



L'Union Médicale

du Canada

(Revue mensuelle fondée en 1872)

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



PROCHAIN CONGRÈS

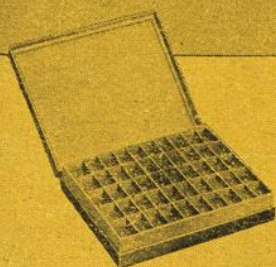
ASSOCIATION DES MÉDECINS DE
LANGUE FRANÇAISE
DE L'AMÉRIQUE DU NORD

OTTAWA — HULL

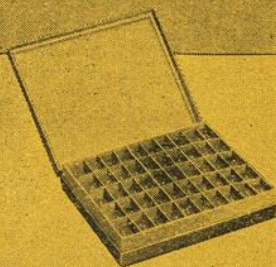
— 6 — 7 — 8 — septembre 1938.

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

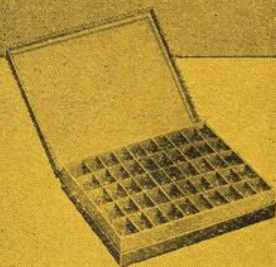
CALCIUM



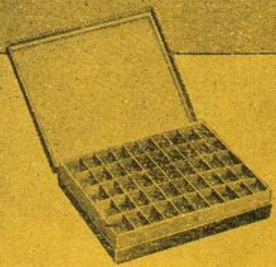
PHOSPHORE



VITAMINE A



VITAMINE D



"CALCIUM A"

*Un supplément diététique
minéral et vitaminé*

TENEUR PLUS ELEVEE — Les capsules « Calcium A » contiennent trois grains de sels de calcium et de phosphore associés à un extrait concentré d'huile de foie de morue titré biologiquement dont la teneur est d'au moins 2,500 unités internationales de vitamine A et 400 unités internationales de vitamine D, — la valeur vitaminique de plus d'une cuillerée à thé d'huile de foie de morue du standard de la Pharmacopée des Etats-Unis, XI^e édition.

INDICATIONS — Depuis quelques années, on recommande souvent le « Calcium A » durant les trois derniers mois de la grossesse et pendant l'allaitement. Le « Calcium A » est aussi préconisé comme supplément diététique pendant l'enfance et plus particulièrement à l'âge de la puberté afin d'empêcher ou de retarder les caries dentaires.

La teneur en sels minéraux et en vitamines du « Calcium A » en fait un reconstituant et un tonique général précieux pendant la convalescence.

AYERST, McKENNA & HARRISON
LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens

MONTREAL

CANADA



L'épreuve du Temps

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

ANÉMIES SECONDAIRES

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

FERRO-CATALYTIC

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

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL.- CANADA

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

CAPSULES
pour adultes
et
SIROP
pour enfants

SOMMAIRE

•

BULLETIN

- Paul LETONDAL:
En marge du premier banquet annuel de la Société Médicale de Montréal 443

MEMOIRES

- G. PINSONNEAULT et Albert JUTRAS:
Leontiasis ossea et maladie de Paget 444
- Urgel GARIEPY:
La chirurgie de la douleur. — La névralgie du nerf glosso-pharyngien. —
Résection nerveuse exo-crânienne. — Guérison. 455

RECUEIL DE FAITS

- A. LEGER et A. BERNIER:
Myélose globale aplastique post-arsénobenzolique. Agranulocytose, anémie et purpura. — Valeur pronostique de certains éléments basés sur des notions récentes d'hématologie 463
- Paul BOURGEOIS:
Symphyse rénale par bords libres. Reins en « L ». Deux observations. 466
- Guy D'ARGENCOURT:
La chirurgie en province. Commentaires sur quelques cas d'urologie. 469
- Armand GRATTON:
L'insuline-protamine-zinc et le traitement du diabète 471

REVUE GENERALE

- Adélarde GROULX:
La consultation de nourrissons. Son objet et ses activités. 475

PETITE CLINIQUE

- Jean SAUCIER:
Syndrome de la fente sphénoïdale. Observation anatomo-clinique. 483

MOUVEMENT MEDICAL

- Henri CHARBONNEAU:
Les dérivés sulfamidés dans les maladies infectieuses 487

LETTRE DE PARIS

- P. DESFOSSÉS:
Le cours du Professeur Leriche au Collège de France 490
La question du B. C. G. buccal 492

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

PRIX ORFILA  PRIX DESPORTES
 1872 1904

DIGITALINE NATIVELLE
CRISTALLISÉE

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

Granules au 1/10^e de milligr. — Solution au 1/1000^e.
Ampoules au 1/4 de milligr. pour injections intramusculaires.

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, rue de la Procession, PARIS (XV^e)

Draeger

Représentants: Rougier Frères, Montréal.

Opothérapie

Hématique

Totale

SIROP de
DESCHIENS

à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances
Minimales du Sang total

Médication rationnelle des
SYNDROMES ANÉMIQUES
et des
DÉCHÉANCES ORGANIQUES

Une cuillerée à potage à chaque repas.

—♦—
DESCHIENS, D' en Ph^a, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8^e)

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

SOMMAIRE

(Suite)

ANALYSES 494

GASTRO-ENTEROLOGIE

Les modifications physiques et chimiques subies par les aliments au cours des manipulations culinaires (p. 494).

NUTRITION

Epreuves d'hyperglycémies provoquées normales (p. 495). La coronarite dans le diabète (p. 495).

PHTISIOLOGIE

Les insuffisances de la radiographie ordinaire en phtisiologie et leur correction par la tomographie (p. 496). Considérations sur la section d'adhérences (p. 497). Répartition des tensions élastiques du poumon (p. 497).

GYNECOLOGIE

Ovaire et hormones de croissance (p. 497).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Chirurgie des mains botes traumatiques (p. 500).

NEURO-PSYCHIATRIE

Le traitement de schizophrénie par les convulsions provoquées par le Metrazol (p. 500). A propos de quatre cas de tubercules cérébraux guéris par le traitement chirurgical (p. 501). Traitement de la méningite méningococcique par le sulfanilamide (p. 501)

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Erythème polymorphe s'accompagnant d'angine de Vincent (p. 502). A propos de radiodermite ulcéreuse rebelle (p. 502).

ELECTRO-RADIOLOGIE

L'exploration radiologique de la mastoïde pathologique chez l'enfant (p. 502).

LABORATOIRE

La transmission, chez la souris, d'une leucémie à cellules atypiques (p. 503). La transmission de la leucémie, chez la souris, à partir d'une cellule unique (p. 503).

SOCIETES 504

La Société Médicale de Montréal: Banquet annuel (p. 504). Séance du 22 mars 1938 (p. 515). Société de Chirurgie de Montréal: Séance du 2 mars 1938 (p. 517). Assemblée scientifique du Bureau médical de l'Hôpital Notre-dame: Séance du 17 mars 1938 (p. 519). Réunion scientifique mensuelle de l'Hôpital Saint-Luc: Séance du 17 mars 1938 (p. 527).

REVUE DES LIVRES 530

NOUVELLES 552

"La Presse Médicale" commente la fusion de l'"Union" et du "Bulletin" (p. 462). Fondation d'un Institut de Micro-biologie par le Gouvernement de la Province de Québec. — Concours d'agrégation. — Belle initiative municipale. — Nomination. — Inspection médicale des écoles. — Déclaration de la poliomyélite. — On demande un médecin canadien-français. — L'Association pour le développement des relations médicales.

NECROLOGIE 555

Le Dr J.-Alfred Rochette. — Le Dr Patrick Tremblay. — Le Dr C.-H. Plante. — Le Dr Elzéar Montpetit.

LIVRES REÇUS EN AVRIL 555

**Lorsque
le patient est épuisé par les troubles génito-urinaires.**

Plus d'une décade d'expérience a démontré que les symptômes douloureux des affections genito-urinaires tels que: mictions fréquentes, impérieuses, douloureuses, et ténésme, peuvent être soulagés par l'administration per os de

NOM **PYRIDIDIUM** DÉPOSÉ
(Phenylazo-Alpha-Alpha-Diamino-Pyridine Mono-Hydrochloride)



Littérature médicale, concernant le soulagement symptomatique, par le Pyridium, dans les cas de cystite, pyélonéphrite, prostatite et uréthrite, envoyée sur demande.

MERCK & CO. LTD.

Fabricants Chimistes

MONTREAL

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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



DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Emile Sergent, de Paris.

Professeur Maurice Roch, Genève.

Professeur Pierre Masson.

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

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction

Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint

Roma Amyot

Membres

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

BUREAU DE COLLABORATION

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

ARRHÉNO-FER

BUREAU

Médication ferro-arsenicale organique.
Solution de Peptonate de Fer . . . 1 gr.
Arrhénal (Méthylarsinate de Soude) . . 0 gr. 03
par cuillerée à soupe (environ 15 cc.).

- En milieu liquide, très agréable au goût et stomachique.

- Ne noircit pas les dents, ne constipe pas et stimule la digestion.

- L'ARRHÉNO-FER, grâce au choix de ses ingrédients et aux soins de sa préparation, représente un tonique puissant et un reconstituant énergétique qui, mieux que les préparations ferrugineuses habituelles, relève les forces, excite l'appétit et favorise l'hématopoïèse.

INDICATIONS

- Chlorose - Débilité - Convalescence - Surmenage - Asthénie et tous les Etats Anémiques.

POSOLOGIE

- Adultes: $\frac{1}{2}$ à 1 cuillerée à soupe après les repas.

Enfants au-dessus de
7 ans: $\frac{1}{2}$ à 1
cuillerée à café
après les repas.

Flacon de 250 cc.

NEUTRALISINE

BUREAU

Poudre de Saturation

Antigastralgique et Antidyspeptique

Sous-carbonate de bismuth . . . 0 gr. 06
Bi-carbonate de soude . . . 0 gr. 04
Silicate alumine . . . 0 gr. 10
Silicate magnésie . . . 0 gr. 10
Carbonate de chaux . . . 0 gr. 20
Cacao en poudre . . . 0 gr. 10
Miel et sucre pour un comprimé de 1 gramme.

- Présentation pratique en comprimés, la Neutralisine donne un soulagement rapide dans les DYSPEPSIES, GASTRALGIES, DIGESTIONS LABORIEUSES, FERMENTATIONS, SENSATIONS DE BRULURE ET D'AIGREUR A L'ESTOMAC.

- D'une efficacité remarquable dans les troubles digestifs de la GROSSESSE.

POSOLOGIE

2 à 4 comprimés à croquer ou sucer après les repas.

Flacon de
75 comprimés.

CALCIFIXINE

INJECTABLE

Ion calcium en solution aqueuse stabilisée à
10% de gluconate de calcium.
Chaque ampoule de 10 cc. = 1 gramme de
gluconate de calcium.

- Particulièrement assimilable par l'organisme et bien toléré.

- La *Calcifixine Injectable* est indiquée dans toutes les applications de la calcithérapie: DEMINERALISATION, ASTHÉNIE, RACHITISME, GROSSESSE, URTICAIRES, PRURITS, ASTHME, MALADIE DE QUINCKE, etc.

POSOLOGIE

- 1 ampoule de 10 cc. tous les deux ou trois jours, ou tous les jours, par voie intraveineuse ou intramusculaire. Pour les enfants, dose réduite de 2 à 5 cc., selon l'âge.

Ampoules de 10 cc.
Boîtes de 6, 50
et 100.

Produits spécialisés des

LABORATOIRES J. BUREAU

86, Boulevard de Port-Royal, Paris, France.

Concessionnaires pour le Canada:

ROUGIER FRÈRES - 350, rue Le Moyne - MONTRÉAL

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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



ADMINISTRATION

OFFICIERS

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

COMITÉ EXÉCUTIF

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

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

COMITÉ DE PROPAGANDE

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

CORRESPONDANTS

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

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

SULFOCIDE

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

INFECTIONS
STREPTOCOCCIQUES
& GONOCOCCIQUES



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

LITTERATURE ET
ECHANTILLONS
SUR DEMANDE

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE
MONTREAL

• L'Union Médicale •

(du Canada)

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

Fondée en 1872

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

OFFICIERS

Président: J.-A. Mousseau

Vice-président: R.-E. Valin

Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction

Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint

Roma Amyot

Membres

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

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 66

Drs Aumont (Gérard), Amyot (Roma), Archibald (Edward), Archambault (P.-R.), Attendu (Gérard), Baril (H.), Barry (Gaétan), Bélanger (Léopold), Belisle (L.-P.), Bellerose (A.), Benoît (E.-P.), Bernier (Alph.), Bertrand (Albert), Bertrand (A.), Bonin (Wilbrod), Boucher (S.), Bourgeois (Paul), Boutin (J.-R.), Cantero (Antonio), Chaput (Yves), Charron (Ernest), Delâge (Jean), DeMontigny (Gérard), Desjardins (Edouard), Doré (Réal), Dreyfus (Gilbert), Dubé (J.-E.), Dufresne (Eugène), Dufresne (Origène), Dufresne (Roger-R.), Facquet (J.), Farley (L.), Fauteux (Mercier), Favreau (L.-C.), Ferron (Maurice), Fortier (L.-E.), Fortier (Ls), Gagnier (L.), Gagnon (P.-A.), Gariépy (J.-U.), Gélinas (Henri), Gendreau (J.-E.), Gérin-Lajoie (Léon), Gratton (Armand), Hartmann (Henry), Jutras

(Albert), Lafresnière (Gabriel), Lamoureux (Léopold), Lefrançois (Charles), Lemierre (A.), Lemieux (J.-Edouard), LeSage (Albert), LeSage (Jean), LeSage (Jules), Letondal (Paul), Leven (Roland), Lian (C.), Major Manseau (Willie), Marin (Albéric), Martel (J.-Alcide), Martin (Paul), Mercille, Millet (J.-A.), Mongeon (Léo), Morin (Gaspard), Morin (Paul), Mourgue (R.), Mousseau (J.-Alfred), Panneton (Philippe), Paquette (J.-P.), Pariseau (Léo), Parizeau (T.), Pilon (J.-Alcide), Pinsonneault (G.), Poirier (Paul), Poliquin (Paul-A.), Ravina, Riopelle (J.-L.), Roch (Sylvio), Roy (J.-N.), Saint-Jacques (Eugène), Saucier (Jean), Sergeant (Emile), Simard (L.-C.), Simard (Raymond), Simard (Roland), Smith (Pierre), Sorrel (E.), Tétrault (Edouard), Winiphen (André).

