

SILHOUETTE

UNE PERSONNALITÉ FRANÇAISE

Le Docteur de GAUDART-D'ALLAINES
Professeur agrégé à la Faculté de Paris.
Chirurgien des hôpitaux.

“En quittant Montréal, j'emporte le souvenir d'auditoires sympathiques qui ont rapidement dissipé l'angoisse du début de mes cours car, en vous abordant, je savais la réputation des savants qui m'avaient précédé, moi, inconnu de la plupart d'entre vous...

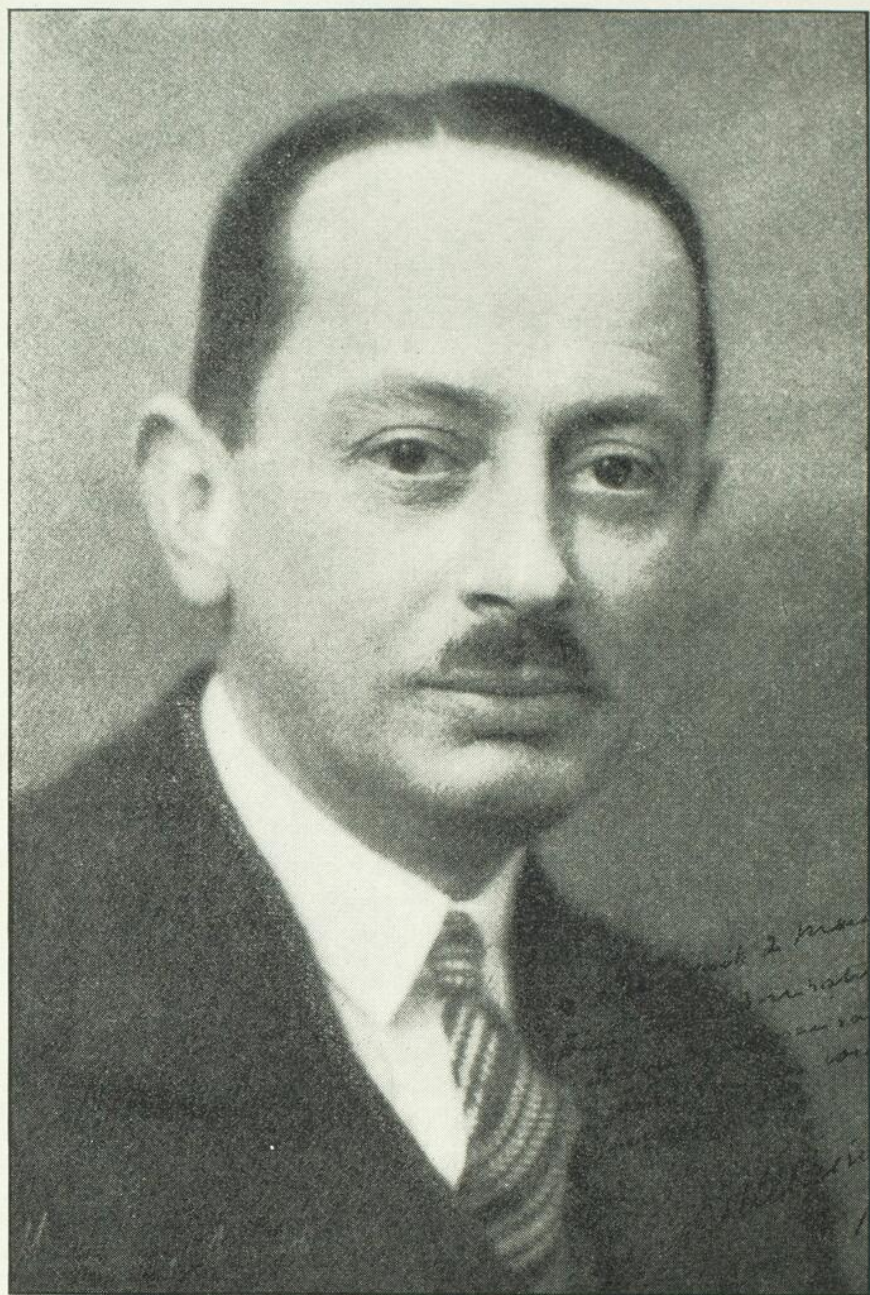
Depuis, j'ai senti la force des liens qui unissent nos deux Universités, et je comprends que je devrai, à l'avenir — avec quel empressement! — ici ou là-bas, faire tout ce que je pourrai pour servir ces deux institutions-sœurs”...

C'est par ces paroles empreintes de sincérité, et pour répondre à l'éloquent adieu de M. le Dr St-Jacques, que le docteur de Gaudart d'Allaines, conférencier de l'Institut scientifique Franco-Canadien, nous quittait pour rentrer à Paris après nous avoir donné des cliniques et des cours très suivis et savamment construits.

De taille moyenne et élégante, le teint chaud, l'œil noir, doux, bienveillant, presque méditatif à certains moments, le sourire discret, le verbe haut et facile orné d'un vocabulaire riche et souvent imagé, un débit simple mais plein de surprises, un geste sobre et mesuré, il va, dans une attitude dénuée de toute ostentation, vers son nouvel auditoire comme vers un ami très cher à qui on veut faire bon accueil ou rendre un service en attendant l'heure des confidences.

Malgré sa vaste érudition et sa grande expérience acquise auprès des maîtres les plus réputés de Paris dont il fut, durant plusieurs années, l'interne et le chef de clinique, il ose à peine s'en parer avant d'exprimer une opinion malgré la sûreté de son diagnostic, qu'il pose avec une maîtrise impressionnante.

Sa technique, précise, simple et rapide, lui permet d'accomplir sans risques les opérations les plus difficiles. Sa main, longue, fine,



Docteur de Gaudart d'Allaines.

aristocratique, devient l'instrument docile d'un esprit clair, aimable, ingénieux. Elle s'insinue sans heurt dans les mailles épaissies des tissus inflammés; elle saisit avec douceur les organes qui souffrent ou qui fuient, en les réparant avec une grande habilité; elle les fixe, les contourne, les hypnotise et les enlève prestement avant qu'une pince intempestive ait eu le temps de les mordre profondément ou de les meurtrir.

Il accomplit tout cela sans précipitation ni témérité, sachant le prix d'une vie, en présence des étudiants, des médecins, des professeurs qui suivent avec le plus vif intérêt, silencieusement, les péripéties du drame dans le rythme synchronisé de l'acte opératoire.

Ici, le malade survivra, guéri. A ces mots la joie éclate dans sa figure. Il est plus fort que la mort! Là, la maladie récidivra et l'implacable destinée poursuivra son destin. Aussitôt ses traits s'affaissent; un voile passe devant ses yeux, il esquisse un geste de lassitude... après l'inutile effort... quand même!...

Mais bientôt les heures du travail s'achèvent; les heures sociales arrivent et réclament leur tour. Notre hôte s'y prête avec plaisir et bienveillance. Il n'est jamais à bout... d'Allaines... pardon!...

Ayant beaucoup voyagé, il a beaucoup vu et retenu. Ses souvenirs sur les pays, les hommes, leurs œuvres, s'enchaînent ou se déroulent dans un ordre parfait et dans un langage très séduisant, car le sourire n'abandonne jamais son maître. Les heures passent, le temps oublie ses hôtes... il y a des "passants" qui savent en retarder la marche...

Le docteur de Gaudart d'Allaines — baron, si j'en crois mes yeux — est un agrégé qui fait honneur à la chirurgie française. Ses qualités d'homme du meilleur monde accompli donnent de la saveur à sa personnalité scientifique. Il ira loin... Reviendra-t-il?...

Albert LeSAGE.

BULLETIN

LE CONGRES MEDICAL D'OTTAWA-HULL SEPTEMBRE 1932.

Il est superflu, de notre part, après les témoignages unanimes de tous les médecins qui ont assisté au Congrès d'Ottawa, d'affirmer publiquement le magnifique succès de cette démonstration scientifique.

Le président, M. Valin, le secrétaire, M. Lapointe, le trésorier, M. Gaulin, et tous les membres qui ont participé activement à l'organisation de ce congrès méritent qu'on les en félicite. La splendeur de l'édifice où eurent lieu les séances et les démonstrations sociales, la beauté du site et la coquette propreté d'Ottawa entourée de ses parcs, de ses jardins, ont intéressé et charmé tous les congressistes. La belle architecture du palais du Gouvernement ajoutait à la grandeur du paysage et à l'importance de nos délibérations.

Ce Congrès marque une innovation, croyons-nous; nous tenons à le signaler. Jusqu'ici nous avons surtout mis à l'étude certaines questions qui avaient fait l'objet de rapports très documentés dont les conclusions étaient sujettes à la discussion. Durant ce congrès, nous avons assisté surtout à une véritable polyclinique où les membres, à tour de rôle, venaient communiquer, dans des travaux suffisamment documentés, bien rédigés et souvent illustrés de transparents, des recueils de faits observés soit dans les hôpitaux, soit dans leur cabinet.

Les auditoires nombreux et attentifs qui assistaient à ces séances nous ont permis de constater un intérêt nouveau suscité non seulement par le fait clinique lui-même, mais par la personnalité de l'auteur, et c'est avec un plaisir réel que nous avons vu défiler tour à tour les Français de France et du Canada dans des travaux importants bien rédigés et scientifiquement observés. C'est un progrès sensible.

Nous constatons avec joie que les générations plus jeunes, qui comptent déjà un certain nombre d'années d'observation et de travail méthodique, prennent rang avec honneur parmi les aînés et qu'ils soutiendront la bonne réputation de nos universités et de nos hôpitaux. Une nation jeune progresse lentement; la formation d'un esprit est le fruit non seulement de l'étude mais de l'expérience et du temps. Continuons ces nobles efforts, ouvrons largement les avenues aux jeunes talents qui s'affirment et nous verrons bientôt un groupe important de médecins instruits créer un mouvement qui ne se ralentira pas.

Nous ne pouvons en quelques lignes analyser les travaux qui ont été lus dans les séances générales du Congrès. Nous en commencerons dès maintenant la publication en attendant la distribution officielle du rapport général.

Nous avons pu noter que partout, durant ce congrès, l'on tenait compte du temps, soit dans les communications scientifiques, soit dans les démonstrations sociales: pas de leçons démesurément longues ou ennuyeuses, pas de discours fastidieux remplis de lieux communs, mais des idées, des faits, quelques souvenirs et un programme substantiel.

La délégation Française, dirigée par le Professeur Clerc, un savant de grande réputation et un ami sûr, a brillé partout, soit au Congrès où nous avons entendu ses leçons magistrales en cardiologie, celles de Chavassu en urologie, de d'Allaines en chirurgie et de Ducroquet en orthopédie, soit dans les hôpitaux d'Ottawa et de Montréal dont les journées cliniques ont été suivies avec tant d'intérêt.

Notons, en passant, que le Conseil de l'Association a fait un travail sérieux en vue d'établir sur des bases permanentes une Association telle que l'avait conçue le professeur Rhéaume, président du Congrès de Montréal en 1930.

Un fait mérite d'être signalé: la présence du Ministre de la santé publique du Canada, à l'ouverture du Congrès, Le Dr. MacLaren. Nous avons eu le plaisir délicat et rare d'entendre un Ministre de la Couronne, anglais, prononcer, dans un français châtié, un discours d'une rare élévation d'idées où la largeur d'esprit se manifeste dans un espoir: "que tous les Canadiens-anglais apprennent et comprennent le français, afin de faciliter le rapprochement entre les deux grandes races qui règnent dans ce pays."

Souhaitons que cet espoir devienne bientôt une réalité et que nos gouvernements, nos ministres et nos administrations s'imprègnent de cette idée contenue dans le travail magnifique du docteur MacLaren.

Enfin, nous tenons à attirer l'attention de tous sur le voeu unanime de l'Association des M. L. F. A. N. qu'une invitation soit faite à "*L'Association des Médecins de langue française*" dont le prochain Congrès aura lieu à Paris, au mois d'octobre, sous la présidence du Professeur Bezançon, de tenir son prochain Congrès à Québec, conjointement avec notre Association. Cette date coïnciderait avec le 400ème anniversaire de l'arrivée de Jacques Cartier à Gaspé, et le 300ème anniversaire de la fondation de Trois-Rivières par Lavolette.

Nous espérons que notre Association aînée acceptera cette invitation et que nous aurons l'honneur et le plaisir de lui souhaiter la bienvenue au Canada en 1934.

Nous félicitons donc nos confrères d'Ottawa dont l'intelligence, l'activité et le gracieux accueil ont charmé tous les congressistes.

Ajoutons, en terminant, l'importance de l'exposition des instruments, des livres et des médicaments. Toutes les maisons importantes françaises, anglaises et canadiennes y étaient représentées, et, en parcourant les comptoirs, les médecins pouvaient recueillir les renseignements les plus précieux de la part de ces messieurs dont l'empressement égalait la parfaite urbanité.

Que nos collègues d'Ottawa veuillent bien accepter l'expression de notre gratitude pour le magnifique résultat qu'ils viennent d'obtenir et qui rejaillit sur l'Association et sur la profession médicale canadienne-française toute entière.

Albert LeSAGE.

EN MARGE DU XIIÈME CONGRES DE L'ASSOCIATION
DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE
DE L'AMERIQUE DU NORD.

Le XIIème Congrès de l'A. M. L. F. A. N., tenu les 6-7-8 septembre dernier, a remporté un succès comparable aux Congrès précédents.

Siégeant en bordure des deux grandes Provinces-Sœurs, Québec et Ontario, le Congrès Ottawa-Hull avait réuni quelques centaines de Médecins, attirés par un programme d'Actualité Médicales du plus haut intérêt.

Les Délégués Français, Messieurs A. Clerc, M. Chevassu, G. D'Allaines et R. Ducroquet surent conquérir la sympathie des Congressistes tant par le charme de leur personnalité que par l'étendue de leur savoir. Il serait superflu de revenir sur le programme scientifique déjà publié. Ces trois mémorables journées se terminèrent par un magnifique banquet au Château Laurier sous la présidence du Docteur R. E. Valin. A ses côtés, on remarquait le Ministre du Canada, l'Honorable Maurice Dupré, le Ministre de France au Canada, Monsieur Charles-Arsène Henry, le représentant de la Province de Québec, le Docteur J. P. Décarie, Messieurs les Délégués.

A l'issue de la séance du jeudi après-midi, les Membres de l'Association réunis en Assemblée Générale adoptèrent à l'unanimité les résolutions suivantes :

1.—Proposée par le Professeur Albert LeSage (Montréal), secondée par le docteur W. Lord (Granby) :

Que le siège du prochain Congrès soit à Québec en 1934.

Que l'Exécutif du XIIIème Congrès soit composé des Membres suivants :

Président: Professeur Albert Paquet, Québec.

Premier Vice-Président: Professeur L. de L. Harwood, Montréal.

Deuxième Vice-Président: Docteur C. DeBlois, Trois-Rivières.

Troisième Vice-Président: Docteur N. E. Chaput, Holyoke, Mass.

Secrétaire du Congrès: Docteur J. Vaillancourt, Québec.

Secrétaire-Archiviste: Docteur Donatien Marion, Montréal.

Trésorier: Docteur Paul Garneau, Québec.

- 2.—Proposée par le Professeur J. E. Dubé (Montréal).
Secondée par le Docteur J. H. Lapointe (Ottawa):

“Le Conseil de l'Association propose, à l'Assemblée Générale, le voeu suivant: Qu'une invitation officielle soit envoyée à l'Association des Médecins de Langue Française d'Europe pour tenir son Congrès de 1934 à Québec, conjointement avec l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord et qu'une copie de cette résolution soit transmise à son Excellence Monsieur Charles-Arsène Henry, ministre de France au Canada en le priant de bien vouloir transmettre cette invitation au Gouvernement Français et à Monsieur le Professeur Bezançon, Président”.

- 3.—Proposée par le Professeur Albert Paquet (Québec),
Secondée par le Docteur J. Vaillancourt (Québec):

“Considérant la nécessité et l'urgence d'assurer à notre Association des bases solides, le Conseil suggère à l'Assemblée Générale de constituer un Comité Permanent.

En conséquence, l'Assemblée Général donne à l'Exécutif pleins pouvoirs dans l'organisation de ce Comité Permanent.”

En terminant qu'il nous soit permis de remercier les Médecins de Hull et d'Ottawa sans exception pour l'accueil hospitalier qu'ils ont fait aux Congressistes.

Docteur Donatien MARION
Secrétaire-Archiviste.

MÉMOIRES

CEUX QUI DIGÈRENT MAL

Par J. E. DUBE,

Professeur de clinique à l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôtel-Dieu

Parmi ceux qui digèrent mal il y en a dont les troubles relèvent d'une lésion propre à l'estomac, et un plus grand nombre peut-être ont des digestions pénibles à la suite de lésions extra-stomacales.

Chez les premiers l'ulcus gastrique et pyloro-duodénal et le cancer sont en cause le plus souvent, alors que chez les autres il faut songer à la lithiase biliaire ou rénale, à la constipation opiniâtre entraînant l'abus des médicaments laxatifs, et plus souvent qu'on ne le croit aux pérviscérités d'origine inflammatoire consécutives à la cholécystite à répétition, à l'appendicite aiguë non opérée, enfin aux adhérences post-opératoires.

Le traitement primitif du cancer n'est pas connu et le sera-t-il jamais? Est-il possible de prévenir l'ulcère? Certains auteurs le croient et nous enseignent de combattre la pyorrhée et la carie dentaire dont les microbes déglutis avec les aliments ont une prédilection pour la muqueuse gastrique. Les recherches faites à ce sujet par Rosenov de la clinique Mayo tendent à le prouver. La syphilis serait, pour d'autres auteurs, la cause principale de l'ulcère gastro-duodénal. Peut-être que l'alcool, les abus médicamenteux et alimentaires etc., jouent également un certain rôle dans la genèse de cette grave maladie.

Tout cela pour dire qu'il est peut-être possible de prévenir l'ulcus gastro-duodénal qui est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croyait autrefois. Jusqu'à ce que nous soyons bien familiarisés avec la prophylaxie de l'ulcus hâtons-nous d'apprendre sa symptomatologie clinique afin d'en faire le diagnostic précoce et les malades s'en trouveront mieux. Il existe encore trop de ces malheureux, atteints d'ulcère d'estomac, traités pour dyspepsie nerveuse, pour hyperchlorhydrie, etc

Si nous nous adressions plus souvent au laboratoire d'analyses et peut-être mieux encore chez le radiographe l'ulcère gastrique serait souvent reconnu dès son début.

Je me hâte d'ajouter que l'examen clinique, subjectif et objectif, ne doit pas s'effacer complètement devant l'examen radiographique et autres. Non pas. Chez certains malades le diagnostic est vite fait par le clinicien et confirmé aussitôt par le radiographe. D'un autre côté, le diagnostic radiographique est plus significatif que l'examen clinique resté douteux. Mais il y en a malheureusement d'autres chez qui ces deux examens restent incertains. C'est surtout dans ces derniers cas que le clinicien doit prendre la direction dans la recherche du diagnostic puisqu'il possède l'histoire complète de son malade, et qu'il lui est possible de l'observer soigneusement. J'ai toujours constaté qu'un diagnostic certain en radiographie abdominale confirmait des signes cliniques classiques, qu'il s'agisse d'ulcère gastrique, de cholécystite, de péritonite ou enfin d'adhérences.

Ce sont les cas douteux qui demandent la collaboration du médecin, du radiographe et du chirurgien. C'est même souvent ce dernier qui tranchera la question, en allant voir, chez les malades chez qui l'intervention est nécessaire. Lorsque l'examen clinique est incertain, comme d'ailleurs l'examen radiographique, que le malade très souffrant perd ses forces et qu'il est voué à une mort certaine, il convient en effet de pas hésiter et de demander au chirurgien d'intervenir au plus tôt.

La péritonite et les adhérences post-opératoires sont souvent mises en cause chez les malades qui viennent nous consulter pour mauvaise digestion avec ou sans douleurs abdominales. Je crois même qu'il faut y songer chaque fois que l'examen clinique et la radiographie ne sont pas concluants soit en faveur du cancer, d'ulcère, de lithiasse biliaire, etc. Bien plus encore faut-il songer aux adhérences lorsqu'il s'agit de malades déjà opérés pour cholécystite, appendicite ou pour lésions annexielles. La radiographie est d'une grande valeur dans les cas d'adhérences post-opératoires.

Voici quelques observations de malades avec troubles digestifs, présentant un certain intérêt:

CANCER D'ESTOMAC.

Observation 1. — M. G., 34 ans, sous mes soins depuis 1920 pour troubles dyspeptiques avec pyrosis, aérophagie et faiblesse générale, ganglions cervicaux etc. Etat général beaucoup mieux fin décembre 1920; augmentation de poids et de forces. Tout alla assez bien jusqu'en 1929 alors qu'il

me consulta pour faiblesse générale — poids 142. — Tension artérielle 115/70 — pouls 80. Assez bon appétit. A l'examen: rien aux poumons, coeur, foie, estomac. — Le 27 novembre 1929; un peu plus fort, appétit meilleur, troubles digestifs, constipation. Poids 144. Tension artérielle 120/70, pouls 72. A l'examen de l'abdomen douleur région coecale. Le 1er mars 1932: Poids 141; tension artérielle 110/70, pouls 80. Inappétence, digère mal, aérophagie, constipation. Le 6 avril 1932: Poids 131; tension artérielle 90/55, pouls 80. Inappétence, digère très mal, léger pyrosis, vomissements acides assez fréquents depuis février. Depuis quelque temps vomit des aliments ingérés quatre à cinq jours auparavant. Mauvaise apparence générale, très amaigri. Estomac dilaté contenant beaucoup de liquide. Au palper on sent comme un bourrelet à la région pyloro-duodénale. Il y avait évidemment à ce moment sténose pylorique avec rétention stomacale; résultat d'un ulcus ancien cicatrisé ou à un néoplasme en évolution. Il entra immédiatement à l'Hôtel-Dieu pour radiographie et examen chirurgical. Opéré par le Dr. P. Z. Rhéaume après préparation. Le Dr. Rhéaume pratiqua la gastrectomie après avoir constaté la présence d'une tumeur assez considérable siégeant au pylore. Aucun ganglion dans le voisinage. Les suites opératoires furent normales et le malade est actuellement en excellente condition; il mange un peu de tout et digère bien, il a pris douze livres de poids depuis sa sortie de l'hôpital; sa tension artérielle est de 120/80. La pièce fut examinée par M. Pierre Masson qui fit rapport qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Cette observation présente un intérêt tout particulier puisqu'il s'agit d'un cancer d'estomac chez un malade âgé de 34 ans seulement. S'agit-il d'un cancer greffé sur un ulcus? Les troubles digestifs dont il se plaignait depuis plusieurs années, avec des alternatives de digestion assez bonne, plaideraient en faveur de cette hypothèse. On ne peut nier, cependant, que l'avenir de ce malade soit assombri par la possibilité d'une récurrence locale ou dans un autre organe. Il n'en est pas moins vrai que nous l'avons empêché de mourir d'inanition.

ULCERE PYLORIQUE

Observation: — M. P., âgé de 34 ans au moment où il vint me consulter pour troubles gastriques, douleurs, pyrosis et vomissements qui duraient depuis quelques mois. Amaigri et très faible ce malade avait à deux reprises vomé du sang. Il en était à sa deuxième récurrence d'ulcères, précédée de plusieurs mois d'accalmie. Il s'agissait très probablement d'un ulcus ancien. Je conseillai l'opération immédiate après une autre hématémèse très abondante. Nous n'avions pas alors la radiographie pour nous aider puisqu'il s'agit d'un malade entré à l'Hôtel-Dieu en 1898. Mon collègue Marien confirma le diagnostic d'ulcère et pratiqua la première gastro-entérostomie faite à l'Hôtel-Dieu, assisté du Dr. Rhéaume. Le malade vécut plusieurs années encore avant de mourir de ses reins.

Nous vîmes vers la même époque, Marien et moi, un autre malade âgé de 35 ans qui présentait des troubles dyspeptiques graves. Très anémié et très affaibli il se plaignait assez souvent de diarrhée infecte. Le laboratoire démontra la présence de sang dans ses selles. Ce signe clinique, joint à la douleur exquise constatée par le palper au foyer pyloro-duodénal, nous permit de diagnostiquer un ulcus grave avec hémorragie. L'intervention fut refusée par le malade qui mourut quelque temps après.

STENOSE PYLORIQUE D'ORIGINE ULCEREUSE AVEC RETENTION STOMACALE

Voici quatre malades, opérés par le Dr. Bourgeois, en pleine rétention gastrique avec sténose pylorique consécutive à un ulcère. L'histoire clinique de chacun de ces malades indiquait clairement qu'ils avaient eu plusieurs crises gastriques antérieures assez prolongées, séparées par des périodes d'assez bonne digestion. Chez les quatre, en effet, on trouvait qu'ils avaient présenté la même symptomatologie clinique: mauvaise digestion avec douleur au creux épigastrique avec parfois irradiation dans le dos, pyrosis et régurgitations acides d'abord, puis vomissements. Ces signes ne survenaient que quelques heures après les repas et la nuit. De l'eau chaude avec bicarbonate de soude, du lait ou un biscuit les soulageait pour quelque temps.

Le premier M. B., épicier, âgé de 45 ans, était très malade depuis longtemps lorsque je le fis entrer à l'Hôtel-Dieu sous observation. La grande dilatation gastrique avec clapotage le matin à jeun, les vomissements alimentaires et son histoire antérieure étaient pourtant assez claire pour que son médecin cessa de le traiter avec forces médicaments impuissants à le soulager. La gastro-entérostomie le remit rapidement sur pied.

Le deuxième malade, M. J., manufacturier très actif, âgé de 50 ans, était dyspeptique depuis plusieurs années avec des crises gastriques aiguës prolongées, séparées par des périodes d'accalmie et de bonne digestion. Son estomac très dilaté était en pleine rétention au moment de mon examen. Un lavage d'estomac le soulagea tellement qu'il remit l'opération à plus tard, préférant le tube stomacal tous les matins au réveil que de courir les risques d'une intervention chirurgicale. Lorsqu'il se décida enfin à rentrer à l'Hôtel-Dieu il était dans un tel état de faiblesse que le Dr. Bourgeois hésita quelque peu à l'opérer craignant qu'il ne pourrait pas supporter le choc opératoire. Tout alla bien cependant et le malade est encore vivant après plusieurs années de vie assez active.

Le troisième cas, Madame T., âgée de 42 ans, souffrait, disait-on, de troubles de la ménopause avec mauvaise digestion. Toute son histoire clinique passée tournait cependant autour de son estomac et indiquait assez clairement un ulcus stomacal avec récidives répétées. A l'examen clinique je trouvai son estomac très dilaté et en rétention. Il se vidait à demi de temps à autre par des vomissements alimentaires. Le Dr. Bourgeois pratiqua une gastro-entérostomie avec plein succès.

Chez ces trois malades la radiographie confirma également le diagnostic de sténose pylorique et dilatation de l'estomac. Ces malades auraient dû faire connaissance avec le chirurgien plusieurs années avant s'ils avaient eu la bonne fortune de rencontrer un clinicien averti; ils auraient ainsi évité bien des souffrances et combien d'ennuis.

Observation 4. — Voici encore l'histoire d'un rétentionniste stomacal avec sténose pylorique causée par un ulcère ancien. Traité depuis assez longtemps pour dyspepsie nerveuse il avait absorbé beaucoup de médicaments sans soulagement, naturellement. M. T., autrichien, âgé de 42 ans, vint me consulter le 9 avril 1921 pour troubles digestifs, douleurs épigastriques et vomissements. Gros mangeur et grand buveur de bière. Poids 128 — a pesé 160 déjà. Tension artérielle 140/90, pouls 68. Rien aux poumons, coeur, foie. Estomac très dilaté, liquide et clapotage, douleur au palper à gauche et au dessus de l'ombilic. Mêmes symptômes douloureux avec vomissements il y a sept et neuf ans tous les automnes et tous les printemps depuis cette époque. Dernière crise il y a huit jours débutant, après un gros repas, par douleur épigastrique intense suivie de vomissements acides répétés qui durent encore au moment de mon examen. Il a perdu 32 livres depuis cinq ans et 12 livres depuis deux semaines. Une radiographie fut faite montrant un estomac dilaté indemne, rétention avec obstruction pylorique presque totale. Opéré en mai 1921 par le Dr. Bourgeois avec succès: l'estomac fut trouvé dilaté avec présence au pylore de traces d'ulcère ancien. Le malade retourna à son travail quelque temps après.

Je constate très souvent que les malades qui consultent pour mauvaise digestion sont examinés trop rapidement et que l'on s'en débarrasse le plus vite possible en prescrivant des alcalins ou autres médicaments tels que pepsine sans compter les purgatifs. On oublie presque toujours de déshabiller le patient et d'examiner soigneusement son abdomen en position couchée. La recherche des foyers douloureux et le palper de l'estomac et de l'intestin fait avec soin éviteraient bien des erreurs. Le diagnostic des maladies de l'estomac et des autres organes de l'abdomen, pour si difficile qu'il soit, est encore assez facile pour le médecin qui examine bien son malade.

ADHERENCES PERITONEALES POST-OPERATOIRES

Un chirurgien me disait un jour qu'il y aurait beaucoup moins de malades souffrant d'adhérences abdominales si les chirurgiens opéraient moins souvent. Il affirmait qu'il ne fallait pas, sans absolue nécessité, ouvrir le ventre de tous ceux qui se plaignent de douleurs abdominales et de mauvaise digestion. Trop souvent, disait-il, ces mêmes malades souffraient tout autant et même davantage après l'intervention qui aurait dû les guérir pour toujours.—Et que faites-vous

de ceux qui ont tout de même été opérés et qui présentent ensuite des adhérences très douloureuses?—Je les opère le moins possible puisque la plupart du temps il se formera de nouvelles adhérences après la nouvelle opération. Je n'opère que dans les cas absolument nécessaires, quand les malades souffrent trop ou qu'ils présentent des troubles graves gastriques ou intestinaux causés par des brides cicatricielles ou des adhérences constatées à la radiographie.

