professeur Raphaël Trudeau, dont je ne puis pas ne pas évoquer le souvenir; l'été, je continuais avec vous, cher maître, et le docteur Hector Aubry, agrégé en bactériologie, qui s'occupait du laboratoire durant l'hiver, mais que ses loisirs, durant l'été, permettaient de vous accompagner dans le service de gynécologie.

Puis ce fut l'occupation du nouvel immeuble rue Sherbrooke. La gynécologie réclama un plus grand nombre de lits; le service fut doublé; je fus attaché à la section dirigée par le professeur Trudeau. Nous travaillions parallèlement, et nos rencontres furent forcément moins fréquentes.

Le service s'agrandit progressivement avec la construction de l'aile de la rue Champlain. Au décès prématuré et inattendu de notre chef, vous avez pris la direction effective de tout le service; mais, maintenant la tradition et avec votre conciliation coutumière, les deux sections furent maintenues dans leur intégrité. Malgré la maladie et le congé prolongé de votre adjoint d'alors, nos relations professionnelles demeurèrent d'une intégrité et d'une harmonie à toute épreuve. Lorsque, au décès de celui-ci, je fus appelé à le remplacer, la confiance que vous m'avez manifestée se continua, et d'assistant, vous avez proposé de me nommer votre adjoint. Plus qu'avant, nos con-

tacts furent nombreux, et la part de collaboration que vous m'avez accordée me permit de constater une fois de plus votre largeur d'esprit et votre infatigable énergie, pour le maintien des traditions énoncées par les Brennan, les Harwood et les Trudeau. Enfin, lorsque vint le moment pour vous de donner votre démission à l'Université d'abord, puis à l'hôpital, vous me proposiez pour vous succéder au titulariat et à la direction du service de gynécologie.

Prenant conscience de l'honneur qui m'échappait, je compris en même temps que les positions de titulaire et de chef de clinique pèsent plus qu'on ne se l'imagine. Aujourd'hui, je réalise mieux l'ampleur de la tâche et le grand mérite que vous avez eu d'avoir pu mener de front, les exigences d'une clientèle imposante qui vous conserve encore et avec raison, tout sa confiance, et les soucis d'une responsabilité dont vous ne vous êtes jamais départi. Les obligations que vous aviez épousées, vous les rencontraiez avec affabilité, avec gaieté de cœur et d'esprit, sans sourciller, sans reculer devant la tâche, au dispensaire, dans les salles publiques, le jour ou la nuit. Vous vous êtes astreint à faire « la garde », dont vous auriez certes pu vous départir depuis longtemps, en vous reposant sur vos assistants, et tout dernièrement encore, vous abandonniez votre sommeil pour intervenir chez une malade, parfaite inconnue.

Souriant, aimable, encourageant, les patientes vous aimaient et anticipaient votre visite avec quiétude, confiantes que vous feriez pour elles ce que vous aviez fait pour tant d'autres: les soulager, les guérir.

Peut-on se détacher ainsi de tout ce que fut notre vie, notre raison d'être, brusquement, alors qu'on sent encore son cœur très jeune et son âme très virile? Difficilement. Aussi, est-ce avec plaisir que mon collègue Arthur Magnan, récemment nommé professeur agrégé, et que je félicite en passant de sa nomination, et moi-même, avons accédé à votre demande de

EDITIONS  
BEAUCHEMIN

Docteur,

Au début de 1939, nous sommes heureux d'avoir l'opportunité de vous offrir nos meilleurs vœux. Que l'année qui vient de commencer soit pour vous une année de prospérité et de bonheur.

Nous remercions vivement tous ceux qui nous ont donné leur encouragement. Nous nous sommes efforcés de donner satisfaction à tous, mais malheureusement, la perfection n'étant pas de ce monde, nous n'avons pu réussir cent pour cent. Nous prions ceux qui n'ont pas été entièrement satisfaits de nous excuser, et nous les invitons à venir nous revoir.

N'oubliez pas, Docteur, de nous « consulter »; car si vous donnez des « consultations » pour la santé du corps, nous aussi, nous pouvons donner des « consultations » pour tout ce qui concerne vos impressions.

N'hésitez pas à nous confier les imprimés dont vous pouvez avoir besoin dans votre bureau; nos experts sont à votre disposition.

Veillez nous croire, Docteur,

Vos tout dévoués,

Librairie **BEAUCHEMIN** Limitée  
430, rue Saint-Gabriel, Montréal

•  
Nos catalogues vous seront envoyés sur demande.



suivre dans le service certaines malades indigentes avec lesquelles vous avez eu déjà des contacts personnels et chez lesquelles vous êtes intervenu antérieurement.

L'hôpital Notre-Dame est et demeure votre hôpital; le service de gynécologie est le vôtre, il vous est ouvert. Ce départ volontaire n'en est un qu'en autant que la direction du Service est confiée à celui qui vous a succédé au poste d'enseignement. C'est dire que nous vous sommes très reconnaissants des services que vous nous avez offerts lors de la dernière assemblée du Bureau médical de l'hôpital, et nous vous en remercions très sincèrement. Vos conseils, votre expérience, nous seront d'une aide précieuse à l'occasion et permettront ainsi de continuer votre contact avec l'œuvre de l'hôpital. L'effort que vous avez fourni est un bel exemple de ténacité.