SÉDOSINE

**PASSIFLORE
JUSQUIAME
CRATAEGUS**

SÉDATIF DU SYSTÈME
NEURO-VÉGÉTATIF

**ASSOCIATION SYNERGIQUE
HYPERACTIVE**

LABORATOIRES LICARDY 38, B° BOURDON - NEUILLY-PARIS

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

PROVEINASE

MIDY

“RÉGULATEUR DE LA
CIRCULATION VEINEUSE”

TRoubles de la PUBERTÉ et de la MÉNopause

2 à 6 comprimés par jour.

Laboratoires MIDY, 67, avenue de Wagram, PARIS.

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

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION

Des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

PRÉSIDENT HONORAIRE

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

DIRECTEUR-GÉNÉRAL

R.-E. VALIN,

165 est, ave Laurier, Ottawa.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER

Donatien MARION,

326 est, boul. St-Joseph, Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

R.-E. VALIN

D. MARION

J.-A. JARRY,

J.-H. LAPOINTE

Arthur RICHARD

COMITÉ DU XV^e CONGRÈS

J.-H. LAPOINTE, Président

J.-R. BÉLISLE, 3e Vice-président

A. RICHARD,

Secrétaire

R. LAROCHELLE, 4e "

J.-M. LAFRAMBOISE,

Trésorier

B.-G. BOURGEOIS, 2e Vice-président

A. GRANGER 5e "

ANCIENS PRÉSIDENTS

J.-E. DUBÉ

R.-E. VALIN

Albert LeSAGE

P.-C. DAGNEAU

J.-A. JARRY

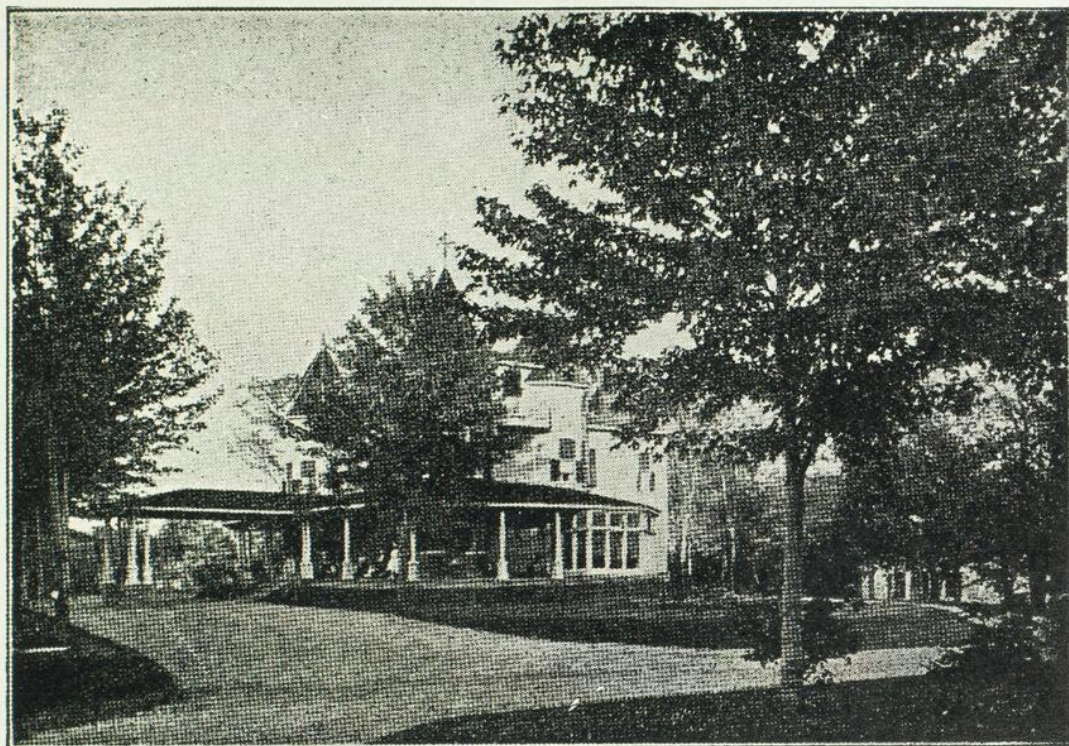
Albert PAQUET

MEMBRES DU CONSEIL

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

SANATORIUM PRÉVOST

INCORPORE



ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHERAPIE

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

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

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

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

4455 Boulevard Gouin ouest,

Téléphone, BYwater 1240

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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



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

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



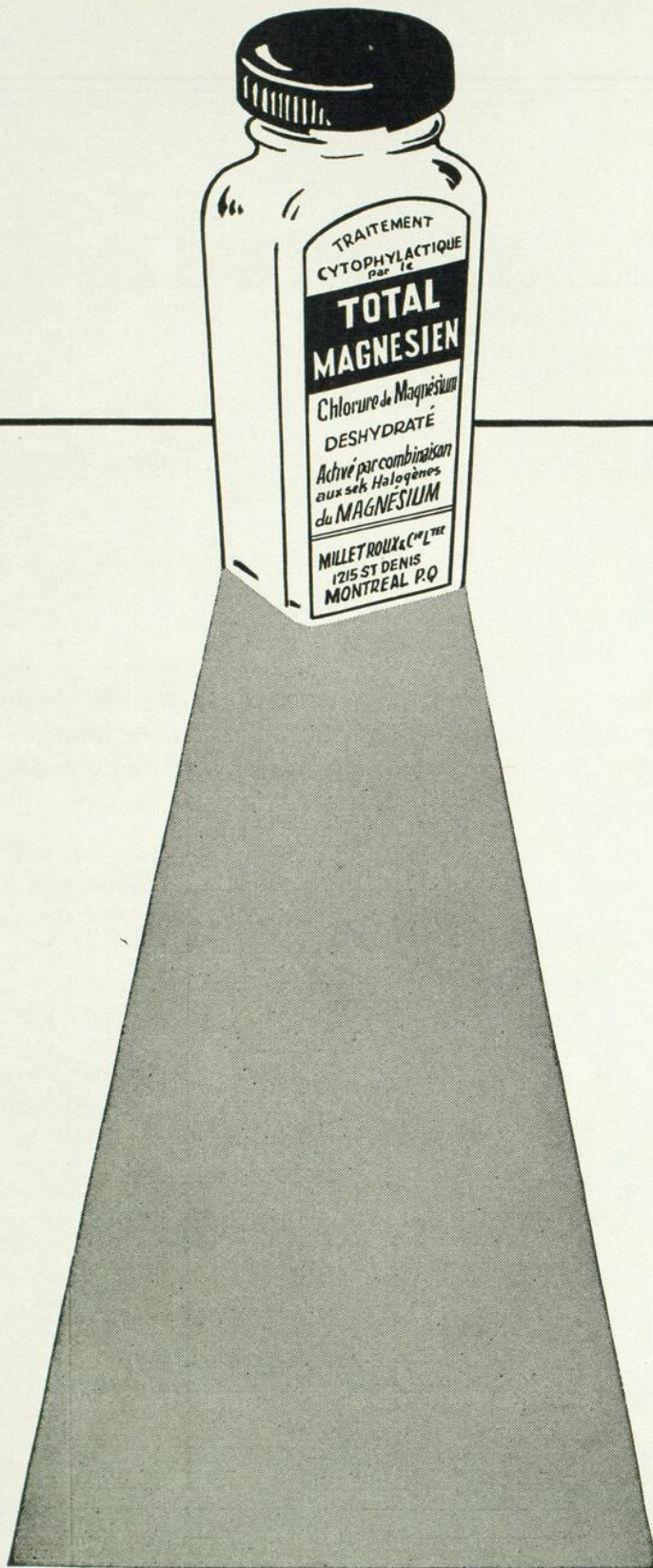
ABONNEMENT: L'abonnement est de cinq dollars par année. Les membres déjà inscrits à l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord ont droit, de ce fait, à la réception du Journal ainsi que tous les médecins qui font partie des Sociétés Médicales des divers Etats et Provinces.



COLLABORATION: Seuls les travaux inédits sont acceptés.



MANUSCRITS: Les manuscrits doivent être dactylographiés avec double interligne.



DISTRIBUTEURS POUR LE CANADA :

MILLET, ROUX & CIE Ltée ♦ 1215, rue St-Denis, Montréal

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

Nous n'acceptons pas des négatifs de clichés.

Chaque illustration doit porter au verso le nom de l'auteur et les photographies devront être claires, de préférence noires et sur papier glacé.

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

•

EXTRAITS: L'auteur peut obtenir des extraits pourvu qu'il signe la formule accompagnant la galée et qu'il en assume les frais.

Tous changements du texte de la galée entraînent des frais supplémentaires pour l'auteur.

•

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

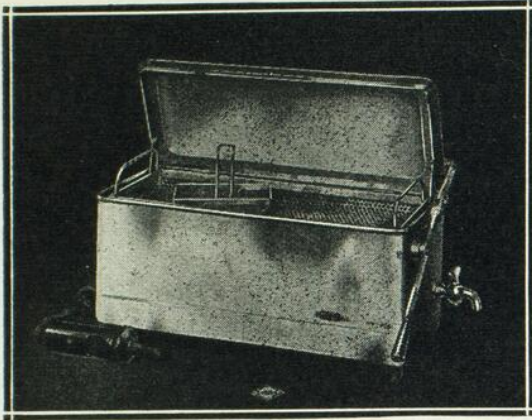
	4 pages	8 pages	16 pages	32 pages
100	\$3.00	\$ 5.00	\$ 7.50	\$12.50
200	3.75	6.00	11.00	18.00
500	5.50	10.50	17.00	26.50
1000	7.75	15.00	23.15	33.00

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

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

100	\$ 5.00
200	6.50
500	11.00
1000	18.50

STERILISATION



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

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

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

**EFFICACE
AUTOMATIQUE
ECONOMIQUE**
POUR
Médecins et Hôpitaux

Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.

La bouilloire est en bronze coulé d'un seul morceau.
WILMOT CASTLE COMPANY
Rochester, N. Y.

"CASTLE"

REPRESENTANTS
EXCLUSIFS :

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée, Montréal

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

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

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

▲
Littérature
descriptive
gracieusement
fournie
▼



CASGRAIN & CHARBONNEAU
Limitée

REPRESENTANTS EXCLUSIFS

Lancaster 3292

M O N T R E A L

30 est, rue St-Paul

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

•

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

•

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

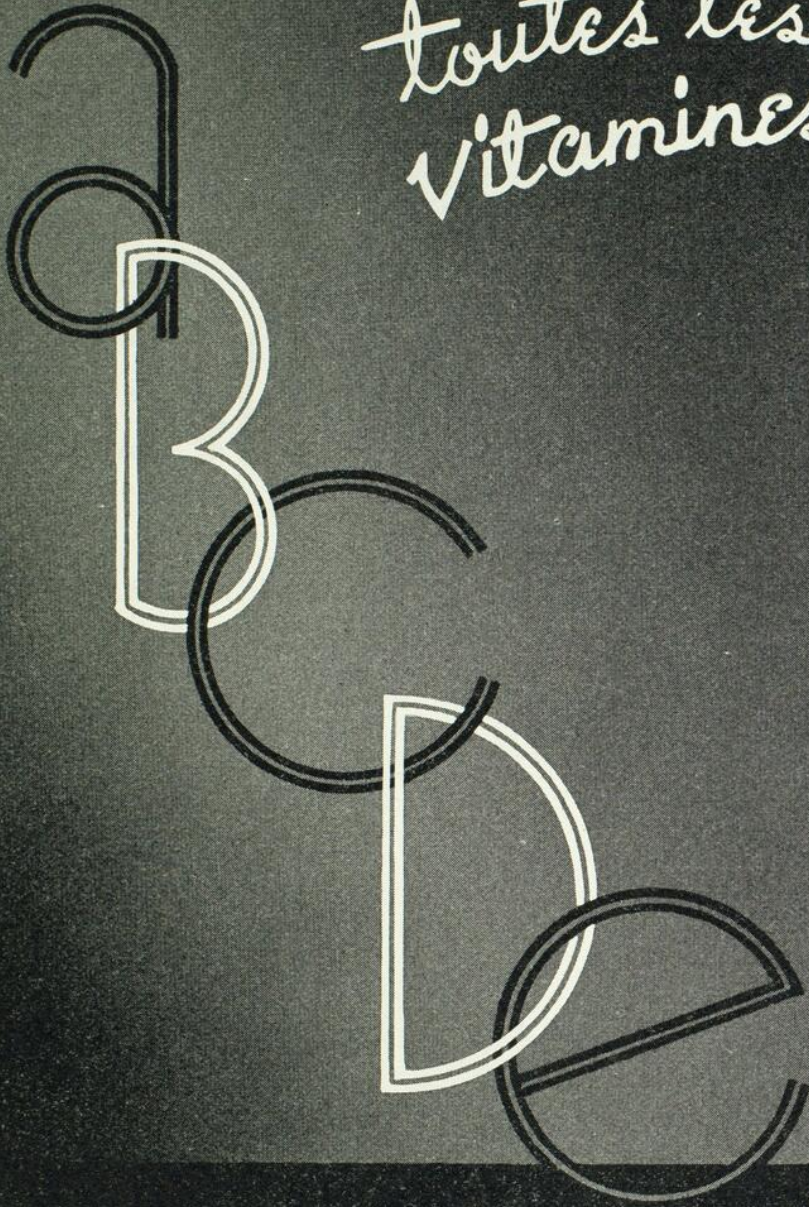
Le barème des annonces est fourni sur demande à Jacques D. Clerk, publiciste, 326 est, blvd Saint-Joseph. Téléphone: LAncaster 9888.

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

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



*toutes les
vitamines*



PANVITA

**ANTI-INFECTIEUX PREVENTIF ET CURATIF
VITAMINOTHÉRAPIE INTÉGRALE**

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

Littérature et échantillons.