Voici quatre observations de malades dont deux opérées une première fois pour appendicite aiguë et les deux autres pour lésions annexielles. Une de ces malades fut réopérée une fois pour adhérences et troubles gastro-intestinaux graves, et deux autres furent réopérées deux fois pour les mêmes raisons. La quatrième fut réopérée trois fois, toujours pour adhérences. Chez l'une de ces malades les résultats ont été excellents et sans récidives depuis six ans. Une autre se porte assez bien depuis la dernière opération faite il y a un an. Les deux dernières ont été opérées il y a deux mois à peine.

Observation 1. — Mme. T., 38 ans, opérée en 1911 à l'âge de 17 ans pour douleurs dans le bas-ventre accompagnées de troubles digestifs et constipation; on crut à de la tuberculose péritonéale ou annexielle. On ne trouva ni épanchement ni péritonite tuberculeuse. L'appendice malade et les deux ovaires polykystiques furent enlevés. Suites opératoires normales. Les douleurs abdominales du bas-ventre réapparurent quelques années après et devinrent très graves en 1923. Les crises de douleurs avec tympanisme devinrent de plus en plus fréquentes. Une radiographie montra l'existence d'adhérences péri-coecales avec brides formant coudure. L'intervention chirurgicale fut décidée avec d'excellents résultats opératoires. Tous les symptômes disparurent et la malade prit du poids. En 1926 les douleurs abdominales réapparurent de nouveau avec constipation et crises de ballonnement. Une radiographie montra l'existence de nouvelles adhérences avec coudures, région coecale. La malade refusa l'intervention pendant plusieurs mois malgré les souffrances de plus en plus fortes accompagnées de troubles gastriques et d'amaigrissement. Ni régime ni médicaments ne purent améliorer son état. En décembre 1926 forte crise d'occlusion intestinale qui décida la malade à se faire opérer de nouveau. De nouvelles adhérences furent détruites et les suites opératoires furent excellentes; elle est actuellement bien portante, jamais plus de constipation ni douleur, elle a repris 25 livres de poids et s'est mariée depuis. Le Dr. P. Z. Rhéaume pratiqua les trois interventions.

Observation 2. — Mlle M. B., 36 ans, cuisinière. Cette malade est sous mes soins depuis janvier 1920 tantôt pour des rhumes, tantôt pour des troubles digestifs. En 1922 et 1923 elle commença à se plaindre de douleurs dans la région de l'appendice et de l'ovaire droit qui persistèrent même après correction d'une constipation habituelle. Le 26 décembre 1923 elle fut opérée à l'Hôtel-Dieu par le Dr. Marien pour appendicite et lésions tuberculeuses des annexes. Son état s'améliora considérablement par la suite. De 1925

à 1929 elle se plaignit de sa digestion, nausées, régurgitations acides de temps à autre, parfois vomissements bilieux et selles glaireuses avec fortes douleurs région coecale. En mai 1929 entre à l'Hôtel-Dieu sous observation. Radiographie, signes d'adhérences région coecale. Opérée avec excellent résultat, immédiats. En septembre 1929 — réapparition des douleurs abdominales sans troubles digestifs ni constipation. Soulagée par diathermie. Février 1930. — Troubles digestifs accompagnés de vomissements; traces de sang. Septembre 1930. — Douleurs abdominales. Janvier 1931. — Douleurs généralisées dans tout l'abdomen; nouvelles adhérences probables. Septembre 1931. — Le repos et le régime alimentaire ne réussirent pas à améliorer la digestion et à calmer les douleurs abdominales. Entra à l'Hôtel-Dieu en décembre sous observation. Pas améliorée par le repos absolu au lit. Vomissements fréquents et douleurs région pyloro-duodénale accompagnées de pyrosis et autres symptômes qui firent penser à la possibilité d'un ulcus pyloro-duodéal. La radiographie montra un estomac en état de rétention légère et déformation de la région pyloro-duodénale. L'intervention chirurgicale fut acceptée par la malade et pratiquée en février 1932 par le Dr. Prud'homme qui se contenta de défaire les adhérences multiples qui emprisonnaient le pylore et le duodenum et gênaient leur fonctionnement consécutif normal. Les résultats furent excellents. La malade reprit ses forces peu à peu au cours des mois suivants et elle est actuellement en assez bonne santé avec bon appétit, bonne digestion et intestins réguliers.

Observation 3. — Mlle L. M., âgée de 25 ans, vint me consulter le 12 avril 1932 pour troubles digestifs avec vomissements après chaque repas. Perte de poids, faiblesse générale. Hospitalisée à l'hôpital Notre-Dame en décembre 1930 pour troubles digestifs, une radiographie montra un estomac normal, se vidant bien avec colon ascendant dilaté. La malade continua à souffrir dans tout son ventre avec grande sensibilité au palper dans la région hypogastrique. Leucorrhée abondante, dysurie. En janvier 1931 une laparotomie exploratrice permit de constater: un estomac normal se vidant bien. Rien au duodenum et aux voies biliaires, annexes normales, colon ascendant gros et dilaté, allongé, sans lésions précises. La malade se rétablit assez lentement et sortit de l'hôpital avec digestion assez bonne et a pu reprendre ses fonctions d'institutrice quelque temps après. Jusqu'en février 1932 assez bonne santé et très peu de troubles digestifs, alors qu'apparurent les premiers troubles digestifs qui ne tardèrent pas à s'aggraver au point qu'elle dut cesser son travail. A mon premier examen elle pesait 140 livres (son poids était de 162 en 1929), tension artérielle 110/70, pouls 70 réflexes bons, apparence générale encore excellente. Elle se plaignait de douleurs épigastriques avec pyrosis survenant une demi-heure après les repas accompagnées de vomissements. Les douleurs et le pyrosis n'étaient pas soulagés par la prise d'aliments contrairement à ce qui se passe dans l'ulcère pyloro-duodéal. Le palper provoquait de la douleur dans la région coecale et l'estomac. Je crus sentir au palper comme un cordon allant de l'estomac à la fosse iliaque droite comme s'il s'agissait d'une bride cicatricielle attirant l'estomac en bas et à droite. La radiographie montra l'estomac déplacé vers la droite et en bas, déterminant une coudure au pylore et rétention stomacale. Le Dr Paré qui opéra la malade trouva des adhérences de la grande courbure avec la

paroi abdominale au niveau de l'incision pratiquée pour la laparotomie exploratrice l'année précédente. Les suites opératoires furent normales, la malade est actuellement en bonne santé avec bon appétit et digestion satisfaisante.

Observation 4. — Mme I. S., 35 ans, vint me consulter en janvier 1932 pour troubles digestifs graves. Il lui était impossible de garder ses aliments et aucun régime ne pouvait l'améliorer. Elle avait été opérée à l'âge de 20 ans alors qu'on lui enleva les deux ovaires. Une deuxième intervention fut faite quelques années après pour des adhérences. En 1931 séjour dans un hôpital où une troisième intervention fut décidée. L'exploration de la région de l'estomac et des voies biliaires permit de défaire d'autres adhérences. En somme cette malade a toujours souffert de son abdomen depuis l'âge de 20 ans, époque de la première intervention chirurgicale. Entrée à l'Hôtel-Dieu en janvier 1932, elle fut soumise à un examen radiographique de l'estomac et de l'intestin. L'estomac paraissait attiré vers la partie inférieure de l'abdomen et se vidait mal. Comme la malade ne pouvait pas manger sans avoir aussitôt des vomissements et qu'elle avait perdu une dizaine de livres, l'intervention chirurgicale fut conseillée à la malade qui l'accepta. Le Dr. Paré fit l'incision d'une large bride cicatricielle qui faisait traction sur la grande courbure de l'estomac. L'opération donna des résultats extraordinaires; les vomissements cessèrent aussitôt et après quelques jours la malade quitta l'hôpital en bonne condition. Son état de santé est depuis resté excellent.

CONCLUSIONS

En terminant je conseille d'étudier avec soin: — Premièrement l'histoire antérieure et personnelle de tous les dyspeptiques en apportant une attention toute spéciale au passé gastrique. C'est ainsi que l'on trouve assez souvent que le malade a eu au cours de sa vie une ou deux et même trois crises gastriques absolument semblables à celle qui l'amène encore chez son médecin. Cette constatation est très importante lorsque ces crises gastriques sont séparées par des périodes de bonne digestion avec excellente santé et que la durée de chaque crise se prolonge à mesure qu'elles se répètent, diminuant par le fait même la longueur des intervalles de calme avec bonne digestion. Ces récurrences répétées peuvent avoir lieu dans l'espace de deux ou trois ans, comme elles peuvent être réparties dans l'espace de dix, quinze ou vingt ans, mais elles ont toujours une grande importance dans le diagnostic d'ulcère gastrique ou pyloro-duodénal.

Deuxièmement: — Il faut apporter beaucoup de soin dans l'étude des signes cliniques, subjectifs et objectifs, constatés chez tous ceux qui digèrent mal, tels que: présence de pyrosis avec régurgitations acides et parfois vomissements, sanguins ou non, douleur au creux épigastrique avec ou sans irradiation dorsale, douleur vive avec

sensation de "fringale", le tout apparaissant de une heure à quatre heures après chaque repas et souvent la nuit.

Voilà une symptomatologie qui doit faire songer sérieusement à l'ulcère gastrique, surtout si l'absorption d'alcalins ou d'aliments tels que lait ou biscuits calment les douleurs assez rapidement et pendant un certain temps seulement. Si en plus le palper provoque dans la région gastrique ou pyloro-duodenale une douleur vive le diagnostic d'ulcère est assez généralement certain.

Troisièmement: — D'autres maladies telles que l'appendicite, la cholécystite, le cancer peuvent simuler l'ulcère d'estomac. A l'examen l'appendicite, en règle générale, donne des signes cliniques, subjectifs et objectifs, assez évidents siégeant dans la fosse iliaque droite. La cholécystite donne lieu à une douleur beaucoup plus aiguë que celle de l'ulcère gastrique et plutôt localisée dans l'hypocondre droit. D'ailleurs ces deux maladies ne présentent pas les mêmes caractères, entre autres le moment de l'apparition des douleurs en rapport avec les repas. Ni l'une ni l'autre de ces maladies ne présentent, comme l'ulcère d'estomac, des récives antérieures ou subséquentes séparées par des périodes de digestion presque parfaite.

Le cancer d'estomac est parfois difficile à différencier de l'ulcère simple. Cependant l'âge avancé du malade, l'inappétence et le dégoût pour la viande doivent faire songer au cancer à son début avant même l'apparition de la tumeur qui le fait reconnaître assez facilement. Certains névropathes présentent parfois des douleurs gastriques assez aiguës qui peuvent faire songer à l'ulcère, mais une étude attentive des signes cliniques, tels qu'énumérés ci-dessus, joints à l'examen radiographique permettra de faire avec plus de précision le diagnostic différentiel entre une névrose, un ulcère ou un cancer d'estomac, et à éclaircir les doutes au sujet de la cholécystite et de l'appendicite.

Quatrièmement: — Il faut absolument soumettre chaque malade à l'examen radiographique et si possible à l'analyse chimique du suc gastrique et des selles afin de confirmer l'examen clinique.

Le temps est passé où le médecin doit se contenter de son seul examen clinique dans le diagnostic des affections gastro-intestinales. Il doit consciencieusement faire bénéficier les malades qui l'honorent de leur confiance des moyens modernes d'examen tels que la radiographie et les analyses de laboratoire. Il doit également éviter de prolonger inutilement le traitement par le régime et la médication des malades qui digèrent mal avant de demander une consultation avec un chirurgien.

A PROPOS D'APPENDICITE CHRONIQUE⁽¹⁾

Par B. C. BOURGEOIS, F.R.C.S. (C.) F.A.C.S.,
Chirurgien en chef de l'Hôpital Notre-Dame, Montréal.

La question de *l'appendicite chronique* constitue un problème sérieux qui mérite, croyons-nous, qu'on le rappelle à l'attention de la profession, en des circonstances comme celle qui nous réunit aujourd'hui.

Certes, le problème n'est pas nouveau : il a fait le sujet de polémiques acerbes depuis au delà de vingt-cinq années et il a, dans le temps, inspiré au promulgateur du traitement chirurgical de l'appendicite, l'illustre PROFESSEUR DIEULAFOY, son fameux article : "*LES BALAFRES DE PLOMBIERES*".

Depuis, et jusqu'à ce jour, l'encre a coulé à flots ; l'on a écrit d'innombrables articles, des volumes même, qui ont conclu : les uns, trop catégoriques sans doute, à l'inexistence de l'appendicite chronique comme entité pathologique ; les autres, peut-être trop enthousiastes, à son extrême fréquence. Ne voyons-nous pas ASCHOFF (1) déclarer que ses observations lui ont permis de constater des lésions d'inflammation chronique de l'appendice chez les trois-quarts des individus, âgés de plus de soixante ans, qu'il a autopsiés.

Entre ces positions extrêmes, nous pensons qu'il y a place pour la modération. Nous sommes d'avis que l'existence de *l'appendicite chronique* ne peut être mise en doute ; il n'y a pas de raisons sérieuses pour qu'il en soit autrement. De plus les sentences du laboratoire et la guérison indiscutable d'un grand nombre de malades, *par l'appendicectomie*, le prouvent assurément... Mais il est non moins évident qu'elle n'est pas aussi commune qu'on le prétend en certains milieux et nous sentons le besoin de dénoncer l'engouement de trop nombreux "enthousiastes" qui voient de l'appendicite partout et qui opèrent tous les malades qui ont... "la colique".

Nous avons été frappés, depuis longtemps, par le grand nombre de malades qui, tant en clientèle que dans notre service de l'HOPITAL NOTRE-DAME, consultent pour "*appendicite chronique*"; le nombre paraît s'en accroître sans cesse et il y a lieu de se demander si ce pseudo-diagnostic n'est pas souvent un prétexte pour orienter ailleurs des patients souvent ennuyés à traiter et parfois difficiles à satisfaire.

(1) Communication au Congrès d'Ottawa-Hull.

Un bon nombre de ces malades nous arrivent tout "étiquetés" d'avance et réclament l'appendicectomie qu'on leur a conseillée. Quelques autres nous apportent l'interrogation posée par leur médecin ou par quelqu'un de l'entourage et nous demandent d'y répondre: Y a-t-il appendicite chronique? Faut-il enlever l'appendice?... Une troisième catégorie de ces cas, la plus désespérante, à la fois, pour le médecin comme pour le patient lui-même, c'est celle des malades qui ont déjà été opérés; c'est la "caravane des Balafrés," que DIEU-LAFOY a vu s'assembler, un jour, autour des "SOURCES DE PLOMBIERES" et qui marche depuis, à travers le monde, grossissant ses effectifs de tous ceux que l'appendicectomie n'a pas guéris ou... qu'elle a parfois rendus malades...

La première et la dernière catégorie de ces patients sont, très souvent, difficiles à conseiller: celle-là, en effet, ne consulte pas sur la nature de son mal, elle apporte une ordonnance: *l'appendicectomie*. Très surprise que l'on puisse douter de la réalité ou même de l'urgence des indications, ou, encore, que l'on exige le contrôle d'un diagnostic... "trop à la mode pour qu'il puisse être erroné", elle ira quelquefois se faire enlever par un chirurgien, plus convaincu ou plus complaisant, ce vilain appendice qu'il y aurait pourtant souvent avantage à exonérer... La catégorie des "Balafrés" est tout autant palpitante de sympathie que difficile à convaincre. Trop profondément engagée dans les "voies chirurgicales" pour en sortir, ayant déjà subi l'appendicectomie, puis une ou deux laparatomies complémentaires, elle s'obstine à compléter... le cycle et à vider complètement ce pauvre abdomen dans lequel il ne reste plus que des... adhérences et qui, malgré tout, fait encore tant souffrir.

C'est vous dire que, si le problème de l'appendicite chronique est difficile en lui-même, la difficulté s'augmente encore de la fantaisie, souvent mal dirigée, de certains malades; las de souffrir, ils rapportent tous les maux qui les affligent à leur appendice, dont on parle tant... dans les "GRANDS QUOTIDIENS"... dans la SOCIÉTÉ, ... et quelquefois aussi chez le MÉDECIN; et ils réclament la disparition de cet organe que ni les potions ni les pilules n'ont pu guérir... Il faut aux chirurgiens beaucoup de désintéressement pour refuser les cachets que ces malades consentiraient... avec reconnaissance!

A l'effet de savoir quels sont les résultats éloignés de l'appendicectomie chez les malades que l'on croit atteints d'appendicite, nous avons eu la curiosité de faire enquête chez les opérés de notre service pendant les années 1927-28-29-30.

Nous devons déclarer, d'abord, que nous sommes loin d'opérer tous les malades qui se présentent. Au contraire, nous refusons l'opération à tous ceux chez lesquels un examen sérieux n'a pas entraîné notre conviction qu'il s'agit d'une appendicite probable, en éliminant les affections... génitales,... urinaires,... gastro-intestinales,... ou autres, susceptibles de donner des symptômes plus ou moins superposables à ceux déterminés par l'appendice.

Notre enquête a porté sur 230 malades dont 109 nous ont fait rapport. Nous avons reparti ceux-ci en quatre groupes :

Groupe A : 43 opérés ont été guéris soit 39 ½%

Groupe B : 15 opérés ont été très fortement soulagés mais présentent encore des ennuis intermittents soit 13.7%

Groupe C : 27 opérés soulagés à des degrés divers soit 24.8%

Groupe D : 24 opérés non améliorés ou aggravés soit 22%

Pour donner à l'appendicectomie tout le crédit que nous sommes disposé à lui accorder, nous ajoutons, à ceux qui ont été guéris (groupe A), les opérés qui ont été très notablement améliorés (groupe B) et nous arrivons à un total de 58 malades sur 109 opérés qui ont véritablement bénéficié de leur traitement, soit 53%.

Ces résultats, peu satisfaisants en somme, se rapprochent sensiblement de ceux obtenus par quelques auteurs :

Geo. V. LEWIS (2), sur une statistique de 100 cas, constate 33% d'échecs complets et 67% de guérisons ou d'améliorations.

Frank Benton BLOCK (3), sur une série de 81 cas, rapporte 11% d'échecs complets et 69% de guérisons. Il insiste sur la nécessité d'un diagnostic par élimination et signale le fait que plus de la moitié des malades, qui entrent dans son service pour appendicite chronique, ne sont pas opérés.

A quoi peut-il tenir que, chez une série de malades dont on s'est appliqué à établir le diagnostic avec un soin tout particulier, l'appendicectomie ait manqué d'apporter la guérison dans plus de la moitié des cas ?

Deux raisons principales nous paraissent découler de l'analyse des dossiers qui ont fait le sujet de notre enquête : la première résulte des erreurs de diagnostic, la seconde tient au fait que, très fréquemment, la lésion de l'appendice fait partie d'un complexe pathologique qui s'étend à plusieurs organes de l'abdomen... notamment l'intestin. Conséquemment la disparition de cet appendice ne peut apporter de soulagement qu'en raison directe du rôle que joue celui-ci dans la genèse du syndrome dont se plaignent les malades.

En effet, malgré le soin que l'on peut apporter à l'édification du diagnostic, il reste acquis que les erreurs sont fréquentes puisque, chez 26. % de nos opérés, aucune lésion, soit macroscopique soit histologique, n'a été constatée. Il est intéressant de noter, toutefois, que cette absence de lésions a été rencontrée chez les trois groupes de nos malades: ... 38% chez les malades du groupe D, ... 26% chez ceux du groupe C, ... 22% chez les opérés qui ont guéri... Nous ne pouvons refuser une pensée reconnaissante... à la complaisance de ces 13 malades des groupes A et B qui nous ont fait confiance au

TABLEAU SYNOPTIQUE.

L'enquête a porté sur 230 malades opérés durant les années 1927 - 28 - 29 - 30 dans le service de chirurgie de l'Hôpital Notre-Dame : les renseignements ont été obtenus de 109 malades.

109 OPERES.	Histoire de crise aigues caractérisées par:						Etat de l'appendice				Fonctions intestinales		SEXE.	
	Fiebre et douleurs complètement ou seulement	Fièvre et vomissements	Douleurs seulement	Total des crises aigues	Absence de crises aigues	Lésions macroscopiques ou histologiques	Lésions histologiques	Lésions macroscopiques	Absence de lésions	Constipation en avant appendicectomie.	Constipation en après appendicectomie.	Hommes	Femmes	
GROUPE "A". 43 opérés guéris. 39.44 %	3	7	15	4	29	14	36	-	6	7	27	8	16	27
	10.3%	20.7%	51%	13.8%	67.4%		83.7%		13.9%	16%	62.7%			
GROUPE "B". 15 opérés très notablement améliorés. 13.76 %	3	3	3	3	12	3	9	-	4	6	13	8	1	14
	25%	25%	25%	25%	80 %		60%		26.6%	40%	86.6%			
GROUPE "C". 27 opérés soulagés à des degrés divers: 24.77 %	4	6	5	5	20	7	20	9	7	7	21	18	2	25
	20%	30	25%	25%	74 %		74%		25.8%	26%	77.7%			
GROUPE "D". 24 opérés non soulagés ou aggravés 22.01 %	5	1	6	6	18	6	15	9	3	9	19	17	4	20
	27.7%	5.5%	33 1/3	33 1/3	75 %		62.5%		12.5%	38%	79%			

point de guérir complètement d'une lésion... matériellement inexistante.

Par contre, il ne faudrait pas croire que les 24 malades du groupe D, auxquels l'appendicectomie n'a apporté aucune amélioration, représentent tous des erreurs de diagnostic. Bien au contraire, 62% de ceux-ci avaient des lésions appendiculaires d'ordre divers et le microscope a pu établir la présence de lésions histologiques indiscutables chez 38%... A ce même point de vue, l'étude conjointe des groupes C et D nous montre sensiblement les mêmes proportions: 68.6% de lésions macroscopiques et 33.3% de lésions histologiques.

Cette proportion considérable de lésions indéniables démontre, croyons-nous, que l'échec tient toutefois moins souvent à *l'erreur absolue du diagnostic* qu'à un *diagnostic incomplet* et que la lésion de l'appendice n'est alors qu'un épiphénomène de ce qui existe dans les organes voisins.

Un fait confirme encore le bien-fondé de cette prétention: le docteur Pierre MASSON, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de MONTREAL et pathologiste à l'Hôpital NOTRE-DAME, a mis en lumière, il y a quelques années, un type de lésions histologiques de l'appendice qu'il a baptisées "*l'appendicite Neurogène*" et dont vous parlerez, tout à l'heure, notre collègue SIMARD. Or ce type histologique a été retrouvé chez 20 des malades de notre série et nous constatons qu'ils se répartissent dans les trois groupes de la façon suivante: 10 malades ont guéri et 10 n'ont pas guéri; de ces derniers, 7 ont été soulagés (groupe C) et 3 n'ont aucunement profité de l'opération.

Comment expliquer des résultats aussi différents pour une même affection, vérifiée scientifiquement et soumise au même traitement? Tout simplement par l'hypothèse que, chez les opérés qui ont guéri, la lésion se limitait à l'appendice, tandis que, chez les autres, elle s'étendait au delà des limites de cet organe, peut-être à plusieurs segments du tube digestif, etc.

Il nous paraît résulter de tout ceci, que le point important, celui autour duquel tourne toute la question de l'appendicite chronique, c'est la justesse du diagnostic; c'est lui qui porte la responsabilité des succès comme celle des insuccès. Et cette responsabilité ne s'arrête pas aux indications ou aux contre-indications de l'appendicectomie; elle s'étend, en plus, à l'obligation de bien situer "*le Mal*" et de le circonscrire, pour en dresser les indications thérapeutiques, quelles qu'elles puissent être.

Comme il n'existe pas de symptomatologie véritablement caractéristique de l'appendicite chronique, ce diagnostic devra procéder par une élimination soigneuse des systèmes et organes susceptibles d'être en "*cause*".

Il faudra donc éviter ces décisions hâtives et faciles qui s'appuient sur le seul symptôme "DOULEUR et SENSIBILITE" à la fosse iliaque droite et en font un signe presque pathognomonique; les chances sont d'ailleurs que ces douleurs soient occasionnées, non par l'appendice, mais par l'un des nombreux organes situés dans le voisinage.

En effet, outre qu'il est toujours possible de palper la fosse iliaque droite assez brutalement pour y déterminer de la sensibilité, même chez les gens en bonne santé, une foule de conditions pathologiques de l'abdomen et du thorax peuvent exprimer leurs plaintes au niveau de celle-ci.

Tout le monde connaît le symptôme abdominal du début de certaines affections pulmonaires, chez les enfants surtout, mais aussi chez l'adulte. Nous avons souvenance d'une jeune femme qui nous a présenté les signes d'une appendicite aiguë: *température, douleur iliaque intense, sensibilité à la palpation*; l'absence de la "défense musculaire" et des "troubles digestifs" ordinaires (vomissements, constipation, arrêt des gaz) nous fit différer l'intervention. Sous l'action du traitement institué pour attendre la précision du diagnostic, les signes locaux s'amendèrent immédiatement pour faire place à des phénomènes thoraciques qui emportèrent la malade, de tuberculose aiguë, en l'espace de quelques mois.

Chez une autre malade, la thoracentèse, en évacuant un gros épanchement de la plèvre droite, fit disparaître les symptômes douloureux de la fosse iliaque pour lesquels on nous avait appelé.

Il y a bien peu de vieux "*constipés*" qui ne finissent pas par souffrir de la fosse iliaque droite. Ces individus, dont le *côlon* est toujours bourré, ressentent la poussée des gaz qui sont refoulés dans le cœcum où ils s'arrêtent sous tension et y déterminent ces états spasmodiques qui donnent les "tumeurs fantômes", très douloureuses et se déplaçant sur le parcours du côlon. Le lavement baryté établira, la plupart du temps chez ces malades, un "dolichocôlon" formidable, avec très souvent une insuffisance de la valvule iléo-caecale qui permet le reflux de la baryte dans le grêle. Or WEISS, de Strasbourg, a démontré que ce reflux est douloureux et donne des coliques, la muqueuse de l'intestin grêle n'étant pas habituée au contact des substances, plus irritantes, qui reviennent du côlon après y avoir subi le brassage qui les a asséchées.

Nous avons actuellement sous traitement un homme de 33 ans, à qui nous avons fait, il y a deux mois, une amputation du rectum pour épithélioma sténosant. Or ce malade avait subi, quatre semaines auparavant, une appendicectomie qui n'avait soulagé ni sa constipation ni ses douleurs iliaques; elle avait tout au plus dispensé d'une manœuvre désagréable peut-être "le toucher rectal" mais qui eut immédiatement fait reconnaître la lésion grave dont il importait de débarrasser le malade au plus tôt.

CHIRAY, LOMON et AMY (4) ont même décrit les manifestations douloureuses du flanc droit dans le "*dolichocôlon gauche*. Ils font état de l'allongement et de la dilatation de l'anse sigmoïde dans la genèse de douleurs qui ressemblent à celles de l'appendicite. Ils y voient deux mécanismes :

- 1°. *Douleur indirecte*, due à la poussée des gaz et des matières sur le caecum.
- 2°. *Douleur directe*, dans les cas où un côlon sigmoïde, très agrandi, vient se loger jusque dans la fosse iliaque droite.

Quelques auteurs attachent beaucoup d'importance diagnostique aux "CRISES AIGUES" :

LAHEY, de Boston, dit en substance : Le traitement chirurgical sera presque toujours une laparatomie exploratrice, en dehors des cas où la maladie a débuté subitement chez un malade jusque-là en bonne santé ; si, depuis une crise initiale assez caractéristique, il persiste des douleurs intermittentes à la fosse iliaque, des poussées d'exacerbation et des troubles de la digestion, l'on pourra porter le diagnostic d'appendicite.

J. W. DOWDEN (5) croit que la "crise aiguë constitue le principal élément de diagnostic de l'appendicite chronique ; les symptômes, toutefois, devront présenter un certain ordre chronologique : D'abord, une *douleur diffuse*, donnant l'impression d'une barre au creux épigastrique ou se manifestant aux alentours de l'ombilic, puis quelques *nausées* ou *vomissements*, finalement une *localisation* de la *douleur à la fosse iliaque* avec une *sensibilité* qui persiste pendant quelques jours.

ASCHOFF ne veut pas admettre la possibilité de lésions inflammatoires chroniques qui n'aient eu leur origine dans une "crise aiguë" ; il n'infère pas, cependant, que ces poussées aiguës aient toujours été assez fortes pour éveiller la conscience du malade.

J. B. DEEVER (6), au contraire, ne voit nullement la nécessité des "crises aiguës". Les phénomènes infectieux qui assaillent l'intestin et l'appendice au cours de la vie, lui paraissent suffisants pour y déterminer les modifications histologiques qu'il a trouvées chez la plupart des gens âgés.

Quoi qu'il en soit de tout ceci, nous trouvons qu'il y a eu des "crises aiguës dans les trois groupes de malades de notre série : 70% dans le groupe A et B ; 74% dans le groupe C ; 75% dans le groupe D. Conséquemment la fréquence de ces crises a été insensiblement plus

grande chez les malades qui n'ont pas guéri. Toutefois si l'on s'arrête à étudier les caractères des crises, l'on voit qu'elles ont été plus franches chez les patients du 1er groupe, avec de la douleur, de la température, et des vomissements, tandis qu'un bon nombre de celles, rapportées par les opérés des groupes C et D, se sont très souvent limitées aux phénomènes douloureux, dont on a vu ce qu'il en fallait penser.

Les "*affections du tube digestif*" (FOIE, ESTOMAC, INTESTIN) sont assez communes pour que l'on n'oublie pas d'y penser chaque fois qu'il y a lieu d'établir un diagnostic d'appendicite. Il existe entre ces organes et l'appendice une solidarité physiologique et anatomique qui expose à la confusion et aux erreurs.

Au cours de ces derniers mois, nous avons eu l'occasion d'enlever deux calculs de l'uretère et un calcul du rein chez trois malades qui nous avaient été présentés pour appendicite chronique. L'an dernier, nous avons dû faire une néphro-lithotomie gauche chez un patient que l'appendicectomie n'avait pas débarrassé de ses troubles digestifs ni des douleurs qu'il endurait, depuis longtemps, dans l'abdomen. Nous avons souvenance d'une jeune fille à qui, il y a quelques années, nous avons enlevé son appendice sans résultat et qui a continué de souffrir jusqu'au jour où, à la suite d'une douleur plus forte, elle nous apporta le petit calcul qu'elle avait uriné. Nous n'oublions pas non plus ce jeune homme qu'on nous amena, un soir, pour appendicite aiguë très évidente avec *douleur, température, sensibilité locale* et surtout *défense musculaire* de toute la région iliaque. Nous lui enlevâmes un appendice sain pour découvrir, après l'opération, une orchépididymite aiguë qu'il nous avait cachée et à laquelle nous n'avions pas pensé.