A ceux qui vous suivent, aux moins jeunes, et je m'adresse ici à ceux de ma génération, et aux plus jeunes encore, je pose le problème en toute franchise, en toute sincérité: regardons nos aînés, plaçons-nous dans les conditions où ils ont été placés, à notre âge, et demandons-nous si nous résisterions aux luttes, aux tracasseries, aux ennuis qu'ils ont essayés. Ceux-là qui nous précèdent, à qui nous devons d'être ce que nous sommes, méritent plus qu'une simple mention, plus que notre confiance, plus que notre amitié ou notre amour, plus que nous ne leur avons jamais donné et que nous ne serons jamais capables de leur donner.

Vous êtes de ceux-là, mon cher docteur Ethier, et je veux que vous sachiez que nous gardons de vous un souvenir bien sincère de votre travail, de votre énergie, de votre enseignement, de votre dévouement à notre égard. En vous parlant, j'associe à ces sentiments ceux de tous vos collègues du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame, ceux de toutes les religieuses et les gardes-malades passées et présentes.

En leur nom et en mon nom personnel, je vous prie d'agréer, avec nos hommages, l'ex-

pression de nos sentiments de très cordiaux et très sincères remerciements.

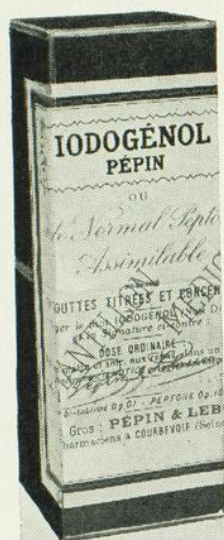
#### Allocution du Dr Aldège Ethier

Lorsque, il y a quelques jours, le Président du Conseil Médical, le Professeur Albéric Marin, et le Professeur Léon Gérin-Lajoie, qui m'a remplacé à la chaire de clinique gynécologique et dans le service hospitalier, me firent part de l'intention que les autorités supérieures de l'hôpital avaient de me donner un témoignage de reconnaissance pour les quarante-sept années vécues au service de l'hôpital, je refusai d'abord, ne me reconnaissant aucun titre particulier à une telle démonstration. Mais après m'avoir fait comprendre que c'était le désir général, j'ai accepté, à condition que ce soit une chose de la famille hospitalière. Ainsi, je ne puis dire que j'ai été pris par surprise. Toutefois, je puis vous avouer que je ne m'attendais pas à ce que l'on donnât autant d'importance à l'affaire. J'en suis tout confus et ému. Et les paroles de remerciements que je vous adresse ne peuvent que faiblement exprimer les sentiments de reconnaissance dont je suis pénétré en ce moment.

Soyez assurés, Mesdames, Messieurs, que je conserverai longtemps le souvenir de ce jour d'une fin de carrière déjà assez longue, et permettez-moi d'ajouter, avec la satisfaction d'avoir fait tout mon possible pour la bien remplir.

Ce n'est pas sans regret que j'abandonne ce service de gynécologie, dans lequel j'ai travaillé durant tant d'années, et la nuit, et le jour, sans compter, pour les indigents, pour les fortunés, en y mettant toute mon âme et mon dévouement entier, m'efforçant de continuer la belle œuvre commencée par mes deux prédécesseurs, les regrettés Professeurs Michel-Thomas Brennan et Louis de Lotbinière Harwood qui lui avait succédé. Je me plais à rendre ici un hommage ému à la mémoire de ces deux maîtres et amis qui ont succombé trop tôt, à la tâche, et en pleine carrière.

Toutes les Indications de  
l'IODE et des IODURES



# IODOGÉNOL

PÉPIN

Pas d'Iodisme

AGENT GÉNÉRAL : J. EDDÉ L<sup>td</sup> - MONTRÉAL

## 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 D<sup>r</sup> ROUSSEL, 97, rue de Vaugirard, PARIS

Agents pour le Canada : J. EDDÉ L<sup>tée</sup>, New Birks Bldg., MONTRÉAL

Je ne dois pas oublier, en cette circonstance, de mentionner le nom de celui qui, le premier, a contribué à ma formation de chirurgien et dont j'ai été l'interne et l'assistant durant les premières années de mon internat: Toussaint Brosseau, un des fondateurs de notre institution et son premier chirurgien. Je crois être le seul survivant de cette phalange des chirurgiens-pionniers de cette époque.

Si notre hôpital jouit aujourd'hui d'une réputation assez enviable, notre reconnaissance doit aller à ces ouvriers de la première heure et aussi aux deux autres chirurgiens qui ont suivi, le docteur O.-F. Mercier, décédé il y a quelques années, et le docteur Téléphore Pariseau, ancien doyen en retraite, de notre Faculté de Médecine.

Je n'ai parlé ici que de mes maîtres, les chirurgiens. Je m'en voudrais et serais ingrat si j'omettais de parler un instant des fondateurs de l'hôpital Notre-Dame, et en particulier du docteur E.-P. Lachapelle, auquel je dois une reconnaissance toute spéciale pour la part qu'il a prise dans ma carrière de chirurgien, et par les conseils qu'il me donna, et le poste d'interne à l'hôpital Saint-Michel de Paris, qu'il me procura, et dont le chirurgien-chef était le regretté docteur Joseph Récamier, son ami intime. J'eus le grand avantage d'y séjourner deux années.

Je dois aussi vous mentionner les noms des docteurs Rottot, Laramée, Foucher, de messieurs C.-P. Hébert, Tansey, Généreux qui furent pour moi de bons conseillers et protecteurs, sans oublier nos religieuses, les Révérendes Sœurs Grises, dont la première Supérieure fut la Rév. Mère Perrin, qui occupa ce poste à trois reprises différentes. Elle fut véritablement l'âme dirigeante, par excellence, de notre institution.