Dépositaire pour le Canada et les Etats-Unis:

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



SOUTIEN DU CŒUR

CORAMINE

“CIBA”

**CARDIO-TONIQUE D'ACTION RAPIDE,
ÉNERGIQUE ET DURABLE**

Gouttes

*Traitement prolongé —
Tous cœurs insuffisants, lésionnels
ou séniles:*

20 à 100 gouttes
par 24 heures.

Ampoules

*Indications d'urgence —
Toute défaillance aiguë du
myocarde:*

1.5 à 12 c.c. par
voie sous-cutanée
ou intraveineuse.



CIBA

759 Victoria Sq., Montreal.

AMIDAL

poudre - cachets - comprimés - dragées.

ENTÉRITES AIGÜES
•
FERMENTATIONS
•
AUTO-INTOXICATIONS
•
DIARRHÉES

GLYCOBYL

Cholagogue - Antiseptique du foie - Laxatif

dragées — granulés

LITHIASE BILIAIRE
ANGIOCHOLITES et
CHOLÉCYSTITES
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
DYSPEPSIES INTESTINALES

GENOSTHENIQUES

Polonovski et Nitzberg

granules — gouttes — ampoules.

NEURASTHÉNIE
•
SURMENAGES
•
CONVALESCENCE

Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, Pharmacien, PARIS

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

TENEBRYL GUERBET

(Di-iodo-méthane sulfonate de sodium)
(68.6% d'iode)

Moyen de contraste pour Urographie Intraveineuse

THÉRAPEUTIQUE ANTALGIQUE
TRAITEMENT IODÉ
RADIODIAGNOSTIC
LIPIODOL

HUILE IODÉE À 40%
540 MILLIGr d'IODE par C.C.

AMPOULES
CAPSULES
EMULSION
COMPRIMÉS

LAB^{RES} A GUERBET & C^{IE}
22, RUE DU LANDY
STOUCHE - PARIS

LAFAY

LABORATOIRES A. GUERBET & CIE - PARIS

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

TRÉPHONYL

Sérum hémopoïétique - Foie foetal - Tréphones embryonnaires

FLACONS - AMPOULES

SIROP

Anémies intenses
Convalescences
Déficiences organiques
Troubles de la croissance
Allaitement

1 à 2 ampoules par jour dans 1/4 de verre
d'eau, par voie buccale loin des repas.

1 cuillerée à potage (enfants une cuillerée
à café) avant les trois principaux repas.

— • —

Laboratoires du D^r ROUSSEL, 97, rue de Vaugirard, PARIS

Agents pour le Canada : J. EDDÉ L^{ée}, New Birks Bldg., MONTRÉAL

PEPTO-KOLA ROBIN

PEPTONATE DE FER ROBIN

GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

NUCLÉARSITOL ROBIN

GRANULÉ - COMPRIMÉS - INJECTABLE

MALADIES DÉGÉNÉRATIVES ♦ ASTHÉNIE

TUBERCULOSE ♦ LYMPHATISME

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

J. EDDÉ Limitée
Agent

Après

La CONFERENCE DE MINUIT

Il vient vous consulter. La céphalée est intense, les nerfs sont irrités, les facultés mentales engourdies, il est très fatigué et le système digestif est en dessous de la normale. Cependant il doit retourner à son bureau immédiatement afin de conclure des affaires importantes. Il vous laisse entièrement libre sur la décision à prendre.

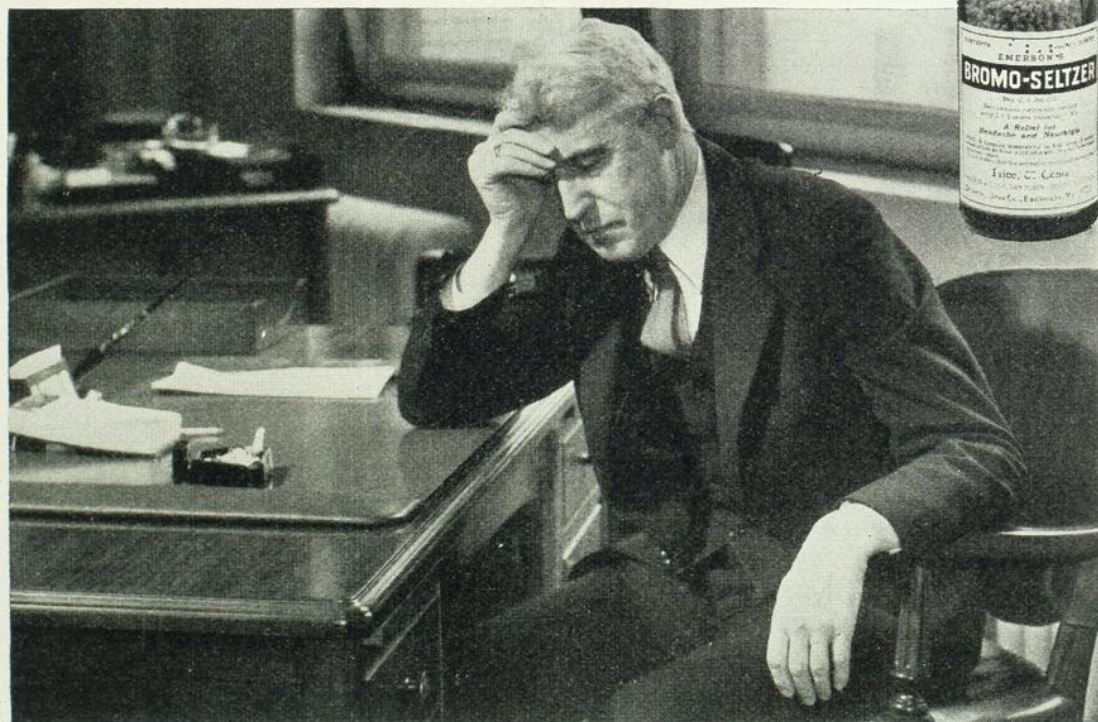
Votre première pensée est de soulager la douleur. Vous éliminez les narcotiques. Songez alors à **Bromo-Seltzer** qui empêche la transmission de la douleur

aux centres supérieurs. L'activité mentale ne s'en trouve aucunement gênée.

Bromo-Seltzer apporte un prompt soulagement et stimule en même temps les facultés intellectuelles. Il calme l'irritation nerveuse et permet le repos. Les citrates contenues dans le **Bromo-Seltzer** tendent à faciliter la digestion, à restaurer la réserve alcaline et à augmenter la sensation de bien-être.

Bromo-Seltzer fait une boisson effervescente d'un goût agréable. Il est économique, efficace et soulage rapidement.

Les demandes de littérature et d'échantillons reçoivent une prompt attention.



BROMO-SELTZER LTD. TORONTO, CANADA

LE COLLEGE ROYAL DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

EXAMENS EN OCTOBRE 1938

L'examen primaire et l'examen final pour le diplôme de «Fellow» (membre actif) auront lieu aux dates suivantes:

Les examens écrits, sur les sujets primaires et finals, auront lieu les 3, 4 et 5 octobre — à Vancouver, Edmonton, Saskatoon, Winnipeg, Toronto, Montréal, Québec, Halifax.

Les examens oraux sur les sujets primaires, auront lieu le 20 octobre à Winnipeg et le 22 octobre à Toronto.

Les examens oraux et cliniques sur les sujets finals auront lieu le 24 octobre à Winnipeg, et le 26 octobre à Toronto.

**La réunion annuelle du Collège se tiendra à
Ottawa, le 29 octobre.**

Les candidats, gradués de 1930, ou antérieurement, d'une École de Médecine ou d'une Université approuvées par le Conseil, ne seront pas tenus de passer l'examen primaire mais devront, à l'examen final, faire preuve d'une connaissance générale et pratique de l'application clinique de l'anatomie et de la physiologie.

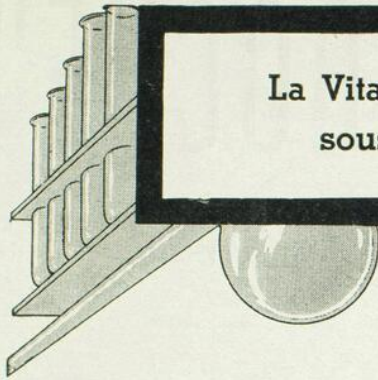
Cet examen spécial sera fait par des cliniciens.

Le privilège de cette subdivision aux Règlements prendra fin le 1er décembre 1940.

Toutes les communications devront être adressées à

Warren. S. LYMAN, M.D., F.R.C.P. (C)
Honorary Secretary.
292 Somerset Street W.,
Ottawa, Canada.

Des renseignements supplémentaires apparaîtront dans d'autres numéros de ce journal.



**La Vitamine Antinévritique Spécifique
sous une forme Cristallisée Pure**

INDICATIONS PRINCIPALES

Maintenant que la Vitamine B synthétique est obtenue sous une forme cristallisée pure — Betaxin.— on peut se procurer à bon marché des quantités adéquates de cette diététique essentielle.

Il est prouvé que le Betaxin donné en petites doses est un adjuvant utile dans la diète des enfants et pendant la croissance. Au cours de la grossesse et de l'allaitement, principalement dans les vomissements incoercibles, une quantité libérale est requise. Betaxin est encore indiqué dans certains états caractérisés par une perte d'appétit, de l'atonie gastro-intestinale et faiblesse musculaire. Selon certains auteurs Betaxin peut rendre service dans les névrites (particulièrement dans la névrite alcoolique) les névralgies et autres désordres nerveux dus à l'avitaminose B.

Présentation: Comprimés de 0.1 mg., 0.5 mg. et 1 mg., en flacons de 50; comprimés de 5 mg., en flacons de 25. Ampoules de 1 mg. (-1c.c.) en boîtes de 10 et 100; ampoules de 10 mg. (-1c.c.), boîtes de 5.

Littérature sur demande.

BETAXIN

Marque de Chlorure de Thiamine

Vitamine B₁ Synthétique cristallisée



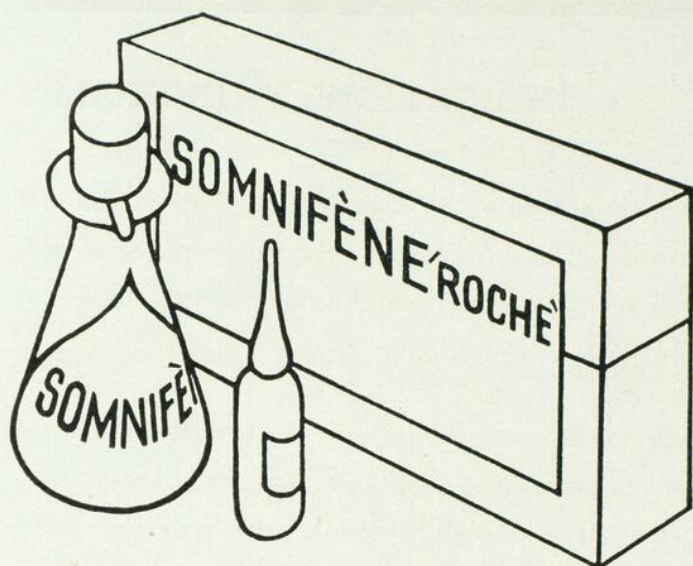
WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Maison de confiance du médecin.

Bureau et Laboratoires:

Windsor, Ont.

SOMNIFÈNE "ROCHE"



GOUTTES, flacons de 12 cc.
AMPOULES à 2cc., boîtes de 6

sommeil calme
bien-être au réveil

Toutes les insomnies
simples et compliquées
et les agitations

Gouttes: XXX à LX gouttes, $\frac{1}{2}$ h. avant de se coucher.

Enfants: II, V à X gouttes selon l'âge (troubles nerveux, coqueluche).

Ampoules de 2 cc.: Dose hypnotique simple: 1 ampoule $\frac{1}{2}$ h. ou 1 h. avant le moment du sommeil (agitation, insomnies rebelles).

Dose hypnotique et sédative: 2 à 3 ampoules.

Cas d'urgence: 2 à 3 ampoules endoveineuses (convulsions, éclampsie).

à chacun sa dose



Hier morphine, aujourd'hui

PANTOPON "ROCHE"

Opium total, titré, injectable

ampoules comprimés oraux
tablettes hypodermiques poudre ($\frac{1}{8}$ oz.)
Pantopon "Roche" Sirop, flacons de 150 cc.

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL

SPARTOVAL

ISOVALÉRIANATE NEUTRE DE SPARTÉINE

SÉDATIF CARDIO-VASCULAIRE ANTISPASMODIQUE

TRAITEMENT: des algies et troubles fonctionnels
des affections cardiaques — Angors —
Tachycardies — Palpitations.

Dragées de Spartoval (dosées à 0 gr, 05) 2 à 6 par jour.

SPARTO-CAMPBRE

CAMPHO-SULFONATE DE SPARTÉINE & CAMPHO-SULFONATE DE SODIUM

VÉRITABLE SYNERGIE CARDIOTONIQUE

TRAITEMENT D'URGENCE: du collapsus cardiaque,
des états adynamiques au cours des
maladies infectieuses.

Diurétique et Cardiotonique d'Entretien

Ampoules de Sparto-campbre: de 2 et 5 cc. (injections sous-cutanées ou intramusculaires).

Dragées de Sparto-campbre: 2 à 6 par jour.

GENISTENAL

ÉTHYLPHÉNYLBARBITURATE NEUTRE DE SPARTÉINE

NEURO-SÉDATIF & HYPNOGÈNE « ÉQUILIBRANT » du Système nerveux végétatif

TRAITEMENT: de l'épilepsie; chorée; convulsions;
anxiétés; délire; insomnies; angine de poitrine.

Dragées de Génisténal (0,035 d'éthylphénylmalonylurée et 0,015 de spartéine).

Adultes: 1 à 6 dragées par jour.

Enfants: ½ à 4 " " "

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

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



TROUBLES CARDIAQUES

La Glucophylline (Abbott), nouveau diurétique, et vaso-dilatateur coronaire, est présentée sous forme de comprimés contenant 2.3 grs de la combinaison de Théophylline et de Glucamine de Méthyl. Le Glucamine de Méthyl assure à la Théophylline une plus grande solubilité, rehausse son action thérapeutique et réduit les dangers d'irritation gastro-intestinale; de plus, ce composé possède lui-même des propriétés diurétiques très marquées.