Ces quelques faits illustrent bien le soin extrême que l'on doit mettre à éliminer le système GENITO-URINAIRE.

Dans les cas douteux, l'examen clinique seul et les recherches de laboratoire sont insuffisants; il faut leur adjoindre la *cystoscopie* et la *pyélographie*. Que de "trouvailles", ainsi faites, expliquent des phénomènes douloureux que l'appendicectomie n'a jamais guéris: REINS MOBILES, PETITES HYDRONEPHROSES, CALCULS ou COUDURES DE PUREMENTE, TUMEURS de la VESSIE, ETC. Affections souvent insoupçonnées, à signes cliniques équivoques, chez des malades qui s'observent mal et dont il est difficile d'obtenir un concours intelligent qui aide le diagnostic.

Chez la femme et en particulier chez la jeune fille, l'idée du SYSTÈME GENITAL doit se présenter à l'esprit en même temps que

celle de l'appendice. Chez la plupart de ces malades, l'examen local est difficile pour des raisons que vous savez; de plus la co-existence si fréquente de troubles de ce système est en harmonie avec ceux présentés par les organes du territoire sympathique qui en l'occurrence n'est sympathique que de nom.

C'est ici que la sagacité, je pourrais peut-être dire l'honnêteté du médecin est mise à l'épreuve. Ces jeunes femmes nerveuses, lassées de souffrir, sont des victimes faciles; elles acceptent avec joie une intervention qui sera, la plupart du temps, la première d'une série de mutilations criminelles, parce que, inutiles.

Je pourrais citer toute une caravane de ces mutilées; je n'en veux rapporter qu'un exemple pitoyable: "Je revoyais, après cinq années, une fille de vingt-cinq ans à qui j'avais déconseillé l'appendicectomie: (ptose abdominale totale, digestions pénibles, flatulence, constipation opiniâtre traitée par des laxatifs quotidiens, selles glaireuses et naturellement des douleurs avec prédominance à la fosse iliaque droite). Elle avait subi, dans l'intervalle, trois laparatomies; tout y avait passé: l'appendice, les ovaires, l'utérus, on avait terminé par une gastro-entérostomie. Elle nous était envoyée pour une quatrième intervention qui devait la débarrasser de ses dernières adhérences. Notre refus de partager ses vues précipitèrent une crise de mélancolie qui obligea de l'hospitaliser. Un long séjour à l'hôpital avec repos au lit et régime approprié, le port d'une bande abdominale, s'ils ne la guérirent pas, la soulagèrent davantage que toutes les opérations qu'elle avait subies.

En dehors des troubles purement fonctionnels que nous venons de signaler, les affections génitales de la femme sont toutefois, entre toutes, celles qui peuvent donner le change pour une appendicite, et il est très important de les éliminer par les moyens à notre disposition. Les KYSTES à PEDICULE TORDU, les LÉSIONS INFLAMMATOIRES, surtout celles de l'annexe droite, les TUMEURS ENCLAVÉES, les MAL-POSITIONS avec adhérences, etc., sont des affections très communes qui demandent un tout autre traitement que celui de l'appendicectomie.

L'EXPLORATION RADIOLOGIQUE est souvent employée pour compléter les données insuffisantes de la CLINIQUE. Nous avons l'impression qu'elle en fait malheureusement quelquefois "table rase" et nous avons tendance à croire que, dans des mains insuffisamment expertes, elle peut devenir abusive et fantaisiste dans ses pré-

tentions. Le rapport radiologique est trop souvent la seule "pièce à conviction" dont on se préoccupe et nous n'hésitons pas à déclarer qu'il s'attribue une autorité que ne justifie pas la clinique et que démentent les faits opératoires. L'utilité de cette exploration peut être appréciable, à la condition de lui appliquer une discipline sévère qui procède tout autant par élimination que par conclusions directes. En effet, il n'existe pas, que nous sachions, de signes radiologiques absolument positifs de l'appendicite chronique et c'est plutôt en établissant l'intégrité des organes de l'abdomen et du squelette qu'elle peut orienter le diagnostic vers l'appendice. Son rôle de collaboratrice sera précieux, s'il lui arrive de pouvoir établir: la sensibilité directe de l'organe mis en évidence par la bouillie barytée, des vices de positions comme des coutures, des ombres entrecoupées qui figurent des corps étrangers, une fixité qui fait prévoir des adhérences. Ces constatations ne sont probablement pas un critérium par elles-mêmes, mais elles peuvent prendre une valeur concluante si elles s'appuient sur un tableau clinique qu'elles corroborent.

CONCLUSIONS:

L'analyse à laquelle nous venons de soumettre cette série de 109 cas nous autorise, croyons-nous, à formuler les conclusions suivantes:

- 1°—L'appendicite chronique est une entité pathologique indéniable; la preuve en est fournie par des lésions constatées histologiquement et confirmée par des cures opératoires nombreuses. Son traitement est chirurgical.
- 2°—Très souvent, toutefois, les lésions de l'appendice ne sont qu'un épiphénomène de second plan, dans un processus pathologique complexe; ceci explique les nombreux échecs de "l'appendicectomie" et devrait commander plus souvent "l'ABSTENTION".
- 3°—Dans tous les cas où il y a intervention, les succès de l'acte chirurgical sont conditionnés par la "précision" et la "plénitude" du diagnostic qui, seules, peuvent en dresser les indications comme aussi la nature et l'étendue.
- 4°—Le diagnostic d'appendicite chronique ne repose sur aucun signe positif; les symptômes les plus ordinaires tels que: douleur iliaque, les troubles digestifs, certaines "pseudo-crises" aiguës sont tout aussi souvent le résultat d'affections

extra-appendiculaires plus ou moins distantes. Il en résulte des difficultés qui ne peuvent être solutionnées que par l'élimination minutieuse de toutes les affections susceptibles de donner le change.

5°—Il est raisonnable de croire qu'actuellement un trop grand nombre d'opérations pour *appendicite chronique* sont pratiquées sans indications suffisantes. Ces opérations inutiles sont à regretter parce que, en dehors des séquelles qu'elles laissent trop souvent, le diagnostic superficiel et hâtif, qui les autorise, dispense de recherches plus approfondies qui pourraient mettre à jour des *affections graves* qui commandent souvent un traitement qu'il est important de ne pas différer.

BIBLIOGRAPHIE

- FRIEDENWALD, JULIUS et MORRISON. — *The clinical significance of so-called chronic appendicitis*. Annals of Internal medicine. July 1931.
- GEO. V. LEWIS. — *Chronic appendicitis*. Jour. of the Arkansas med. soc., dec. 1931.
- FRANK BENTON BLOCK. — *Chronic appendicitis, a study of end results*. Med. jour. record, nov. 1931.
- CHIRAY, LOMON, AMY. — *Les manifestations douloureuses du flanc droit dans le dolichocolon gauche*. Cahiers de gas. ent. nov. 1931.
- J. W. DOWDEN — *Diagnostic difficulties in chronic appendicitis*. Brit. med. journal dec. 1931.
- J. B. DEEVER — *Chronic appendicitis*. Am. jour. of med. sciences. june 1929.



RECUEIL DE FAITS

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR L'ASTHME ET SON TRAITEMENT PAR L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE^(a)

Par **Paul-René ARCHAMBAULT**,
Médecin des Hôpitaux Saint-Luc et Notre-Dame.

L'asthme n'est pas une maladie des voies respiratoires; l'asthme est un trouble fonctionnel respiratoire d'un type spécial. C'est un trouble caractérisé essentiellement par un état de spasme. (1) Merklen le définit "Accès soudain et transitoire de dyspnée, avec immobilisation du thorax et des poumons en inspiration."

L'asthme est une affection morbide caractérisée par des crises paroxystiques de dyspnée spasmodique et d'oppression, le plus souvent accompagnées de troubles d'hypersécrétion des muqueuses des voies respiratoires, crises qui reparaissent à des époques plus ou moins régulières et rapprochées, et dans l'intervalle desquelles les fonctions respiratoires reprennent ordinairement leur régularité accoutumée. (2)

A Mont-Dore en France, le 4 et le 5 juin dernier, se tenait le premier congrès international de l'asthme. Le professeur Abrami étant un des vingt-sept rapporteurs, a présenté une étude très intéressante sur le mécanisme de la crise d'asthme au point de vue clinique et expérimental. (3) Nous nous proposons donc de donner ici un résumé de cette question complexe en nous inspirant de cette savante étude. Nous terminerons en donnant quelques bons résultats obtenus chez des asthmatiques par la méthode de la chloroform-

a) Travail du service de médecine de l'hôpital Saint-Luc.

(1) Les Grands Syndromes respiratoires (Tome 1) par Sergent, page 48.

(2) Conférences de clinique médicale pratique (5 séries), par Louis Ramond, page 202.

(3) L'Asthme. — Rapports présentés au premier congrès international de l'Asthme. Editeurs Masson et Cie., page 43 à 59.

misation, méthode dont il n'est pas fait mention au chapitre du traitement.

On semble s'accorder aujourd'hui pour dire que la crise d'asthme est la conséquence d'un broncho-spasme provoquant une menace d'asphyxie. Ce broncho-spasme occasionne à son tour de l'hypertonie causant ainsi de la dyspnée à type expiratoire.

Le nerf vague contient des filets vasodilatateurs et broncho-sécrétoires et des filets broncho-constricteurs et il produit comme symptômes dominant de la dyspnée à type expiratoire.

L'expiration est pénible, bruyante et très prolongée tandis que l'inspiration est brève et soufflante. Les troubles vaso-sécrétoires annoncés par des quintes de toux d'abord sèche et douloureuse pour devenir rapidement grasse, surviennent au déclin de la crise. Les crachats sont d'abord perlés muqueux et contiennent des cellules bronchiques et des cellules éosinophiles.

A l'examen du thorax il est dilaté en tonneau, globuleux et il reste immobile malgré l'effort. Une sonorité exagérée, un son tympanique sont révélés par la percussion du stéthoscope, le murmure est diminué et l'expiration est très prolongée. Les râles sonores, sibilants et ronflants sont nombreux.

"La crise est donc une crise d'excitation du vague pulmonaire avec comme pivot, le broncho-spasme." (4)

La théorie du broncho-spasme comprend aujourd'hui deux raisons spécifiques selon l'étude récente de M. le professeur Abrami:

- 1) La nature broncho-spasmodique de la crise d'asthme par hyperexcitation vagale.
- 2) Une origine réflexe périphérique ou centrale ou humorale de l'excitation.

La physiologie expérimentale a permis de produire du broncho-spasme en excitant le vague soit par voie réflexe, soit par voie directe (excitation mécanique ou pharmacodynamique pilocarpine). D'autres excitations ont produit de la dilatation en faisant usage de substances antibronchospasmodiques (atropine). Ainsi se prouve la présence de fibres inhibitrices dans ce nerf vague.

Une excitation réflexe (excitation des muqueuses nasale et trachéo-bronchique, etc.) peut aussi réaliser un broncho-spasme.

(4) Mécanisme de la crise d'Asthme. Etude clinique et expérimentale par le prof. Abrami, tirée de l'Asthme. Editeurs Masson et Cie., page 43 à 56.

Ces théories sont à la base de la conception du broncho-spasme et M. le professeur Abrami dans son récent rapport sur le "Mécanisme de la crise d'Asthme" nous explique que la physiologie expérimentale est bien en accord avec les faits observés en clinique. Le premier signe de la venue d'une crise d'asthme n'est pas la dyspnée mais plutôt une sensation de plénitude thoracique et abdominale qui va en augmentant. La cage thoracique s'élargit dans tous les diamètres, les épaules sont remontées, l'épigastre est tendu par le diaphragme qui est en inspiration forcée par conséquent abaissé. Radioscopiquement les espaces intercostaux sont élargis, les côtes horizontales et les mouvements sont restreints puis la clarté des champs respiratoires est exagérée. Ainsi la crise d'asthme débute par une crise d'emphysème pulmonaire aigu causée par l'hypertonie du groupe des muscles inspireurs, phénomène paradoxal en apparence. Au cours d'une crise d'emphysème le malade peut ne ressentir qu'une gêne qui variera comme durée de quinze à vingt minutes pour ne pas aller plus loin chez un asthme au début. On n'entend aussi aucun râle mais des bruits prolongés.

Le broncho-spasme semble être un paradoxe en observant les signes cliniques d'emphysème. Il y a contracture au niveau des rameaux capillaires des bronches et c'est justement ce qui forme la plus grande partie du parenchyme pulmonaire; bien entendu, il ne peut y avoir contracture au niveau des bronches rendues rigides par les cartilages. C'est pourquoi le poumon en état de spasme devrait se rétracter au lieu de s'amplifier. Le rapport sur le mécanisme de la crise d'asthme nous fait aussi observer que le broncho-spasme initial est trop insuffisant pour produire sensiblement de l'obstruction respiratoire; c'est à ce moment que survient un "mécanisme compensateur" qui met en branle les centres inspireurs pour dilater les organes de la respiration: "c'est la réponse automatique des centres inspireurs à la menace de collapsus pulmonaire que réalise le broncho-spasme". Le début d'une crise d'asthme est sous la "dépendance de deux processus antagonistes: l'un broncho-spasmodique qui tend à rétrécir les bronches et à affaïsser le poumon; l'autre d'hypertonie des inspireurs qui tend au contraire à dilater les bronches et à provoquer l'emphysème." Le professeur Abrami ajoute que la dyspnée créée par l'augmentation rapide du broncho-spasme emmène de l'obstruction des voies bronchiques et produit la grande soif d'air; c'est à ce moment que l'on entend des sibilances, des piaulements. Les filets vasodilatateurs et sécrétoires du para sympathique excités, les phénomènes catarrhaux

se produisent au niveau de la muqueuse respiratoire, et ils sont ordinairement le signe de la fin d'une crise d'asthme. Ces crises n'ont pas toutes la même allure parce qu'une excitation au niveau des filets broncho-moteurs, vasodilatateurs et sécrétoires peut bien ne toucher qu'un des filets nerveux et non pas tous simultanément. Voilà pourquoi on peut voir des crises d'asthme sec qui se traduisent par l'absence de modification respiratoire et sans expectoration. C'est le contraire qui se produit dans l'asthme humide qui occasionne de la toux spasmodique avec présence de nombreux râles et de nombreux crachats; mais il y a absence de dyspnée en raison du broncho-spasme qui est absent. La durée de ces crises varie beaucoup et les récidives sont nombreuses.

Après cette courte analyse du rapport de M. le professeur Abrami sur le mécanisme de la crise d'asthme, il nous reste à faire remarquer qu'au chapitre des traitements, on ne fait aucunement mention du traitement de l'asthme par l'anesthésie générale. Dans le service de médecine de l'hôpital Saint-Luc nous avons employé plusieurs fois cette méthode avec succès et d'une façon durable. M. le professeur LeSage dans son service à l'hôpital Notre-Dame nous dit l'avoir employée avec d'heureux résultats. Le docteur Maurice Giansi dans un récent ouvrage (5) en parle avec détail; en voici la teneur: les traitements de l'asthme qui réussissent le mieux sont d'ordre physique. La résection du sympathique unie ou bilatérale avec ou sans résection du ganglion étoilé, la résection du vague droit ont certes donné des résultats mais peu durables. L'anesthésie générale supprime les chocs anaphylactiques en paralysant les réactions du système nerveux végétatif, or l'asthme est causé par un choc anaphylactique: ainsi le cercle vicieux par où une crise en prépare une autre est rompue et la cause déchaînant des crises étant écartée, l'organisme se déshabitude et se vaccine. Quant au choix de l'anesthésique, tous sont bons pourvu que l'action de l'anesthésie soit d'ordre physique. L'anesthésie poussée jusqu'à la période chirurgicale doit durer environ trois quarts d'heure.

Quant à nous, nous avons employé le chloroforme et la période anesthésique a durée de 20 à 30 minutes.

Voici deux cas que nous avons pu suivre jusqu'à maintenant.

(5) Traitement de l'asthme par l'anesthésie générale, par le docteur Maurice Giansi. Thèse de la Faculté de Médecine de Paris. (Jouve et Cie éditeurs, 1931).

Observation No. 1. Melle Y. L., 45 ans.

Antécédents héréditaires: nul.

Antécédents personnels: Congestion pulmonaire il y a 3 ans.

Il y a 13 ans à la suite d'un rhume contracté en automne, la malade est prise de crises dyspnéiques qui augmentent de fréquence et d'intensité depuis ce temps.

Auscultation: Tous les signes d'asthme sont présents.

Analyses: Rien de particulier si ce n'est qu'une présence d'éosinophiles mais rares dans les crachats.

L'anesthésie au chloroforme est pratiquée et la malade nous quitte guérie après être entrée le 10 novembre 1931.

Mais le 13 juin 1932 elle entre de nouveau pour une sous-muqueuse. Comme elle a eu quelquefois une très légère dyspnée sans râles importants, on l'anesthésie une seconde fois et, depuis, la malade n'a rien senti alors que depuis plus de dix ans elle souffrait de cette affection quotidienne.

Observation No 2 M. J. R. 33 ans.

Antécédents héréditaires: Rien à noter.

Antécédents personnels: oreillons, varicelle.

Vient à l'Hôpital St-Luc pour de la dyspnée intense, en somme de véritables crises d'asthme. La maladie remonte à plus de dix ans avec aggravation depuis quelques années. L'examen clinique révèle des sibilances dans l'étendue des deux poumons.

On remarque la présence d'éosinophiles dans les crachats. Chloroformisation de vingt minutes le 11 janvier 1932. Le malade part guéri et il n'a pas eu de crises depuis ce temps.

Nous conseillons donc l'anesthésie générale dans tous les cas d'asthme rebelle non compliqués d'insuffisance cardiaque. Les bons résultats obtenus ici et ailleurs nous encouragent à tenter cette thérapeutique.

L'OBSTRUCTION CORONARIENNE AIGÜE⁽¹⁾

Par Paul MORIN
de l'hôpital Saint-Luc.

On confondait, il y a quelques années, dans le terme générique d'angine de poitrine un syndrome dont la symptomatologie, l'évolution et le pronostic en faisaient une maladie autonome: nous voulons parler de l'obstruction coronarienne aiguë ou encore de l'infarctus du myocarde qui en est la conséquence.

L'obstruction d'une coronaire amène une nécrose des tissus privés de circulation et engendre des troubles divers selon l'endroit et la brusquerie de l'obstruction.

Quatre signes fondamentaux caractérisent cette crise d'obstruction coronarienne: c'est, d'abord, la douleur d'une violence terrible qui n'est soulagée ni par le nitrate d'amyle, ni par la trinitrine; la morphine même est peu efficace. Cette douleur dure des heures et des jours; le malade a la sensation que son thorax est broyé et il présente une angoisse extrême. Les irradiations sont diverses, mais se font particulièrement vers d'abdomen; si elles s'accompagnent de nausées et de vomissements elles pourront faire croire à tort à une complication abdominale.

Un autre signe important, c'est le collapsus circulatoire complet: il se manifeste par l'effondrement de tensions, par la rapidité et la petitesse du pouls, par la pâleur et la cyanose du visage.

La fièvre est un signe qui manque rarement; elle est due principalement à la résorption des produits nécrosés et fait son apparition environ 24 heures après le début de l'obstruction. La leucocytose est plus précoce et apparaît 2 heures après: elle oscille, en général, entre 15,000 et 20,000.

Le frottement péricardique est un signe de grande valeur quand il existe, mais il est inconstant et demande à être recherché avec soin.

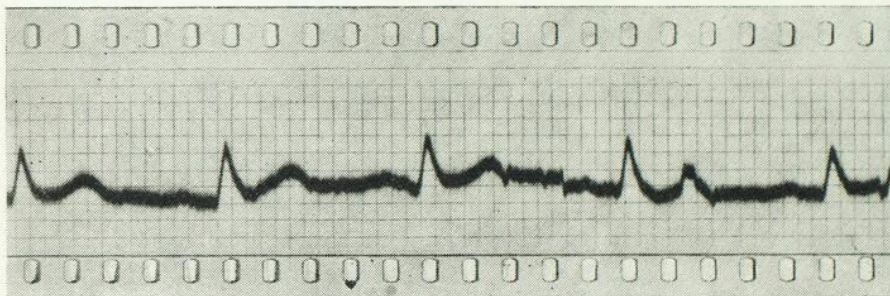
Les signes secondaires de l'obstruction coronarienne aiguë résultent soit de l'insuffisance cardiaque par destruction des fibres myocardiques, soit de lésions du tissu spécifique. Nous pourrions trouver dans le premier cas des modifications des bruits du cœur de l'alternance, de la tachycardie, des troubles respiratoires, etc... Quant au flutter, à la fibrillation des oreillettes, au bloc auriculo-ventriculaire, ils relèvent probablement d'une lésion du tissu spécifique.

(1) Travail du service de médecine de l'hôpital Saint-Luc.

Le pronostic de cette affection est sombre: d'après les plus récentes statistiques, plus de la moitié meurent au cours de la crise. Ceux qui la surmontent ne dépassent pas, en général, 3 ans et succombent le plus souvent à l'insuffisance cardiaque progressive, parfois à une autre crise semblable, plus rarement à la rupture du cœur.

Si nous analysons les tracés électriques de ces malades, nous pouvons y rencontrer les diverses sortes d'arythmie, mais ce qu'il y a de plus important, c'est l'onde coronarienne de Pardee qui en est presque pathognomonique. Voici en quoi elle consiste: sur la branche descendante de l'onde QRS se greffe un bombement formant parfois un véritable dôme qui se continue avec l'onde T sans revenir à la ligne iso-électrique.

Maintenant que nous avons fait une courte description de cette maladie, nous rapporterons un cas que nous avons rencontré ces jours derniers.



Monsieur G., âgé de 44 ans, exerçant le métier de journalier, fait son entrée le 2 septembre dans le service de M. le docteur Boucher pour crise angineuse d'une extrême violence, qui, à ce qu'il dit, est la plus forte qu'il n'a jamais eue. Les médicaments sont sans action.

Nous sommes en présence d'un malade à visage plombé, qui est très agité et paraît très anxieux. A l'auscultation du cœur, le rythme est peu accéléré et régulier, mais les bruits sont lointains et très sourds; nous n'entendons ni bruit de galop, ni frottement péricardique.

Nous prenons un électro-cardiogramme qui décèle surtout en lère dérivation une onde coronarienne de Pardee typique et quelques extrasystoles ventriculaires.

A peine quelques minutes après la prise du tracé, le malade meurt subitement. Nous n'avions pas eu le temps de faire l'examen complet du malade, mais néanmoins il était suffisant pour nous faire conclure avec une quasi-certitude à une obstruction coronariennes aiguë, dont l'onde de Pardee est un signe à peu près absolu. Nous en donnons, du reste, le tracé que nous avons recueilli.

UN CAS TRÈS RARE DE TUMEURS KYSTIQUES SITUÉES AUX DEUX FESSES D'UN ENFANT NAISSANT⁽¹⁾

Par Carlo MELILLO,
Service d'obstétrique, — Hôpital Notre-Dame.

Nous avons eu l'occasion d'observer dernièrement, dans le service d'obstétrique du professeur E. A. René de Cotret, à l'hôpital Notre-Dame, un cas très rare de tumeurs kystiques situées aux deux fesses d'un fœtus naissant. Du côté gauche, la tumeur avait le volume d'un gros citron, du côté droit, celui d'une mandarine.

A ma demande, monsieur le professeur de Cotret m'a fortement encouragé à voir la littérature sur ce sujet, et à communiquer aux lecteurs de l'Union Médicale le résultat de mes recherches, de même que les conclusions que je pourrais tirer d'un cas aussi intéressant.

Quelques mots à propos des antécédents de la mère, de l'histoire de la grossesse et de l'accouchement. La femme, M. A. . . . , Roumaine, est âgée de 19 ans. Elle a suivi durant la grossesse le dispensaire de l'hôpital Notre-Dame, et, au terme, elle se présente pour accoucher. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Père : mort à 40 ans de maladie inconnue; mère : vivante, un peu souffrante d'estomac; frère : 1, vivant et en bonne santé; sœurs : 2, vivantes et en bonne santé; mari : vivant, bonne santé. Dans les antécédents personnels, absolument rien à noter. La femme a eu, il y a trois ans, une autre grossesse suivie d'accouchement spontané, à terme. Pas d'avortement.

A propos de la grossesse actuelle tout est encore normal. Dernières règles, 8 juin 1931. Quelques vomissements au commencement de la grossesse. Mouvements du fœtus à 4 mois et demi. Pas de nausées, pas de gastralgies, pas de bourdonnements d'oreilles. Troubles de la vue, maux de tête absents. Pas de constipation. Pas de pertes blanches, miction normale. Enfin, rien de pathologique. A l'examen clinique de la patiente, au début du travail, on trouve : nutrition générale bien conservée; pouls rythmique, régulier, 75 pulsations; tête - yeux, nez, bouche, rien de particulier; cou - pas de glandes, pas de goitre, pas d'hyperthyroïdisme; thorax - poumons, absolument normaux; cœur - normal, P.A. 110-65; glandes mammaires et mamelons bien développés; abdomen - vergetures anciennes et récentes; utérus à l'apophyse xiphoïde.

(1) Clinique du professeur De Cotret.

Enfant en présentation du sommet, droite, antérieure, vivant. Membres - un peu d'œdème aux jambes, pas de varices, réflexes normaux. Toucher - organes génitaux externes de secondipare. Périnée bien conservé.



Col utérin - effacement complet, mince, dilatation 50 sous. Poche des eaux - intacte. Présentation du sommet en droite, antérieure. Bassin normal. Examen de laboratoire : pas d'albumine dans les urines. B. W. négatif.

HISTOIRE DE L'ACCOUCHEMENT

Début du travail le 18 janvier 1932, à 6 hrs. a.m. et terminé le même jour à 2.30 hrs. p.m. Rupture de membranes, artificielle, après dilatation complète. Présentation du sommet en droite antérieure. Fait à noter, après le dégagement de la tête de l'enfant, on a eu de la difficulté pour la sortie du corps, mais avec une traction sur la tête et une bonne compression sur l'abdomen on arriva, après quelques minutes, à compléter l'accouchement, et on a vu tout de suite la cause de la dystocie : une grande tuméfaction sur la fesse gauche. L'enfant né en asphyxie, se ranime avec les moyens ordinaires adoptés dans ces cas : oxygène, respiration artificielle à la Sylvester, bain chaud avec stimulation d'eau froide sur la poitrine. Aucune lésion se rencontre dans le placenta, le cordon même est normal.

A l'examen de l'enfant, qui est une petite fille, on trouve un bon développement, bonne nutrition. Poids 9 lbs, 7 oz. Organes, membres : normaux. Rien à noter enfin, excepté les tumeurs déjà, nommées, lesquelles présentent les caractères suivants :

Fesse gauche — INSPECTION — Tumeur qui s'étend à toute la fesse et présente une forme ronde avec limites imprécises. Superficie, régulière. lisse. La peau est normale, avec quelques petits vaisseaux un peu dilatés. On note un petit angiome de la peau sur le sacrum. Pas de pulsations. PALPATION : On confirme l'inspection, mais on trouve les limites bien précises, une consistance kystique, tendue. Pas de réduction avec la compression. *Matité à la percussion*. Rien à l'*auscultation*. Il y a transparence à la lumière.

Fesse droite — A L'INSPECTION, tout semble normal, mais à la PALPATION profonde on trouve dans les muscles, près de la ligne médiane du sacrum, une petite tuméfaction, grande comme une petite orange, à limites précises, de consistance kystique. On ne peut pas trouver aucune malformation du côté de la colonne vertébrale.

Examen de laboratoire. — Avec une seringue on aspire, au côté gauche, un liquide séro-sanglant (150 c.c.) qui, au microscope, présentait de rares leucocytes et globules rouges. Pas d'autres cellules caractéristiques. Après quelques jours la tumeur presque vidée, malgré un bandage compressif, augmente et arrive au volume primitif. La tumeur de la fesse droite ne se vidait pas avec l'aspiration faite au côté gauche. Elle était donc indépendante.

A l'*examen radiologique*, (voir figure) on a trouvé un bassin qui semblait asymétrique, comme si l'aile iliaque gauche était légèrement sublaxée en dedans. Rien de plus. Voilà pour la symptomatologie. Quel est le DIAGNOSTIC?

DIAGNOSTIC

On exclut facilement l'hématome traumatique durant la grossesse, par l'absence d'un traumatisme, au dire de la femme; durant l'accouchement, par la présentation du sommet, droite et non du siège, cas dans lequel on peut avoir un épanchement séro-sanglant par

long travail. Ensuite la dystocie durant la sortie du corps de l'enfant démontre que la tumeur était déjà constituée. Et encore, il ne faut pas oublier que les sacs kystiques sont deux et indépendants, et que l'aspiration démontrait un liquide séro-sanglant et non du sang pur et aucun caillot. Il me semble difficile pour cela de pouvoir admettre un hématome traumatique. La tuberculose et la syphilis, toujours invoquées dans les diagnostics difficiles ne peuvent pas, cette fois, nous donner aucun secours, au moins, comme lésion spécifique directe, parce que il n'y a pas absolument aucun symptôme qui nous dirige vers ces diagnostics. Les antécédents de la patiente, les caractères des tuméfactions, les examens du laboratoire excluent une lésion de tel genre. Peut être que la syphilis peut entrer en discussion comme une des causes des malformations congénitales auxquelles il faut penser, mais je peux anticiper que notre cas est de nature absolument différente.

Du moment que le siège des tuméfactions décrites est sacro-coccygien, il est naturel de s'arrêter seulement un peu au chapitre des "tumeurs du sacrum", en laissant de côté, avec intention, toutes les autres tumeurs et malformations congénitales, lesquelles ne nous intéressent pas dans le cas présent.

A, propos de tumeurs du sacrum, on sait que les plus fréquentes sont les tumeurs qui ont pour origine un obstacle à l'union des composants des parties postérieures du tronc, comme : spina bifida avec méningocèle et toutes les variétés, ou occulta, fistules, kystes dermoïdes, et les tumeurs dues à la dislocation de tissu de la portion caudale de la "Spina corda".