Je me rappelle avec plaisir les bonnes relations qui existaient entre le personnel médical de l'hôpital et les dames patronnesses, dont la fondatrice et la première présidente fut madame Rosaire Thibaudeau, qui vit encore et à laquelle l'institution doit la plus grande

part de sa survivance, au cours des années difficiles qu'elle traversa, et qu'elle contribua à surmonter par les nombreuses œuvres de charité qu'elle organisa en différentes occasions, au cours de sa longue carrière.

Quelques-uns d'entre nous, peu nombreux cependant, doivent se rappeler la première grande kermesse qu'elle organisa, sur la Place d'Armes, en 1884, qui fut un véritable succès. Vous en trouverez une jolie photographie dans le volume *Histoire de l'hôpital Notre-Dame*, écrit par le docteur E.-P. Benoît. Que madame Thibaudeau veuille bien agréer l'expression de mes sentiments les plus respectueux et mes remerciements les plus chaleureux pour tout le bien qu'elle a fait à notre hôpital!

J'aurais encore beaucoup à dire de ceux et celles qui continuent à contribuer à la prospérité et au succès de notre hôpital, mais on ne doit pas parler de ceux qui n'ont pas fini de remplir leur tâche. Il faut attendre le moment de la retraite, paraît-il.

Je m'aperçois que le plaisir que j'éprouve à revivre ces années déjà lointaines m'entraîne trop longuement, et je ne dois pas abuser davantage de votre patience.

A tous ceux qui ont contribué à l'organisation de cette fête, je dois adresser mes plus sincères remerciements.

Je n'abandonne pas l'hôpital. Je continuerai d'y diriger mes patientes, dans les chambres et dans le service, et si l'on a besoin de mes services en quoi que ce soit, je serai toujours à la disposition du personnel de l'institution.

Avant de terminer, qu'il me soit permis de vous adresser une demande toute cordiale. A mes confrères et collègues, surtout les anesthésistes, présents et passés, aux religieuses, aux gardes-malades, que, dans des moments d'impatience, soit au cours d'une attente prolongée, soit au cours d'une opération difficile et dont dépendait la vie d'une patiente, j'aurais pu traiter un peu rudement, sans aucune intention malicieuse, de bien vouloir me pardonner ces emportements dus à mon caractère

d o r s . . .

toutes les insomnies  
même opiniâtres

# SOMNIFÈNE

“ROCHE”

action nerveuse centrale  
élimination très rapide

**ON DONNE À CHACUN SA DOSE**

en gouttes (12 cc.) 20 à 60 gouttes.

en ampoules de 2 cc, dans les troubles nerveux et mentaux, convulsions.

Indiqué particulièrement dans la crise **éclamptique** en injection intraveineuse.

Echantillons, littérature et précisions sur un mot de Messieurs les Médecins.



Gherardo delle Notti (1590-1656)  
Jeune dame (Rome, Palais Doria)

# SIROP “ROCHE”

au Thiocol

CLASSIQUE

1 à 4 cuillerées  
à soupe par jour

toujours  
bien toléré

**TOUTES LES AFFECTIONS  
DES VOIES RESPIRATOIRES**

**HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE**

286 ouest, rue Saint-Paul, Montréal.



un peu prompt, et de les oublier pour me permettre de terminer, dans la paix du cœur et de l'esprit, une carrière aussi longue.

Et veuillez croire que toujours je n'ai eu en vue que les intérêts de nos chers malades, de l'institution, de nos internes, des élèves, et de tout le personnel de l'hôpital.

---

#### A LA MEMOIRE DU Dr SEVERIN LACHAPPELLE

A la séance de mardi, 20 décembre, de la « Société Médicale de Montréal », qui eut lieu à la Miséricorde, une plaque commémorative a été dévoilée à l'occasion du 25<sup>e</sup> anniversaire de la mort du regretté docteur Séverin Lachapelle. Ce dernier fut le premier professeur de pédiatrie à l'Université Laval de Montréal et surintendant médical de la Crèche de la Miséricorde.

La plaque est l'œuvre du sculpteur canadien M. Elzéar Soucy.

Cet hommage des anciens élèves et amis du professeur Séverin Lachapelle fut due à l'initiative des religieuses et des médecins de l'hôpital de la Miséricorde.

A cette occasion, des allocutions furent prononcées par les docteurs Stephen Langevin, Paul Letondal et Albert LeSage.

A la suite de ces allocutions, la Société Médicale présenta son programme scientifique composé de travaux communiqués par Messieurs Langevin, Sanche, Robert, Ricard, médecins à la Miséricorde.

---

#### CONSEIL MEDICAL DU BUREAU MEDICAL DE L'HOTEL-DIEU DE MONTREAL

Le nouveau Conseil Médical de l'Hôtel-Dieu pour l'année 1939 sera ainsi constitué: MM. Oscar Mercier, président; Roméo Rochette, secrétaire-trésorier; Donald Hingston, Roméo Pepin, Louis de Gonzague Joubert, Ernest Trottier et Ernest Prud'homme, conseillers.

Le Bureau Médical a élu comme son président, M. Pierre-Paul Gauthier et M. Paul Poirier, comme son secrétaire.

---

#### NOMINATIONS

**Le docteur Charles Vézina**, professeur de clinique chirurgicale à l'Université Laval et chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Québec, vient d'être nommé membre associé de l'Académie de Chirurgie de France. Nos félicitations.