INDICATIONS: L'usage de la Glucophylline Abbott est indiqué dans les troubles cardiaques, plus particulièrement ceux qui sont accompagnés d'oedème et de dyspnée paroxysmale. Dans les troubles coronaires, comme l'angine de poitrine, la sclérose et la thrombose, cette préparation est employée comme dilatateur des vaisseaux périphériques des artères coronaires. La Glucophylline Abbott contribue à empêcher les paroxysmes douloureux et à réduire leur sévérité et leur fréquence.

Littérature détaillée et échantillon sur demande.

Laboratoires Abbott Ltée, 388 ouest, rue St-Paul, Montréal

GLUCOPHYLLINE ABBOTT

BULLETIN

EN MARGE DU PREMIER BANQUET ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL



La « Société Médicale » de Montréal, l'une des plus anciennes Sociétés d'Etudes de notre ville¹, a donné, le 19 avril dernier, son premier banquet annuel, sous la présidence du docteur Léon Gérin-Lajoie.

Le but de cette réunion était de rendre un hommage public aux pionniers de la « Société Médicale », en évoquant le passé, en faisant revivre quelques disparus et en décernant à un certain nombre de membres éminents, choisis parmi les aînés, le diplôme de *Membre Honoraire*.

Parmi ceux-ci figurent des noms bien connus et respectés: les docteurs E.-G. Asselin, E.-P. Benoît, Séraphin Boucher, E.-P. Chagnon, François de Martigny, E. Merrill Desaulniers, A.-H. Desloges, F.-E. Devlin, J.-E. Dubé, A. Ethier, L.-E. Fortier, L.-A. Gagnier, J.-E. Laberge, A. Laquerrière, Albert LeSage, Damien Masson, Pierre Masson, T. Parizeau et Eugène Saint-Jacques.

La « Société Médicale » a donc voulu honorer non seulement des universitaires, des médecins d'hôpitaux, des hommes de laboratoire, mais également des praticiens généraux, des hygiénistes, de hauts fonctionnaires, qui chacun dans leur domaine ont su faire estimer et aimer notre profession.

Afin de donner à cette fête un éclat particulier et de resserrer davantage les liens qui existent et doivent exister entre le Gouvernement — quel qu'il soit — et la profession médicale, l'Exécutif de la Société s'était assuré la présence de l'Honorable Ministre de la Santé, M. Albiny Paquette, qui voulut bien accepter la *Présidence Honoraire* de notre Société.

Dans une allocution pleine d'intérêt, le docteur Paquette nous exposa le travail accompli depuis deux ans par son Ministère, et termina en soulignant la nécessité de l'union de tous les médecins en présence des difficultés de l'heure présente.

On peut conclure en disant qu'un banquet comme celui-là, où la jeune génération rend un hommage sincère aux aînés, ne peut avoir — du point de vue social — que les plus heureuses répercussions.

Souhaitons que ce premier banquet annuel devienne une tradition à la « Société Médicale » et que, chaque année, nous puissions ainsi fraterniser; souhaitons que l'union de tous les médecins se réalise enfin, pour la défense de nos intérêts, pour notre avancement scientifique et le plus grand bien de notre population².

Paul LETONDAL.

1. La *Société Médicale de Montréal*, fondée en 1900, compte actuellement plus de 350 membres.

2. On lira plus loin, dans ce numéro, sous la rubrique « Sociétés », le texte complet des allocutions prononcées.

MEMOIRES

LEONTIASIS OSSEA ET MALADIE DE PAGET.

A propos d'une observation personnelle inédite ¹

G. PINSONNEAULT,

Assistant à l'Institut du Radium,

Par
et

Albert DUPRAS,

Radiologiste à l'Hôtel-Dieu.

Historique et définition

La leontiasis est une déformation monstrueuse de la face qui rappelle l'aspect léonin. L'origine de ce vocable remonte à Galien et à Aretée. Il sert depuis cette époque à traduire une forme d'éléphantiasis de la face, observée parfois au cours de quelques maladies et particulièrement de la lèpre. Virchow, qui avait magistralement étudié l'éléphantiasis, fut frappé de rencontrer dans certaines pachydermies, des lésions étendues de l'os et du périoste ². L'idée vint naturellement au célèbre anatomo-pathologiste de rattacher l'hyperostose diffuse des os de la face au même processus qui déclenchait l'éléphantiasis des parties molles. En 1863, il décrivit la leontiasis ossea comme l'équivalent osseux de la leontiasis classique. Le mouvement était donné et on assista, dans les vingt-cinq dernières années du dix-neuvième siècle, à l'éclosion de nombreux travaux, parmi lesquels il convient de signaler celui de Horsley en Angleterre, de Baumgarten en France et de Putnam aux Etats-Unis.

Des études rétrospectives d'anatomie clinique ont permis de retracer la leontiasis ossea dès les temps les plus reculés. Un crâne, découvert par Bernard de Jussieu au cours

1. Travail de l'Institut du Radium; Prof. J.-E. Gendreau, directeur.

2. Le syndrome constitué par l'association de lésions pachydermiques à des lésions osseuses, particulièrement étudié au cours de ces dernières années, n'a donc pas le mérite de la nouveauté. Il est assez curieux de constater que les travaux de fond sur cette question ne font, dans leur historique, aucune allusion aux observations de Virchow.

d'une fouille et remontant, paraît-il, aux âges préhistoriques, a été rattaché à cette dystrophie osseuse. La plupart des grands musées d'anatomie possèdent des échantillons de crânes leontiasiques. On cite comme classiques, celui déposé au musée Dupuytren par Cruveilhier en 1838; celui de Forcade conservé à Toulouse et dont l'observation clinique nous est relatée dans la thèse de Ribell, soutenue à Paris en 1823; celui du musée de Harvard décrit par Putnam; le crâne de Bickersteth à Liverpool et celui de Bristol qui servirent aux études de Knaggs, etc. Nous citons ces exemples parce qu'on a proposé certains d'entre eux comme prototypes de variétés anatomiques et que nous aurons à y revenir.

La leontiasis répondait autrefois à une entité purement clinique et descriptive: c'était un symptôme et rien de plus. Le malentendu a commencé après Virchow, qui a voulu y introduire une notion étiologique et un substratum anatomo-pathologique propres. La leontiasis ossea était dans l'idée de l'auteur, un périostite, à évolution lente et progressive, de même nature et de même étiologie que certaines pachydermies inflammatoires. Or les observations recueillies depuis cette époque ont montré que ce cadre est inadéquat et insuffisant. Une fois engagé sur le terrain étiologique, on tenta de faire de la leontiasis ossea une entité pathologique distincte. On y vit tour à tour une manifestation du rachitisme (Huchke, Bland Sutton), de l'acromégalie (Cheine), une dystrophie d'origine nerveuse (Poisson, Ivimey), une variété de sarcome (Le Dentu), etc. Ici, comme en beaucoup d'en-

droits, le besoin d'une classification dépassa le souci de l'exactitude et de la précision. Le résultat de toutes ces tentatives est qu'on a introduit dans ce cadre des types de lésions qui ne répondent plus au caractère clinique primitif et qui relèvent de causes nombreuses et très disparates. L'idée de faire marche arrière et de réléguer dans un groupe de « fausses leontiasis ossea » tous les cas qui ne répondent pas à certains desiderata anatomiques, n'apporte aucune clarté dans la nosographie de l'affection, bien au contraire. Il faut convenir qu'il est encore futile pour le moment de vouloir faire de la leontiasis ossea autre chose qu'un syndrome purement descriptif, pouvant avoir des origines variées.

La tendance actuelle elle-même, qui est de considérer la leontiasis ossea, comme une manifestation atypique de la maladie de Paget, de la maladie de Recklinghausen ou de l'ostéite fibreuse simple, ne suffit pas à expliquer l'ensemble des faits rapportés.

Anatomo-pathologie de la leontiasis ossea. Les variétés anatomiques.

Knaggs, qui a fourni l'étude anatomique la plus complète de la leontiasis ossea, range les lésions dans deux catégories: dans la première, l'hypertrophie porte sur le périoste; dans la seconde, elle porte sur l'os lui-même.

I. *La variété périostique* (« Creeping periostitis of the bones of the face and skull » de Knaggs) peut-être parfaitement illustrée par les crânes de Forcade et de Bickersteth. (Figure I) La maladie débute dans les fosses nasales, les sinus ou les alvéoles dentaires. Knaggs soupçonne, comme agent pathogène, un staphylocoque de virulence très atténuée, quoique la preuve de cette hypothèse n'ait jamais été faite. Le processus infectieux s'étendrait lentement et progressivement, par voie de continuité, à tout le massif facial et à tout le crâne. Le transport au maxillaire inférieur s'effectuerait par l'intermédiaire du muscle buccinateur ou du ligament ptérygo-maxillaire. Les points d'insertion de ces formations seraient en effet les premiers à

s'hypertrophier. A la jonction de deux os, où le périoste plonge dans l'interstice de séparation, l'infection serait plus lente à se propager et on assisterait à la formation d'un bourrelet.



Fig. I

Le crâne de Bickersteth d'après Knaggs illustrant la variété périostique de la leontiasis ossea.

Les crânes de cette variété présentent un aspect bourgeonnant, faisant fortement contraste avec l'aspect lisse de la seconde variété, qui sera décrite dans le paragraphe suivant. Les lésions peuvent atteindre un volume énorme. La tête de Forcade, lors de l'autopsie, pesait 8 livres et 3 onces. La mâchoire inférieure, à elle seule, atteignait le poids de 3 livres et demie. L'os garde sa coloration jaunâtre habituelle et présente une consistance extrêmement dure. L'image radiologique est opaque et dense. La surface est criblée de petits pertuis qui livrent passage aux vaisseaux. Sur une coupe, l'os apparaît très épaissi, sans qu'il soit possible de discerner la limite entre la couche de tissu normal et la couche surajoutée. Les cavités para-nasales sont rétrécies ou oblitérées. On ne trouve parfois plus de traces de certaines d'entre elles. Les lésions sont généralement symétriques. L'obstruction des fosses nasales, des cavités orbitaires, des

trous de la base du crâne peut engendrer diverses complications. La suppuration et la nécrose sont très rares. Quand le syndrome leontiasique est au complet, l'affection atteint tous les os du crâne et ceux de la face, y compris le maxillaire inférieur. La peau et le tissu cellulaire seraient indemnes d'après la plupart des observations. Virchow signale de la sclérose des muscles. On aurait observé également la coïncidence, dans quelques cas, de taches brunâtres et de mollusca.

L'aspect histologique est celui de plages fibreuses, denses, striées par endroit de fines lamelles osseuses. Les systèmes de Havers sont très rares.

Cette variété anatomique de leontiasis ossea présente certaines analogies frappantes avec une maladie des pays chauds, signalée en 1882 par Macalister chez les nègres de l'Afrique, et bien étudiée par J. N. Roy: nous voulons parler du « goundou ». Le « goundou » est essentiellement une périostite ostéoplastique à évolution lente et progressive. Il se développe d'ordinaire symétriquement et insidieusement sur les os propres du nez ou sur la branche montante du maxillaire supérieur. La forme est variable et la tumeur atteint généralement le volume d'une noisette. Le goundou épargne le crâne, mais peut se généraliser aux os plats et aux os courts du squelette. La nature inflammatoire de la maladie est généralement admise, mais l'agent pathogène est inconnu. Les données actuelles sont insuffisantes pour fixer le degré de parenté du goundou avec certains cas de leontiasis ossea, mais le rapprochement nous a paru intéressant à signaler.

La variété périostique de leontiasis ossea telle que décrite par Knaggs n'échappe pas à quelques objections. C'est d'abord l'absence de toute preuve directe concernant la nature inflammatoire et le microbe en cause, et ensuite certaines localisations aberrantes, qui demeurent assez inexplicables, comme les lésions d'une vertèbre cervicale dans un cas décrit par Malpighi et celles trouvées sur le péroné dans le squelette de Bickersteth.

II. *Variété osseuse.* Cette forme paraît différer essentiellement de la précédente par certains caractères absolument frappants. Les pièces osseuses sont uniformément tuméfiées et très peu déformées. Leur surface est lisse et dénuée de tout bourgeonnement périostique. L'os est extrêmement vascularisé, rougeâtre et mou. La variété osseuse se rencontrerait en général chez des individus plus jeunes que dans la variété périostique. Les crânes de Bristol (Figure 2) et de Sacy appartiennent à cette catégorie.

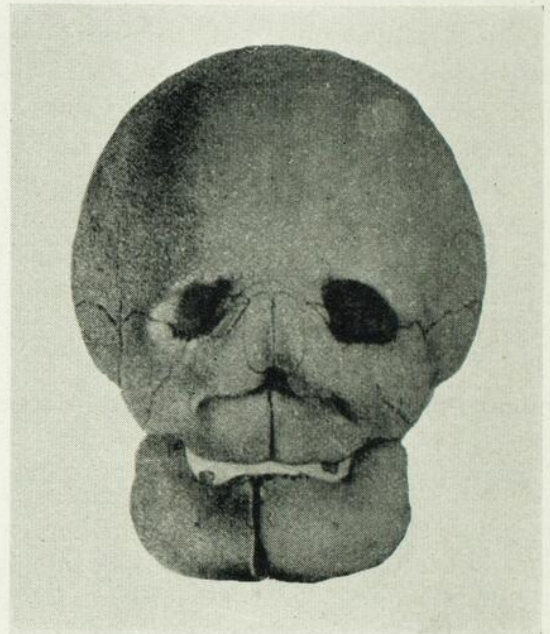


Fig. II

Le crâne de Bristol d'après Knaggs, démontrant la variété ostéitique de la leontiasis ossea.

L'aspect histologique de cette forme de leontiasis ossea, dit Knaggs, est celle de l'ostéite fibreuse. La lésion se constitue en quatre étapes: 1° disparition de l'os original; 2° production d'un tissu conjonctif de remplacement; 3° ossification irrégulière dans le temps et dans l'espace du tissu néoformé; 4° transformation fibreuse de la moelle grasseuse.