Rares sont les tumeurs dues à la glande coccygienne. Il y a encore un autre groupe de tumeurs du sacrum, qui trouvent leur origine dans les rudiments embryonnaires, qui, en se développant donnent les "teratomes". Maintenant, je crois que notre cas ne peut entrer dans aucun de ces groupes, et il n'est pas difficile de s'en convaincre. La spina bifida avec méningocèle est exclue par la radiographie, qui ne montre aucune lésion de la colonne vertébrale. En plus, le siège des tuméfactions, les caractères du contenu séro-sanglant du liquide, les deux cavités kystiques sont tous des symptômes contraires à un tel diagnostic. L'examen de laboratoire exclut encore le kyste dermoïde dans lequel on trouve à l'examen microscopique un magma ressemblant au produit des glandes sébacées, et souvent des fragments de tissu dentaire, des poils, etc. On peut en dire autant des "tératomes" qui contiennent des tissus plus ou moins développés et différenciés, comme trace d'intestin, des dents complètes, etc.

Les tumeurs de la glande coccygienne sont bien rares. En effet, dans la littérature, on n'en trouve qu'un seul cas, décrit par Buzzi, chez un enfant de 5 mois, et qu'il avait, lui-même, en premier lieu, interprété comme un endothélioma du sacrum.

Plus fréquentes sont, au contraire, les tumeurs d'origine des fragments disloqués du tissu de la "spina corda". En effet, la littérature en rapporte plusieurs cas, comme celui de Virchow, qui a décrit une tumeur de la région de la fesse d'une petite fille Africaine, à la naissance. Il l'appela hygroma kystique, mais l'examen microscopique démontra des fibres nerveuses, de la névroglie et cellules musculaires. Schermann rapporte un cas de tumeur du sacrum, congénitale qui, au microscope, démontrait de la névroglie et des cellules ganglionnaires. Kimpton encore a décrit deux cas semblables : le premier, où il s'agissait d'un enfant de 14 semaines avec une tuméfaction sacro-coccygienne qui, à l'examen histologique, montrait être un gliôme kystique; le deuxième était une fille de 15 semaines qui avait une tumeur de la région sacrée qui, au microscope, apparaît être un gliôme kysto-ependimal. Plusieurs autres auteurs, comme Hermann, Depaul, Robin, Borst, rapportent des cas de tumeurs du sacrum et toujours l'examen de laboratoire a montré du tissu nerveux. Notre cas, au contraire, montre seulement du liquide séro-sanglant avec quelques globules blancs, des globules rouges; donc pas d'autres cellules caractéristiques. Il faut, pour cela, exclure, tous les quatre groupes de tumeurs congénitales dont on a parlé, et trouver d'autres causes.

Dans Von Reuss, "The diseases of the newborns" on lit que chez les enfants nouveaux-nés on peut avoir des hémorragies sous-cutanées, parfois importantes, même de grands hématomes. Les sièges préférés sont le sacrum, l'occiput, la poitrine, mais le symptôme caractéristique est le long temps de saignement, même pour une petite blessure. Les causes sont toxiques ou infectieuses. Il est bien évident que tel n'est pas notre cas, pour deux raisons : 1°. Il n'y a pas de causes toxiques ou infectieuses. 2°. Le contenu n'est pas du sang pur comme dans l'hématome. On est donc porté à penser aux autres tumeurs congénitales d'origine des vaisseaux lymphatiques et sanguins.

En effet, on sait qu'il y a des tumeurs congénitales qui sont des "lymphangiômes". Celles-ci peuvent être simples, cavernueuses ou kystiques, et ont comme siège préféré le cou, les régions axillaires, les parties de flexion des membres. Les formes kystiques sont fré-

quemment contenues dans une capsule qui comprend une ou plusieurs cavités, dont le volume peut arriver jusqu'à une tête d'enfant. Le volume peut augmenter beaucoup après la naissance, même en quelques jours seulement. Le contenu est un liquide séro-sanglant. Tel est donc, je crois, notre cas. On se rappelle que les deux tuméfactions décrites ont des limites bien précises, que le contenu est formé de liquide séro-sanglant et que, après l'aspiration du contenu, le volume est augmenté malgré un bandage compressif : tous les symptômes classiques du lymphangiôme, enfin.

Le siège, selon les auteurs, n'est pas le sacrum, mais il y a toujours des exceptions. En effet, en A. B. T. il est rapporté un cas de lymphangiôme congénital du dos. La subluxation de l'aile iliaque gauche découverte par la radiographie du bassin de l'enfant, peut s'expliquer avec la compression subie au moment de l'accouchement, durant la sortie du corps. Compression qui facilement a pu subluxer l'aile du bassin pas encore ossifié.

Le pronostic n'est pas grave, je crois, si l'on peut éviter l'ulcération de la peau et l'infection. Comme thérapeutique, il n'y a que le traitement chirurgical — énucléation des kystes, chose pas très difficile parce que la capsule en général n'adhère pas aux tissus voisins.

REVUE GÉNÉRALE

LA SYNCOPE ET SON TRAITEMENT

Par Adélard TETREULT
Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph,
Les Trois-Rivières.

Définition :

La syncope est un syndrome caractérisé par l'arrêt des battements cardiaques, la suspension des mouvements respiratoires et la perte de connaissance.

Cette définition, en dépit de sa précision, présente l'inconvénient de restreindre la conception de ce syndrome. A côté de cet état transitoire de mort apparente, il y a lieu, en effet, de faire une place à des manifestations cliniquement voisines, mais dont les caractères symptomatiques sont plus ou moins ébauchés. Ce sont les lipothymies et, à un moindre degré encore, les absences qui alternent chez le même sujet avec les syncopes.

L'absence est une obnubilation passagère, ou un fléchissement, un amoindrissement soudain, mais sans durée, de la conscience intérieure et extérieure. C'est en quelque sorte une éclipse plus ou moins totale, mais instantanée.

La lipothymie est de plus longue durée; l'obnubilation n'est pas complète; les fonctions vitales ne sont pas suspendues, mais seulement très ralenties. Dans certains cas, toutefois, la perte de connaissance et l'insignifiance des mouvements respiratoires et cardiaques sont telles que la lipothymie simule à s'y méprendre une syncope. Les syncopes prolongées, un quart d'heure et plus, ne sont que des lipothymies.

Traitement :

Injection sous-cutanée d'adrénaline — éther ou caféine. On placera le malade dans le décubitus horizontal, la tête plus basse que les pieds pour assurer mécaniquement une élévation de la pression cérébrale. On excitera la peau par la flagellation de la face, par sa réfrigération, par les compresses chaudes au devant du cœur.

Si le malade est en état de collapsus comme dans la fièvre typhoïde ou autres maladies infectieuses, la pression artérielle étant presque incompressible on donnera l'adrénaline intraveineuse de la façon suivante: deux gouttes d'adrénaline dans deux centimètres cubes de sérum physiologique. L'adrénaline en grande quantité provoque des chocs énormes. Si on n'a pas d'amélioration, pratiquer la respiration artificielle. On auscultera le cœur et si les battements sont arrêtés après quatre minutes, réinjecter de l'adrénaline dans la pointe du cœur; l'aiguille introduite dans le quatrième espace intercostal gauche, à la partie inférieure de la côte et le long du sternum. Quand on sent une résistance, traverser le cœur et injecter un milligramme d'adrénaline. Peu importe le siège de l'injection (muscle ou cavité ventriculaire) l'effet est très bon. Laisser l'aiguille en place, si le cœur se remet à battre, on voit l'aiguille remuer. S'il n'y a pas de battements après quatre minutes, répéter l'injection d'adrénaline.

Si le malade est en état de mal syncopal dans la dissociation auriculo-ventriculaire: on donnera 1° du chlorure de baryum à la dose de trois centigrammes trois fois par jour en solution aqueuse. Le baryum augmente l'excitabilité cardiaque. 2° une injection intramusculaire d'un milligramme d'adrénaline trois à quatre fois dans les vingt-quatre heures, si nécessaire. 3° instituer le traitement de fond pour éloigner les crises cardiaques.

- a) dans le pouls lent permanent: diminuer les tares de l'organisme (foie-reins-estomac). Si le malade présente de l'insuffisance cardiaque donner digitaline ou ouabaine. On donnera de l'iode buccale ou intramusculaire pour lutter contre l'athérome.
- b) dans la bradycardie sinusale: on donnera du chlorure de baryum à la dose de trois centigrammes trois fois par jour ou atropine un demi-milligramme par la bouche trois fois par jour ou éphédrine par la bouche comprimé du commerce sanédrine, un demi-comprimé trois fois par jour.
- c) dans les syncopes d'origine digestive: on donnera du sous-nitrate de bismuth par la bouche à la dose de trois grammes trois quarts d'heure avant chacun des repas.
- c) dans la tachycardie paroxystique: on donnera du sulfate de quinidine à la dose d'un comprimé trois fois par jour.

BIBLIOGRAPHIE

CHARLES LOUBY: — Nouveau traité de pathologie interne.

CAMILLE LIAN: — Extraits des cliniques à l'Hôpital Lemon, Paris.

LA STASE DUODÉNALE CHRONIQUE⁽¹⁾

Par Pierre SMITH

Ancien assistant étranger des Hôpitaux de Paris.
(Service du Professeur Pierre Delbet)
Chirurgien de l'Hôpital St-Luc.

L'immense intérêt de la stase duodénale chronique vient de sa fréquence extrême et des conséquences pernicieuses qu'elle entraîne. Des troubles d'évacuation, de même degré, sont plus rapidement néfastes, lorsqu'ils siègent sur le duodénum que s'ils portent sur un autre segment du tractus digestif. Ils retentissent en effet sur l'estomac, les voies biliaires, le pancréas, organes vitaux avec lesquels le duodénum forme un tout inséparable; le liquide duodénal en état de stase devient particulièrement toxique et affecte rapidement l'état général.

Les occlusions du duodénum ont été d'abord individualisées en tant qu'accidents brutaux des occlusions aiguës, (l'occlusion post-opératoire en particulier, appelée exclusivement jadis dilatation aiguë de l'estomac), caractérisées par des vomissements profus, bilieux, verdâtres, noirâtres ou sanglants, *mais jamais fécaloïdes*, par une dilatation aiguë et considérable du duodénum et de l'estomac, un collapsus précoce (petitesse et accélération du pouls), une température qui ne dépasse pas la normale, une aggravation très rapide de l'état général.

Cette occlusion aiguë, de pathogénie encore incertaine, est curable, nous le savons, par les lavages d'estomac répétés et pratiqués très précocement au début des accidents, par le décubitus ventral ou la position génu-pectorale.

Divers observateurs découvrirent ultérieurement, l'existence fréquente d'occlusions traînantes, mais à une période tellement avancée de leur évolution, que leurs symptômes rappelaient alors ceux de l'occlusion duodénale aiguë.

Nos connaissances et nos moyens actuels d'investigation nous permettent de déceler, et très souvent dès le début de leur genèse, ces troubles duodénaux chroniques, qu'une thérapeutique appropriée peut modifier alors de façon salutaire.

(1) Travail du service du Professeur P. Z. Rhéaume.

Rappel anatomique. (1)

Et d'abord, le souvenir anatomique nous facilitera l'intelligence des explications ultérieures.

Le duodénum comprend quatre segments distincts:

- a) le bulbe duodénal, renflement régulier qui fait suite à la filière pylorique et dont la direction est légèrement oblique en haut, en arrière et à droite;
- b) le duodénum descendant, presque vertical;
- c) le duodénum horizontal qui se porte transversalement de droite à gauche en avant de la quatrième vertèbre lombaire;

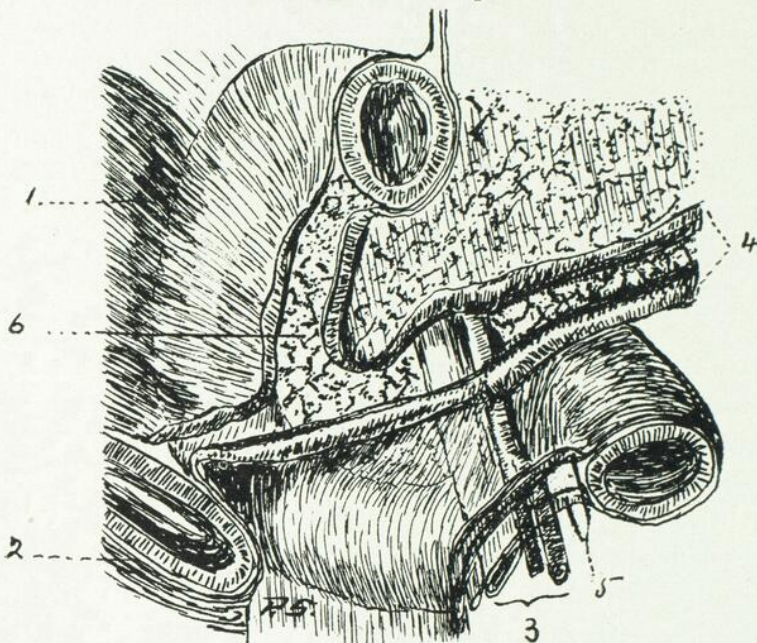


Fig. 1. — Duodénum, vue antérieure dans ses rapports avec

1. le rein, 2. le côlon ascendant.
3. les vaisseaux mésentériques.
4. le méso-côlon transverse.
5. le mésentère.
6. le pancréas.

- d) le duodénum ascendant, oblique en haut et à gauche, remonte jusqu'à la racine du méso-côlon transverse.

On désigne encore ces quatre segments sous les noms de première, deuxième, troisième et quatrième portions du duodénum. (Fig. 1)

(1) Ce chapitre est reproduit en partie, du récent et excellent mémoire du Professeur Fritz De Beule (Gand), intitulé "La Stase duodénale chronique" et paru dans "Bruxelles-Médical", Janvier 1932, Nos 12, 13, 14. Nous avons aussi puisé généreusement dans le même travail pour la rédaction de maints autres passages.

La face interne de la deuxième portion est en rapport particulièrement intime avec le pancréas. C'est sur cette face que s'ouvrent dans le duodénum par l'ampoule de Vater le canal pancréatique et le canal cholédoque.

Entre le bulbe duodénal et le duodénum descendant se trouve un coude à angle droit, qu'on appelle "le genou supérieur" ou "genu superius"; le duodénum descendant et le duodénum horizontal sont reliés par un second coude désigné comme "genou inférieur" ou "genu inferius"; le duodénum ascendant se continue finalement avec le jéjunum par un coude à angle aigu, l'angle duodéno-jéjunal.

Normalement, le duodénum — son nom l'indique — mesure une longueur d'à peu près douze travers de doigt; deux pour le bulbe et la portion horizontale, cinq pour chacune des portions descendante et ascendante; son calibre admet à peine un pouce d'adulte; il s'élargit toutefois notablement au niveau du bulbe et des genoux. En cas de stase, la longueur du segment duodénal peut doubler et sa lumière se dilater au point de donner l'image d'un véritable sac, dans certains cas presque aussi volumineux que le côlon ou la poche gastrique. Abstraction faite du bulbe, le duodénum est l'unique segment fixe de l'intestin. Cette fixité — encore relative, car le dogme de la fixité absolue du duodénum n'est pas rigoureusement exact, (R. Grégoire) — est assurée d'une part par le revêtement péritonéal qui l'accôle à la paroi postérieure, et d'autre part par une série de ligaments qui sont:

- 1) le ligament duodéno-hépatique qui unit le bulbe au foie, à la vésicule biliaire et au canal cystique;
- 2) le ligament de la fossette duodéno-jéjunale qui va du sommet de l'angle duodéno-jéjunal à la face inférieure du mésocôlon, circonscrivant ainsi en partie la fossette duodéno-jéjunale;
- 3) le muscle de Treitz qui s'insère par son pied en haut sur le pilier gauche du diaphragme, et s'épanouissant en éventail, va s'attacher en bas sur l'angle duodéno-jéjunal et le bord droit du duodénum ascendant.
- 4) le ligament duodéno-rénal, constitué par un repli du péritoine postérieur et allant du bord droit du duodénum descendant à la face antérieure du rein droit.

Le duodénum, ne l'oublions pas, est barré transversalement par le mésocôlon transverse et obliquement par la racine du mésentère avec l'artère mésentérique supérieure, rapports doublement impor-

tants, d'abord parce qu'ils contribuent à sa fixation, ensuite parce qu'ils jouent un rôle considérable dans la production de la stase duodénale.

L'artère mésentérique supérieure est l'élément principal du pédicule mésentérique. C'est dans l'épaisseur du mésentère, noyée dans une atmosphère de tissu cellulo-graisseux, que court l'artère mésentérique supérieure flanquée de sa veine satellite. Cette artère, née de l'aorte abdominale, émerge immédiatement entre le bord inférieur de l'isthme pancréatique pour croiser verticalement la portion ascendante du duodénum.

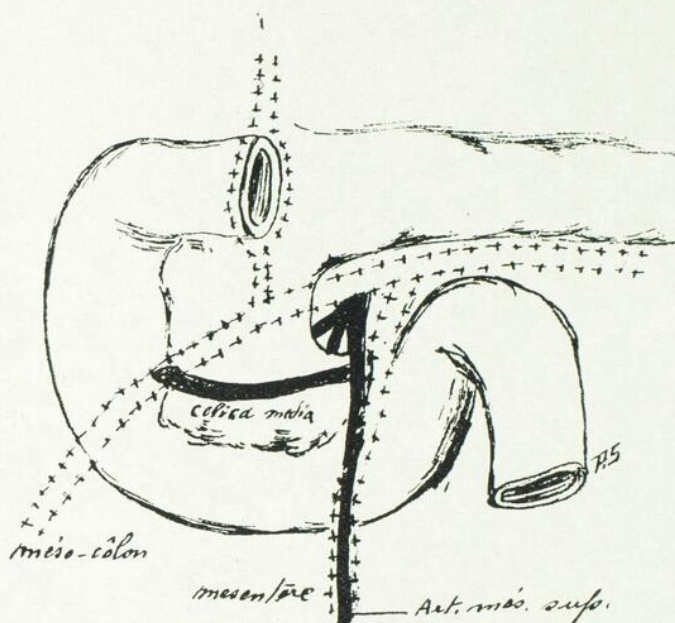


Fig. 2. — Les artères préduodénales (3e position), la mésentérique supérieure, la colica média.

(d'après Duval)

À son émergence, elle fournit l'artère colique médiane — appelée communément la "colica medica" qui se dirige en avant et passe entre les deux feuilletts du mésocôlon transverse pour aller s'anastomoser avec les artères coliques droite et gauche. (Fig. 2)

Le duodénum ascendant, passe donc dans une fourche artérielle "fourche ou pince vasculaire aortico-mésentérique" — le "compas artériel" de Duval — dont la branche postérieure est formée par l'aorte accolée à la convexité de la colonne vertébrale, et la branche antérieure

par l'artère mésentérique supérieure. (Fig. 3) Il est d'ores et déjà, facile de comprendre que dans certaines situations anormales des viscères abdominaux, l'empreinte que forme l'artère mésentérique sur le duodénum puisse s'exagérer et produire une compression plus ou moins prononcée avec rétro-dilatation duodénale et stase. Dans le pédicule mésentérique, il existe aussi, et en nombre considérable des rameaux nerveux et des collecteurs lymphatiques plus ou moins unis entre eux et avec les vaisseaux mésentériques, par des tractus conjonctifs.

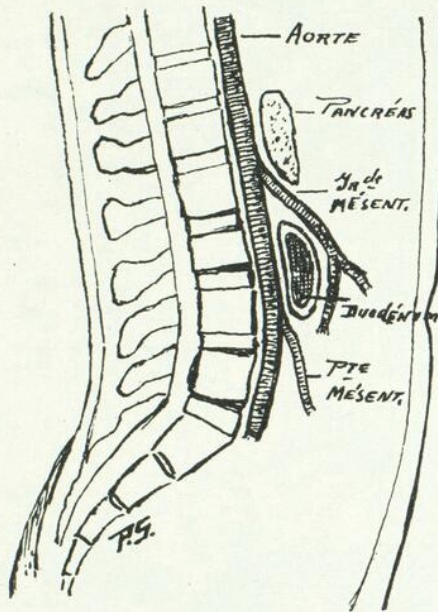


Fig. 3. — Le compas artériel périoduodéal (3e portion); en arrière, l'aorte; en avant, la mésentérique supérieure. (d'après Duval.)

Les lymphatiques de la portion terminale de l'iléon, de l'appendice, du cœcum, du côlon droit, réunis en un tronc commun, remontent dans le mésentère, et ce tronc, après avoir reçu les émissaires des réseaux jéjunal, gastrique, épiploïque et pancréatico-duodéal, devient un confluent volumineux qui plonge entre l'artère et la veine mésentériques supérieures pour aller se déverser dans la citerne de Pecquet. D'autre part, en arrière du duodénum se groupent, en un second confluent qui se dégorge dans cette même citerne de Pecquet, les vaisseaux lymphatiques provenant des viscères pelviens. Ces deux confluent cheminent donc au contact immédiat de la paroi duodénale et se trouvent en communication directe avec le réseau périoduodéal propre.

Au compas, ou à la "pince artérielle" classique de Duval, on pourrait donc opposer une "pince lymphatique" dont le gros réseau se trouve en avant, et le petit, en arrière du duodénum. (Fig. 4)

On peut aussi comprendre facilement, que si une infection locale ou à distance, propagée ou diffusée par les lymphatiques, se répète ou se prolonge, il puisse se produire une réaction de défense sous forme

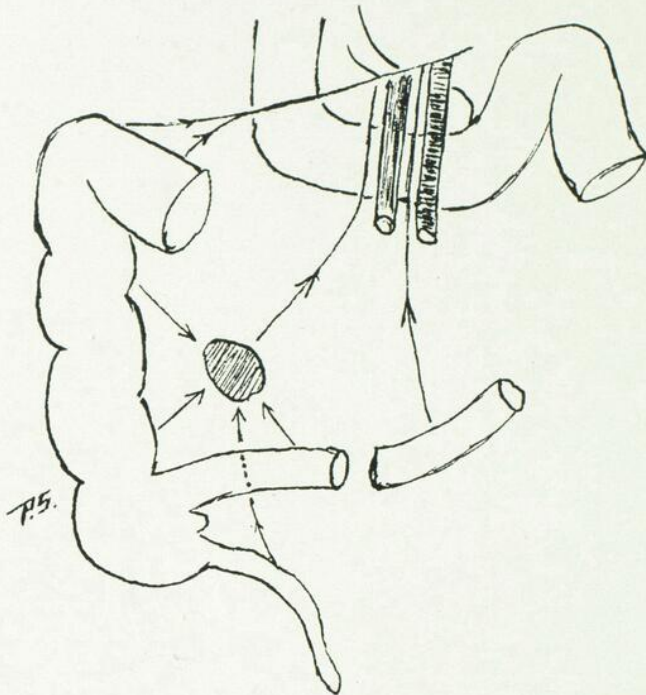


Fig. 4. — Trajet des troncs lymphatique pré et rétro-duodénaux.
(d'après De Vadder).

de voiles, de membranes, ou de brides de tissu conjonctif. Ces éléments de réaction inflammatoire par compression progressive provoqueront ou aggraveront une stase duodénale.

Nous reviendrons ultérieurement sur l'importance de ces constatations. (1)

(à suivre)

(1) Le présent travail comporte des répétitions intentionnelles ou obligatoires; il sera, de ce fait, plus intelligible.

PETITE CLINIQUE

SYCOSIS ET RAYONS X

Par **Albéric MARIN**,

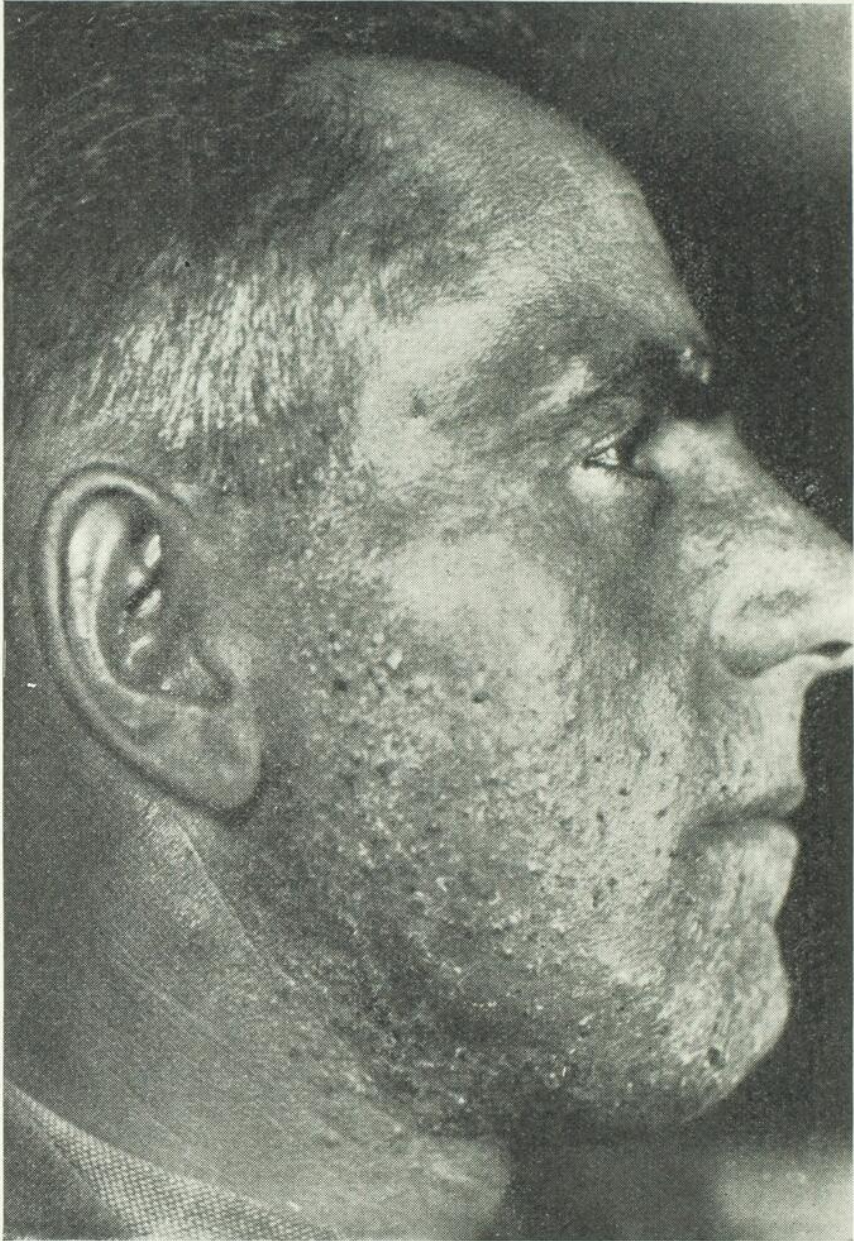
Chef du service de Dermato-syphiligraphie à l'hôpital Notre-Dame.

Le sycosis staphylococcique de la barbe est une affection des plus tenace qui empoisonne l'existence de celui qui en est porteur. Il débute assez souvent sous forme d'impétigo de Bockhardt qui n'est, somme toute, qu'une folliculite superficielle, une infection de l'entonnoir folliculaire: une ostio-folliculite.

Le pyocoque au lieu de rester localisé à l'ostium peut descendre le long de la gaine du follicule et l'infecter en entier, réalisant le syndrome sycosis. Celui-ci se reconnaît à ses pustulettes centrées d'un poil souvent cassé, d'un volume variable, entourées d'une zone congestive.

La face montre une peau rouge, œdématisée, des papules folliculaires, des pustulettes, des excoriations, des croûtelles. Les poils finissent par tomber d'eux-mêmes. Si l'on tente de les arracher ils viennent facilement, sans douleur, leur partie profonde entourée d'une gaine purulente, contrairement à ce qui se passe lorsqu'on arrache un poil sain ou planté dans un follicule dont le sommet seul est infecté. Il peut occuper toutes les parties de la face où sont les gros poils: lèvres supérieure, joues, menton, région sus-hyoïdienne. Les sourcils et les cils peuvent être pris. Les autres secteurs où ne pousse qu'un duvet (front, nez et régions jugales avoisinantes) en sont d'ordinaire indemnes. C'est une affection des plus persistante, qui peut durer des années, entraînant une alopécie partielle parfois permanente. Son évolution présente des accalmies et des paroxysmes avec tension, ardeur, douleur. Le sycosis se propage de proche en proche, le rasoir lui aidant puissamment par son traumatisme folliculaire quotidien.