---

**Les docteurs Paul Letondal et Albert Guilbault** (de Montréal), membres correspondants étrangers de la Société de Pédiatrie de Paris, ont été élus « Fellows of the American Academy of Pediatrics », à Evanston, Illinois. Ce témoignage d'estime, dont sont l'objet deux de nos compatriotes de la part des pédiatres américains, est tout à l'honneur de notre Faculté de Médecine, et nous félicitons chaleureusement les docteurs Letondal et Guilbault de cette distinction si bien méritée.

---

**Le docteur Jean LeSage**, après avoir subi avec succès une épreuve théorique consistant en une leçon sur l'« évolution des maladies », vient d'être nommé assistant à la chaire de Pathologie générale de la Faculté. Nous félicitons Jean LeSage.

---

A la dernière séance du Conseil Médical de l'hôpital Notre-Dame le professeur **Léon Gérin-Lajoie** a été élu chef du Service de Gynécologie en remplacement du professeur Aldège Ethier, démissionnaire.

---

#### LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL

Les membres de la Société Médicale de Montréal ont procédé, en décembre dernier, à l'élection du Bureau pour l'année 1939. Le nouveau Comité Exécutif se compose comme suit: le docteur Georges Mignault (hôpital du Sacré-Cœur), président; le docteur Oscar Mercier (Hôtel-Dieu), vice-président: le doc-

**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 Bisailon-Hirbour

35 ans d'expérience dans l'exécution exclusive d'ordonnances de Médecins. — Nous n'employons que les produits chimiques supérieurs.

**Angle Saint-Denis et De Montigny**

Téls: LA. 7356 - PL. 0305 - Montréal

Messieurs les Médecins

sont invités à consulter

*l'Encyclopédie*  
*Médico-Chirurgicale*

ou Secrétariat

326 est, boulevard Saint-Joseph

MONTREAL

dans l'après-midi, de 2 à 5 heures

**LA VITAMINE B<sub>1</sub>**  
**POUR**  
**TONIFIER LES VOIES INTESTINALES**

Depuis que de récentes études ont révélé le bien-faisant effet de la vitamine B<sub>1</sub> sur les fonctions intestinales, son emploi devient de plus en plus fréquent dans le traitement auxiliaire de la constipation atonique.

All-Bran de Kellogg est une bonne source de vitamine B<sub>1</sub>. Remarquez le montant de vitamine B<sub>1</sub> contenu dans All-Bran par comparaison à d'autres aliments.

La présence de cette vitamine en si abondantes quantités, dans un aliment riche en même temps en « volume » naturel, est une raison de plus pour recommander l'emploi de cette céréale laxative.

**IL FAUT**

2 OZ.  
D'ÉPINARD  
OU



2 <sup>13</sup>/<sub>16</sub> OZ.  
D'ŒUF  
OU



2 <sup>1</sup>/<sub>8</sub> OZ.  
D'ORANGE,



POUR ÉGALER LE  
MONTANT DE B<sub>1</sub>  
CONTENU DANS  
1 OZ. DE

*Kellogg's*  
**ALL-BRAN**



teur Paul Letondal (hôpital de la Miséricorde), secrétaire-trésorier-général; le docteur Léon Gérin-Lajoie (hôpital Notre-Dame), conseiller. Nos félicitations aux nouveaux élus et nos meilleurs vœux de succès pour 1939.

#### SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTREAL

A la dernière séance de la Société de Chirurgie de Montréal les membres ont élu l'Exécutif suivant pour 1939: président: M. Léon Gérin-Lajoie; vice-président: M. L.-P. Sénécal; secrétaire-général: M. Mercier-Fauteux; trésorier: M. J.-H. Rivard; bibliothécaire-archiviste: M. Pierre Smith; secrétaire annuel: M. Paul Bourgeois.

#### LA MORTALITÉ INFANTILE À MONTREAL VA DECROISSANT

##### Amélioration considérable depuis un an Moins de maladies contagieuses

La mortalité infantile a décliné considérablement depuis l'an dernier à Montréal, selon ce qui est constaté au *Bulletin d'hygiène* de septembre-octobre publié par la Santé municipale.

Au premier novembre de l'an dernier, on avait compté 93.8 décès par 1.000 naissances, alors qu'à la même date de cette année, on n'en a compté que 68.2. Et si l'on compare septembre-octobre 1937 avec l'époque correspondante de cette année, l'amélioration est encore plus visible, car la proportion de l'an dernier était de 97.1 par 1,000 naissances (pour les deux mois en question) et seulement de 68.4 cette année.

Sous le rapport des maladies contagieuses, la statistique n'est pas moins encourageante. Au premier novembre de l'an dernier, on avait enregistré 83 décès attribuables à la rougeole; à la même date cette année, 36 seulement; 92 décès par la coqueluche l'an dernier, 37 cette année; 184 décès par l'influenza (grippe) l'an dernier, 115 cette année.

En dix mois, l'an dernier, Montréal avait eu 54 suicides; cette année, 47.

Le Dr Adélarde Groulx, directeur de la Santé, annonce dans le *Bulletin* l'institution d'une « section de la tuberculose » dans son service. Cette section est confiée au Dr Léo Ladouceur, qui a été attaché à l'Institut Bruchési durant 15 ans.

#### SOUTENANCE DE THESE

Mercredi, le 14 décembre 1938, à 8.30 du soir, dans la salle des promotions (214) à l'Université. **le docteur Gaston Gosselin** a soutenu une thèse pour l'Agrégation en Chimie Physiologique.