Suivant l'extension des lésions, Knaggs distingue trois groupes. Dans le premier, l'affection envahit la totalité des os de la face et du crâne; dans le second, elle est circonscrite à une ou plusieurs pièces crâniennes; dans la troisième, la maladie reste localisée

à une des deux mâchoires et paraît être la conséquence d'une infection dentaire.

A un stade avancé, l'os peut comporter des foyers éburnés plus ou moins étendus et plus ou moins nombreux, comme en témoigne l'excellente observation de Lemaître, Rouget et Ruppe. Il s'agissait d'une femme d'âge moyen chez qui la maladie évoluait depuis sept ans. Une incision malencontreuse, sur la mâchoire supérieure gauche, au niveau des prémolaires, pratiquée quelques années avant que la malade vint consulter, avait donné lieu à un abcès chronique et compliqué de nécrose. L'intervention fut décidée. On réséqua des portions importantes du maxillaire supérieur gauche et on profita de l'anesthésie pour prélever une biopsie sur le maxillaire droit. Dans le voisinage du foyer infectieux, l'os présentait une consistance extrêmement dure, éburnée. Partout ailleurs, il se laissait tailler au simple bistouri. L'examen histologique de l'os mou montra l'absence de stratification: les trabécules avaient totalement perdu leur aspect lamellaire. Leurs contours étaient festonnés et déchiquetés. A la périphérie des trabécules on trouvait, par endroits, une bordure d'ostéoblastes et dans leur voisinage, quelques myéloplaxes. La moelle grasseuse était tout à fait absente et avait fait place à du tissu fibreux dont l'aspect était celui d'un « fin réticulum fibrillaire enchevêtré, affectant souvent la disposition en tourbillon ». Dans cette trame, on percevait de nombreux fibroblastes et quelques cellules rondes.

L'os éburné présentait un aspect tout différent. La substance fondamentale des trabécules, très basophile, n'offrait dans son intérieur que des espaces clairs, déshabités; toutes les cellules osseuses avaient disparu et l'absence complète de vaisseau laissait l'impression d'un tissu mort et calcifié.

Ce processus d'éburnation se retrouvait dans certaines coupes pratiquées sur l'os mou et on assistait parfois à des zones de transition entre les deux types décrits.

Les rapports de la leontiasis ossea avec la maladie de Paget, la maladie de Recklinghausen et l'ostéite fibreuse simple

La leontiasis ossea se rencontre à tout âge, alors que la maladie de Recklinghausen est une maladie de l'adolescence et que la maladie de Paget est une maladie de la fin de l'âge adulte et de la vieillesse. L'ostéite fibro-kystique provient d'un hyperfonctionnement des parathyroïdes; dans la leontiasis ossea, rien ne permet d'affirmer jusqu'à date que les parathyroïdes sont en cause. La maladie de Paget épargne les os de la face moins le maxillaire inférieur; la leontiasis ossea porte le plus souvent uniquement sur les os de la face, moins le maxillaire inférieur. L'ostéite fibro-kystique et l'ostéite déformante répondent à des lésions anatomiques fixes et assez définies; la leontiasis ossea est tantôt une hyperostose, tantôt une périostite, tantôt l'association des deux. Dans la maladie de Recklinghausen, le processus pathologique est plutôt destructeur; dans la leontiasis ossea, il est essentiellement constructeur. Dans l'ostéite déformante, les lésions sont distribuées au hasard; dans la leontiasis ossea, elles sont à peu près constamment symétriques.

L'opinion des auteurs qui assimilent la leontiasis ossea à la maladie de Recklinghausen ou à la maladie de Paget est donc pour le moins prématurée. Cependant, il faut convenir qu'elle n'est pas sans fondement. Lemaître, Rouget et Ruppe ont fixé parfaitement les traits communs de l'histogénèse dans les trois affections. On sait que chacune d'elles répond schématiquement au processus formateur de l'ostéite fibreuse en général: dans un premier temps, résorption de l'os ancien qui est remplacé par des formations conjonctives plus ou moins vasculaires ou plus ou moins fibreuses; dans un deuxième temps, ossification à un degré variable, par métaplasie directe, sans trace de lamination du tissu conjonctif néoformé. Le tout s'accompagne

d'une dégénérescence fibreuse de la moelle grasseuse normale. D'après Lemaître, Rouget et Ruppe, dans l'ostéite fibreuse simple, le processus constructeur compense le processus destructeur; dans la maladie de Recklinghausen, la reconstruction n'est qu'ébauchée; dans la maladie de Paget, elle est exagérée dans l'espace mais incomplète dans son évolution. « Pour nous, disent Lemaître et ses collaborateurs, la caractéristique histologique de la leontiasis ossea est la formation de foyers de nécrose qui se calcifient; la caractéristique de la maladie de Recklinghausen est la fonte tissulaire et la production de cavités kystiques. »

Reste à déterminer les rapports qui existent entre la maladie de Paget et la maladie de Recklinghausen. On sait que la différence entre les deux affections est basée principalement sur l'âge d'apparition; sur les lésions des parathyroïdes qui manquent dans la première et qu'on trouve dans la seconde; sur la teneur du sang en phosphatase et en calcium; enfin, sur des détails anatomiques et histologiques. Mais toutes ces données comportent des exceptions. On a signalé des Paget juvéniles et des Recklinghausen de l'âge avancé; des ostéites fibro-kystiques où l'on n'a pu déceler de lésions des parathyroïdes et des ostéites déformantes améliorées par des injections de parathormone; enfin, des cas limites où l'histologie et la radiologie se sont montrées impuissantes à fixer le diagnostic dans l'une ou l'autre affection.

En ce qui concerne la leontiasis ossea, nous répétons qu'il est illogique, pour le moment, d'en faire autre chose qu'un syndrome d'étiologie variable.

Signes et variétés cliniques

L'expression leontiasis ossea donne bien à entendre qu'il s'agit surtout d'une symptomatologie morphologique et osseuse; mais, on présume que le facies léonin ne s'établit pas d'emblée et que la maladie s'installe par étapes. C'est pourquoi nous voulons distinguer

des formes incomplètes et des formes complètes.

Formes incomplètes. Dans les formes incomplètes, les symptômes varient suivant les os atteints et suivant le degré de l'hyperplasie.

Cliniquement, le processus se manifeste par des tuméfactions dures, inhérentes au squelette et mal délimitées. Il accuse une prédisposition pour les maxillaires supérieurs et les bosses frontales. Les premières déformations faciales consistent le plus communément dans le remplissage des sillons naso-géniens, conséquence de l'hypertrophie de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. L'évolution peut se faire vers l'intérieur du nez et gêner la respiration. Comme signe révélateur, Thoma mentionne l'articulation défectueuse des dents du fait de l'hypertrophie des gencives.

Knaggs a décrit une forme limitée aux gencives et due, selon lui, à une infection chronique des alvéoles ou des dents.

Quand la leontiasis ossea débute aux bosses frontales, le tour de tête augmente et nécessite des coiffures de plus en plus grandes (signe du chapeau). A cette période, le diagnostic étiologique manque de précision. Il faut compter avec la radiologie, qui permettra de distinguer entre l'hyperplasie leontiasique et les autres néoplasies malignes ou bénignes.

Les déformations initiales sont en général symétriques, mais non toujours. La leontiasis ossea s'accompagne souvent de céphalalgie et de névralgies dont le siège n'offre pas, de toute nécessité, un rapport évident avec les lésions. En général, les douleurs sont plus marquées durant la nuit. Elles s'exacerbent après des efforts physiques ou une pression trop forte sur les os hyperplasiés.

Formes complètes. C'est aux formes complètes que convient le terme de leontiasis, qui établit l'analogie avec la tête des grands carnassiers. Le crâne, quoique souvent de volume anormal, paraît petit par rapport aux mâchoires larges et proéminentes, au milieu desquelles le nez perd son relief. Ces modifications morphologiques tiennent lieu de symptôme

mes essentiels. On conçoit, cependant, que l'invasion des diverses cavités de la face, de même que le rétrécissement des orifices de la base du crâne, engendrent des syndromes secondaires par exclusion, inclusion ou compression. C'est ainsi que les proliférations à l'intérieur des cavités paranasales s'opposent à l'excrétion et engendrent des suppurations. D'où la fréquence des sinusites maxillaires, frontales, ethmoïdiennes et même sphénoïdales.

L'obstruction partielle ou complète des fosses nasales par l'épaississement du plancher, des cornets, du vomer et de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, est aussi de constatation fréquente. La suppression du libre passage de l'air à travers les narines, non seulement substitue la respiration buccale à la respiration nasale, mais affecte la voix. Il est courant d'observer un certain degré d'anosmie. La vue peut être plus ou moins voilée par des bourgeons de néoformations osseuses se développant sur le rebord orbitaire; en d'autres circonstances, la perte de la vision résulte de la proptose oculaire par l'envahissement progressif de la fente sphénoïdale et du fond de la cavité. Dans ces conditions, on constate presque toujours du strabisme et les signes de la névrite optique par compression: atrophie, œdème papillaire, diminution de l'acuité visuelle. L'imperméabilité des voies lacrymales détermine de l'épiphora et de la dacryocystite. La surdité n'est pas rare dans la leontiasis ossea, mais on ne peut guère préciser si le trouble découle soit d'une compression du nerf auditif, soit de la dégénérescence du massif pétreux et des organes sensoriels qu'il contient.

L'épaississement des gencives supérieures semble un phénomène assez constant au cours de l'affection. Les dents ne sont cependant pas ensevelies sous l'os nouveau, mais tendent, au contraire, à sortir de leurs alvéoles. Le mauvais état de la denture et des gencives qu'on rencontre si communément chez les leontiasiques, inspire à beaucoup d'auteurs l'idée

d'une relation causale. En réalité, on ignore si les lésions dentaires suivent, précèdent ou accompagnent la maladie osseuse. La voûte palatine se comble progressivement et perd sa concavité. Assez tôt, l'articulation des mots est gênée et la tonalité de la voix, changée.

Les troubles neuro-psychiâtriques ne paraissent pas en rapport avec l'importance des déformations crâniennes. Celles-ci, d'ailleurs, affectent plus la paroi que l'intérieur de la cavité. A tout événement, la substance cérébrale fait preuve de plasticité et s'adapte aux transformations qu'elle contenant. Toutefois, dans une revue de quinze cas, Kavenel signale des convulsions chez quatre malades, des altérations mentales chez quatre, de la céphalée chez neuf, du vertige chez un et, enfin, deux morts par coma précédé de convulsions. Il est difficile d'établir l'importance de la dystrophie osseuse dans la genèse des troubles cérébraux mentionnés, ceux-ci ne possédant aucun caractère spécifique. D'ailleurs, dans l'observation des cas les plus typiques, tel celui de Forcade, on remarque parfois une parfaite conservation de l'intelligence.

L'état général n'est d'ordinaire touché que dans la phase ultime de la maladie.

Signes radiologiques

La clinique reste le meilleur moyen d'identifier la leontiasis, mais c'est à la radiologie d'en délimiter l'étendue. Outre les dimensions et la forme des os inaccessibles à la vue et au palper, les rayons X précisent la structure intime de l'hyperostose. Les changements du tissu osseux s'expriment ici par une opacité qui est en fonction du degré d'hypertrophie et de calcification. L'imperméabilité aux rayons X rappelle parfois la densité et l'homogénéité de l'ivoire; dans la plupart des cas, toutefois, elle donne un aspect hétérogène, floconneux, ouaté, nodulaire, analogue à celui de la maladie de Paget, avec laquelle la leontiasis ossea s'associe souvent.

L'image du massif facial est particulièrement saisissante. La clarté et la fine architec-

ture des cavités paranasales fait place à une masse opaque plus ou moins ovale, à contours flous, qui, en avant, dépasse la glabelle, et, en arrière, se confond avec la base du crâne, elle-même hyperplasiée et dépourvue de sa régularité habituelle. Au crâne, les radiographies reproduisent l'image de l'ostéite fibreuse. Quand on a affaire à la variété périostique de Knaggs, les parois sont uniformément épaissies et de densité passablement uniforme, quoique finement poreuse. Dans la variété ostéitique, on trouve la structure nodulaire de l'ostéite déformante: de gros bourgeons compacts voisinent avec de petites zones de raréfaction. L'épaisseur de la voûte crânienne sur les clichés excède généralement trois ou quatre centimètres.

La radiographie établit aussi l'état des cavités pneumiques paranasales, de l'orbite, des fentes et des trous crâniens ainsi que des dents.

Par les rayons X, on peut encore, et mieux que par le palper, apprécier la forme, le volume et la structure des autres parties du squelette et découvrir de la sorte si la maladie n'est pas limitée à la tête.

L'examen radiologique du squelette entier apporte des renseignements de premier ordre dans le diagnostic différentiel de certaines ostéo-dystrophies. Ainsi, dans l'ostéite de Recklinghausen, on se rendra compte que l'ossature tout entière subit la dégénérescence fibreuse avec formations kystiques et comporte peu de réactions reconstructives.

Quand la leontiasis ossea s'associe au syndrome de Paget, on reconnaîtra dans certains autres os (clavicules, rachis, bassin, tibias, fémurs, humérus, etc...) l'épaississement, la déformation et l'aspect ouaté caractéristique. Dans l'acromégalie, l'hypertransparence des cavités paranasales, exagérément développées, éloigne toute idée de leontiasis ossea, même si les parois de la voûte ont une épaisseur un peu excessive. D'ailleurs, la structure des os crâniens hyperplasiés reste poreuse et l'hypertrophie, parfois considérable, de la mandibule ne comporte pas de désorientation

trabéculaire. D'ailleurs, il ne faut pas oublier que, dans ce syndrome, on trouve en plus la dilatation de la selle turcique et l'hypertrophie des extrémités.

Du point de vue de diagnostic différentiel, nous pouvons diviser les tumeurs bénignes primitives du crâne en deux groupes: 1° celles qui détruisent l'os; 2° celles qui produisent de l'os.

Dans la première catégorie on rencontre principalement les angiomes, les tumeurs des os à cellules géantes, les kystes, les choléstéatomes. Toutes ces néoformations bénignes du crâne ont ceci de commun qu'elles se traduisent radiologiquement par des zones claires à limites nettes. Elles ne prêtent donc point à confusion avec la leontiasis ossea.