* * *



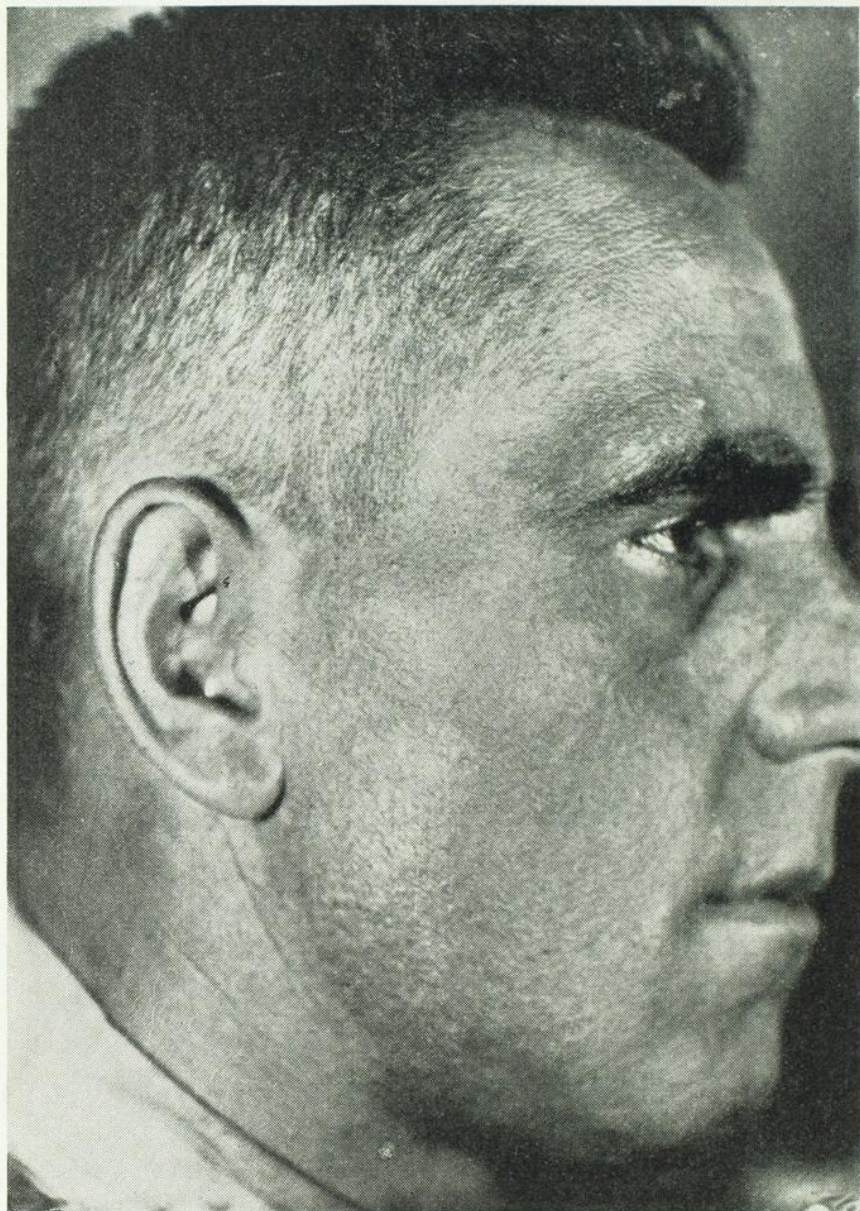
Le siège profond de l'infection explique assez bien son caractère rebelle. Les topiques si énergiques soient-ils ne peuvent pénétrer jusqu'à elle et l'éteindre. Quelques rares sycosis de bonne volonté peuvent guérir par les lotions et pommades mais dans la vaste majorité des cas cette médication est inopérante. On en peut dire autant des radiations ultra-violettes, leur action, même en application, fortes étant trop superficielle. La thérapeutique intense (hygiène alimentaire, vaccins, auto-hémothérapie, etc) n'a pas donné de résultats plus brillants.

Il faut s'adresser à la radiothérapie, mais non pas nécessairement dans le but de dépiler. La dépilation n'est pas obligatoire dans tous les cas. En effet, du point de vue thérapeutique, l'on peut nettement diviser les cas de sycosis pyococcique en trois groupes bien que leur étiologie soit unique.

Certains guérissent fort bien avec de faibles irradiations hebdomadaires. Ils n'obligent pas de totaliser de fortes doses et ne requièrent aucunement la chute du poil pour guérir. Il est classique d'admettre — et nous l'admettons — que les rayons X n'ont aucune vertu antiseptique. Même à hautes doses ils ne stérilisent pas une culture de bactéries, de microsporons ou de tricophytons. Mais à faibles doses sur la peau ils en provoquent sans doute des réactions de défense puisque celle-ci peut se débarrasser de différentes pyodermites par suite de quelques irradiations légères. Les rayons X ne sont donc pas microbicides "in vitro" mais vraiment antiseptiques "in vivo" ainsi qu'en témoignent de multiples guérisons.

Une deuxième catégorie, plus tenace, demande une dépilation temporaire pour voir s'accomplir leur disparition. Ici de faibles doses ne suffisent pas. Elles ne peuvent sans doute provoquer chez certains sujets la réaction cutanée nécessaire à la cure. La chute des poils entraîne avec eux une grande partie du foyer infectieux et suscite en même temps cette défense. Les poils repousseront normaux et la malade n'aura plus aucune trace de staphylococcie. Si le traitement est intervenu tardivement dans des formes intenses, il subsistera des cicatrices et des plages, plus ou moins étendues, définitivement alopeciques. Ce sont là des sequelles du sycosis et non de la radiothérapie.

Enfin une troisième variété exige une dépilation permanente pour en obtenir la guérison. Comme dans le second cas la dépilation temporaire a été faite et les poils ont repoussé dans les délais voulus. Mais sitôt la repousse accomplie, ou quelque temps après, des lésions



de sycosis reparaissent. Si une nouvelle dépilation temporaire est provoquée la récurrence reparaît encore. Ces malades doivent subir la dépilation permanente sinon la maladie s'éternise.

Ils s'y soumettent le plus habituellement. Ils préfèrent le sacrifice de leur barbe aux ennuis multiples du sycosis récidivant.

Voici l'observation succincte d'un malade que nous avons d'emblée dépilé de façon temporaire, à cause de l'étendue, de la profusion, de la tenacité des lésions qu'il présentait.

"Ovide M. 32 ans, (Dossier 4508, Clinique de Dermato-Syphiligraphie de l'Hôpital Notre-Dame) vient consulter le 7 juin 1932 pour infection de la face, évoluant depuis une année. A l'examen, l'on note une peau rouge et tendue, douloureuse au toucher. De nombreuses lésions folliculaires sont présentes aux joues, à la lèvre supérieure, au menton et descendent jusqu'à la région sus-hyoïdienne. Ces lésions sont à différents stades de leur évolution: Il y a des papules, des pustulettes, des croûtelles. Ça et là on perçoit des éléments centrés d'un poil. Celui-ci vient facilement à la traction, sans douleur; la base est engainée d'une matière blanchâtre. L'on voit aussi des excoriations et des pores dilatés d'où la pression fait sourdre une gouttelette de pus. Il est quelques endroits glabres où une dépilation pathologique s'est spontanément accomplie. Cet état aurait pris naissance près d'une écorchure faite à la joue et se serait propagée à tout le visage. Elle se continue par poussées subintrantes. Depuis un an il applique lotions et pommades multiples qui n'empêchent pas l'extension de la dermatose.

"Nous le soumettons immédiatement à la radiothérapie et provoquons la dépilation temporaire par la méthode de Kienbock-Adamson modifiée: 4 secteurs, 1H nu tous les 3 jours; Cinq séances. Les poils tombent quelques jours après la dernière application et la peau est apparemment débarrassée de son infection. Si celle-ci reparaissait lors de la repousse des poils, nous recourrons à la dépilation permanente. Le malade n'a présenté pendant ou après le traitement radiothérapique aucun soupçon d'érythème".

MOUVEMENT MÉDICAL

L'ASSOCIATION MEDICALE de la PROVINCE de QUEBEC.

Rapport du Comité pour l'Etude de l'Assurance Sociale. (1)

Par MM. A. T. BAZIN et Albert LeSAGE

Le gouvernement provincial a projeté une étude de la question de l'assurance sociale dans le dessein de légiférer pour l'application de la totalité ou d'une partie des recommandations relatives à cette question.

La commission chargée de cette étude a pour président M. Edouard Montpetit, qui, dans une conférence avec le comité exécutif de votre association, en décembre dernier, a conseillé aux membres de la profession médicale de la province de s'entendre sur les grandes lignes d'une assurance de cette nature et d'être prêts à déposer devant la commission.

Votre comité exécutif a alors institué un sous-comité autorisé à rédiger un rapport à soumettre au congrès annuel de l'association, pour qu'il y soit débattu, amendé ou adopté.

Pour prendre connaissance de ce rapport et pour le débattre, il est manifestement nécessaire qu'il n'y ait qu'une interprétation de la terminologie. Il y a donc lieu de définir certains termes.

L'assurance est un système en vertu duquel le paiement d'une somme relativement minime, à intervalles réguliers (la prime) protège celui qui paie contre le hasard d'une perte ou d'un désastre qui serait écrasant. Tout le monde connaît les systèmes d'assurance qui sont de pratique courante, comme les assurances sur la vie, contre les accidents, contre l'incendie, sur l'automobile, etc.

Il est évident que ceux qui n'ont nulle source de recettes ne peuvent pas acquitter la prime et ne sont par conséquent pas en mesure de bénéficier de l'assurance.

Il est aussi clair que le riche, ou la classe ayant un excédent constant de recettes, ne sont pas dans la nécessité de s'assurer pour se protéger contre des pertes désastreuses.

(1) Présenté à Hull, le mercredi, 7 septembre 1932.

Mais même s'ils sont capables de faire face aux dépenses courantes du train ordinaire de la vie, la plupart des individus composant une société se trouvent acculés aux embarras financiers ou à la ruine s'il survient quelque désastre imprévu qui détruit la vie ou la propriété, cause des dépenses extraordinaires ou enraie le pouvoir d'achat.

Il est de même évident que la réussite d'un système d'assurance dépend de la participation d'un grand nombre d'assurés, car la masse des primes protège chaque police.

La loi des moyennes de la mortalité, de l'incendie, de l'accident, etc., détermine le montant de la prime à payer. Cette loi des moyennes est basée sur la participation de nombreux assurés.

L'assurance sociale est l'application de ces principes :

- (1) aux pensions de vieillesse ;
- (2) à l'assurance contre le chômage ;
- (3) aux indemnités de funérailles ;
- (4) à l'assurance familiale ;
- (5) à l'assurance contre la maladie (destinée à compenser les frais découlant de la maladie) ;
- (6) à l'assurance contre l'incapacité (pour dédommager du manque à gagner causé par maladie) ;
- (7) à l'assurance maternelle.

Comme citoyens et contribuables, nous devons nous intéresser à l'étude de ces problèmes, car si l'assurance sociale est recommandée et adoptée, l'Etat aura à puiser dans le trésor public, auquel nous avons contribué.

Mais cela va sans dire, comme membres de la profession médicale, ce qui nous intéresse le plus dans l'assurance sociale, ce sont les points qui ont trait à la maladie, c'est-à-dire l'assurance contre la maladie, l'assurance contre l'incapacité et l'assurance maternelle.

A—L'Assurance contre la maladie est une assurance contre les frais et pertes qu'entraîne la maladie.

Ce genre d'assurance est déjà en usage dans les sociétés fraternelles, et dans le domaine des affaires. Dans les deux cas, elle est tout à fait facultative et ne protège qu'une faible partie de la population. L'assurance obligatoire contre la maladie, appliquée suivant des règles précises, est en vigueur dans plusieurs pays européens. Elle ne l'est à peu près pas dans d'autres pays.

La maladie de l'individu n'affecte pas seulement l'individu, mais la société. Un cas dissimulé et non soigné (pour éviter les frais) de tuberculose, de rougeole, de petite vérole ou de quelque autre maladie contagieuse devient une menace et peut-être la source d'une coûteuse épidémie.

L'assurance obligatoire pour cette classe corrigera ces maux. L'individu devra acquitter sa prime, puis il se trouvera libre de consulter ou d'appeler le médecin sans hésiter. Le médecin sera payé, de même que les autres frais fortuits.

Au seul point de vue économique, la profession médicale devrait agréer un tel plan. Combien parmi nous sacrifient tout à fait ou en partie les honoraires qu'ils ont gagnés honnêtement et inscrits en toute confiance dans leurs livres de compte! Il est certain que ces honoraires sacrifiés constituent une proportion considérable de nos recettes totales.

Et la classe aisée, elle?

En vertu de certains plans, l'assurance contre la maladie est obligatoire pour la classe moyenne et facultative pour la classe aisée.

En d'autres termes, ayant déterminé la limite de recettes annuelles au-dessous de laquelle l'assurance devient obligatoire, l'Etat laisse facultative la participation de ceux dont les recettes dépassent cette limite.

Nous nous prononçons contre cette assurance facultative. Dans aucun des pays dotés de l'assurance obligatoire contre la maladie l'assuré ne paie la totalité du coût de l'assurance. Ce coût retombe en partie sur l'Etat, qui paie à même les impôts généraux, ou en partie sur les patrons. Nous sommes donc d'opinion que la classe aisée ne devrait pas avoir la faculté de participer à un système d'assurance d'Etat contre la maladie et de tirer ainsi parti du trésor public, ou du produit d'un impôt sur n'importe quelle classe, ou des services de la profession médicale—dont elle recevrait les soins à taux réduits probablement.

Ce rapport n'a pas pour objet de débattre ce qui constituera la limite maximum de recettes annuelles. Vraisemblablement cette limite variera selon que l'assuré sera un citoyen tirant sa subsistance uniquement de ses gages ou de son salaire, ou qu'il sera un habitant de la campagne tirant une bonne partie de sa subsistance du sol qu'il cultive. Ce problème appartient aux économistes et aux statisticiens.

Dans certains pays, seul le salarié est assuré contre le frais de la maladie. Dans d'autres pays, ce type d'assurance comprend aussi la famille dépendante.

Lorsque le salarié est malade, aux frais de la maladie s'ajoute la cessation des recettes. D'autre part, les frais de la maladie de la mère, ou encore de quelques-uns ou même de l'un des enfants, peuvent paralyser financièrement le salarié, quand même il continue à travailler.

Il y a aussi de fortes variations dans la protection que l'assurance offre. Nous sommes d'avis que la protection doit couvrir la totalité des frais de maladie, c'est-à-dire, ceux qu'entraînent les soins du médecin et de la garde-malade, l'hospitalisation, l'emploi des produits pharmaceutiques et les soins du dentiste.

A quelles classes faut-il appliquer cette assurance?

Répetons une assertion de la 1ère page: Il est évident que ceux qui n'ont aucune source de revenu ne peuvent pas payer de prime et partant ne peuvent pas participer aux bénéfices de l'assurance contre la maladie.

Cette classe, que nous qualifierons "indigente", est nécessairement un fardeau pour la charité ou pour l'Etat. Dans la province de Québec, c'est presque uniquement sur la charité que repose ce fardeau. Et certes, suivant ses traditions, la profession médicale continuera à fournir des soins à cette classe, non par contrainte, mais à titre de privilège et sans espoir de rémunération tangible.

Mais la vaste classe dite "moyenne" devra bénéficier de l'assurance projetée. C'est la classe qui, dans des conditions normales, est capable de payer les dépenses ordinaires de la vie et peut-être de faire quelques économies, de se réserver "une poire pour la soif". Survient la maladie, visiteuse inattendue, et les maigres économies sont vite épuisées. On se procure ce qu'il faut, on acquitte les comptes de l'hôpital, on s'assure les soins nécessaires, et on a recours aux emprunts, souvent à des taux d'intérêt usuraire. Il s'écoulera peut-être des années — et encore — avant que la famille ait éteint ses dettes.

D'aucuns formuleront peut-être des arguments spécieux et diront que ces gens devraient prévoir la maladie dans leur budget, de même qu'ils prévoient indubitablement l'achat de meubles, de radios, d'automobiles etc. Ce qui touche l'Etat et devrait toucher la profession médicale, ce n'est pas ce que les gens devraient faire, mais ce qu'ils font.

Les rapports des parties contractantes.

Dans un système d'assurance obligatoire contre la maladie, il y a trois parties contractantes :

- (1) *l'Etat*, ou la commission que l'Etat autorise à administrer le système;
- (2) *l'assuré*;
- (3) *la profession médicale*, les hôpitaux, etc., qui fournissent leurs services à l'assuré malade.

A titre de membres de la profession médicale, nous avons un intérêt particulier à exiger que les rapports entre médecin et patient soient maintenus tels qu'ils existent présentement concernant l'éthique et le secret professionnel.

qu'on n'y introduise rien qui sente le contrat ou le système de liste;

que le patient reste libre de choisir son médecin;

que tout médecin soit libre d'accorder ou de refuser ses services pour l'assurance contre la maladie;

que le médecin soit rétribué, selon un tarif d'honoraires, pour les soins réellement donnés;

que le médecin rende des comptes à l'Etat (ou à la commission) et que celui-ci (ou celle-ci) paie les honoraires;

que les honoraires pour les soins à l'assuré ne soient payés qu'à des médecins dûment qualifiés pour la pratique de la médecine;

que pour l'arbitrage de quelque question soulevée par les parties contractantes, par exemple la qualification du praticien, les honoraires, la durée de la maladie, etc., la profession médicale soit représentée par l'Association des médecins de la province de Québec, soit directement, soit par un comité régulièrement institué.

B — L'assurance contre l'incapacité.

C'est une assurance contre la perte complète de recettes pour le salarié qui ne touche plus de salaire *par suite de maladie*.

On peut soutenir que c'est un plan très dangereux et fertile en abus.

On peut soutenir que la maladie sera feinte, que l'incapacité sera indûment prolongée, et que l'assurance contre l'incapacité deviendra de la sorte une allocation de chômage.

La protection contre ces abus se trouve :

- (a) dans l'intégrité et l'honnêteté des membres de la profession médicale;

- (b) dans le paiement d'indemnités n'équivalant qu'à la moitié, ou moins encore, du salaire perdu.

Car les indemnités d'incapacité sont indubitablement nécessaires pour empêcher la souffrance, les privations, la sous-alimentation et la menace de maladies aggravées. Car lorsque le salarié est malade, les dépenses du foyer continuent; il faut quand même se procurer la nourriture et le combustible, payer le loyer. L'assurance contre la maladie manque une part considérable de son objectif si on ne la joint pas à l'assurance contre l'incapacité.

C—L'assurance maternelle.

L'assurance maternelle n'est pas, comme on pourrait le croire, une gratification pour la procréation des enfants!

La procréation sans la conservation des enfants est pure perte et gaspillage.

Les indemnités de maternité sont payées pour promouvoir la conservation de l'enfant. Même la mère en bonne santé a besoin, avant comme après ses couches, d'être soulagée en une certaine mesure des plus ardues de ses devoirs de ménagère. Cela lui permettra d'engendrer des enfants plus robustes et de mieux nourrir ces enfants.

Les indemnités de maternité—une petite somme payée à la femme enceinte pour lui permettre d'obtenir une aide ménagère est donc un précieux projet d'assurance sociale.

Des indemnités de maternité sont en outre payées pour les soins, etc., consécutifs à l'enfantement.

Ce rapport est un examen sommaire de la question de l'assurance sociale et a seulement pour but d'exposer en termes simples les grandes règles.

Votre comité est d'opinion que l'inclusion de détails et de comparaisons entre les plans des différents pays obscurcirait l'essentiel.

L'expression "médecine d'Etat" a été soigneusement évitée, parce qu'elle a donné lieu à de nombreuses interprétations fausses, allant de l'idée d'hôpitaux volontaires subventionnés par l'Etat à celle de la transformation des médecins en fonctionnaires.

Pour terminer, votre comité propose que les recommandations suivantes soient soumises au congrès annuel sous forme de résolutions:

1. Que l'assurance contre les maladies, telle que décrite à grands traits dans ce rapport, et limitée à une classe ou à des classes de la population dont les recettes annuelles ne dépassent pas une somme à déterminer après plus ample étude, favoriserait la santé et le bien-être du peuple de la province de Québec.

2. Que les indemnités d'incapacité sont un point essentiel de tout système d'assurance contre la maladie.

3. Que l'assurance maternelle est désirable pour sauvegarder la santé de la mère et celle de l'enfant.

4. Qu'un exemplaire de ce rapport soit envoyé aux sociétés de district et à toutes les autres sociétés médicales organisées dans la province, avec demande d'étudier ou d'amender les principes esquissés dans ces résolutions, ou d'y adhérer et de faire promptement un rapport, avec recommandations, au comité exécutif de la Société provinciale.

5. Que *l'Association médicale de la province de Québec* soit par les présentes constituée en corps autorisé à représenter la profession devant la commission et à y formuler comme déposition l'opinion que la majorité aura exprimée par l'intermédiaire des Sociétés.

Respectueusement soumis.

NOTE. — Ce rapport a été distribué à tous les membres du Congrès d'Ottawa-Hull. Le mercredi 7 septembre, après les leçons des maîtres français, vu l'heure tardive, il y eut discussion seulement, mais on ne jugea pas opportun de prendre le vote. Néanmoins le Docteur Lord suggéra d'adopter la clause 4. L'Association provinciale a donc résolu, selon les conclusions du rapport de consulter toutes les Sociétés afin d'obtenir l'expression d'opinion de la profession médicale. Les rapporteurs ont exprimé très nettement l'opinion que "ce rapport est un examen sommaire de la question de l'assurance sociale... dans le but d'en exposer en termes simples les grandes règles"... Il est impossible d'étudier les questions de détails qui relèveront d'un comité spécial nommé à cette fin pour débattre ce litige avec la commission en temps et lieu.

La parole est aux médecins.

L.

IMPORTANCE DU DIAGNOSTIC PRÉCOCE DANS LA SYPHILIS CÉRÉBRALE

Par F. H. C. BAUGH, B.A., M.D.C.M.,
Sanatorium de Homewood, Guelph, Ontario.

NOTE DE LA REDACTION.

Nous invitons nos lecteurs à lire attentivement le travail que nous publions ici même. L'auteur s'attache à démontrer l'influence de la syphilis cérébrale sur les affaires publiques, l'action néfaste qu'elle exerce sur les individus et la société, enfin la splendide organisation que nous possédons depuis 1930 dans la province de Québec.

Il y signale tout particulièrement l'importance et l'efficacité du clergé contre les maladies vénériennes, grâce à la coopération active du clergé et de la profession médicale. "Pareille chose, dit-il, ne s'était jamais vue". Il se plaît à rendre hommage à ces deux pouvoirs et il en donne le crédit très franchement au directeur de la division des maladies vénériennes pour la province de Québec, le Dr. Desloges, qui a organisé cette lutte sur des bases larges et solides. Il cite cette organisation comme un modèle aux autres provinces auxquelles il veut enlever les masques et leur demander de regarder le travail splendide accompli dans la province de Québec afin d'imiter notre courage et notre détermination. "Les résultats qu'on a obtenus là, dit-il, nous montrent que lorsque des hommes sérieux et sincères présentent sans crainte la vérité non fardée au public, celui-ci leur accorde le respect, la confiance et la coopération".

Nous tenons à signaler le fait afin qu'il ne passe pas inaperçu.

LeSAGE.

* * *

La question de la syphilis cérébrale a été si bien étudiée à tous les points de vue, qu'il me paraît opportun de donner quelque raison pour en dire ou en écrire davantage. Ma raison, la voici. C'est qu'il semble y avoir lieu d'en étudier plus attentivement certains aspects. Je sou mets donc brièvement à votre considération les trois points suivants.

Premièrement. L'influence que certains hommes haut placés, ayant la syphilis cérébrale, ont pu avoir sur les affaires de leur propre pays, ou même du monde entier.

* Lu à la quatre-vingt-huitième réunion de "The American Psychiatric Association" tenue à Philadelphie, E.-U., le 1er juin, 1932.

Traduction de J. A. Ranger, M.D. Ass.-Directeur de la Division des maladies vénériennes.

Deuxièmement. Les misères, les dangers de mort et de perte de biens qui nous menacent aujourd'hui; du fait que certains hommes, souffrant de syphilis cérébrale, occupent des positions de responsabilité et de confiance.

Troisièmement. Au Canada, dans la province de Québec, nous avons une population composée largement de Canadiens-français, appartenant à la religion catholique romaine. Depuis 1920, dans la lutte contre les maladies vénériennes, l'Eglise catholique romaine a coopéré si effectivement avec la profession médicale, que pareille chose, je crois, ne s'était jamais vue précédemment. Il me semble donc que l'avenir se présente à nous sous un jour plus brillant.

Pour revenir à notre premier point, on semble généralement admettre qu'à la suite des voyages de Christophe Colomb, une épidémie de syphilis se répandit en Europe. Cette proposition admise, il est très possible que les contemporains de Henri VIII, 1491-1547, exposés à la contagion, couraient un grand risque de contracter la maladie. Haggard dit (1) que Henri VIII souffrait indubitablement de la syphilis. (2) MacLaurin pense que non seulement Henri VIII était atteint de syphilis, mais même de syphilis cérébrale. Voici les raisons qu'il donne à l'appui de son assertion.

(1) Vers l'âge moyen, Henri VIII subit une dégénérescence physique, mentale et morale très marquée, lui, qui jusqu'alors avait été intelligent et robuste.

(2) Deux de ses femmes eurent plusieurs accouchements prématurés et donnèrent naissance à des enfants mort-nés.

(3) Trois de ses enfants au moins étaient de santé très débile, savoir, Marie Tudor, Edouard VI et un fils illégitime, le duc de Richmond.

(4) Henri souffrait très probablement de périostite syphilitique et il mourut dans le coma, à l'âge peu avancé de cinquante-cinq ans.

Que le Pape aît jugé bon d'accorder à Henri VIII le divorce d'avec sa première femme, et probablement l'Eglise d'Angleterre n'eût pas pris naissance. Si son cerveau malade ne l'eût conduit à répudier sa première femme et à la remplacer par la belle Anne de Boleyn, il est tout probable qu'il n'y aurait jamais eu de reine Elisabeth. Les caprices de ce monarque cruel coûtèrent la vie à un grand nombre de membres de la plus haute noblesse anglaise.

MacLaurin (3) émet l'opinion que Ivan le Terrible souffrait probablement de syphilis. Voici son argumentation.

(1) Dégénérescence mentale, morale et physique dans l'âge moyen.

(2) Un jour, vers cette époque, sous prétexte de se trouver une femme, Ivan réunit deux mille filles. Au lieu de faire immédiatement son choix et de libérer les autres filles, il les retint captives durant plus d'un an et les soumit aux plus durs traitements.

Ivan (3) mourut très probablement de syphilis de l'aorte.

Ce qui précède ne s'appuie peut-être que sur des probabilités. Cependant, c'est un fait historique (4) que, à l'âge de cinquante-quatre ans, alors que sa septième femme vivait encore, Ivan écrivit à la reine d'Angleterre, Elisabeth, pour lui demander une épouse. Elisabeth choisit Lady Mary Hastings. Le père de cette dernière, le comte de Huntingdon et un groupe d'amis influents protestèrent si vigoureusement, que Elisabeth revint sur sa décision.

Le docteur Caplescu Poenaru (5), professeur à l'université de Bucarest, dans une conférence à "The Bucarest Ateneul Roman" sur les maladies des personnages illustres, déclara que la syphilis et l'alcoolisme sont le plus souvent la cause des maladies acquises ou héréditaires des grands personnages.

On admet généralement que Pierre le Grand de Russie, contracta la syphilis en Hollande, et qu'à son retour, il contamina sa femme. Il est assez difficile d'affirmer qu'il avait la syphilis cérébrale. A tout événement, il mourut à l'âge de cinquante-trois ans. Il est possible aussi que Catherine II de Russie souffrait de la même maladie. Après qu'elle eut répudié son mari, Pierre III, on dit qu'elle mena une vie de débauche épouvantable. Son fils, Paul Petrovici, était un dégénéré et un épileptique.

On rapporte que, jeune homme, encore au collège, Arthur Schopenhauer contracta la syphilis. Les énormes doses de mercure qu'il dut prendre lui causèrent beaucoup d'ennui. Et malgré tout ce traitement mercuriel, il donnait des signes évidents de syphilis cérébrale.

Guy de Maupassant (6) avait une hérédité nerveuse. Pendant les quatre dernières années de sa vie, il manifesta tous les symptômes de la syphilis cérébrale. Un jour, il tenta de se suicider. Deux ans plus tard, il mourait dans de douloureuses circonstances. Voivenel et Lagriffe (7) ont traité des effets de sa maladie sur son génie.

Heller (8) déclare que onze pour cent des Juifs instruits, qui, après quarante ans, avaient la syphilis, souffraient de paralysie générale. Il déclare aussi que trois et six dixièmes pour cent des acteurs

célèbres, qui, après cinquante-sept ans, avaient la syphilis, étaient dans le même cas.

Deuxième point. Ceux qui s'occupent journellement des conditions mentales relevant de la syphilis doivent être bien frappés du fait que, faute d'un diagnostic précoce, non seulement la vie d'un malade est en jeu, mais qu'il peut même se produire de véritables catastrophes. Parfois cette lacune peut vouloir dire la mort pour d'autres individus ou des pertes d'argent. Dans tous les cas, c'est presque toujours une angoisse et une souffrance indicibles pour d'innocentes victimes. Tout cela est inutilement désastreux, quand on se rappelle qu'aujourd'hui on a tout ce qu'il faut pour diagnostiquer la syphilis et la traiter aussi bien, sinon mieux, que presque toute autre maladie.

Dans chacun des cas cités plus loin, le malade avait donné des signes manifestes d'une conduite anormale qui aurait dû attirer l'attention.

Cas I. Un homme de quarante ans conduit le petit garçon de sa maîtresse de pension dans un endroit isolé sur les confins de la ville, se livre sur lui à un assaut indécent, le fait mourir en lui coupant la gorge, puis le laisse là, après l'avoir recouvert de feuilles sèches. On arrête l'individu, puis on l'amène devant les tribunaux. L'examen médical qu'on lui fit subir révéla un sang et un liquide céphalo-rachidien fortement positifs. On découvrit que depuis quelque temps une toute petite quantité de liqueur d'aucune sorte produisait chez cet homme un effet des plus marqués. On prouva de plus qu'immédiatement avant son crime, il avait pris un peu de vin. Plus tard, on le condamna à l'échafaud. Il est à peu près sûr que les syphilitiques cérébraux ne supportent pas l'alcool. Même une petite quantité peut être de nature à conduire un homme à tout, depuis un accident d'auto jusqu'à l'action la plus fantasque et la plus brutale, telle que celle qu'on vient de relater. Quand un homme d'âge moyen, rangé jusque-là, commence tout à coup à boire plus que de raison, ou lorsqu'un buveur modéré commence à faire des excès, le médecin devrait toujours rechercher une syphilis possible du système nerveux.

Cas II. Un homme de cinquante-deux ans est un financier heureux depuis vingt-cinq ans. Il est marié, père d'une famille intelligente. Il est considéré dans la société comme le type de l'homme honnête et intègre. Un jour, il présente au public une proposition financière qui semble de tout premier ordre. Les gens ayant de l'argent à placer, rivalisent à qui aurait le privilège d'investir des fonds dans l'entreprise. Quelques mois plus tard, des amis intimes remarquent qu'il emploie un langage nouveau pour lui. Ils sont étonnés d'apprendre qu'il boit joliment et ils sont scandalisés d'entendre dire qu'il raconte des histoires malpropres et grivoises. On remarque aussi qu'il tâche d'éviter ses amis et on le rencontre sur la rue, en une ou

deux circonstances, en compagnie de femmes de mauvaise réputation. Alors, deux ou trois des actionnaires consultent un médecin sur la manière d'agir de cet homme. Le médecin leur dit que la conduite de cet homme indique plutôt un dérangement cérébral, d'origine syphilitique possible, et que son médecin de famille devrait faire en sorte de lui faire subir un examen médical complet. On parla de la chose à d'autres actionnaires et le résultat fut que ces deux ou trois actionnaires plus haut mentionnés furent presque chassés de la ville pour avoir osé prendre une telle initiative.