Le titre de la thèse était: *Contribution à l'étude de l'eau de constitution.*

#### AUTOUR DE LA TUBERCULOSE

Le numéro septembre-octobre du *Bulletin d'Hygiène* de la Cité de Montréal, offre d'intéressants renseignements, au sujet de la lutte entreprise contre la tuberculose. Il rappelle d'abord la création d'une « Section de la Tuberculose » au Service de Santé. Un homme jeune et d'une belle expérience a été nommé à ce poste: M. le docteur Léo Ladouceur, ancien secrétaire de la Société de Phtisiologie de Montréal.

Le nouveau titulaire est déjà à l'œuvre. Un de ses premiers actes est de préconiser l'application de l'épreuve cutanée à la tuberculine, chez le nourrisson des cliniques infantiles et chez les enfants d'école, pour, de là, passer aux examens radiographiques des sujets positifs. Il veut généraliser cette épreuve du Mantoux, jusque dans le bureau du praticien, grâce à un service gratuit, dans le but de hâter le dépistage des cas de tuberculose.

L'article suivant présente une étude comparative de chiffres très intéressants. Le démographe de la Cité y fait figurer les nombres de décès par tuberculose, pour chaque année de 1930 à 1937 inclusivement, pour chaque sexe en particulier et en six groupes d'âges différents (0-4, 5-14, 15-24, 25-39, 40-59, 60 +).

# VACCINS DU PROFESSEUR MINET

## VACCIN ANTI-PNEUMONIQUE:

Pneumonie, Broncho-Pneumonie des enfants et des vieillards, Grippe et complications grippales.

Ampoules injectables de 1 cc.

## VACCIN ANTI-ASTHMATIQUE:

Asthme, Emphysème, Catarrhe bronchitique, Bronchite des gazés.

Ampoules injectables de 1 cc.

## VACCIN ANTI-GRIPPAL:

Grippe et complications grippales, Otites, Sinusites, Mastoïdites.

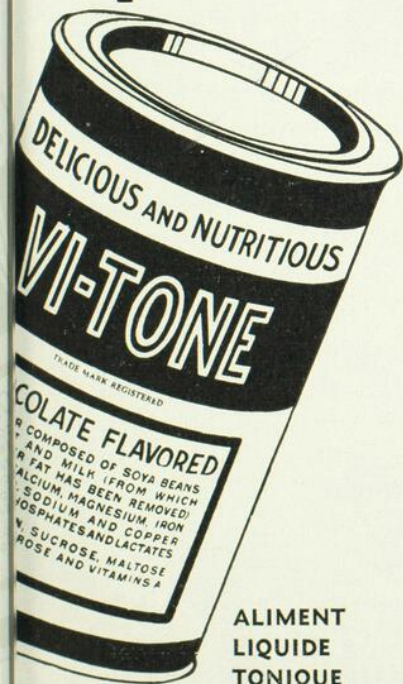
Ampoules injectables de 1 cc.

Laboratoires Sténé, 2 bis, Place des Vosges, PARIS, France

Représentants exclusifs:

MM. HERDT & CHARTON, Inc., 2027, avenue du Collège McGill, Montréal

## Prompte récupération des forces



ALIMENT  
LIQUIDE  
TONIQUE

Regain de vitalité en si peu de temps! Vi-Tone se transforme rapidement en nourriture et en énergie. Un breuvage alcalin de saveur très agréable et digestible. Fortement recommandé pour les enfants, les adultes et les convalescents.

# VI-TONE



A base: d'Acide Borique, Alun, Acide Carbonique (1-1/3%), et d'Huile de Menthe.

Jarres de  
4 et 8 onces.

La poudre à douches MIRALOSE est préparée d'après la prescription d'un médecin qui l'a conseillée pendant des années et qui l'a trouvée efficace, sûre et digne de confiance. Cette formule, d'ailleurs, est déjà connue de la profession médicale, ce n'est cependant que depuis quelques mois qu'elle est fabriquée et vendue sous un nom distinctif. Réalisant qu'elles doivent se préserver contre les effets nuisibles de certains produits largement annoncés, les femmes en général comptent sur la profession médicale pour les conseiller dans le choix des produits qu'elles peuvent employer pour leur hygiène intime. En prescrivant Miralose le médecin aura la certitude de fournir à sa patiente un remède inoffensif et efficace. Miralose est vendue dans toutes les bonnes pharmacies.

MM. les médecins peuvent se procurer des échantillons de Miralose en en faisant la demande par écrit à

# Miralose

427, rue Saint-François-Xavier, Montréal.

On y constate que le plus grand nombre de décès par tuberculose survient entre les âges de 25 et 39 ans: pour 1930, 134 hommes et 156 femmes. Dans les années qui suivent, nos adultes ont été mieux protégés d'année en année; les chiffres ont graduellement baissé jusqu'à 115 hommes et 129 femmes, en 1937. Nous avons cité les groupes 25 à 39 ans, parce que c'est celui qui a le taux le plus élevé. Notons bien que la même régression existe dans tous les groupes d'âge.

Le tableau démontre aussi que de 0 à 14 ans le nombre des décès est le même, chez les garçons et chez les filles; qu'entre 15 et 24 ans, les décès sont presque deux fois plus nombreux chez les femmes; que les nombres, chez l'un et l'autre sexe, s'égalisent de nouveau entre 25 et 39 ans; qu'après 40 ans, les hommes sont doublement fauchés.

Deux faits découlent de ces exposés: 1° A cause des conditions sociales et sexuelles, la femme est plus souvent atteinte de phtisie comme jeune adulte, tandis que l'homme est miné au cours ou après ses années de plus grande activité en période de production économique.

2° Si lente soit-elle, il y a régression de la tuberculose chez nous.

Le concours des gouvernements étant déjà acquis, puisse le public se joindre efficacement à la campagne d'éducation entreprise par le « Comité provincial de défense contre la tuberculose ».