La distinction n'offre pas la même facilité en ce qui regarde les tumeurs bénignes ostéogéniques, tels l'ostéome, l'hyperostose et l'ostéochondrome. Geschickter décrit radiographiquement l'ostéome crânien comme une masse opaque dont la limite externe est convexe et dont la base, se continuant dans le diploé, est démarquée par une légère dépression de la table interne. Le contour superficiel qui correspond à la zone de développement est un peu moins dense, puisque constitué de tissu fibreux.

Les hyperostoses de la voûte se développent vers l'intérieur, de sorte que rien ne paraît à la surface. Rondes ou irrégulières, de densité osseuse, elles envahissent de façon très diffuse le frontal et le pariétal.

L'ostéochondrome, la plus fréquente des tumeurs bénignes des os longs d'après Geschickter, n'a été vue au crâne par cet auteur que trois fois sur 300 cas de toutes localisations, et toujours à l'occiput.

Les tumeurs osseuses malignes, sarcome ostéogénique, fibrosarcome, sarcome d'Ewing, chordome, etc., s'expriment surtout par la destruction. Il n'y a guère que les formes sclérosantes du sarcome ostéogénique qui puissent offrir quelque difficulté diagnostique avec la leontiasis ossea; dans la plupart des cas cependant, la disposition en spicules de l'os néoformé, les réactions du périoste voisin et

l'envahissement des parties molles tranchent la question.

Nous ne saurions nous étendre sur les métastases crâniennes de néoplasmes ayant pris naissance dans d'autres parties du squelette ou dans des organes tels que la prostate, la thyroïde, le sein, l'utérus, le rein, l'estomac, etc. Leurs caractères sont suffisamment connus.

La dysostose crânio-faciale héréditaire de Crouzon, en dehors de ses particularités d'hérédité et d'évolution, ne se différencie radiologiquement de la leontiasis ossea que par la limitation de l'hypertrophie à l'os frontal.

Evolution

La plupart des auteurs disent que la leontiasis ossea commence dans l'enfance et plus spécialement dans la seconde décade de la vie. Ceci est vrai pour la majorité des cas observés, mais il y a des exceptions.

Il se passe sans doute un temps assez long entre les premiers phénomènes histo-pathologiques et la révélation clinique. Dans la phase initiale, la marche de la maladie peut être à ce point insidieuse que les sujets, adolescents insoucieux et en pleine croissance, méconnaissent leur infirmité jusqu'au jour où l'entourage la leur signale. L'emploi systématique de la radiologie en stomatologie, en otorhino-laryngologie et en neurologie, contribuera sans doute au diagnostic précoce de certains cas de leontiasis ossea. La maladie évolue avec lenteur: tantôt elle progresse régulièrement; tantôt elle procède par poussées; parfois elle s'arrête et se stabilise; mais on ne connaît pas de rétrocession, ni de guérison spontanée. On cite des cas où la maladie a duré plus de 40 ans (Kavanel).

La leontiasis peut causer la mort par compression de la matière cérébrale, avec convulsion et coma. Le plus souvent les malades meurent d'une maladie intercurrente dont l'éclosion est favorisée par un mauvais état général.

Traitement

Le traitement de la leontiasis ossea est celui de l'affection causale. C'est dire qu'en général, il se résume à peu de chose. L'injection de parathormone, l'administration de calcium, les bains d'ultra-violet ont semblé donner des résultats encourageants dans quelques cas de Paget. L'ablation des parathyroïdes dans l'ostéite fibreuse polykystique tend à devenir courante, mais l'irradiation intensive de ces glandes s'est aussi montrée efficace et vaut d'être tentée.

La vaccinothérapie pourrait être employée avec succès dans les cas de leontiasis où on a des raisons de soupçonner un processus infectieux.

La chirurgie trouve des indications toutes les fois que les clichés radiographiques dévoilent la présence d'un abcès mal drainé ou d'un foyer de nécrose qui est, parfois à lui seul, l'agent causal de l'hyperostose.

Observation

Madame J. D., ménagère, 62 ans, vient consulter le 13 décembre 1932, pour maux de tête et douleurs dorso-lombaires.

La malade est mariée et mère de cinq enfants. Parmi ceux-ci, quatre sont morts en bas âge et le cinquième vit en bonne santé. En outre, cette femme accuse trois fausses couches et se prétend ménopausée depuis l'âge de 33 ans. Elle a eu deux frères: l'un vit en bonne santé; l'autre est mort de pneumonie à l'âge de 48 ans.

La céphalée a débuté il y a environ un an. Elle siège à l'occiput et dans les régions pariétales. Elle est à peu près continue, mais beaucoup plus marquée la nuit. Les douleurs lombaires existent depuis plusieurs années. Dans les débuts, elles étaient intermittentes, depuis quelques mois elles sont à peu près constantes. La malade a observé que depuis quatre ou cinq ans, ses traits se modifient graduellement. Cependant, elle n'a pas jugé à propos de consulter pour ces lésions, étant donné que celles-ci ne s'accompagnent à aucun moment de phénomènes douloureux im-

portants. Les troubles fonctionnels sont à peu près nuls à part une légère surdité et un peu d'anosmie. L'occlusion des lèvres est un peu gênée par l'excès de volume du maxillaire supérieur au niveau de l'arcade dentaire.

L'examen physique montre une femme de cinq pieds et deux pouces et pesant 125 livres. Elle fait plus que son âge. Ce qui frappe chez elle, à première vue, ce sont les déformations du massif facial (figure 3). La racine du nez est épaissie. La crête nasale est légèrement effondrée dans sa portion inférieure. Les régions malaires présentent une voussure



Fig. III
Photographie de notre malade en 1934.
Le faciès léonin est typique.

considérable et symétrique. La mâchoire supérieure est très fortement épaissie. C'est cet épaississement qui repousse en avant l'extrémité inférieure du nez et qui donne l'illusion d'un effondrement de la crête. La mâchoire inférieure est apparemment peu affectée. Il en est de même des os du crâne, qui a gardé une conformation presque normale. La malade n'a pas remarqué que son tour de tête avait augmenté au cours de ces dernières années. A l'examen de la cavité buccale, toute la mâchoire supérieure apparaît considérablement épaissie et la voûte palatine rétrécie en conséquence (figure 4). Les dents restantes —

la moitié environ — sont encore en assez bon état. La mâchoire inférieure n'est pas notablement modifiée. Il n'y a pas de signe d'infection du pharynx, ni des fosses nasales. La muqueuse buccale a gardé partout son aspect normal. La tuméfaction du massif facial n'est nullement douloureuse à la pression. La peau conserve sa mobilité, sa couleur et sa consistance habituelles. Il n'existe ni œdème, ni infiltration du tissu cellulaire sous-cutané. Les lésions sont osseuses, et exclusivement osseuses.

L'examen des divers appareils est négatif. Il n'existe aucune déformation marquée des autres pièces squelettiques.



Fig. IV
Photographie montrant l'hypertrophie de la gencive supérieure.

Le B. W. est négatif dans le sang. Glycémie: 2 gr. 50. Absence de sucre et d'albumine dans les urines. Formule sanguine: v. g. 0.89; hémoglobine, 85%; glob. rouges, 4,300,000; glob. blancs, 7,800; polynucléaires, 71%; lymphocytes, 24%; mononucléaires, 4%; éosinophiles, 1%.

L'examen radiologique du squelette complet a fourni les renseignements suivants:

Tête, de profil (figure 5);

A) *Crâne*. Augmentation du diamètre antéro-postérieur aux dépens des parois, qui ne mesurent pas moins de 3 cm et même at-

teignent 4 cm dans la région bregmatique. Sur un fond ouaté, floconneux, on distingue l'épaississement et la densification de la table interne qui, régulière à la face interne du crâne, pousse dans le diploé des bourgeons de taille variable. Le diploé aussi est élargi mais poreux, aréolaire, tandis que la table externe, très mince, montre peu de modifications structurales. Aplatissement du relief de la base. La selle turcique, difficile à reconnaître, paraît de dimensions normales. Les sinus frontaux et sphénoïdaux demeurent indiscernables.



Fig. V

Radiographie de la tête de profil mettant en évidence les lésions pagétiques du crâne et l'hyperplasie nodulaire du massif facial.

B) *Face*. Prognatisme marqué du maxillaire supérieur. La saillie résulte d'une hypertrophie de tous les os du massif facial dont la structure floconneuse et dense reproduit l'aspect de la voûte crânienne. Le processus s'étend aux gencives; une molaire à gauche semble en voie d'élimination. La forme et la trabéculatation de la mandibule ne subissent point de modification notable.

Tête en direction antéro-postérieure:

A) *Crâne*. Les diamètres transversaux et verticaux paraissent augmentés; l'opacité os-

seuse efface les sinus frontaux; floconneuse, floue, elle donne à l'ensemble de l'image « l'aspect bougé » (Marcel Fèvre).

B) *Face*. Tout le massif facial offre une opacité dense mais hétérogène. La clarté relative des cavités orbitaires et paranasales a disparu. Les fosses nasales restent perméables bien que l'hypertrophie affecte le vomer, la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et les cornets. L'hypertrophie des mâchoires supérieures est particulièrement apparente. Le maxillaire inférieur se montre encore indemne sous cette incidence.

Rachis.

Les corps vertébraux du rachis cervical, dorsal et lombaire, subissent une décalcification uniforme; quelques-uns présentent une densification linéaire de leurs contours réalisant la vertèbre bordée ou encadrée décrite par Schmörl. On trouve aussi quelques ostéophytes discrets aux angles des corps vertébraux par ailleurs peu déformés.

La 11e dorsale se distingue des autres pièces rachidiennes en ce qu'elle est aplatie, élargie et d'une opacité qui rappelle la vertèbre d'ivoire ou d'ébène.

Bassin.

L'os coxal et le sacrum, alourdis dans leurs lignes, offrent une structure très remaniée: grosses travées sans orientation descriptible, quelques aréoles, quelques pommelures. Le détroit supérieur a changé sa forme de cœur de carte à jouer contre celle d'un champignon renversé. Le pourtour des deux cotyles est hyperplasié, mais les cavités articulaires elles-mêmes semblent respectées.

Fémurs.

A) *Droit*. La tête est éburnée mais n'a point perdu la régularité de ses contours. Le col, épaissi mais non courbé, montre des trabécules surchargées de calcium et ne suivant plus exactement la direction des lignes de

force. Le trochanter est géodique et le tiers supérieur de la corticale diaphysaire offre un élargissement en fuseau vaguement stratifié.

B) *Gauche*. Même aspect que pour l'os symétrique, avec cette différence que le processus envahit toute la diaphyse, laquelle s'incurve en dehors.

Les *tibias*, les *péronés*, les *humérus*, les *os des deux carpes*, les *clavicules*, les *omoplates*, les *côtes*, en dehors d'une certaine décalcification diffuse, ne méritent point de description spéciale.

Radius et cubitus.

Les deux radius et les deux cubitus sont légèrement hypertrophiés, avec une striation très nette par endroits. Le radius droit est de plus allongé, incurvé avec concavité en dehors; par opposition avec l'os symétrique, il présente une hypertrophie métaphysaire inférieure où l'on constate quelques géodes.

En résumé: polyostéo-dystrophie fibrotique et hyperplasique du type Paget évolué et s'accompagnant d'hypertrophie crânio-faciale du type leontiasis ossea.

BIBLIOGRAPHIE

Norman B. CAPON: «A case of leontiasis ossea.» *Arch. dis. in childhood*, 3: 285 (déc.) 1928.

CROUZON: «Dysostose crânio-faciale héréditaire.» *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 10 mai 1912.

J. H. GEMEL: «Leontiasis ossea: a clinical and Roentgenological entity.» *Radiology*, 25: 723 (déc.) 1935.

Chs. F. GESCHICKTER: «Primary tumors of the cranial bones.» *Am. Journ. of Cancer*, 26: 155 (janvier) 1936.

Louis P. HAMBURGER and William NOCHLAS: «Leontiasis ossea as a manifestation of Paget's disease.» *Arch. Surg.*, 12: 727; 1926.

Muriel IVIMEY: «Bone dystrophy with characteristics of leontiasis ossea, osteitis deformans and osteitis fibrosa cystica in a child.» A suggestion as to the influence of the central nervous system. *Am. Journ. Dis. Chil.*, 38: 348; 1929.

A. B. KANAVAL: «Surgical intervention in leontiasis ossea.» *Surg. Gyn. Obst.*, 4: 719; 1907.

R. Lawford KNAGGS: «Leontiasis ossea.» *The Brit. Journ. Surg.*, 11: 347; 1923-24.

F. LEMAITRE, J. ROUGET et Ch. RUPPE: «Un cas de leontiasis ossea.» *Arch. internat. laryng. oto-rhino, broncho-oeso. N. S.*, 3: 903 (septembre-octobre) 1924.

M. PRINCE: «Osteitis deformans and hyperostosis cranii. A contribution to their pathology with a report of a case.» *Trans. Ass. Amer. Physicians*, 17: 381; 1902.

KURT H. THOMA: «Clinical Pathology of the Jaws.» Chs. C. Thomas, 1934.

R. VIRCHOW: «Pathologie des tumeurs.» 4 volumes. Traduction de Paul Aronssohn, Paris, Baillière, 1867.



Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse au secrétariat: 326 est, Boulevard St-Joseph — L.A.: 9888, afin qu'ils puissent recevoir l'UNION MEDICALE DU CANADA" sans aucune interruption.

LA CHIRURGIE DE LA DOULEUR.

LA NÉVRALGIE DU NERF GLOSSO-PHARYNGIEN.— RÉSECTION NERVEUSE EXO-CRANIENNE.— GUÉRISON

Par **Urgel GARIÉPY, F.R.C.S. (C.)**
Chirurgien de l'hôpital Notre-Dame.

Plusieurs neuro-chirurgiens, dont Dandy, contestent l'opportunité de faire la résection extra-crânienne du nerf glosso-pharyngien parce qu'insuffisante ou inefficace pour amener la guérison de la névralgie. Ils soutiennent que seule la voie trans-occipito-sous-cérébelleuse répond aux desiderata d'une cure complète et définitive. Je diffère d'opinion avec eux puisque je veux présenter ici un cas, opéré par moi par la région cervico-antemastoïdienne, en avril 1937, et demeuré exempt de crises depuis cette époque.