Eh bien! dans l'espace de trois mois, les finances de la compagnie furent complètement dissipées. Subséquemment, le malade est mis sous arrêt pour conduite indécente en public, et, un peu plus tard, il meurt de paralysie générale.

Cas III. Un homme de cinquante ans, mécanicien de locomotive, fait une convulsion, tombe de son banc, roule près du foyer de la locomotive et se brûle sérieusement. On le transporte à l'hôpital où il devient très agité, loquace et incontrôlable. On doit l'hospitaliser dans un hôpital pour les maladies mentales. L'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien donne une réaction fortement positive et le malade meurt dans les six mois. Une enquête révéla qu'au cours des trois ou quatre derniers mois, les amis intimes du patient l'avaient trouvé plutôt étrange. Il était exalté, euphorique, il avait des idées de grandeur, il achetait des choses inutiles, il parlait avec enthousiasme de bâtir de grands édifices, et il faisait de mauvais marchés. Il continua cependant son travail jusqu'à ce que cette quasi-catastrophe se produisît.

J'imagine que tout le monde est d'accord pour penser que la direction d'une locomotive moderne exige d'un mécanicien qu'il soit en possession de toutes ses facultés. En effet, il se présente des cas d'urgence où il faut décider instantanément ce qu'il y a à faire. Le fait d'avoir deux mécaniciens n'obvie pas complètement au danger, puisque seul le mécanicien au contrôle a la direction de la locomotive. Qu'arrivera-t-il alors si notre mécanicien, malade du système nerveux, a devant lui un problème qui exige une solution instantanée? Qu'il y ait hésitation dans l'action, soudaine confusion dans les idées, ou qu'une convulsion se produise au moment psychologique, et il peut arriver qu'un convoi de chemin de fer soit voué au désastre. En plus, il faut tenir compte d'une soudaine obsession de délire de grandeur produisant des troubles du jugement quant à la vitesse raisonnable et l'obéissance aux ordres. Qui sait si quelques-unes des nombreuses tragédies de chemin de fer, restées sans solution, n'ont pas été causées de cette façon.

Dans l'opération d'un système ferroviaire, il y a plusieurs individus qui, peut-on dire, tiennent la vie de leurs semblables dans leurs

mains. Il en est ainsi des expéditeurs de trains, des télégraphistes, des préposés aux signaux et de beaucoup d'autres.

Arrêtons-nous à penser aux vies qui sont exposées sur un convoi moderne si rapide de voyageurs; considérons la valeur de la propriété, les polices d'assurance sur la vie et contre les accidents, et l'on comprendra que tout cela est d'une très grande importance. Et cependant, si je suis bien informé, peu de grandes compagnies de chemin de fer, d'aviation ou autres, s'il s'en trouve même, à moins d'indications bien apparentes, exigent la réaction de Wassermann de leurs employés soit au moment d'entrer en service ou au cours d'examens périodiques subséquents. Il me semble que des épreuves spécifiques bien faites mettraient à jour quelques cas de syphilis, surtout dans les examens périodiques de l'employé de trente-cinq ans ou plus. Ceux d'entre nous, qui, depuis des années, dans les hôpitaux généraux et de maladies mentales, avons régulièrement soumis les nouveaux patients à la réaction de Wassermann, devons admettre avoir été déjoués plus d'une fois. Si des médecins d'hôpitaux pour maladies mentales, hommes d'expérience et à l'affût pour la découverte de la syphilis, laissent, par-ci par-là, échapper quelques cas, il est bien plausible que même des médecins généralement bien renseignés, examinateurs pour les grandes compagnies, en laissent échapper autant sinon plus.

La réaction de Wassermann, si négative, n'est peut-être pas d'une grande valeur, mais elle en acquiert beaucoup, si elle est positive. En plus de cela, les médecins viendraient en contact plus intime avec les employés et ils auraient ainsi l'occasion de les instruire: l'éducation en somme est d'une très grande importance. Dans ces groupes d'employés, se trouvent un grand nombre de jeunes gens sans expérience, qui gagnent un bon salaire, qui vivent bien, et qui ont du temps à dépenser dans les villes où ils ne sont que de passage; ces jeunes gens, je crois, retireraient un grand avantage d'une éducation sur la nature des maladies vénériennes et sur la prophylaxie médicamenteuse. Je pense aussi, qu'après un accident de chemin de fer, ceux qui en sont probablement responsables et qui y ont survécu, devraient subir un examen médical approfondi, en vue d'une syphilis cérébrale possible. S'ils sont tués dans l'accident, l'Etat devrait exiger un examen post-mortem sérieux. Je crois que tout individu qui a en mains la responsabilité de la vie et des biens des autres, doit à la société aussi bien qu'à lui-même, d'être indemne de cette maladie. L'Etat doit aussi fournir à chaque individu les moyens de se protéger contre ce péril.

Troisième point. En l'année 1917, l'honorable Athanase David, secrétaire de la province de Québec, parla publiquement des maladies vénériennes pour la première fois, je crois, dans l'histoire de la législation. En 1920, dans un congrès d'hygiène publique, tenu à Hull, province de Québec, devant un large auditoire composé de membres du clergé, de médecins, de religieuses, de gardes-malades et de citoyens en général, il parla franchement et ouvertement du péril vénérien. Il demanda l'appui et la coopération des membres du clergé et de la profession médicale pour l'éducation du peuple. Il fit appel à la population et lui conseilla d'employer les moyens de renseignement qu'on mettait à sa disposition et de considérer les maladies vénériennes comme toute autre maladie: les personnes atteintes de ces maladies doivent être traitées comme des malades et non comme des parias. Il démontra que seule la coopération du public en général dans l'éducation des hommes, des femmes et des jeunes gens, pouvait faire espérer l'amointrissement du péril vénérien. Pour qui connaît la province de Québec, celui-là sait qu'il fallait du courage à un homme pour se lever dans cette assemblée et parler ainsi.

Le clergé catholique romain répondit promptement et magnifiquement. Le clergé se renseigna à fond sur la question. On organisa des conférences. Des prêtres, des évêques et même des archevêques les présidèrent. Ces conférences furent faites par des médecins compétents. On y montra des vues animées et on y distribua de la littérature. Durant les années suivantes, on établit des centres de traitement gratuit, si bien qu'en 1931, quatre-vingts centres de traitement étaient en opération et près de cent soixante-quinze médecins bien formés y donnaient des traitements.

De leur côté, les prêtres au confessionnal attirent l'attention des pénitents qui avouent des irrégularités sexuelles, sur les dangers auxquels non seulement ils s'exposent eux-mêmes mais en même temps leurs femmes, leurs maris et leurs enfants. Les confesseurs conseillent à leurs pénitents de voir un médecin compétent. S'il y a lieu, on leur recommande les excellents centres de traitement où ils peuvent se faire soigner gratuitement. Ces centres de traitement, comme il arrive trop souvent, ne sont pas simplement des endroits où l'on reçoit le traitement, mais on s'y efforce de renseigner le malade. Aussi, au lieu de rester sans traitement ou d'aller consulter des charlatans ou des médecins peu avisés, les malades sont dirigés vers des médecins capables non seulement de donner un traitement scientifique et suivi, mais en même temps des conseils sûrs. Je crois

que nulle part ailleurs dans le monde entier, l'Eglise catholique romaine, ou aucune autre Eglise d'ailleurs, n'a coopéré aussi totalement avec la profession médicale pour éclairer le peuple sur cette question vitale. On réalise que le travail du clergé a accompli et accomplit encore un bien durable. Il en est résulté une entente plus franche et plus intelligente entre la mère et la fille, le père et le fils, et entre les jeunes gens de la communauté. Dans la province de Québec, en 1930, quarante-huit mille trente hommes, femmes et enfants furent soignés pour maladies vénériennes. En 1931, soixante-deux mille hommes, femmes et enfants reçurent le traitement. Il est clairement prouvé que l'augmentation dans le nombre des traitements n'est pas due au plus grand nombre d'infections nouvelles, car grand nombre de malades ont admis librement que leur maladie durait depuis une ou deux années. L'augmentation dans le nombre des traitements est donc le résultat direct de l'éducation du public. Il est très encourageant de constater l'intérêt croissant dans la sauvegarde de l'enfance. En 1930, (9) deux mille quatre cent cinquante-neuf enfants, et en 1931, (10) six mille cent soixante-dix enfants, furent traités pour maladies vénériennes. Le docteur A. H. Desloges, Directeur de la Division des maladies vénériennes pour la province de Québec, et la profession médicale en général ont accompli un travail splendide. La presse française a beaucoup aidé au travail. En 1931, (11) sept mille cinq cent quarante hommes et femmes se présentèrent d'eux-mêmes pour avoir un examen complet. Quelques-uns d'entre eux avaient eu une maladie vénérienne dans le passé et voulaient savoir s'ils en étaient guéris. Tous d'ailleurs voulaient s'assurer, avant le mariage, qu'ils étaient en lieu de procréer des enfants sains.

Conclusions. Le travail splendide accompli dans la province de Québec devrait être un stimulant pour tous et devrait nous aider à regarder l'avenir avec plus de courage et de détermination. Les résultats qu'on a obtenus là nous montrent que lorsque des hommes sérieux et sincères présentent sans crainte la vérité non fardée au public, celui-ci leur accorde le respect, la confiance et la coopération. C'est ainsi que dans la province de Québec, le laboureur et l'ouvrier sont censés mieux connaître ce problème que ne le connaissent beaucoup de gens de sphère sociale plus élevée, ailleurs. Les meilleurs spécialistes et les laboratoires les mieux outillés du monde font peu de bien si le public n'est pas renseigné sur les grands services qu'ils peuvent rendre. Ces spécialistes sont presque inutiles, s'il ne font que traiter les malades sans les instruire en même temps.

Puisque l'éducation bien faite du public doit venir de la profession médicale, il est tout juste de demander aux écoles de médecine de donner un enseignement plus complet sur les maladies vénériennes. En plus de posséder des notions cliniques plus complètes, l'étudiant de demain devra mieux comprendre les répercussions d'ordre moral et social que produit le mal vénérien.

Du fait que les instituteurs peuvent faire beaucoup par leur contact journalier avec les enfants de six ans et plus, les Ecoles supérieures, les Collèges et les Ecoles normales pourraient facilement donner un cours utile et faire naître chez ces instituteurs de demain, un intérêt et une connaissance qui leur permettraient de coopérer avec l'officier médical de santé.

Les officiers de santé devront être habiles non seulement en ce qui concerne les maladies vénériennes, mais aussi en matière d'organisation. Ils devront être capables de travailler en coopération étroite avec les médecins des alentours, les gardes-malades, les visiteuses du service social, les instituteurs, les membres du clergé, les organisations de femmes, d'hommes, de parents et instituteurs de scouts et autres organisations. Mon expérience est peut-être unique, mais je suis encore à rencontrer un scout ou un ex-scout qui souffre de maladie vénérienne.

J'ai demandé à un grand nombre de garçons où ils avaient puisé ce qu'ils possédaient de connaissance en fait de matière et d'hygiène sexuelles, surtout la première notion qu'ils pouvaient se rappeler. Mes recherches m'obligent à conclure que peu de parents, dans aucune sphère sociale, sont aptes à renseigner leurs enfants sur ce problème sérieux ou désirent le faire. Il en résulte que les jeunes gens ne sont pas renseignés, ou qu'ils se renseignent dans la rue. Il me semble que dans une société bien constituée, l'on pourrait facilement établir des cliniques où parents et enfants apprendraient ces choses.

La formation de saines sociétés sportives dans tous les centres serait un bon placement pour promouvoir une santé morale et mentale. Il n'y a pas de meilleur moyen d'idéaliser l'énergie de la jeunesse et même des adultes.

La presse et la radio, si l'on s'en sert judicieusement, pourraient rendre de grands services.

Je crois qu'il faudra, quelque jour, étudier l'opportunité de la prophylaxie médicamenteuse, surtout en l'appliquant à des groupes choisis, tels que soldats, matelots et employés de chemin de fer. Dans

ce cas, il serait sans doute possible d'adopter un plan semblable à celui qu'avaient adopté les forces expéditionnaires des Etats-Unis pendant la Grande Guerre.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAGGARD, HOWARD W. — *Devils, Drugs and Doctors*, Pages 239, 244
2. MACLAURIN, C. — *Mere Mortals*, Page 53.
3. MACLAURIN, C. — *Mere Mortals*, Page 53.
4. HUTCHINSON, WALTER. — *History of the Nations*, Vol. III, Page 1516.
5. POENARU, CAPLESCU. — *Diseases of Illustrious Persons*. *Foreign Letters*, J.A.M.A. 93: 1004-5, 1929.
6. QUERIES AND MINOR NOTES. — *The Paresis of Guy de Maupassant*. J.A.M.A. 69: 1555, 1927.
7. VOIVENEL, P. et LAGRIFFE, L. — *Paralysies—Effets sur le génie de Guy de Maupassant*, *Chron. Méd.* 36: 141-144; 1929.
8. HELLER, J. — *Kann die geringe Paralysesterblichkeit der hervorragenden Bühnenkünstler Deutschlands auch konstitutionall bedingt sein*. *Deutsche Med. Wehnschr*, 54: 1029. 1928.
9. Sommaire du Rapport de la Division des maladies vénériennes, province de Québec, 1931.
10. Rapport annuel du Dr Desloges — opérations de la Division du service provincial d'hygiène, province de Québec.
11. Rapport du Dr Desloges à l'hon. Athanase David, 29 février 1932.

REVUE DES LIVRES

F. BREMER, H. COPPEZ, G. HIGGUET, et P. MARTIN. — **Le syndrome commotionnel tardif dans les traumatismes fermés du crâne.** Rapport présenté au VI^e congrès d'Oto-neuro-ophtalmologie, à Montpellier. Revue d'O. N. O., mars 1932.

Les auteurs ont rédigé un rapport conjoint et se sont efforcés de mettre en relief les aspects objectif et organique du syndrome commotionnel résultant d'anciens traumatismes fermés du crâne.

La *sémiologie subjective* comprend les *céphalées* diffuses, exacerbées par les changements de position de la tête; les *étourdissements*, spontanés ou provoqués par les mouvements brusques de la tête, et caractérisés par la projection d'un voile devant les yeux ou d'un brouillard parsemé d'étincelles, ou encore par de l'instabilité statique sans sensation de giration; la *nervosité*, représentée ici par l'hyperesthésie visuelle et auditive, l'hyperémotivité et l'extrême sensibilité à l'alcool; l'*insomnie*; l'*asthénie mentale* et la *dysmnésie*, celle-ci, surtout marquée pour les faits récents. A ces signes subjectifs généraux s'ajoutent des signes subjectifs spéciaux: les signes ophtalmologiques et otologiques.

Les troubles ophtalmologiques subjectifs les plus fréquemment observés sont les troubles *asthéniques* et les troubles *hypertensifs*. Les premiers comprennent: l'*asthénie rétinienne* mise en évidence par une fatigabilité rapide et douloureuse à la lecture; le *rétrécissement concentrique* du champ visuel et la *baisse de l'acuité visuelle*, d'ailleurs variable d'un jour à l'autre.

Les troubles otologiques subjectifs se réduisent aux *bourdonnements d'oreilles* et aux *vertiges vrais*. Ceux-là sont rares et s'observent surtout à l'occasion de lésions de l'organe périphérique; ceux-ci, plus fréquents, reproduisent l'ensemble des réactions obtenues au cours du vertige provoqué.

La *sémiologie objective* tire son intérêt des symptômes neurologiques et somatiques généraux, des symptômes ophtalmologiques, otologiques, radiologiques, encéphalographiques et liquidiens.

Les symptômes *neurologiques* et *somatiques* absolument certains n'existent pas. On peut toutefois invoquer comme fréquents, la tachycardie, l'exagération de la réflexivité tendineuse, le tremblement, l'amaigrissement et l'instabilité thermique.

Parmi les symptômes *ophtalmologiques*, les signes tonoscopiques sont les plus importants. Dans 70% des cas, il existe de l'hypertension artérielle rétinienne. Au delà de 60, le syndrome commotionnel devient très sérieux

L'hypertension du l.c.r. n'accompagne l'hypertension artérielle que dans 9% des cas: il n'y a par conséquent pas de parallélisme. La stase veineuse vraie n'a jamais été rencontrée, mais il existe assez souvent des signes légers d'œdème papillaire. La tension de la veine centrale de la rétine est la même que celle du l.c.r. Un moyen assez simple de déterminer l'hypertonie ou l'hypotonie veineuse consiste à observer le calibre de la veine au moment de l'application du dynamomètre: dans le premier cas, la pulsation précède l'écrasement et dans le second, la veine s'écrase en une fois.

Les troubles *pupillaires* n'offrent rien de probant. Il en est de même des modifications du réflexe oculo-cardiaque. Le syndrome de *Mann* n'appartient pas en propre aux commotionnés.

Les *symptômes otologiques* les plus précis sont fournis par l'examen vestibulaire. Ils peuvent exister seuls. Ils consistent surtout en des phénomènes déficitaires. Les vertiges et les signes d'hyperexcitabilité disparaissent après un an s'ils sont d'origine labyrinthique. S'ils persistent plus longtemps, on doit les considérer comme l'expression de lésions centrales. Dans la plupart des cas la réaction calorique est diminuée. L'hyperexcitabilité porte surtout sur les canaux verticaux. Les épreuves galvanique et rotatoire décèlent moins souvent l'hyperexcitabilité. Les épreuves *cochléaires* sont souvent paradoxales et ne mettent pas à l'abri des simulateurs. Le symptôme de *Muller*, ou dilatation des petits vaisseaux du tympan dans sa partie haute se rencontrerait dans la moitié des blessés cranio-encéphaliques, mais sa valeur sémiologique est discutable.

Les symptômes *radiologiques* lorsqu'ils sont précis, sont d'une objectivité qui entraîne la conviction. Les traits de fracture sont difficiles d'interprétation; seules les radios perpendiculaires à la lésion permettent d'affirmer qu'il y a une fracture. Les épreuves encéphalographiques rendent compte du remplissage des ventricules latéraux, de leur augmentation de volume ou de l'agrandissement du ventricule latéral du côté où a porté la lésion. Dans ce dernier cas, la paroi externe du ventricule est très souvent attirée vers la paroi du crâne. L'épilepsie traumatique est souvent traduite radiologiquement par l'accumulation considérable d'air dans les espaces sous-arachnoïdiens. Les encéphalographies et ventriculographies ne sont pas dangereuses.

L'*anatomie pathologique* des commotionnés est très restreinte. On a décrit des kystes sous-duremériens, de l'arachnoïdite circonscrite, des foyers microscopiques de contusion cérébrale, des adhérences cranio-méningées et des lésions péri-vasculaires diffuses. Par ailleurs les travaux expérimentaux sur la cicatrisation par prolifération conjonctivo-gliale ont permis de mettre en évidence les déviations ventriculaires qui objectivent si bien les substratums de l'épilepsie et de certains signes autrefois classés comme purement subjectifs. Du côté de l'appareil cochléo-vestibulaire, les lésions consistent essentiellement en hémorragies des espaces péri-lymphatiques qui s'objectivent par des symptômes vestibulaires ordinairement fugaces.

La *pathogénie* des syndromes commotionnels tardifs est obscure. Il est admis que l'intégrité de la boîte crânienne rend l'ébranlement vibratoire plus intense et favorise les désordres vasculaires. Les troubles vasculaires déjà mis en évidence par l'hypertension rétinienne qui est habituelle, rendent compte des bourdonnements d'oreilles et des vertiges. Les désordres par

ébranlement se compensent le plus souvent; par contre, les troubles dûs à une effraction vasculaire sont le plus souvent définitifs. La réalisation d'un syndrome post-commotionnel doit faire envisager la possibilité des mécanismes suivants: lésions ganglio-névrogliques, adhérences, ramollissements focaux, l'hyperhémie, les modifications dans la composition du l.c.r., — celles-ci ont été mises de côté, parce que vraiment exceptionnelles, — les réactions individuelles du sujet, (sinistrose).

La *thérapeutique* préventive est trop connue pour qu'il soit nécessaire de redire les procédés habituels. La thérapeutique du syndrome tardif sera symptomatique: repos, sédatifs, modificateurs de la tension liquidienne etc. Souvent l'insufflation lombaire (25 à 100cc. d'air) a donné d'excellents résultats contre les céphalées. Dans certains cas une opération pour lésion focale pourra entraîner de véritables guérisons.

Le *pronostic* que l'on doit porter chez ces malades domine la question *médico-légale de ces cas*. Il s'agit d'éliminer tout d'abord la sinistrose et de rechercher les signes vraiment objectifs. Cependant un faisceau important de signes subjectifs doit également être considéré. Chez ceux-ci, commotionnés du premier degré, les rapporteurs accordent jusqu'à 50%; chez ceux-là, commotionnés du second degré, véritables impotents, l'évaluation du dommage va jusqu'à 100%.

Jean SAUCIER.

MÉDECINE PRATIQUE

LITHIASES URINAIRES

Quelques formules

1 — Lithiase urique.

Emploi des alcalins — soude ou lithine.

℞ Carbonate de soude	6 grammes.
Acide benzoïque	2 grammes.
Phosphate de soude	10 grammes.
Elixir aromatique	30 cc.
Eau distillée jusqu'à	250 cc.

Sig:—Une cuillerée à dessert dans un verre à vin d'eau chaude trois fois par jour. Cure de 15 jours chaque mois.

2 — Lithiase oxalique.

Les alcalins sont inefficaces. Il faut employer des acides ou des diurétiques.

℞ Phosphate acide de soude	15 grammes.
Elixir simple	30 cc.
Infusion de buchu jusqu'à	250 cc.

Sig:—Une cuillerée à dessert dans un demi-verre d'eau trois fois par jour. Cure de six semaines.

3 — Lithiase urinaire alcaline.

a) Essences et résines — buchu — térébenthine, etc.

b) Substances anti-fermentescibles — salol-benzoate de soude — urotropine.

℞ Benzoate de soude	} à	0.25 centgr.
Salicylate de soude		

Pour un cachet.

Sig:—Un cachet trois fois par jour pendant les repas.

℞ Urotropine — 0 gr. 25 centigrammes.

Pour un cachet.

Sig:—Un cachet trois fois par jour.

Ne pas oublier que les lithiases urinaires doivent être traitées par un régime approprié.

La dérivation intestinale — les bains — les massages et l'exercice sont des moyens à employer.

Louis FORTIER.

ANALYSES

MEDECINE

PIERRE OURY et JEAN COTTET. — **Valeur seméiologique des battements épigastriques de l'aorte abdominale.** Soc. de Gastro-Entérologie de Paris. Séance 14 mars 1932.

En examinant un malade souffrant de son tube digestif, il arrive fréquemment de percevoir des battements épigastriques de l'aorte abdominale. Ces battements épigastriques ont-ils une réelle valeur pour le diagnostic d'un trouble organique ou fonctionnel? C'est la question que se posent les auteurs en dirigeant leurs recherches sur 30 malades, pris au hasard, à leur consultation de gastro-entérologie.

Quelle en est la genèse et la signification? Trouble neuro-endocrinien, cardio-vasculaire, leïsthénie, sympathoses, solarite? Autant de questions encore sans réponse définitive.

Toutefois, sur les 30 malades examinés, 2 seulement ont présenté des lésions organiques (cholécystite chronique, et séquelle d'appendicectomie).

Quant à la ptose, soupçonnée génératrice des battements épigastriques, dans 14 cas il y avait ptose colique avec estomac normal dans 2 cas.

Ni les réflexes oculo-cardiaque et solaire n'ont pu fournir de conclusions précises parce que trop variables. Mais comme test appréciable, c'est l'étude de l'indice oscillométrique qui s'est montré le plus important et chez des sujets souffrant ni d'hypertension artérielle ni d'insuffisance aortique ou d'hyperthyroïdie. Dans 22 cas, le rapport oscillométrique s'est montré supérieur (de trois divisions) à la normale.

Les conclusions des auteurs seraient que les battements épigastriques de l'aorte abdominale ne traduiraient nullement l'idée d'une affection organique ou d'une ptose, mais serait plutôt l'écho d'un trouble neuro-végétatif général à prédominance sympathique.

J. Alfred MOUSSEAU.

CHIRURGIE

CAVE HENRY W. — **Les tumeurs de l'intestin grêle.** Annals of Surgery. Vol. XCVI, no. 2, août 1932.

Les tumeurs de l'intestin grêle sont plutôt rares. Elles peuvent survenir à toute âge. Dans la série rapportée par l'A. l'âge varie de quatre ans à soixante-et-onze ans. Le diagnostic précoce se base sur l'étude de symptômes du début qui ne sont pas toujours négligés des malades lorsque l'on veut bien se donner la peine d'un interrogatoire sérieux. La radiographie est vraiment un moyen utile pour localiser ces tumeurs.

Le traitement de choix est la résection immédiate de la tumeur et de la région lymphatique correspondante faite en un temps lorsqu'il n'y a pas d'obstruction. 4 des malades rapportés par l'A. sont morts en dedans de huit jours après l'opération, ayant présenté au moment de leur admission un syndrome d'obstruction complète ou partielle.

Dans les tumeurs bénignes le pronostic serait bon tandis que dans les tumeurs malignes il serait plutôt défavorable.

Mercier FAUTEUX.

KLINGENSTEIN PERCY. — Résultats éloignés du traitement chirurgical dans le cancer du sein. *Annals of Surgery*, Vol. XCVI, no. 2, août 1932.

L'A. étudie 57 cas de cancer du sein opérés dans le service de chirurgie du Mount Sinai Hospital. Chez tous ces malades un examen histologique avait confirmé la nature exacte de la tumeur.

2 malades sont morts des suites opératoires, l'un d'infection, l'autre d'un accident cérébral. Sur les 55 autres malades, 13 furent opérés il y a plus de 10 ans; 2 seulement sont encore vivants et un présente des métastases. 7 furent opérés en 1923; 4 sont morts et les 3 autres ont été perdus de vue.

Sur les 9 patients opérés en 1924, 2 sont vivants et en bonne santé; 1 a été perdu de vue et les 6 autres sont morts avec une survie post-opératoire d'une moyenne de trois ans.

En 1925 11 cas furent opérés; tous ces cas ont été suivis; 7 sont morts, 4 sont vivants et en bonne santé. En 1926 18 cas furent opérés; 4 furent perdus de vue; 9 sont morts et 5 sont vivants et en bonne santé.

L'A. conclut que les résultats éloignés dans le traitement du cancer du sein sont loin d'être encourageants et croit que seul un diagnostic plus précoce peut laisser espérer des résultats meilleurs pour l'avenir.

Mercier FAUTEUX.

OBSTÉTRIQUE

JEAN DALSACE. — Observations d'infections graves en rapport avec la puerpéralité, traitées par des transfusions de sang préparé. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, Juin 1932).

L'A. rapporte 54 cas de septicémies puerpérales traitées par l'immuno-transfusion.

L'Immuno-transfusion consiste à donner à la malade le sang d'un donneur vacciné contre le germe pathogène en cause.

La vaccination des donneurs. Le donneur peut être un convalescent récent, il peut être préparé avec le germe même du receveur, enfin il peut être vacciné par injections de stock-vaccins. Les deux premières manières de vaccination sont celles qui donnent le plus de résultat mais nous nous heurtons à deux difficultés. La convalescente d'une septicémie accepte difficilement de venir donner son sang à une autre malade. D'autre part l'isolement

du germe et la préparation d'un vaccin lorsque la culture est positive sont des opérations longues dont il ne faut pas attendre le résultat pour commencer la transfusion. Il faut donc le plus souvent se servir de donneurs vaccinés avec des stock-vaccins.

La transfusion doit être une transfusion de sang pur, sans adjonction d'anti-coagulants.

L'auteur transfuse de 150 à 200 c.c. à la fois et répète au besoin jusqu'à chute de température. Aucun antiseptique n'est employé, seuls le vaccin et l'abcès de fixation complètent le traitement.

La mortalité sur les 54 cas a été de cinquante pour cent. L'A. accuse de cette mortalité élevée le retard dans la transfusion. Les malades n'étaient amenées qu'après échec de toutes les autres thérapeutiques, avec des complications cardiaques, rénales, méningées ou péritonéales.

Alfred Le ROY.

GYNECOLOGIE

F. H. A. MARSHALL. — **Récents recherches sur les hormones dites sexuelles et leur production cyclique.** *British Medical Journal*, 6 août 1932.

Après de nombreux chercheurs M. apporte sa contribution à l'étude intéressante des effets des hormones sexuelles et de leur stimulation par l'activation de la glande pituitaire antérieure. Les résultats qu'il a obtenus avec les extraits glandulaires, ovariens en particulier sont déconcertants et ce n'est grâce qu'aux nouveaux produits dosés et titrés suivant la méthode Allen et Doisy qu'il a réussi à amener les phénomènes d'induction du cycle oestrien chez les animaux inférieurs et de la menstruation chez les grands mammifères. Comme point pratique M. croit qu'il faut se limiter cliniquement aux indications bien précises où la production du cycle menstruel est recherchée avant d'employer ces médicaments.

Léon GERIN-LAJOIE.

ETIENNE MAY. — **Les acroparesthésies de la ménopause.** *Gazette Médicale de France et des Pays de Langue Française*, 1er juillet 1932.

Ce syndrome sensitif des extrémités caractérisé par des sensations anormales et mal définissables où dominent l'eugourdissement et les fourmillements, bien qu'il ne soit pas exclusif à la femme, ni même chez celle à l'approche de la ménopause, a été rencontré le plus souvent chez ces dernières par M. qui veut qu'il soit causé par un déséquilibre endocrinien. De fait, il le rattache plus particulièrement au grand syndrome vaso-moteur de la ménopause, dépendant de troubles congestifs ou ischémiques au niveau des vasa nervorum, si toutefois il n'existe aucune lésion nerveuse organique, polyneurvite, tabès, rhumatisme vertébral. Seule l'opothérapie ovarienne bien comprise semble avoir donné raison à l'auteur dans ces cas.

Léon GERIN-LAJOIE.