---

#### REUNION DE LA SOCIETE DES MEDECINS DU NORD DE MONTREAL

Les médecins du Nord de Montréal se sont réunis au cercle Outremont, mardi soir, 13 décembre. M. Anselme Bois, Ph. D., nous a présenté la psychologie expérimentale qui dérive de la physiologie et des statistiques et n'a rien de commun avec la philosophie. Elle possède ses tests particuliers pour étudier la personnalité. Les psychologues doivent collaborer avec les médecins et tout le monde s'en

trouvera mieux, tout particulièrement les malades.

Une résolution fut ensuite adoptée demandant aux compagnies d'assurance-accidents de payer directement les comptes des médecins qui soignent des blessés protégés par une assurance. Par le passé, ces comptes étaient habituellement payés au porteur de l'assurance qui ne se souciait pas toujours d'en faire remise au médecin.

On décida ensuite de demander au département du procureur-général d'émettre des plaques spéciales pour les licences d'automobiles de médecins, ainsi que cela se pratique ailleurs, dans l'Île du Prince-Edouard notamment.

Enfin, le docteur Laporte, après un court exposé des conditions dans lesquelles se fait la lutte contre le cancer, propose que recommandation soit faite aux gouvernements de mettre à la disposition des cancéreux une certaine quantité de lits.

En effet, il ne suffit pas de dire à une personne qu'elle souffre de cancer, encore faut-il pouvoir lui offrir les commodités nécessaires pour soigner son affection. Or, actuellement, les médecins qui s'occupent de cancer ne trouvent pas de lits où ils puissent hospitaliser leurs clients pauvres.

De son côté, le docteur Lacharité insiste sur le dépistage du cancer et afin d'augmenter l'efficacité du dépistage, il nous faut des centres de recherches et des dispensaires spécialisés. Il faut encore attirer l'attention des médecins et des étudiants sur les manifestations qu'offre le cancer au début.

De là, la résolution suivante qui complète la première: « Que les gouvernements soient priés de multiplier les moyens de dépistage du cancer et de mettre à la disposition des cancéreux, un nombre adéquat de lits dans les services hospitaliers existants, ou mieux encore, d'ériger un hôpital pour cancéreux ».

Les élections annuelles eurent alors lieu. Le docteur F.-X.-P. Goyette fut unanimement élu à la présidence de l'Association des médecins du Nord où il remplacera le docteur A.-M. Cholette dont le terme d'office est expiré.

# UROPAZINE

## GRANULE EFFERVESCENT

ELIMINE L'ACIDE URIQUE

COMPOSANTS PRINCIPAUX:

Pipérazine

Hexaméthylenetétramine

Soufre colloïdal

Formiate de lithine

INDICATIONS:

**GOUTTE** ♦ **RHUMATISME** ♦ **SCIATIQUE**

Laboratoires Spartol, Paris, France

Distributeurs:

HERDT & CHARTON, Inc.

2027, avenue McGill College Montréal

# PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

**COQUELUCHE**

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluches et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL

AMherst 8900-3733

## MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

Pompes funèbres

Salons mortuaires

Salons mortuaires: 1926, rue Plessis  
4156, rue Adam.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

## REUNIONS MEDICO-CHIRURGICALES DE MORPHOLOGIE

Compte-rendu de la réunion  
du 16 novembre 1938

Le Dr Theoris ouvre la première séance de l'année et remercie l'Ecole d'Anthropologie de vouloir bien abriter les séances de Morphologie. Le Dr Claoué rappelle l'évolution et expose le programme de l'année qui s'ouvre.

### Communications

M. Laville (Paris): *Programme d'études morphologiques.*

Tous les phénomènes naturels peuvent en dernière analyse se ramener à des mutations d'énergie doublées de mutations de formes. Le vivant se distingue de l'inerte en ce que ses mutations sont alternantes alors que celles du non-vivant sont unidirectionnelles, menant toujours vers la désagrégation totale.

M. Chaumel (Paris): *De l'utilité de la connaissance de la Morphologie de l'étudiant lors de ses examens.*

La Morphologie explique le bon et le mauvais résultat des examens des écoliers ou étudiants. L'élève à évolution lente mais constante, est le sujet d'avenir. Il est dommage de l'entraver par des examens et des concours avec limite d'âge où brilleront les jeunes gens dont la race commande une sexualité précoce.

Parlant de l'enseignement mixte, il expose les diverses raisons qui entravent l'homogénéité des classes et signale le péril de la masculinisation des jeunes filles: lorsqu'elles se virilisent, les garçons se féminisent, d'où augmentation de l'intersexualité.

Pour conclure, l'auteur demande que la jeune fille, tout en demeurant une intellec-

tuelle, pense à l'avenir qu'elle doit avoir dans un foyer, en évitant le surmenage intellectuel, source de maladies.

Dr Ducroquet (Paris): *Orthopédie et Morphologie.*

Le Dr Ducroquet montre que les traitements orthopédiques ont pour but dans l'immense majorité des cas de conserver ou de rétablir la forme.

Ces traitements s'appuient sur de simples manipulations ou appareillages externes ou sur des techniques précises et réglées de chirurgie ostéo-articulaire ou musculaire.

Par de nombreux exemples de redressement de pieds bots, de genu-valgum et de cyphoses, il montre que chez l'enfant l'orthopédie externe reste la plus judicieuse, pour ces déformations tout au moins.