Comparée au tic douloureux de la face (névralgie de la deuxième ou troisième paire), la névralgie du glosso-pharyngien est beaucoup plus rare. Néanmoins, le diagnostic n'en est pas difficile, car il suffit d'y penser, étant donnée la localisation typique de la douleur dont la distribution anatomique affiche l'étiquette nosologique.

Topographie du nerf glosso-pharyngien

Neuvième paire crânienne et nerf mixte, il naît de la partie supérieure du sillon collatéral postérieur du bulbe par un nombre variable de filets, se réunissant tout de suite en deux troncs qui se portent en dehors et un peu en avant, pour se fusionner en une grosse tige avant que de pénétrer dans le trou déchiré postérieur. Là, le nerf se coude à angle aigu et devient vertical. Le spinal et le vague plongent dans le trou déchiré postérieur en même temps que le glosso-pharyngien dont ils sont séparés par une cloison fibreuse presque transversalement dirigée.

Sur son trajet, le nerf glosso-pharyngien présente un certain nombre de ganglions dont deux surtout sont remarquables: le plus gros et le principal est le ganglion pétreux ou

ganglion d'Andersch qui est logé en partie dans le trou déchiré postérieur en partie au-dessous de lui; l'autre ganglion, plus petit, est le ganglion d'Ehrenritter qui lui fait suite immédiatement.

A la sortie du crâne, le glosso-pharyngien décrit une courbe antéro-supérieure pour passer entre la veine jugulaire qui est en dehors et l'artère carotide interne qui est en dedans; il contourne le vaisseau carotidien pour s'appliquer à la face postérieure du muscle stylo-pharyngien qu'il quitte bientôt pour se rapprocher du pharynx, s'accolant à la face profonde du muscle stylo-glosse. Il longe ensuite la paroi latérale du pharynx pour aller s'épanouir dans la muqueuse de la base de la langue (fig. 1).

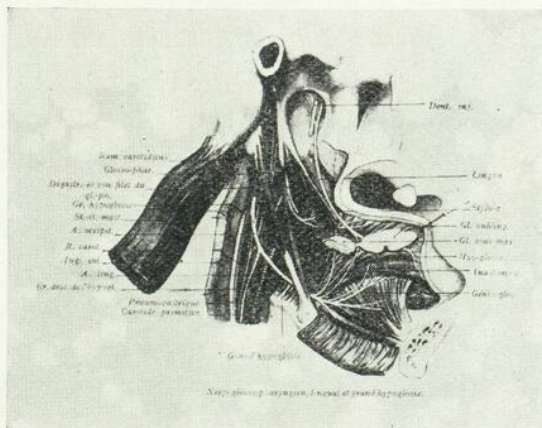


Fig. I

En émergeant du trou déchiré postérieur, le glosso-pharyngien s'anastomose avec le pneumo-gastrique, le facial et le grand sympathique.

Distribution

Le nerf glosso-pharyngien fournit des branches collatérales et des branches terminales.

A. — BRANCHES COLLATERALES. Au nombre de six:

1° *Nerf de Jacobson* qui, né sur le côté externe du ganglion d'Andersch, envoie des rameaux dans l'oreille moyenne à la fenêtre ronde et à la fenêtre ovale; il donne un filet pour la muqueuse de la trompe d'Eustache et s'anastomose avec le plexus carotidien; il fournit le nerf grand pétreux profond qui s'unissant au grand pétreux superficiel, forment le nerf vidien (pour le ganglion spléno-palatin) et le petit nerf pétreux profond qui, avec le petit pétreux superficiel, s'en vont au ganglion otique.

2° *Nerf du stylo-pharyngien*. Il se distribue au muscle stylo-pharyngien par un ou deux rameaux et aussi au ventre postérieur du digastrique.

3° *Nerf du stylo-glosse et du glosso-staphylin*. Il se réunit souvent au rameau lingual du facial pour innerver ces muscles.

4° *Rameaux carotidiens*. Ils forment le plexus carotidien avec des filets venus du pneumogastrique et du sympathique.

5° *Rameaux pharyngiens*. Pour les muscles, la muqueuse et les vaisseaux du pharynx.

6° *Rameaux tonsillaires*. Pour l'amygdale.

B. — BRANCHES TERMINALES. Elles se répartissent, en formant un plexus (plexus lingual) à la portion de la muqueuse linguale qui est située en arrière du V lingual.

Je demande pardon au lecteur de ces détails anatomiques, mais ils me semblent absolument indispensables pour comprendre le mécanisme des crises douloureuses et par là, étayer le diagnostic.

Voici maintenant l'histoire du malade qui est le sujet de cet article:

Observation:

Ulric L..., 73 ans, cultivateur. Son passé pathologique se résume à la fièvre scarlatine, à l'âge de 30 ans.

En 1934, crises douloureuses soudaines à la déglutition de l'eau froide, débutant au niveau de l'amygdale gauche pour s'irradier ensuite dans l'oreille homonyme. Ces attaques durent

deux semaines, à raison de trois à quatre par jour. Un an plus tard, une autre série pendant un mois, avec quatre à six accès quotidiens. En 1936, de juin à novembre, les douleurs reviennent plus fréquentes encore. En mars 1937, les algies reprennent pour se reproduire toutes les cinq à dix minutes à l'occasion des déglutitions. Parfois la parole fait naître la crise. La douleur est ressentie sous forme d'une sensation violente passant rapidement de la région amygdalienne gauche vers l'oreille du côté correspondant. Le malade a l'impression d'une sécrétion laryngée difficile à dégager. La vague douloureuse se répercute et s'attarde plus longuement dans l'oreille. C'est toujours de la gorge que se déclenche l'assaut. Dans l'intervalle des paroxysmes, aucune sensation douloureuse.

Le premier examen objectif pratiqué par moi ne révèle rien d'anormal. A part un enduit saburral de la langue et des dents déchaussées par la pyorrhée, la langue, les gencives, les joues, les piliers et le voile du palais, la base de la langue, le pharynx n'offrent rien de pathologique à l'inspection. Déjà, depuis son entrée à mon bureau, le patient a eu plusieurs crises et son attitude est caractéristique, je dis même pathognomonique. Il porte vivement la main sur l'oreille gauche, se penche en avant, respire vigoureusement, salive un peu et gémit fortement tout le temps de l'accès qui dure environ dix secondes. Immédiatement après, je constate une vaso-dilatation de l'hémi-face gauche.

Profitant d'un répit, je fais des pressions instrumentales au niveau de l'amygdale et du sillon glosso-amygdalien gauches qui déclenchent chaque fois des crises typiques (trigger zone des Américains).

Ces manœuvres signent le diagnostic.

Je propose au malade une section de son nerf, subordonnée néanmoins à un examen neurologique pour éliminer la possibilité d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux. Le patient accepte la proposition et il entre à l'hôpital Notre-Dame le 19 avril 1937.

Pression artérielle: 150/90.
 Analyse d'urines: Normale.
 Azotémie: 0 gr. 55.
 Glycémie: 1 gr. 25.
 B. W. Négatif.

Dès son entrée, le malade est vu par le Dr Roma Amyot dont voici l'examen:

« Iridectomie droite, pupille excentrique attirée vers le quadrant supéro-externe, à diamètre vertical allongé. Cette pupille réagit à la lumière. Pupille gauche allongée dans le sens horizontal, immobile. Iris flottant, à gauche, dans l'humeur de la chambre antérieure. Les deux papilles sont décolorées et les vaisseaux très petits. Divergence du globe gauche. Réflexe cornéen normal. *Toutes les paires crâniennes sont normales.* Gérontoxon.

« Les réflexes du voile et du pharynx sont normaux. Le pilier postérieur gauche est légèrement plus bas que le droit. Le malade sent bien le tact et la piqûre à gauche et à droite sur la langue, les deux piliers, l'amygdale, la paroi postérieure du pharynx. L'amer est bien perçu à droite et à gauche sur le tiers postérieur de la langue, avec une certaine lenteur cependant et avec acuité diminuée, vu l'enduit épais couvrant la langue.

« Aucun signe neurologique aux membres.

« L'exploration de la gorge précipite les crises les unes après les autres, pas plus à droite qu'à gauche. Les contractions réflexes velo-pharyngées sont suffisantes pour déclencher les accès. »

Le Dr Amyot, éliminant définitivement l'idée d'une tumeur ponto-cérébelleuse, nous sommes d'accord tous deux pour poser le diagnostic de: *Névrалgie essentielle du nerf glosso-pharyngien gauche.*

Opération: Sans tenter l'essai d'aucun agent physique, le malade est opéré le 21 avril 1937. Anesthésie générale au Cyclopropane avec le tube de Magill. Incision cutanée au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien gauche et se prolongeant haut derrière le pavillon de l'oreille. Le bord antérieur de la mastoïde est ruginé pour récliner en avant la parotide et

le facial. Le ventre postérieur du digastrique est coupé près de son tendon. Le nerf glosso-pharyngien est découvert à la face profonde du muscle stylo-glosse après son passage entre les deux carotides. Je le dégage pour le réséquer sur une longueur de deux centimètres, le plus haut possible vers la base du crâne. Environ 1 c.c. d'alcool à 95° est injecté dans le bout central que nous voyons blanchir. Je suis certain d'avoir atteint le ganglion d'Andersch avec le liquide sclérosant. Drain avec lame caoutchoutée et fermeture des différents plans.

Je n'ai pas enlevé le ganglion cervical supérieur sympathique ni coupé les rameaux pharyngiens du pneumogastrique tel que le préconisent certains auteurs, parce que ces manœuvres ne me paraissent pas nécessaires, et les événements m'ont donné raison.

Les suites opératoires furent un peu troublées, vu l'âge du malade et l'anesthésie un peu longue (une heure et demie), par une légère congestion pulmonaire qui disparut en quelques jours. L'opéré continua ses crises, mais en nombre beaucoup moindre et d'intensité moins forte. J'ai l'impression que le traumatisme chirurgical a été le principal facteur de ces attaques comme le traduit l'infiltration ecchymotique de l'amygdale et des piliers du voile. Au bout de trois jours, la déglutition est plus facile et ne détermine plus qu'une gêne sans déclencher d'accès.

Le 26 avril, les crises sont disparues complètement et la convalescence s'achève sans aucun incident.

Le rapport post-opératoire du Dr Amyot se lit comme suit:

« 23 avril 1937. — Durant l'avant-midi, sept à huit crises douloureuses localisées exclusivement à l'oreille gauche de même caractère qu'auparavant, mais d'intensité moindre (environ 50%) et de durée moins longue. Crises survenant à l'occasion de rejet de sécrétions pharyngées. Pas de douleur à l'isthme du gosier.

« 30 avril 1937. — Depuis lundi (non compté 26 avril) pas de douleur ni à la gorge

ni à l'oreille. Peut avaler liquides froids, se gargariser sans douleur. Les sécrétions pharyngées sont moindres. Le malade avale plus facilement. Cependant le voile du palais gauche présente des taches ecchymotiques: l'amygdale et le pilier postérieur gauches sont le siège d'un épanchement sanguin formant une coloration rouge foncé uniforme et tuméfiant ces parties.

« 8 mai 1937. — Motilité du pharynx et du voile volontaire et réflexe normal. Malade goûte saveur amère sur le tiers postérieur de la langue gauche. Sensibilité à la piqûre symétrique sur pharynx, voile et piliers. Sent moins sur amygdale gauche. »

Ces constatations du savant neurologue me portent à croire que je n'ai pas sectionné les fibres sensitives qui vont à la base de la langue et aux piliers palatins. Par contre, les algies ont fui de l'oreille et de l'amygdale où était indéniablement campé le « trigger zone » qui n'est plus excité par le nerf de Jacobson parce que celui-ci a perdu son potentiel stimulateur par l'alcoolisation du ganglion d'Andersch.

La résection du glosso-pharyngien n'a nullement intéressé le pouvoir moteur du pharynx puisqu'il fonctionne normalement.

Le patient laisse l'hôpital le 14 mai 1937 et il est resté exempt de tout accès douloureux depuis le 26 avril. Revu à différentes reprises depuis son retour dans sa famille, il déclare à chacune de nos entrevues que sa névralgie n'a fait aucun retour offensif. Un dernier contrôle le 30 mars 1938 établit péremptoirement que ce malade est totalement guéri.

Etude clinique

L'observation de notre malade et celles rapportées dans la littérature me permettent de tracer comme suit le tableau de la névralgie du nerf glosso-pharyngien.

Le patient vient consulter quand il a déjà derrière lui un passé douloureux plus ou moins long pendant lequel il a ressenti de *violentes douleurs à point de départ profond sous l'an-*

gle de la mâchoire à la base de la langue, dans la région glosso-épiglottique au niveau des gouttières latéro-pharyngées et parfois dans la région tonsillaire, comme le note notre observation. D'intensité et de fréquence capricieuses, l'algie survient souvent sans causes ou pour les raisons les plus banales, à l'occasion de la parole, du bâillement, de la toux, de l'éternuement. Mais c'est surtout la déglutition qui provoque les crises, déglutition de solides ou de liquides, même simplement de la salive. Ce n'est pas tant la déglutition que le *passage des aliments, des liquides ou de la salive qui touche un point spécial de l'arrière-bouche ou du pharynx*. Dans notre exemple, la chaleur était aussi indifférente que le froid. Il semble qu'il existe une *zone d'excitation d'où part le réflexe douloureux*, constituant le « trigger zone » des Américains, et qui paraît appartenir en propre à la névralgie de la IXe paire, que l'on ne retrouve pas dans la névralgie faciale parce qu'ici le réflexe douloureux n'a pas un déclenchement localisé aussi net. Ce qui prouve l'existence du « trigger zone », c'est que la nupercéaïnisation suspend ou du moins diminue l'importance des crises.