PEDIATRIE

J. SOLAZAR de TOUZA. — **La rachi-anesthésie chez les enfants.** (Archives de Médecine des enfants, août 1932).

M. J. Solazar de Souza fut un des premiers à employer la rachi-anesthésie chez les adultes. Les premiers essais chez les enfants remontent au 11 octobre 1928, pour un opéré d'astragalectomie, à qui il injecta 0cc. 10 de novocaïne adrénaline à 5 pour 100.

Les céphalalgies, vomissements, courbatures, parésies de la vessie, etc. fréquentes après l'opération, ne lui ont pas fait tenir cette anesthésie comme pratique courante se superposant à l'anesthésie générale. Ses essais sur les enfants furent pour ainsi dire forcés: il se proposait de faire des études sur le calcium du liquide céphalo-rachidien et recherchait une large récolte de liquides à peu près normaux, i.e. dans maladies nerveuses, pour passer ensuite à l'étude sur ces cas, et il décida de faire toutes les opérations compatibles avec la rachi-anesthésie, pour profiter des liquides.

Toutes les complications consécutives, propres à l'adulte, sont rares chez les enfants, et d'autant plus qu'ils sont plus jeunes. La possibilité d'une prédisposition aux réactions méningitiques, si fréquentes chez les enfants, pouvait constituer une contre-indication; mais la ponction répétée au bout d'une semaine a permis de vérifier que le liquide était normal. A partir de ce moment la rachi-anesthésie a conquis le service du professeur J. Solazar de Souza.

Forgue, ainsi que Cross (Prague) s'opposent à cette pratique. Il n'est pas fait mention d'aucun argument. Gosset écrivait en 1922: "Si nous avons quelque répugnance à l'employer chez les enfants qu'elle peut impressionner, etc. "L'auteur ajoute: c'est un critère absolument personnel, état d'esprit humain, mais qui ne nous est pas imposé comme une contre-indication. Rocher a proclamé l'absence d'arguments d'ordre biologique ou technique à l'encontre du procédé.

La technique est la suivante: ponction sur la ligne médiane de la II à la IV^e lombaire, solution 5 pour 100 novocaïne-adrénaline (minimum 0,025 jusqu'à 0,10 au maximum, selon l'âge et l'intervention).

L'expérience du professeur J. Solazar de Souza porte sur 540 cas, opérés depuis le 17 octobre 1928 jusqu'au 29 février 1932. L'âge des sujets: de 32 jours à 14 ans; 26 durant la première année.

Comme chez les enfants la moelle descend plus bas, et la capacité du canal rachidien et la quantité de liquide sont moindres, cela fait que, par l'anesthésie lombaire, — dit l'auteur — nous avons un plus large champ d'action. Ainsi, ont été opérées des hernies ombilicales, appendicites, laparatomies différentes, gastrostomie, et même deux splénectomies.

Les complications post-anesthésiques sont nulles chez les enfants au-dessous de quatre ans, et seulement au-dessus de cet âge, nous avons eu quelques cépha'algies et de la torpeur; deux cas de parésie transitoire de la vessie (enfants de trois et sept ans).

L'auteur croit que les 156 cas rapportés par lui d'enfants au-dessous de quatre ans rachi-anesthésiés, seront suffisants pour faire lever l'anathème.

Les vomissements, loin de représenter un excès de drogue, représentent des doses plutôt petites, insuffisantes pour annihiler les réflexes, et on les arrête en mettant transitoirement la tête de l'enfant en position de Rose.

Gaston LAPIERRE.

H. ROUECHE. — **Oto-rhino-laryngologie et Pédiatrie.** ("Archives de Médecine des enfants", août 1932).

L'auteur fait d'abord ressortir la nécessité de collaboration entre les pédiatres et les oto-rhino-laryngologistes.

Amygdales, végétations et tuberculose. — Ancienne question, déjà étudiée par Moure et Lermoyez. Une septicémie bacillaire ou une méningite tuberculeuse peuvent être consécutives à l'ablation d'amygdales ou au curettage du cavum, chez les sujets tuberculeux. De là, nécessité de la cuti-réaction à la tuberculine et abstention si elle est positive. De plus, l'apparence générale de l'enfant peut donner lieu à quelques observations (chétivité, pâleur, maigre, suppuration auriculaire douteuse). L'étude du milieu peut aussi donner des indications précieuses.

Amygdales et infections secondaires. — On ne pourrait fournir la preuve que les virus trouvent dans les amygdales une voie d'élection. C'est un "abri favorable" simplement. Cependant la grande majorité des otologistes conseillent d'enlever les amygdales, dont la présence peut faire courir à l'organisme un danger constant. M. W. Moure, Dufourmentel et Maurice Renaud sont plus réticents.

Amygdalectomie. — Pour un grand nombre d'auteurs, les résultats de l'amygdalectomie sont à peu près constamment favorables au point de vue local et général. Ils sont nettement supérieurs à ceux de l'amygdalectomie partielle. Le streptocoque et les foyers infectieux peuvent siéger partout; donc l'ablation totale s'impose. Les opérés doivent être hospitalisés, au moins pendant les heures qui suivent. Il est vraiment regrettable de voir que des enfants doivent regagner leur domicile dans l'heure qui suit. Un vœu récent du Parti de la Santé publique en France réclame l'hospitalisation de ces petits opérés.

Vomissements habituels et sténoses de l'oesophage. — A la base des vomissements fréquents au début de la vie, se trouvent souvent des atrésies congénitales des voies digestives et notamment de l'oesophage. Ce sont des sténoses incomplètes sur lesquelles viennent se greffer des lésions inflammatoires. Le rejet de l'aliment se produit sans nausée, ni effort, presque immédiatement après l'absorption; vomissement inodore et mucus abondant; périodes d'accalmie et périodes de recrudescence; constipation fréquente; poids et taille déficitaires. L'oesophagoscopie, qui doit toujours être pratiquée, montrera les modifications de la muqueuse et la présence du rétrécissement. Le cathétérisme progressif amène en général assez rapidement la guérison de ces sténoses.

Otites et méningites lymphocytaires simulant la méningite tuberculeuse. — Méningites à allure souvent bénigne et traînante, qui simulent la méningite tuberculeuse, et qui connaissent pour cause une otite compliquée et qui sont guéries par un évidement pétro-mastoïdien.

Les sinusites chez les enfants. — A l'autopsie d'enfants ayant succombé en quelques jours à la suite d'infections méningées, on a été étonné de trouver les sinus frontaux remplis de pus, et on est en droit de demander si l'infection des sinus si difficile à déceler n'a pas été le point de départ de la méningite. Il faut toujours faire un examen complet des oreilles et des sinus avec une radiographie complémentaire des sinus et des mastoïdes. Enfin la technique radiographique des mastoïdes et des sinus se précise de jour en jour et ne peut qu'apporter des indications utiles au diagnostic.

Gaston LAPIERRE.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

TREVES A. — **Fractures de Dupuytren vicieusement consolidées.** Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris. No. 33, 1931.

L'auteur rapporte l'observation d'une malade qui se présenta pour un œdème considérable de la partie inférieure de la jambe, survenue à la suite d'une fracture de Dupuytren ancienne. La radiographie démontra l'existence d'une consolidation osseuse mais avec déplacement externe marqué. La réduction sanglante suivie d'une immobilisation plâtrée pendant deux mois donnèrent un excellent résultat.

D'après l'auteur toutes les fractures avec déplacement devraient être réduites sous le contrôle de la radioscopie. Il n'est pas nécessaire de procéder avec hâte et il est souvent utile d'attendre cinq à six jours, surtout si l'œdème est considérable. L'immobilisation en hypercorrection est indispensable; l'ostéosynthèse surtout avec les plaques métalliques est souvent nuisible. Si la fracture est haute, il sera souvent nécessaire de faire l'astragalectomie pour obtenir la correction suffisante.

Au cours d'une discussion qui suivit le rapport de l'auteur, Massart émit l'opinion que la consolidation vicieuse est fréquente à la suite d'une fracture de Dupuytren. Si le pied a été maintenu en valgus ou en équinisme, la marche est pénible et douloureuse, et le malade se présente trop tard, alors qu'une ostéosynthèse est inutile. Si la fracture est ancienne, l'astragalectomie, suivie de la correction de l'axe du péroné est l'intervention de choix. Le drainage est inutile, et le pied doit être maintenu en varus. D'ordinaire la marche, qui devient alors très satisfaisante, est possible après trois ou quatre mois.

Edouard DUBE

PHTISIOLOGIE

A. BERNOU. — **Regards sur une statistique ancienne de phrénicectomies.** Journal Médical de Lysin, juillet 1932.

L'auteur analyse une statistique, après un recul de un à cinq ans, sur un groupe de 52 tuberculeux opérés pour phrénicectomie, dont 48 en présentaient des lésions que dans un seul poumon ou ne présentaient du côté opposé que des lésions peu étendues et non évolutives. 33 excellents résultats furent obtenus avec effacement radiologique important et stérilisation de l'expectoration; soit donc une proportion de 63.4%.

Après diverses considérations sur les indications qui ont motivé cette intervention, Bernou émet l'opinion qu'il faut être plus réservé quant aux indications de la phrénicectomie qui amène une paralysie diaphragmatique gauche; à cause des troubles cardiaques ou gastriques ou aérocoliques qui surviennent après cette intervention.

Comme conclusion: la meilleure indication de la phrénicectomie semble, pour l'auteur, être la caverne relativement fraîche, isolée dans un parenchyme sain. Les tuberculoses fibro-caséuses ou ulcéro-caséuses denses déjà fortement retractées, ne sont que des indications médiocres pour la phrénicectomie. L'auteur conseille simultanément une cure de repos prolongé en position décline, et de cubitus latéral ou ventral selon la topographie de la lésion. La proportion très favorable des résultats obtenus n'est due qu'au choix judicieux des indications.

J. A. VIDAL

MEDECINE LEGALE.

L. TONELLI — **Un nouveau signe précoce de la mort.** "Il Policlinico" no. 6, 1932. Reproduit dans le *Siècle Médical* et dans la *Revue Internationale de Criminalistique*, no. 4, 1932.

L'auteur nous propose un nouveau signe précoce de la mort, simple dans son application et dont la constance est appuyée par une statistique de 655 observations.

Ce signe consiste dans la déformabilité pupillaire précoce, après la mort; la pupille cède à la pression exercée sur le globe oculaire et prend différentes formes suivant la multiplicité des points d'application. On ne peut constater cette propriété chez l'homme vivant.

En plus des 655 cas de mort avérée où le signe s'est montré positif, l'A. nous rapporte 6 cas de mort apparente où la pupille résiste à la pression oculaire. L'A. ne considère pas ce nouveau signe comme le signe absolu de la mort réelle mais il le croit plus constant et surtout plus simple que les autres signes proposés jusqu'ici.

Jean M. ROUSSEL.

LEON CHABROL. — **Sur un cas d'intoxication par teinture de chaussures.** Le *Centre Médical*, mars 1932; dans *Revue Internationale de Criminalistique*, no. 4, 1932.

La gravité de l'intoxication par l'aniline est bien connue; moins connue est sa pénétration dans l'organisme à travers la peau saine (en raison de son action dissolvante sur les lipoides), par le port de bas ou de chaussures, teintes avec des teintures à base d'aniline.

Les femmes et les enfants sont plus sensibles à l'action du toxique. L'A. rapporte l'observation d'une jeune femme de 21 ans, qui présenta tous les signes caractéristiques de l'intoxication pour avoir porté pendant 2 heures, des chaussures teintes 12 heures auparavant.

Les symptômes furent les suivants: céphalée vague puis oppression; apparition de la teinte asphyxique spéciale, dite "cyanose ardoisée," le visage est à la fois livide et cyanotique, le teint plombé, les lèvres violettes, nausées, pouls filiforme et rapide, sueurs et refroidissement des extrémités.

Cet état s'explique par l'effet toxique de l'aniline sur le sang: transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine, pigment de couleur brun chocolat, impropre à la respiration; il faut y joindre les effets sur le cœur et le système nerveux.

La sensibilité vis-à-vis du toxique est toujours plus grande après une première intoxication et l'into'érance se manifeste alors même avec des doses infimes. La malade en fournit la preuve quinze jours plus tard, alors qu'elle remit les bas qu'elle portait le jour de sa première intoxication. Ces bas avaient été bien lavés, et apparemment débarrassés de la teinture; néanmoins, après les avoir portés quelques heures, elle présenta des signes atténués d'intoxication.

Le traitement s'est borné à une thérapeutique tonicardiaque.

Jean M. ROUSSEL.

LABORATOIRE

J. W. BRITTINGHAM et S. F. ROSEN, AUGUSTA, GA. — **Effet de l'ingestion d'alcool sur les réactions de B. Wassermann, Kahn et Hinton.** (The effect of ingestion of alcohol on Wassermann, Kahn and Hinton tests.) The American Journal of Syphilis, Juillet 1932, page 403.

Depuis le rapport de Craig et Nichols publié en 1911, la majorité des sérologistes a cru que l'absorption d'alcool pouvait négativer la réaction de B. Wassermann dans un grand nombre de cas. Les auteurs avaient basé leur énoncé sur l'observation de 9 cas qui présentaient d'abord un B. W. et qui après ingestion d'alcool à des doses variant de 90 cc. à 240 cc. avaient présenté un B. W. négatif. Des constatations semblables avaient été faites par Hough dans 9 cas également. Le hasard ayant fourni à B. et R. l'occasion d'observer quelques cas où le B. W. n'était pas modifié après absorption d'alcool, ces auteurs ont décidé de reprendre l'expérience sur une plus large échelle, soit 20 cas. 18 cas de syphilis non traitée n'ont pas présenté de modifications appréciables de leur B. W. après absorption d'alcool; un cas de syphilis traitée ayant: B. Wassermann; — — — —; Kahn; + + + +; et Hinton, — — — —; a donné, une heure après ingestion d'alcool: B. W. + + + +; Kahn +; Hinton — — — —. D'autres échantillons prélevés chez le même malade ont fourni des B. W. — — — — et des Kahn + + + +.

Un autre cas présentant: B. W. +; Kahn + + +; Hinton douteux, a donné 7½ et 9½ heures après absorption d'alcool: B. W. — — — —; Kahn. — — — —.

Deux fois le Kahn s'est montré plus faible et deux fois il est devenu négatif après prise d'alcool.

Dans 5 cas, le Hinton n'a été que peu modifié; dans 13 cas, il n'y a eu aucun changement.

Quelques réactions ayant semblé augmenter après ingestion d'alcool, un patient traité antérieurement pour syphilis et présentant un B. W. — — — — a été soumis au régime alcoolique et observé. Toutes les réactions sont demeurées — — — —.

Chaque patient a absorbé de 90 cc. à 450 cc. d'alcool dilué dans de l'eau; le sang a été prélevé d'abord une heure après absorption d'alcool, puis à plusieurs reprises pendant 2 à trois jours consécutifs.

Des variations semblables à celles mentionnées plus haut ont été observées chez des patients non traités et non soumis au régime alcoolique lorsque leur B. W. a été fait tous les jours pendant 10 à 12 jours consécutifs.

Craig a observé des réactions spontanées; ce que Stokes appelle les vagues des variations sérologiques.

Le B. Wassermann utilisé était le B. W. modifié de Noguchi; le Kahn était le K. régulier et le Hinton était la deuxième réaction de l'auteur.

En résumé, les effets de l'alcool sur le B. Wassermann ont été surestimés. L'alcool semble n'avoir que peu d'effet sur les réactions sérologiques. Il s'agirait plutôt d'une question de sensibilité dans les réactions.

A. BERTRAND.

PIRCHAN, AUG., and SIKL, H. — Cancer of the lung in the miners of Jachymov (Joachimstal). Am. J. Cancer 16: 681, 1932.

Par l'examen clinique systématique et par des autopsies, les auteurs ont trouvé que le cancer du poumon est très fréquent parmi les mineurs de Jachimov. L'autopsie fut pratiquée 13 fois sur 19 mineurs morts en 1929-1930; 9 présentaient un cancer du poumon et de la plèvre.

Au point de vue anatomique la forme circonscrite semble la plus fréquente. Les métastases et les généralisations se font par voie sanguine aussi bien que par voie lymphatique.

Les auteurs n'ont pu trouver d'antracose ou de silicose exagérées.

Comme cause la plus vraisemblable des tumeurs, les auteurs indiquent les émanations de radium contenues dans l'air des mines.

L'article contient plusieurs photographies macroscopiques et microscopiques et une bibliographie assez étendue.

L. C. SIMARD

SOCIÉTÉS

L'ASSOCIATION MÉDICALE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.

6-7 septembre 1932, à HULL.

Durant le Congrès de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord, l'Association Médicale de la Province de Québec tint ses réunions d'affaires et sa Journée Annuelle à Hull.

Le 6, eurent lieu les réunions du Comité Exécutif suivies de celle du Conseil où furent étudiés et discutés les différents rapports, en particulier celui du secrétaire général dont on peut lire le compte rendu en une autre page, et qui couvre une partie des nombreuses activités de cette Association.

Le Comité constitué pour étudier les Assurances Sociales a également apporté une contribution importante qui a suscité une vive discussion de la part des membres présents et qui témoigne du désintéressement qui préside à toute étude que poursuit quelque Comité dans l'élaboration d'une question qui lui est soumise. Ce Comité continue de fonctionner avec la collaboration des Sociétés Médicales Régionales et de toutes les Sociétés Médicales de la Province. De cette collaboration et du complément de cette étude découlera un deuxième rapport qui sera plus complet et qui embrassera une foule de détails dont les rapporteurs n'ont pas voulu surcharger le rapport préliminaire présenté dans le but d'éveiller l'esprit de la profession à cette importante question et lui présenter les prérogatives morales et les grands principes qu'ils seront appelés à défendre devant la Commission chargée de faire rapport sur ce sujet.

La partie scientifique avait été dévolue à monsieur le professeur Maurice Chevassu, de la Faculté de Médecine de Paris, qui parla de la Tuberculose Rénale, à monsieur le professeur R. E. Gaby, de l'Université de Toronto qui traita de Burns in General including Electrical Burns, et de monsieur le professeur agrégé J. R. Pépin, de l'Université de Montréal qui traita du Diabète.

Les élections du Comité Exécutif et du Conseil donnèrent les résultats suivants:

Comité Exécutif:

Président: C. N. DeBlois, Trois-Rivières,
 Vice-Présidents: L. Lane-Charpentier, Drummondville,
 H. S. Shaw, Outremont,
 J. E. Bergeron, Matane.
 Secrétaire général: Léon Gérin-Lajoie, Montréal,
 Trésorier: E. Trottier, Montréal.
 Membres: A. T. Bazin, Montréal,
 J. R. Pépin, Montréal,
 A. Thibaudeau, Saint-Eustache,

Conseil: Tous les membres du Comité Exécutif et en plus:

C. C. Birchard, Montréal,
 B. G. Bourgeois, Montréal,
 P. C. Dagneau, Québec,
 O. Demers, Farnham,
 A. Dion, L'Islet,
 L. F. Dubé, Notre-Dame-du-Lac,
 A. LeSage, Montréal,
 J. A. McCabe, Sherbrooke,
 G. Phénix, St-Jean,
 J. Stevenson, Québec,
 E. Tremblay, Chicoutimi,
 J. A. Viger, St-Hyacinthe.

Il a été décidé de tenir la prochaine réunion en 1933, aux Trois-Rivières.

RAPPORT DU SECRETAIRE POUR L'ANNEE 1931.

L'année 1931 n'a pas été moins active pour le secrétariat de l'Association Médicale de la Province de Québec que les années précédentes. En effet, pas moins de 16,000 lettres sont parties du bureau et encore plus que par les années passées l'on s'est adressé à l'Association pour avoir des renseignements d'ordre divers concernant la profession.

Votre Exécutif s'est réuni quatre fois et le Conseil deux fois en 1931.

1. Assemblée annuelle 1931.

La réunion tenue à Québec obtint un franc succès, un peu plus de 200 membres s'étant inscrits. Les médecins des Hôpitaux avaient élaboré un programme extrêmement intéressant et varié, et les auditeurs ont retiré des causeries et des démonstrations scientifiques de très grands bénéfices. Au déjeuner tenu au Château Frontenac les convives étaient nombreux et les rapports présentés furent unanimement adoptés.

La section de Médecine Industrielle avait retenu par notre entremise le conférencier d'honneur, le Docteur Earnhart qui traita de la Loi des Accidents du Travail de la Province d'Ontario. Cette causerie fut extrêmement appréciée par tous les médecins présents, la nouvelle Loi des Accidents du Travail de la Province de Québec étant entrée en vigueur quelques jours auparavant.

Les auditeurs se sont ensuite transportés à la Faculté de Médecine de l'Université Laval où Messieurs les professeurs Sergent et Archibald traitèrent chacun dans leur spécialité des cancers pulmonaires.

Le dîner, le soir, revêtit un cachet de distinction, et les dames rehausèrent par leur présence cette manifestation sociale où le Professeur Sergent exposa dans son style si goûté, de la conception du médecin moderne en regard avec celui d'autrefois.

Bref, ce fut une des plus brillantes réunions annuelles dans les annales de l'Association Médicale de la Province de Québec.

2. Législation au sujet de la pratique des spécialités dans la Province.

Votre Exécutif a été saisi d'une demande de la Canadian Medical Association, au sujet de la pratique des spécialités dans notre Province. Malheureusement nous n'avons pas chez nous de législation réglementant la pratique des spécialités.

Après une assez vive discussion les membres de votre Exécutif croient que cette question relève des attributions du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec. Cependant rien n'empêche qu'un comité soit constitué afin d'établir une définition exacte de ce que sont les spécialités, et cette question sera soumise à la prochaine réunion du Conseil.

3. Le traitement des alcooliques dans la Province.

Pour satisfaire les exigences de la C. M. A. à qui l'on s'adresse fréquemment au sujet d'institution pour le traitement des alcooliques, votre secrétaire s'est mis en relation avec le directeur médical des hôpitaux d'aliénés, le Docteur A. H. Desloges, qui lui a fourni les renseignements sur cette question.

Il semblerait qu'il y aurait lieu de suggérer la création d'institution particulière pour le traitement des alcooliques.

4. Examen Périodique de Santé.

Le Canadian Medical Institute a été créé à la suite des résultats obtenus par le Comité de l'Examen Périodique de Santé de la C. M. A., qui, en 1931, s'est complètement libérée de toute responsabilité vis-à-vis cet Institut.

L'Association Médicale de la Province de Québec qui avait contribué à aider au fonctionnement des examens périodiques de santé s'est ainsi vu décharger également de toute responsabilité dans cette question.

5. Victorian Order of Nurses.

Encore cette année, le Docteur J. R. Bélisle de Hull a été votre représentant médical provincial sur le bureau des gouverneurs du Victorian Order of Nurses for Canada, et a continué à défendre les intérêts des médecins et des gardes-malades de notre Province.

6. Département du Travail. Ottawa.

Grâce aux rectifications apportées par votre secrétariat sur les associations médicales de la Province de Québec, nous pouvons maintenant voir inscrits de façon exacte les noms des grandes associations nationales provinciales et municipales de la Province dans le rapport annuel du sous-ministre du Travail.

7. Section de la Médecine Industrielle.

Jusqu'ici la section de Médecine Industrielle n'avait pas fait de demande officielle à l'Association Médicale de la Province de Québec pour son affiliation. Le 15 mai 1931 nous recevions du secrétaire de cette section, le Docteur R. Vance Ward, la lettre suivante:

"The Industrial Medical Association of the Province of Quebec would like to make formal request to be admitted as a section of the Province of Quebec.

The present Association is the outgrowth of the union of the Industrial Medical Association of the Province of Quebec and the Association Canadienne de Médecine Industrielle which took place in December 1928.

The Society considers itself the official spokesman of physicians and surgeons engaged in industrial medical practice in the Province of Quebec, and as such appointed a Committee to meet with the Canadian Casualty Underwriters Association, the Canadian Manufacturers Association and the Montreal Hospital Association".

Report of the activities of the Industrial Hygiene Section, Province of Quebec Medical Association, during the year, Septembre 1, 1931, to September 1, 1932.

- (1) Section Meeting, held at the Chateau Frontenac, Quebec, on Thursday, Septembre 10, 1931. Address by Doctor W. S. Barnhart, Medical Superintendent of the Lumbermen's Safety Association of the Province of Ontario, on the working of the Workmen's Compensation Act in Ontario.
- (2) Meeting held in Montreal on December 10, 1931, to discuss the new Workmen's Compensation Act. Discussion was led by Doctor Stevenson of Quebec and Doctor Tees of Montreal.

- (3) Annual Meeting, held in Montreal on February 4, 1932, for the election of officers. Address by Doctor Cunningham, of the Department of Industrial Hygiene of the Province of Ontario, on "Compensation for Industrial Diseases in the Province of Ontario".
- (4) Clinical evening, largely devoted to industrial surgery, at Montreal General Hospital, on March 22, 1932.
- (5) Meeting held in Montreal on May 3, 1932. Address by Doctor W. V. Cone, neuro-surgeon, Royal Victoria Hospital, Montreal, on "The Pathology and Treatment of Head Injuries".

Voilà donc une section extrêmement importante de votre Association qui étudie des questions particulières.

8. La Loi des Accidents du Travail.

Avant l'application de la Loi des Accidents du Travail de 1931, l'on nous écrivait de la Saskatchewan, nous demandant certains détails au sujet du fonctionnement de cette loi chez nous. Nous avons répondu au secrétaire-trésorier général de la Saskatchewan Medical Association, les renseignements que nous fournissait très aimablement le Docteur Bélanger, le médecin en chef de la Commission des Accidents du Travail. Nous avons d'ailleurs tenu au courant dans la suite, le Docteur Young de Saskatoon, sur l'établissement d'une nouvelle loi qui devait être mise en vigueur le 1er septembre 1931.

9. Loi sur l'Assistance Publique.

Nous recevions encore de la Saskatchewan Medical Association une demande de renseignements sur le traitement des indigents dans la Province de Québec.

Nous avons pu, grâce à la courtoisie du Docteur Lessard, le directeur du Bureau Provincial d'Hygiène, fournir les renseignements demandés.

10. French Medical Review.

Cette revue médicale de France rédigée en langue anglaise, est sous la direction du Comte d'Ornano, qui est également l'instigateur du mouvement, afin de diffuser dans les pays de langue anglaise les théories et les découvertes médicales des pays français.

A titre de secrétaire de l'Association Médicale de la Province de Québec, l'on nous a demandé de répandre dans les provinces soeurs en particulier, et parmi les médecins de langue anglaise de notre Province, cette Revue qui mérite l'encouragement pour les promoteurs de ce mouvement. Nous nous sommes mis en relations avec le Canadian Medical Association Journal qui analyse occasionnellement des articles qui paraissent dans cette Revue.

11. Voyage aux Stations Thermales et Climatiques de France.

En 1931 le Directeur chargé par le Gouvernement Français d'organiser le voyage des médecins américains et canadiens aux Stations Thermales et Climatiques de France, s'est adressé à nous afin de recruter un certain nombre de médecins pour participer à ce voyage d'études. Le succès n'a pas été brillant car le coût en était plutôt élevé et la dépression qui a commencé de sévir à cette époque a empêché bon nombre de médecins d'y participer. Nous avons eu toutefois un certain nombre de demandes auxquelles nous avons répondu.

12. Internat dans les Hôpitaux.

Par son Department of Hospital Service, la C.M.A. nous a fait parvenir des détails sur ce qu'il considère la standardisation de l'internat dans des Hôpitaux reconnus, afin de permettre l'échange des internes dans ces hôpitaux.

13. Comité de la Santé Publique.

Sur l'instigation de la C.M.A., il s'est constitué dans votre Association, un Comité connu sous le nom du Comité de la Santé Publique ou Committee on Public Health, dont M. le docteur J. Baudoin a été choisi le Président.

Le Comité s'est mis immédiatement en relation avec le Committee on Public Health and Health Education of the C.M.A., et rapporte progrès.

14. Comité du Bien-être Maternel.

Organisé de façon analogue au Comité du Bien-Etre Maternel de la C.M.A., ce comité étudie la question des maternités privées, quitte à faire des propositions au sujet des modifications à apporter à la loi, par l'entremise du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Le Président actif de cette Association est le Docteur Daniel Longpré avec pouvoir d'ajouter. Ce Comité rapporte progrès.

15. Comité pour l'étude de la loi des Assurances Sociales.

A sa réunion du Conseil tenue le 9 septembre 1931, votre Conseil a chargé le Comité Exécutif de rencontrer M. Montpetit, le Président de la Commission, afin qu'il reçoive les dernières données sur la question, et de constituer un Comité pour en faire l'étude.

Le 3 décembre 1931, M. Montpetit vint exposer à l'Exécutif ce qui était nécessaire pour le médecin de connaître dans le fonctionnement de la loi des assurances maladies en particulier, et votre comité nommé à cette réunion doit faire rapport cette après-midi.

16. Section des Hôpitaux.

Sur la suggestion d'un certain nombre de médecins des hôpitaux de la ville de Montréal, une réunion se tint le 24 octobre 1931, à laquelle tous les

hôpitaux de la Province avaient été convoqués à envoyer un représentant pour constituer un groupe connu sous le nom de section des hôpitaux de l'Association Médicale de la Province de Québec.

Cette section extrêmement active tint plusieurs réunions et étudia tout d'abord le fonctionnement de la loi des accidents du travail vis-à-vis le médecin praticien dans les hôpitaux. M. le professeur A. LeSage en fut nommé Président. Votre Exécutif croit de son devoir de vous dire qu'il a réussi à obtenir deux points vis-à-vis la Commission au sujet du paiement des visites au dispensaire des accidents du travail et de la rémunération aux anesthésistes.

Quelques autres points sont encore à l'étude, avec les membres de la Commission, et le médecin en chef en particulier, auquel nous adressons ici publiquement nos très sincères remerciements pour la collaboration loyale qu'il nous a toujours apportée.

Cette section a été également saisie d'une demande du Président de la Commission des Accidents du Travail relative à l'établissement d'un comité de liaison qui se ferait en quelque sorte le porte-paroles vis-à-vis la Commission pour toute demande ou réclamation faite par des médecins au sujet de divergences d'opinion dans les rapports entre la Commission et le médecin traitant.

Nous sommes entrés en relation immédiate avec le comité analogue qui siège dans la Province d'Ontario et nous espérons que d'ici quelque temps nous trouverons le moyen de constituer ce comité qui servirait en quelque sorte de tampon entre la profession et la commission.