Dr J.-A. Huet (Paris): *Importance de la morphologie au cours des périodes d'évolution de la sexualité.*

L'auteur insiste sur l'importance du facteur morphologique dans l'évolution de la sexualité, et plus particulièrement des désordres qu'elle entraîne, tant à la puberté qu'à la ménopause. Il s'attache à montrer que la forme du corps et des extrémités permet à un observateur minutieux de prévoir les inconvénients pathologiques de ces périodes tumultueuses.

L'auteur attache une grande importance à l'examen comparatif des hémifaces, suivant la technique d'Abraham, pour permettre l'orientation psychique des malades observés pendant ces périodes.

L'auteur projette un grand nombre de clichés tout à fait démonstratifs, de malades observés par lui dans son centre d'Endocrinologie de l'hôpital Rothschild.

*Fortement recommandée  
par la Faculté*

contre LE RHUMATISME, L'ARTHRITISME, LA DYSPEPSIE ET LES AFFECTIONS VÉSICALES, HÉPATIQUES ET RÉNALES

Spécifiez  
YICHY-  
CÉLESTINS

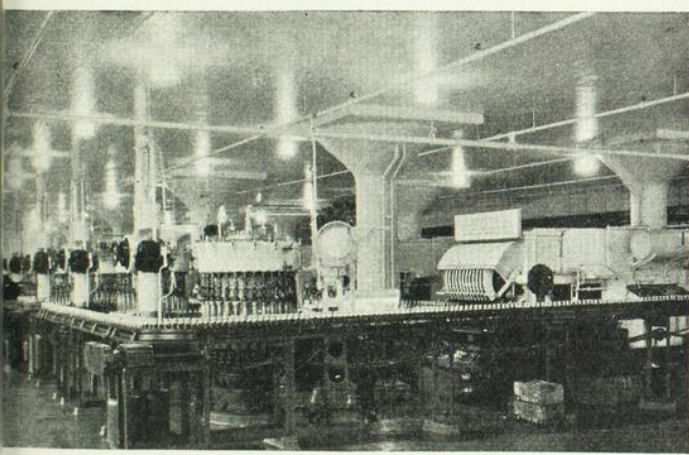
L'emouteillage  
sur place  
est contrôlé  
par l'état  
français



**VICHY  
CÉLESTINS**

*La Plus Renommée des Sources  
Alcalines Naturelles*

*Alcalifiant  
Naturel  
Anodin*



*jusqu'au parachèvement...*

**AUCUN CONTACT HUMAIN**

Le long de toutes les étapes de la fabrication du "Coca-Cola", depuis les ingrédients jusqu'au scellage des bouteilles, chaque opération est attentivement surveillée, dirigée et vérifiée par un chimiste diplômé. Au cours de la fabrication, ce chimiste fait jusqu'à vingt-deux épreuves, pour assurer la pureté et l'uniformité de la liqueur. Le "Coca-Cola" se vend dans 76 pays et se conforme entièrement aux lois régissant la pureté des produits alimentaires.

THE COCA-COLA COMPANY OF CANADA, LIMITED

*Coca-Cola*

## AMELIOREZ VOTRE MAISON

☛ La Banque Canadienne Nationale, en collaboration avec le gouvernement fédéral, est toujours désireuse de faire des prêts aux propriétaires qui veulent réparer, rénover ou agrandir leurs maisons.

☛ Présentez-vous à notre succursale la plus proche. Le gérant vous réservera le meilleur accueil et vous fournira avec plaisir tous les renseignements utiles.

**BANQUE CANADIENNE NATIONALE**

Actif, plus de \$150,000,000

537 bureaux au Canada ♦ 66 succursales à Montréal

## NÉCROLOGIE

---

**Le docteur L.-Damase Pagé** est décédé le 30 novembre 1938 à Iberville, à l'âge de 77 ans. Le docteur Pagé était bien connu à Québec où il fut pendant de nombreuses années en charge du service médical à l'hôpital de l'Immigration. Le docteur Pagé, époux de feu Alice Lemoine, naquit à Saint-Casimir de Portneuf en 1861. En 1887, il obtient son doctorat en médecine à l'Université Laval et pratiqua à Waterloo, Québec, durant 16 ans. En 1904, le docteur Pagé entra au service du gouvernement fédéral en qualité de surintendant médical de l'hôpital de l'Immigration au port de Québec. En 1920, alors qu'on rattachait les services médicaux des quarantaines de l'immigration, au ministère de la Santé, nouvellement créé, on nommait le docteur Pagé chef de ce département. Après 28 ans de service, le docteur Pagé prenait sa retraite en 1932. Il vécut à Farnham jusqu'en 1935, après quoi il vint habiter Iberville. Lui survivent 3 filles et 2 fils.

---

**Le docteur C.-Jérémie Coulombe** ancien député et le doyen de nos médecins, est décédé à l'Assomption le 2 décembre 1938. Il naquit à Saint-Cuthbert le 23 octobre 1846. Il fit ses études classiques au collège de l'Assomption et poursuivit ses études médicales à l'école de Médecine Victoria. Il s'établit à Saint-Justin de Maskinongé où il exerça sa profession durant 65 ans. Pendant plusieurs années il fut député conservateur aux Communes pour le comté de Maskinongé. Lui survit un fils.

---

**Le docteur Emile Lafortune** est décédé le 2 décembre à l'âge de 62 ans. Il était autrefois de Sainte-Rose de Laval mais il exerçait sa profession dans la paroisse de la Nativité d'Hochelaga depuis 38 ans. Il avait fait ses études classiques au collège de l'Assomption et il avait étudié la médecine à l'Université Laval de Montréal. En 1916, il était élu échevin du quartier Hochelaga. Lui survivent son épouse, née Clémentine Pépin, trois fils, dont le docteur Paul-Emile Lafortune et quatre filles.

---

**Le docteur Martial Lavoie** de Granby, est décédé le 7 décembre dernier à l'âge de 57 ans. Il était né le 3 octobre 1881 à Saint-Anaclet, comté de Rimouski. Il avait fait ses études primaires à Rimouski et à Charlottetown; il étudia la médecine à l'Université Laval de Québec où il fut reçu médecin en 1912. Il alla s'établir à Gravelbourg, Sask., où il demeura pendant 20 ans. En 1932 il vint s'établir à Granby. Lui survivent son épouse, née Jeanne Rousseau, un fils et trois filles.

---

**Le docteur Marcel-Adélarde Corsin** est décédé le 11 décembre 1938 à l'âge de 59 ans. Il était né à Montréal le 7 octobre 1879. Il avait fait ses études au collège l'Assomption et au collège Sainte-Marie. Il a été diplômé médecin de l'Université Laval de Montréal. Il était attaché au service Provincial d'Hygiène depuis 1913. Lui survit son épouse, née Blanche Lamarre.

---

## LIVRES REÇUS EN DECEMBRE 1938

---

- Pyrétothérapie.** Charles RICHET, Jean SURMONT et Pierre LE GO. Volume de 190 p. Masson et Cie, Paris. Prix, 50 francs.
- Atlas de Phonocardiographie clinique.** A. CALO. Préface du Professeur A. CLERC. Volume de 102 pages. Masson et Cie, Paris. Prix, 60 francs.
- Les Groupes sanguins.** Professeur Ludwik HIRSZFELD. Volume de 168 pages. Masson et Cie, Paris. Prix, 30 francs.
- Eléments d'Embryologie.** A. Celestino DA COSTA. Volume de 494 pages. Masson et Cie, Paris. Prix, 120 francs.
- La Dépression constitutionnelle.** A. MONTASSUT. Volume de 208 pages. Masson et Cie, Paris. Prix 45 francs.
- Les manifestations de l'Anaphylaxie et les substances histaminiques.** Jean-Louis PARROT. Volume de 112 pages. J.-B. Baillière et fils, Paris.
- Affections non ulcéreuses du Duodénum.** I. PAVEL et A. PAUNESCO-PODEANO. Volume de 204 pages. Masson et Cie, éditeurs, Paris. Prix, 50 francs.
- Boletin del Instituto de Medicina experimental.** Imprenta de la Universidad, Buenos Aires.
- A Banana.** Dr Vincente Henriques DE GOUVEIA. Volume de 75 pages. Funchal, 1938.
- Les Maladies de l'Esophage.** J. TERRACOL. Volume de 664 pages. Masson et Cie, Paris. Prix, 620 francs.
- Traité de Thérapeutique clinique.** Paul SAVY. En trois volumes. 2e édition.
- Rapport du Service de Santé, Ville de Montréal.** Année 1937. Par le Dr Ad. GROULX, C.P.H., Directeur.
- Almanach du Peuple, 1939.** Librairie Beauchemin Limitée. Prix, 25 sous. Franco, 35 sous.
- Transactions and Studies of the College of Physicians of Philadelphia,** sept. 1938.
-

# Spécialités Pharmaceutiques

DES

## USINES CHIMIQUES du CANADA Inc.

1338, rue Lagachetière 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.

Il est maintenant possible pour la faculté médicale de prescrire l'**AESCULUS HIPPOCASTANUM** (Marron d'Inde) et l'**HAMAMELIS VIRGINICA** et d'obtenir des résultats.

L'**AESCULIN** en contient des extraits concentrés, riches en essence, fraîchement préparés.

L'**AESCULIN** est préparé selon l'art par des gens de l'art.



**FORMULE PAR 100 C.C.**

Ext. Aesculus Hippocast. Sem. Liq. "Officine"	-	-	-	-	40 c.c.
Ext. Hamamelidis Virg. Fol. Liq. "Officine"	-	-	-	-	40 c.c.
Sol. glycero-hydroxy-ethylic. citric.	-	-	-	-	20 c.c.

**OFFICINE CANADIENNE INCORPOREE**

Fabricants de Spécialités Pharmaceutiques

MONTREAL — LABORATOIRES: LACHINE, QUE.

J. L. GIRARDEAU-GINGRAS, Phm.B., Président—Gérant Général

Distributeurs: Lyman Agencies, Ltée., Casier Postal, 1050, Place d'Armes, Montréal

Pour correspondance et échantillons adresser: 126-3<sup>e</sup> Avenue, Lachine, Qué.

# AGOBYL

*pour stimuler la*  
**SÉCRÉTION NORMALE DU FOIE**



Lorsque la constipation chronique est associée à l'insuffisance hépatique, AGOBYL fournit un agent thérapeutique efficace pour le drainage le plus naturel des voies biliaires.

Il est indiqué dans les cas de dérangement du foie, dans l'ictère aigu ou chronique, excepté dans les cas de nature syphilitique ou qui nécessitent une intervention chirurgicale.



*Littérature et échantillons  
envoyés sur demande.*

*Granulés secs, 125 grammes.  
Récipient en métal, étiquette  
détachable.*

## 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  
WINNIPEG et RÉGINA: National Drugs Limited.  
VANCOUVER: B. C. Drugs Limited.

DesBergers. TORONTO: Drug Trading, National Drug & Chemical Co. Ltd.  
CALGARY et EDMONTON: Alberta National Drugs Ltd.  
HALIFAX et SAINT-JEAN: National-Canadian Drugs Ltd.