17. Bill contre la Vivisection.

Nous vous laissons entendre dans notre rapport annuel de 1930 la campagne que nous avons entreprise pour empêcher la passation d'un bill à Ottawa, abolissant la Vivisection au Canada. Nous avons écrit à tous les députés médecins de la Province et à tous les sénateurs du Canada sur ce sujet et nous sommes heureux de dire combien nous avons été soutenus et encouragés à continuer de combattre la passation d'un tel bill. De nos démarches et de celles des Universités et du Collège ont résulté un retrait du bill.

18. Représentations.

Votre Association a été représentée par quelques membres de votre Conseil à la réunion annuelle de la C. M. A., à Vancouver.

19. Comité pour l'étude du rapport d'enquête sur le statut des gardes-malades.

Après la publication du volumineux rapport sur le status des gardes-malades au Canada fait par le Docteur Weir, un comité a été constitué afin de rencontrer les représentants des gardes-malades, pour connaître les résultats qui pourront découler d'une telle étude.

Ce Comité constitué par les Docteurs Bazin et Benoît rapporte progrès.

20. Nécrologie.

Nous avons eu le très grand regret de perdre deux de nos officiers les plus dévoués, le Professeur Gustave Archambault, conseiller depuis plusieurs années, qui a été remplacé par le Professeur Albert LeSage.

L'un de nos vice-présidents, le Docteur Arthur Brassard de Valleyfield est décédé à la suite d'un accident d'auto.

Le Docteur Brassard faisait partie depuis quelques années du Conseil de l'Association Médicale de la Province de Québec et il avait toujours pris une part active aux délibérations des assemblées, l'éclairant de son jugement sûr et de ses idées saines et pratiques; son activité débordante nous l'avait fait élire vice-président de notre Association.

Le Docteur Brassard n'a pas été remplacé, la perte que nous avons subie datant seulement de quelques mois.

21. A. P. I. M.

L'Association Professionnelle Internationale des Médecins a tenu de nombreuses enquêtes en 1931, auxquelles a répondu votre secrétaire qui est en même temps le correspondant canadien.

- 1° Enquête sur les assurances sociales;
- 2° Enquête sur l'organisation de la lutte anti-vénérienne dans les divers pays;
- 3° Enquête sur une organisation méthodique de l'Assistance médicale dans les régions rurales;
- 4° Enquête sur l'hygiène à l'école et la surveillance des écoles.

Toutes ces enquêtes nous ont permis de nous tenir en relation constante avec ce qui se fait dans d'autres pays. En particulier pour ce qui a trait à la première enquête sur les assurances sociales, alors qu'elles n'existaient pas encore ici, nous avons été à même d'approfondir une question que nous sentions se rapprocher davantage tous les jours de nous.

22. Comité des Cours de Perfectionnement.

Votre Comité des Cours de Perfectionnement a continué ses activités comme par les années passées et vous fait rapport immédiatement.

Le tout humblement soumis,

Léon Gérin-Lajoie, M. D.
secrétaire général de l'A. M. P. Q.

Comité des cours de perfectionnement.**ASSOCIATION MÉDICALE DE LA PROVINCE DE QUÉBEC**

L'année 1930-31 du Comité des Cours de Perfectionnement de l'Association Médicale de la Province de Québec a été l'une sinon la meilleure du moins pour ce qui concerne le nombre de réunions et la présence.

Il y eut vingt-sept réunions. Deux d'entre elles furent organisées avec les fonds disponibles à fin septembre 1931, mais furent tenues en octobre.

Trois réunions eurent lieu dans la Province par des équipes envoyées du Comité Central des Cours de Perfectionnement. C'était la première fois que de telles réunions avaient lieu et le succès fut relatif; avec un peu plus d'expérience, un plus franc succès devrait être obtenu.

Durant l'année les fonds furent laissés entre les mains du Trésorier de la C. M. A., toute note étant payée sur présentation d'un billet remis par le secrétariat de l'Association Médicale de la Province de Québec. Ce nouveau mode de procédure fut des plus satisfaisants.

Le Comité fut également réorganisé et le Président de l'Association Médicale devient automatiquement Président du Comité des Cours de Perfectionnement, tandis que le secrétaire de l'Association reste également secrétaire du Comité. Trois représentants des Universités et ceux des centres régionaux font également partie du Comité.

BRIEVEMENT RESUME.

Il y eut 27 réunions, 61 conférences données par 38 conférenciers, tenues devant 831 auditeurs avec une présence moyenne de 31 médecins par réunion. Le coût en a été de \$1.29 pour une conférence par médecin.

Année	Conférenciers	Conférences	Réunions	Auditeurs	Moyenne
1926	60	100	25	423	17
1927	40	61	20	468	24
1928	48	89	24	610	26
1929	40	61	17	384	23
1930	34	59	19	400	22
1931	38	61	27	831	31
TOTAL	260	431	132	3116	24

Léon Gérin-Lajoie, M. D.
Secrétaire.

IN MEMORIAM

LE PROFESSEUR A. A. FOUCHER

1882 - 1932

Nous publions aujourd'hui un simple mot pour saluer très bas la mémoire du Professeur Foucher. Nous ne pouvons pas précipitamment lui rendre le juste hommage que mérite son oeuvre. Nous le ferons dans le prochain numéro.

Que sa famille veuille bien agréer l'expression de notre sympathie. En cette occasion et celle de notre Revue qu'il a si bien servie dans le passé.

Les membres des Bureaux
de Direction et de Rédaction.

NOUVELLES

“LES LEÇONS CLINIQUES de L'HOPITAL NOTRE-DAME”

MONTREAL.

L'Hôpital Notre-Dame organise, pour cet hiver, la première série de ses “Leçons cliniques annuelles”.

Ces leçons commenceront le 31 octobre prochain et se prolongeront jusqu'en mars 1933; elles seront faites le soir à 8.30 heures, les lundis et jeudis de chaque semaine.

Données à un point de vue essentiellement pratique, elles porteront sur les questions de pathologie médicale, chirurgicale et de spécialités qui intéressent plus particulièrement le médecin de pratique générale.

Outre quelques notions théoriques indispensables, elles comprendront: des présentations de malades et de moulages, ...des expositions de photographies et de transparents, ...des démonstrations “d'appareillage” et de prélèvements techniques susceptibles d'intéresser le médecin dans l'exercice de ses devoirs professionnels.

Ces leçons sont gratuites, et les autorités de l'Hôpital Notre-Dame invitent très cordialement tous les médecins du district de Montréal et d'ailleurs à y assister.

Nous publions aujourd'hui les grandes lignes du programme; le détail en sera donné ultérieurement.

Du 31 octobre au 14 novembre 1932: Urologie et Dermatologie;

du 17 novembre au 1 décembre 1932: Médecine et Neuro-psychiatrie;

du 5 décembre au 22 décembre 1932: Gynécologie et Obstétrique;

du 16 janvier au 30 janvier 1933: Ophthalmo-Oto-rhino-laryngologie et Radiologie;

du 2 février au 16 février 1933: Traumatologie et Médecine;

du 20 février au 1 mars 1933: Chirurgie et Vénérologie.

(Signé)

LE CONSEIL MEDICAL.

Du 31 octobre au 14 novembre 1932

SEMEIOLOGIE URINAIRE

sous la direction du Professeur B. G. Bourgeois.

- Lundi, 31 octobre, à 8.30 hrs p. m. La douleur en urologie:
Pr. B. G. Bourgeois.
- Jeudi, 3 novembre, à 8.30 hrs p. m. Les troubles de la miction:
Pr. B. G. Bourgeois.
- Lundi, 7 novembre, à 8.30 hrs p. m. Les modifications de l'urine:
Dr Paul Bourgeois.
- Jeudi, 10 novembre, à 8.30 hrs p. m. Le Laboratoire en urologie:
Pr. agrégé A. Bertrand.
- Lundi, 14 novembre, à 8.30 hrs p. m. L'instrumentation usuelle en urologie
quotidienne:
Dr Paul Bourgeois.

Du 31 octobre du 14 novembre 1932

LES EPITHELIOMAS CUTANES

sous la direction du Professeur agrégé Albéric Marin.

- Lundi, 31 octobre, à 9.15 hrs p. m. Classification histologique des cancers de
la peau;
Pr. Pierre Masson; pr. agrégé C.
Simard.
- Jeudi, 3 novembre, à 9.15 hrs p. m. Lésions précancéreuses et principaux
types cliniques des épithéliomas;
Pr. agrégé Albéric Marin.
- Lundi, 7 novembre, à 9.15 hrs p. m. Directions générales du traitement. Ra-
diothérapie;
Pr. agrégé Albéric Marin.
- Jeudi, 10 novembre, à 9.15 hrs p. m. Curiethérapie;
Pr. agrégé Albéric Marin.
- Lundi, 14 novembre, à 9.15 hrs p. m. Les Courants de Haute Fréquence.
Pr. agrégé Albéric Marin.

Chaque leçon sera suivie de présentations de malades ou de moulages,
de projections de photographies et de transparents par MM. les docteurs
Sabetta, Boulais et Poirier.

Du 17 novembre au 1er décembre 1932

INSUFFISANCE CARDIAQUE

sous la direction du Professeur Albert LeSage.

- Jeudi, 17 novembre, à 8.30 hrs p. m. (a) Notions élémentaires d'anatomie et de physiologie cardiaque;
Pr. Albert LeSage.
- (b) Radiographie normale du coeur;
Pr. Laquerrière.
- Lundi, 21 novembre, à 8.30 hrs p. m. Les causes de l'insuffisance cardiaque;
Pr. A. Léger.
- Jeudi, 24 novembre, à 8.30 hrs p. m. Les symptômes de l'insuffisance cardiaque:
- (a) Insuffisance ventriculaire gauche;
Pr. Albert LeSage;
- (b) Insuffisance ventriculaire droite;
Pr. agrégé Albert DeGuise.
- Lundi, 28 novembre, à 8.30 hrs p. m. Les symptômes de l'insuffisance cardiaque:
- (a) Radiographie;
Pr. Laquerrière.
- (b) Electrocardiologie;
Pr. agrégé Albert DeGuise.
- Jeudi, 1er décembre à 8.30 hrs p. m. Traitement de l'insuffisance cardiaque:
Pr. Albert LeSage
Pr. A. Léger
Pr. agrégé Albert DeGuise
Dr. Ls. Fortier.

Du 17 novembre au 1er décembre 1932

NEURO-PSYCHIATRIE

sous la direction du Docteur E. Langlois.

- Jeudi, 17 nov. à 9.15 hrs p. m. La thérapeutique des chorées;
Docteur E. Langlois.
- Lundi, 21 nov. à 9.15 hrs p. m. L'examen neurologique en clientèle;
Docteur Jean Saucier.

- Jeudi, 24 nov. à 9.15 hrs p. m. L'examen psychiatrique en clientèle;
Docteur Jean Saucier.
- Lundi, 28 nov. à 9.15 hrs p. m. La poliomyélite;
Docteur Roma Amyot.
- Jeudi, 1er déc. à 9.15 hrs p. m. Les tumeurs cérébrales;
Docteur Roma Amyot.

Du 5 décembre au 22 décembre 1932

LE SYNDROME HEMORRAGIE EN CYNECOLOGIE.

sous la direction du professeur Louis de Lotbinière Harwood.

- Lundi, 5 décembre, à 8.30 p. m. Les hémorragies en gynécologie;
Pr. L. de L. Harwood.
- Lundi, 12 décembre, à 8.30 hrs p. m. Les métrites hémorragiques;
Pr. agrégé A. Ethier.
- Jeudi, 15 décembre, à 8.30 hrs p. m. Les métrorragies d'origine extra-génitale;
Pr. agrégé R. Trudeau.
- Lundi, 19 décembre, à 8.30 hrs p. m. Les métrorragies d'origine néoplasique;
Pr. agrégé L. Gérin-Lajoie.
- Jeudi, 22 décembre, à 8.30 hrs p. m. Les métrorragies d'origine inflammatoire;
Dr L. A. Magnan.

du 16 janvier au 30 janvier 1933.

OPHTALMO-OTO-RHINO-LARYNCOLOGIE.

sous la direction du Professeur J. N. Roy.

- Lundi, 16 janvier à 8.30 hrs p. m. Les otites,
Pr. J. N. Roy.
- Jeudi, 19 janvier à 8.30 hrs p. m. Les épistaxis,
Pr. J. N. Roy.
- Lundi, 23 janvier à 8.30 hrs p. m. Les maladies de l'uvée,
Docteur Jules Brault.
- Jeudi, 26 janvier à 8.30 hrs p. m. L'hypertrophie amygdalienne,
Docteur Philippe Panneton.
- Lundi, 30 janvier à 8.30 hrs p. m. La pathologie de l'oesophage,
Pr. J. N. Roy.

du 2 février au 16 février 1933.

TRAUMATOLOGIE.

sous la direction du professeur B. G. Bourgeois.

- Jeudi, 2 février, à 8.30 hrs p. m. a) Le traitement des blessures de la main;
Dr Paul Caumartin.
- b) Le traitement des infections de la main et de l'avant-bras;
Dr Charles Hébert.
- Lundi, 6 février, à 8.30 hrs p. m. a) Les traumatismes du crâne;
Pr. agrégé A. Bellerose
Dr Roma Amyot.
- b) Les traumatismes de l'abdomen;
Pr. agrégé O. A. Gagnon.
- Jeudi, 9 février, à 8.30 hrs p. m. a) Les principes généraux de l'appareillage dans les fractures des membres;
Pr. agrégé L. Blagdon,
Dr L. P. Dionne,
Dr J. P. Ricard.
- Lundi, 13 février, à 8.30 hrs p. m. a) Les fractures du tronc;
Pr. B. G. Bourgeois,
Dr Jean Saucier.
- b) Le traitement des luxations;
Pr. B. G. Bourgeois,
Pr. agrégé O. A. Gagnon,
Pr. agrégé L. Blagdon.
- Jeudi, 16 février, à 8.30 hrs p. m. a) Le traitement des plaies par armes à feu;
Pr. agrégé J. U. Gariépy.
- b) Le traitement des brûlures et des engelures.
Dr Réal Doré.
-

INSTITUT SCIENTIFIQUE FRANCO - CANADIEN

COURS DE PERFECTIONNEMENT

sur

LES MALADIES DU TUBE DIGESTIF ET ANNEXES

donné par

Monsieur le Docteur G. d'ALLAINES,
Chirurgien des hôpitaux de Paris

- Lundi, 19 septembre: Invagination intestinale aiguë. Diagnostic et thérapeutique médico-chirurgicale.
 Mardi, 20 septembre: Diagnostic et traitement de la Lithiase du cholédoque.
 Mercredi, 21 septembre: Cancer du colon gauche et colite gauche. Diagnostic différentiel et traitement.
 Jeudi, 22 septembre: Rétrécissement inflammatoire du rectum.
 Vendredi, 23 septembre: Perforation des ulcères gastro-duodénaux.

Ces cours auront lieu dans le Grand Amphithéâtre de l'Université de Montréal, 1265 rue Saint-Denis, Montréal, à 9 hrs. p. m.

Le Docteur d'Allaines fera des matinées cliniques suivies d'opérations les

19 septembre }
 20 septembre } à l'Hôpital Notre-Dame.
 et 21 septembre }

les

22 septembre }
 23 septembre } à l'Hôtel-Dieu.
 et 24 septembre }

Ces matinées cliniques auront lieu à 10 heures a. m.

NOMINATIONS

Récemment, l'Américan Psychiatric Association lors de sa réunion plénière, tenue à Philadelphie a nommé membre de sa société, M. le docteur G. Lef. de Bellefeuille, professeur de Psychiatrie à l'Université de Montréal.

Nous applaudissons à cette nomination et félicitons le nouvel élu qui fait déjà partie d'un bon nombre d'autres sociétés savantes, en particulier, de la Société Médico-Psychologique, et de l'F.R.C.P.

M. le docteur L. Arthur Magnan, l'un de nos rédacteurs, a subi avec succès le concours pour l'éligibilité à l'enseignement, à la clinique gynécologique de l'hôpital Notre-Dame, au bénéfice de la faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Nos très sincères félicitations au Docteur Magnan.

RECTIFICATIONS

Les lecteurs de l'Union Médicale ont su rectifier d'eux-mêmes la mise en page de l'article des Docteurs Marion et Magnan, sur: "Le pyridium en obstétrique et en gynécologie" publié dans le numéro de septembre 1932, sous la rubrique, "Mouvement Médical".

Cet article aurait dû paraître sous la rubrique "Mémoires".

Nous prions les auteurs de bien vouloir accepter nos excuses.

* * *

Au sujet d'un article publié par le Docteur L. Gérin-Lajoie dans le numéro d'août 1932, sous le titre: "Utérus fibromateux traité par les rayons X, suivi, sept ans après, d'un épithélioma du corps", le médecin qui traita cette malade sept ans auparavant M. Panneton, a tenu à faire connaître aux lecteurs que la malade avait été vue par un chirurgien, feu le Prof. Oscar Mercier, et que le diagnostic avait été posé, non pas de fibrome, mais de métrite scléreuse, quoique la malade ait nié avoir eu un examen préalable, et qu'elle ait cru comprendre qu'elle souffrait de fibrome.

Nous sommes heureux de faire cette rectification qui prouve une fois de plus qu'il faut prendre les opinions et les avancés des malades avec un certain scepticisme.

N. D. L. R.

DEPLACEMENT

M. le professeur agrégé Paul LETONDAL, Médecin à l'Hôpital Sainte-Justine et membre du Comité de Rédaction de l'Union Médicale du Canada, est de retour à Montréal après un séjour d'un an en France, et a repris, depuis le 15 septembre, ses consultations à 2274, rue Dorchester ouest. Tél. WII-bank 8640.

TABLE ALPHABETIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd , (<i>Haliver Oil</i>)	XII
Angier Chemical Co. , (<i>L'Emulsion Angier</i>)	LX
Anglo-French Drug Cie. , (<i>Le Laboratoire du Bactériophage</i>)	XXII
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited , (" <i>Calcium A</i> ")	XLVI
Bailly, A. , <i>Spécialités</i> ,	XVIII
Boulet R. & Brault Jules , (<i>Maladies des yeux, etc.</i>) . .	L
Breitenbach Co., M. J. , (<i>Gude's Pepto-Mangan</i>)	I
Bristol-Myers Co. , (<i>Sal Hepatica</i>)	XXIV
Canada Drug Company , (<i>Paveral</i>)	I
Canada Pond Tampon Co. , (<i>Les Tampons Pond</i>)	XLVIII
Cardinaux, Paul , (<i>Gaiffe, Gallot & Pilon et Ropiquet, Hazard & Roycourt</i>). <i>Diathermie, Rayons X, Electrologie</i>	XI
Casgrain & Charbonneau Ltée. (<i>Hormocrine "F"-C. & C.</i>), (<i>Ovacrine C. & C.</i>)	XVI
Chapman Ltée, La Cie J. H. , (<i>Instruments de Chirurgie</i>)	XXIV
Ciba, Compagnie Limitée , (<i>La Nupercaine "Ciba"</i>) . . .	VII
Denver Chemical Manufacturing Co. , (<i>Antiphlogistine</i>)	IX
de Passillé, H. B. , (<i>Bronchodermine</i>)	XXVIII
de Passillé, H. B. , (<i>Charbon Tissot</i>)	XXVIII
de Passillé, H. B. , (<i>Sirop Guilhaiermond</i>)	XXVIII
de Passillé, H. B. , (" <i>Yse</i> ")	XXVIII
de Passillé, H. B. , (<i>Ludin</i>)	XXXIII
de Passillé, H. B. , (<i>Seroma Rey</i>)	XXXIII
Dow , (<i>Le Tonique idéal</i>)	XXVI
Duckett J. A. , (<i>Orthopédie</i>)	XLIV
Eddé, J., Limitée , (<i>Diathèse Urique</i>)	IV
Eddé, J., Limitée , (<i>Piperazine Midy</i>)	IV
Eddé, J., Limitée , (<i>Iodogénol Pépin</i>)	XIX

Eddé, J., Limitée, (<i>Hémostyl</i>)	XXIX
Eddé, J., Limitée, (<i>Neurinase</i>)	XXXII
Eddé, J., Limitée, (<i>Nucléarsitol Robin</i>)	XXXIV
Eddé, J., Limitée, (<i>Ocreïne Gremy</i>)	XXXVI
Eddé, J., Limitée, (<i>Strychnal Longuet</i>)	XXXVI
Eddé, J., Limitée, (<i>Vulcase Brisson</i>)	XXXVI
Eddé, J., Limitée, (<i>Pancrinol</i>)	XLIX
Eddé, J., Limitée, (<i>Peptonate de Fer Robin</i>)	LI
Fellows Medical Mfg, Co., (<i>Sirap Fellows</i>)	LVI
Frosst, Charles E. & Co. (<i>Urosine</i>)	
<i>Deuxième page intérieure de la couverture.</i>	
Gatine, Fernand, (<i>Masseur Expert</i>)	XLII
Harris, J. A., (<i>Peptone iodée Lery</i>)	LII
Harris, J. A., (<i>Tussiva</i>)	LVIII
Harris, J. A., (<i>Hypocardine</i>)	LVIII
Herdt & Charton, Inc., (<i>L'Epheiodine Béral</i>)	XLI
Herdt & Charton, Inc., (<i>Serodausse</i>)	XLIX
Herdt & Charton, Inc., (<i>Tricalcine Irradiée</i>)	LI
Hofmann-La Roche Limitée, (<i>Tonikum "Roche"</i>)	XLII
Horner, Frank W., Limitée, (<i>Maltlevol</i>)	LVII
Imperial Tobacco Co. of Canada, (<i>Old Chum</i>)	XLIII
John Wyeth & Brother, Inc., (<i>Collyrium</i>)	III
Joubert, J. J., Limitée, (<i>Santéine</i>)	IV
Jouot, C., (<i>Pansuline Fornet</i>)	XXIV
Laboratoire du Bismol, (<i>Bismol</i>)	VI
Laboratoires du Dr Débat, (<i>Pancrinol</i>)	XLIX
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (<i>Gardénal</i>)	XIII
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (<i>Sonéryl</i>)	XIII
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (<i>Les Lithi-</i> <i>nés du Dr Gustin</i>)	L
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (<i>Magnésie du</i> <i>Dr Gustin</i>)	L
Lejeune, A., (<i>Laboratoire</i>)- (<i>Indhaméline Lejeune</i>)	LII
Listers Limited, (<i>Listers</i>)	II
Lyman Agencies, Limited, (<i>Pineoleum</i>)	XXXII

Merck & Co. Limited, (<i>Pyridium</i>)	LIII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Iodaseptine</i>)	XXX
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Septicemine</i>)	XXX
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Codoforme Bottu</i>)	XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Archemapectol</i>)	XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Digibaine</i>)	XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Solucamphre Delalande</i>)	XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Opocalcium</i>)	LII
Ouimet J. Alfred, (<i>Vittel</i>)	II
Parke, Davis & Cie., (<i>Haliver Oil</i>)	

Quatrième page de la couverture.

Rougier Frères, (<i>Hepathemo</i>)	XVII
Rougier Frères, (<i>Spectrol</i>)	XXI
Rougier Frères, (<i>Nalibaïne</i>)	XXI
Rougier Frères, (<i>Néotonine</i>)	XXIII
Rougier Frères, (<i>Phagosthyl</i>), (<i>L'Hémo-Phagosthyl</i>)	XXV
Rougier Frères, (<i>Rami</i>)	XXVI
Rougier Frères, (<i>Le Colitique</i>)	XXVII
Rougier Frères, (<i>La Stalysine</i>)	XXVII
Rougier Frères, (<i>Solution Pautauberge</i>)	XXX
Rougier Frères, (<i>Hémoglobine Deschiens</i>)	XXXI
Rougier Frères, (<i>Carnine Lefrancq</i>)	XXXIV
Rougier Frères, (<i>Dragées Gelineau</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Vin d'Anduran</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Elixir Ducro</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Chloral Bromure du Dr Dubois</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Quinoïd</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Seidlitz Chanteaud</i>)	XLI
Rougier Frères, (<i>Stenol Chanteaud</i>)	XLI
Rougier Frères, (<i>Ureol Chanteaud</i>)	XLI
Rougier Frères, (<i>Sulphydral Chanteaud</i>)	XLI
Rougier Frères, (<i>Granules Antinausiques Chanteaud</i>)	XLI
Rougier Frères, (<i>Sirop Famel</i>)	XLIV
Rougier Frères, (<i>Uraseptine Rogier</i>)	XLV
Rougier Frères, (<i>Lactolaxine Fydau</i>)	XLV

Rougier Frères, (Sedol)	LIV
Rougier Frères, (Névrosthénine Freyssinge)	LIV
Rougier Frères, (Chloramine Freyssinge)	LIV
Rougier Frères, (Capsules Dartois)	LIV
Rougier Frères, (Iodalose Galbrun)	LVII
Rougier Frères, (Prosthénase)	LVII
Sanatorium de Blois	VIII
Sanatorium du Lac Edouard	X
Sanatorium Prévost	XIV
Sanatorium Prévost	XV
Schering (Canada), Ltd., (Niazo)	V
Wander, A., Limited, (Ovaltine)	XX
Waterbury Chemical Company of Canada, Limited, (Le Tonique . . . à la Mode) Troisième page de la couverture.	
Western Distributors Ltd., (Salyrgan)	LIX
Wintrop Chemical Company, Inc., (Salyrgan)	LIX

BUREAU DE MEDECIN A LOUER

Bureau à louer à des conditions avantageuses. S'adresser au Dr. R. Doré, 478, rue Cherrier, Lancaster 9698.

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

Comité de Direction

MM. Benoit, Boucher (R.), Boulet, Bousquet, Bourgeois, Brunneau, Comtois, DeCotret, Desloges, Dubé, Gérin-Lajoie (Léon), Harwood, Leduc, LeSage, Marien, Marin (Albéric), Marion (D.), Masson (D.), Mercier, Mousseau J. A., Parizeau, Rhéaume, Roy, Saint-Jacques, Vidal.

Président: J. E. Dubé; Secrétaire-trésorier: J. A. Vidal.
Membre d'honneur: Professeur Pierre Masson.

Comité de Rédaction

MM. Amyot, Roma; Badeaux, François; Bellerose, Antonio; Bertrand, Albert; Boucher, Roméo; Brault, Jules; Comtois, Albert; DeGuise, Albert; Desloges, Alfred; Doré, Réal; Dubé, Edmond; Dutilly, Arthème; Fauteux, Mercier; Fontaine, Rosario; Gérin-Lajoie, Léon; Lapierre, Gaston; Legrand, Emile; Letondal, Paul; Magnan, Arthur; Marin, Albéric; Marion, Donatien; Mathieu, Emile; Mercier, Oscar; Mousseau, J. Alfred; Pépin, Roméo; Rivard, Jos; Saucier, Jean; Simard, Charles; Trottier, Ernest; Vidal, J. Avila.

Président: A. LeSage; Vice-président: J. A. Vidal;
Secrétaire: Léon Gérin-Lajoie;
Assistant-secrétaire: Donatien Marion.

Prix de l'abonnement pour 1932

Canada et Etats-Unis	\$3.00
Etranger (pays faisant partie de l'Union Postale)	4.00
Etudiants	1.50
Prix du numéro	0.50

Conditions de Publication

L'Union Médicale du Canada paraît tous les mois par fascicules de 60 pages. Chaque numéro contient des mémoires originaux, des faits cliniques, une revue générale, un mouvement médical, des notes de pharmacologie, des analyses et des nouvelles médicales.

Le Comité de Rédaction accepte des articles de tous les médecins à condition que ceux-ci n'aient pas déjà été publiés dans un autre journal. Les Mémoires Originaux ne doivent pas excéder 15 pages; les Faits Cliniques auront un maximum de 5 pages et les Revues Générales comprendront au plus 10 pages.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé franco, au rédacteur en chef, Dr Albert LeSage, 260, Square Saint-Louis, ou au secrétaire, Dr Léon Gérin-Lajoie, 1414, rue Drummond, Montréal, Téléphone: Harbour 8444.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé franco à M. T. Valiquette, administrateur, 3705 rue St-André, ou Boîte Postale 3026.

SUITE DU SOMMAIRE

ANALYSES

MEDECINE

Que faut-il penser des nouveaux médicaments cardiaques: adoverne, convallatoxine, cymarine? (p. 1251). — Résultats cliniques et expérimentaux avec le régime hyperhydrocarbure. — Hypocalorique dans le traitement du diabète sucré. (p. 1251). — Les injections intraveineuses massives de solution glucosée hypertonique chez les brightiques hypertendus. (p. 1253).

CHIRURGIE

Epithélioma des voies biliaires. (p. 1253). — Incisions abdominales et leur fermeture. (p. 1253).

UROLOGIE

A case of bilateral tumors of the testicle with some notes on the effect of castration of the adult male. (p. 1254).

OBSTETRIQUE

Traitement préventif et curatif de l'éclampsie par diminution des liquides absorbés et déshydratation. (p. 1254).

GYNECOLOGIE

Contribution à la curiathérapie du cancer du col (p. 1255).

PEDIATRIE

Abcès aigu à pneumocoques du poumon terminé par la guérison. (p. 1256). — Abcès de la base du poumon gauche. Influence favorable des injections sous-cutanées d'émétine et de la position déclive. (p. 1257). — Les suppurations pulmonaires et bronchiques du jeune enfant et leur traitement. (p. 1258).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Le pied plat. (p. 1258). — Invagination intestinale. (p. 1259).

DERMATO — SYPHILIGRAPHIE

Le diagnostic précoce de la syphilis nerveuse par l'analyse du liquide céphalo-rachidien. (p. 1259). — Histoire d'un chancre mou. (p. 1260). — Du traitement radiothérapique du Granulome Pyogénique. (p. 1261).

ELECTRO-RADIOLOGIE

A review of pneumoconiosis. (p. 1262).

NEURO-PSYCHIATRIE

Le parkinsonisme sulfo-carboné professionnel. (p. 1264). — Le diagnostic précoce de la poliomyélite. (p. 1264). — Traumatismes crâniens à la phase aiguë, 1000 cas. (p. 1265).

LABORATOIRE

Comment contracte-t-on le Kala-azar? (p. 1266).