Le malade qualifie sa douleur d'explosive, de déchirante, ce qu'on vérifie facilement en surveillant son attitude durant les accès. Il porte vivement la main à l'angle de la mâchoire ou à l'oreille, se penche en avant, gémit, respire avec force pendant que ses traits s'empreignent de marques d'une vive souffrance et que l'hémi-face correspondante se congestionne. Le patient comparera sa douleur à une *sensation de décharge électrique brutale, à une douleur excruciante avec impression d'arrachement ou de dilacération*, mais le rapprochement le plus souvent usité par le névralgique est celui de *transfixion par un instrument tranchant*, par un couteau ou un canif.

La douleur s'irradie dans différentes directions, soit dans la *région sous-maxillaire*, soit surtout au niveau de l'oreille, où parfois le mal débute.

Ces diverses manifestations s'expliquent par l'irritation du nerf de Jacobson qui émane du ganglion d'Anderoch et s'en va dans l'oreille moyenne innerver les fenêtres ronde et ovale et la muqueuse de la trompe d'Eustache.

Tous ces phénomènes douloureux sont absolument *unilatéraux* et ne durent que quelques secondes, étant en cela plus courts que ceux de la névralgie faciale. La douleur disparaît subitement sans qu'il persiste aucun élément douloureux entre les crises.

Les accès sont habituellement des traductions purement sensitives, comme chez notre malade, qui ne présente par ailleurs aucun constat moteur pathologique, mais des perturbations hémi-faciales sympathiques.

L'examen neurologique est parfaitement normal en dehors des attaques. La langue, le voile du palais ou le pharynx sont exempts de déficience motrice. Le sens gustatif n'est pas troublé. Le tact est enregistré normalement et bilatéralement par la muqueuse bucco-pharyngée. La coloration de la muqueuse est égale partout et la sécrétion salivaire est usuellement peu dérangée.

L'évolution s'assimile assez bien à celle du tic douloureux de la face. Les crises, d'abord très espacées et même très éloignées les unes des autres durent de quelques jours à quelques semaines, sans raison plausible, peuvent soudainement devenir fréquentes au point que le malade accuse une souffrance continue. De longues rémissions s'observent, comme dans un cas d'Adson où le patient passa trois ans et demi sans accès aucun. Mais la *névralgie du glosso-pharyngien ne guérit pas spontanément* et le malade est toujours à la merci de nouvelles crises. La persistance des douleurs peut retentir défavorablement sur l'état général, causer de l'insomnie et amener une gêne importante de l'alimentation.

Les caractères cliniques majeurs de cette affection les identifient avec ceux de la névralgie faciale.

Topographie strictement unilatérale de l'algie.

Type discontinu de la douleur.

Absence de tout signe organique surajouté.

La névralgie de la IXe paire a cependant un trait spécial: c'est la présence au niveau d'un point de la muqueuse bucco-pharyngée de cette *zone excitatrice* que le contact d'un corps étranger peut faire entrer en activité. La névralgie du glosso-pharyngien, semblable à la névralgie du trijumeau, peut être essentielle ou secondaire.

Les auteurs anglo-américains prétendent qu'elle est plus souvent symptomatique que la névralgie faciale. Dandy la représente certaine dans 15 pour 100 des cas, comme probable dans 25 pour cent des cas. Les causes en sont des *processus tumoraux* exocrâniens (tumeurs de la région amygdalienne) ou *endo-crâniens* (surtout les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux). La compression ou l'irritation possible du nerf par une néoformation tumorale dans la fosse cérébrale postérieure a inspiré à Dandy la voie intracrânienne opératoire comme procédé explorateur et curateur en même temps.

On peut peut-être parfois accuser une infection du nerf, de ses ganglions ou de son noyau par un virus neurotrope, ce qui ne semble pas réel dans notre observation. Welti rapporte néanmoins l'histoire d'un malade qui avait souffert de hoquet durant quinze jours ayant précédé de deux mois l'apparition de la névralgie glosso-pharyngienne, constatation en faveur de la théorie infectieuse.

Si l'on admet l'existence du tic douloureux glosso-pharyngien, si l'on connaît sa topographie et ses caractéristiques, y penser, c'est en faire immédiatement le diagnostic.

Seulement, dans les crises otalgiques faudrait-il éliminer le *syndrome du ganglion géniculé de Ramsay Hunt et de Souques*, qui ne se produit que dans le zona, et l'on devra alors rechercher les douleurs et les troubles sensitifs dans la zone dite de Ramsay Hunt.

Traitement

Le trichloréthylène, commercialisé sous le nom de tréthylène, inhalé à la dose de 20 à 25 gouttes sur un morceau de gaze, trois fois

par jour, ne donnera aucun résultat dans la névralgie glosso-pharyngienne, contrairement au tic douloureux de la face où il amène une sédation fréquente des crises. C'est un liquide fortement volatil, à odeur chloroformique, découvert durant la grande guerre à l'occasion de l'anesthésie faciale qui frappait les ouvriers travaillant dans les usines de munitions et manipulant cette drogue.

L'expérimentation prouva la grande affinité de ce produit pour le nerf trijumeau et son indifférence vis-à-vis des autres nerfs crâniens. On peut l'utiliser dans le tic douloureux glosso-pharyngien pour établir un diagnostic différentiel avec la névralgie faciale qui est calmée par son administration.

On ne s'attardera pas à la physiothérapie, à l'ionisation, à l'aconitine et à la radiothérapie, dont l'efficacité thérapeutique est plus que douteuse. On ne tentera pas, non plus, l'alcoolisation de la IXe paire parce qu'elle pousse sa trajectoire dans une région profonde, abondamment riche en vaisseaux et nerfs très importants que l'on pourrait blesser durant l'injection; en plus, les repères superficiels font défaut.

Nous pouvons donc déclarer emphatiquement qu'il n'y a pas de traitement médical de la névralgie du nerf glosso-pharyngien, lequel est exclusivement chirurgical, et c'est soit la section endocrânienne, soit la résection cervicale qui donnent seules une cure radicale.

La section endocrânienne, ou opération de Dandy, est théoriquement la meilleure parce qu'elle permet de couper le nerf au-dessus de ses ganglions, prévenant ainsi une régénération secondaire. D'autre part, le tronc nerveux est divisé au-dessus du nerf de Jacobson, qui se rend à la caisse du tympan, ce qui semble être l'indication opératoire idéale contre les manifestations auriculaires de la névralgie glosso-pharyngienne.

La section cervicale ou opération de Sicard et Robineau produit les mêmes résultats que celle de Dandy. Bien que le glosso-pharyngien soit coupé au-dessous de ses ganglions,

la récurrence n'est pas à craindre pourvu que la résection intéresse une certaine longueur du nerf et qu'elle soit exécutée très haut au-dessus de toutes les branches sensibles du IX, à l'exception du nerf de Jacobson que l'on ne peut atteindre à cause de sa situation juxta et intrabasilaire. Puisque l'on ne peut arriver jusqu'au nerf de Jacobson, dont l'excitation commande les crises auriculaires, le tic glosso-pharyngien ne semblerait pas justiciable de la voie exocrânienne. La technique recommandée lui est parfaitement applicable si l'on ajoute la précaution d'alcooliser le bout central du nerf. La meilleure preuve en est dans notre observation où le malade a été guéri par l'abord externe. Adson trouve dangereux l'arrachement du nerf parce qu'il risque de traumatiser simultanément le pneumogastrique, qui est en connexion intime avec le glosso-pharyngien dans la traversée du trou déchiré postérieur. Certains auteurs préconisent la section supplémentaire des rameaux pharyngiens du pneumogastrique et l'extirpation du ganglion sympathique cervical supérieur, prudence exagérée, puisqu'il est actuellement démontré que la résection simple du glosso-pharyngien est suffisante pour obtenir la guérison complète, comme dans notre cas.

Technique de l'opération

La voie cervico-ante-mastoïdienne, telle que je la nomme, est sûrement de beaucoup moins traumatisante que la route intracrânienne, postulée par Dandy qui, par contre, trouve délicate la méthode cervicale. En réalité, elle est si bénigne que l'on aurait tort de ne pas s'adresser à elle tout d'abord. En cas d'échec, il sera toujours temps de trépaner le malade (fig. 2).

Pour avoir un champ opératoire bien exposé, l'incision doit être présternomastoïdienne et se prolonger très haut derrière le pavillon de l'oreille; elle permet de décoller le conduit auditif externe et de ruginer le bord antérieur de la mastoïde et de relever ainsi en avant le facial et la parotide. Complétées par la sec-

tion inférieure du digastrique, ces manœuvres font béer largement la région sous-parotidienne où passe le glosso-pharyngien.

L'on repère les muscles styliens parmi lesquels on recherche le stylo-pharyngien qui conduit au stylo-glosse qui est le jalon fondamental. Le glosso-pharyngien, après avoir contourné la face externe de la carotide interne et du stylo-pharyngien, se coule à la

risées par des douleurs débutant à l'angle du maxillaire inférieur, à la base de la langue, dans la région glosso-épiglottique, au niveau des gouttières latéro-pharyngées et parfois dans la région tonsillaire. Ces algies violentes sont déclenchées par un réflexe douloureux mis en mouvement par la parole, la toux, l'éternuement, le bâillement et surtout la déglutition, et elles s'irradient dans le champ sous-angulo-maxillaire et au niveau de l'oreille. Toutes les crises sont strictement unilatérales.

4° Les crises sont exclusivement sensibles.

5° L'examen neurologique est parfaitement normal en dehors des paroxysmes.

6° Il y a identité assez rapprochée entre le tic douloureux glosso-pharyngien et le tic douloureux de la face (névralgie de la 5e paire crânienne), mais elles s'en distinguent en ce que les crises sont situées plus profondément dans les tissus et qu'il n'y a pas de réflexe démarreur dans le tic facial douloureux.

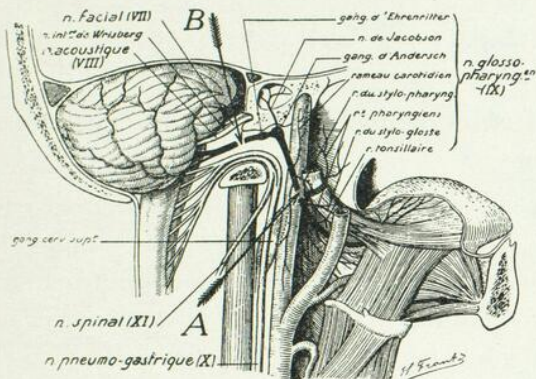
7° Il existe un point dans le carrefour glosso-vélo-tonsillo-pharyngé d'où bondit le réflexe douloureux appelé « trigger zone » par les Américains.

8° Avant d'adopter la voie opératoire cervicale, il faut toujours éliminer la possibilité d'une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux.

9° Dans les formes otalgiques de la névralgie glosso-pharyngienne, il faut aussi évincer le syndrome du ganglion géniculé de Ramsay Hunt et de Souques.

10° Le traitement ne s'attardera pas à la physiothérapie ou à la radiothérapie. Le trichloréthylène pourra servir par son inefficacité à aider au diagnostic différentiel entre les deux tics douloureux, glosso-pharyngien et trigéminaire.

11° *La seule véritable et conclusive thérapeutique réside dans la section chirurgicale du glosso-pharyngien soit par la voie cérébelleuse, soit par la route exocrânienne, celle-ci absolument suffisante, tel que le démontre indéniablement le résultat obtenu dans le cas que je présente et qui est délivré entièrement*



Trajet du nerf glosso-pharyngien.
A. — Section cervicale du nerf (opération de Sicaud et Robineau);
B. — Section endocrânienne du nerf (opération de Dandy).

face profonde du stylo-glosse que l'on rejoint dans la profondeur en remontant en haut et en avant de la carotide interne. Le stylo-glosse chemine entre les deux vaisseaux (carotides interne et externe). Ce muscle une fois à jour, le glosso-pharyngien est aisément découvert en dedans de lui. On le sectionne aussi haut que possible vers la base du crâne. Le bout central est ensuite injecté avec 1 c.c. d'alcool à 95°.

Conclusions

1° L'observation en cours veut prouver que la résection du nerf glosso-pharyngien par la voie exocrânienne amène la disparition des crises douloureuses de la névralgie homonyme tout aussi bien que la section par la route endocrânienne.

2° La nécessité de connaître la topographie anatomique du nerf glosso-pharyngien est absolument indispensable pour comprendre le mécanisme des accès algogènes et en faire le diagnostic.

3° L'étude clinique de la névralgie glosso-pharyngienne reconnaît une origine primitive ou secondaire aux attaques qui sont caracté-

de ses crises douloureuses depuis l'époque de son opération, il y a un an.

BIBLIOGRAPHIE

H. ROUVIERE: «Anatomie humaine descriptive et topographique.»

L. TESTUT et O. JACOB: «Traité d'Anatomie topographique.»

A. HOVELACQUE: «Anatomie des nerfs crâniens et rachidiens et du système grand sympathique.»

L. TESTUT: «Anatomie descriptive.»

Paul et G. FLOTOW: «The relief of pain.» (Reprint from the transaction of resident and ex-resident Physicians of the Mayo Clinic, Volume X, 1929.)

J. A. CHAVANY et N. WELTI: «La névralgie du nerf glosso-pharyngien, sa symptomatologie et son traitement chirurgical» *La Presse Médicale*, samedi, 25 juin 1932.



“LA PRESSE MÉDICALE” commente la fusion de l’“Union” et du “Bulletin”

La Presse Médicale, de Paris, livraison du 16 mars 1938, nous faisait le grand honneur de commenter favorablement la fusion du *Bulletin de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord* et de *l'Union Médicale du Canada*.

M. P. Desfosses, secrétaire de la Rédaction, se faisant en la circonstance l'interprète de *la Presse Médicale*, félicitait les médecins canadiens-français d'avoir réalisé une union constructive, une synthèse qui marque un événement important dans la vie de la Médecine canadienne-française.

Qu'il nous soit permis de reproduire quelques-unes des remarques faites par notre distingué confrère de Paris:

« Nos confrères du Canada viennent de nous donner un très bel exemple d'union et de synthèse. En présence des difficultés économiques actuelles, ils ont eu l'heureuse idée de fusionner les deux principaux journaux médicaux français du Canada... Les directeurs de ces deux grandes revues canadiennes ont jugé que non seulement au point de vue financier, mais aussi au point de vue de l'unité de pensée et d'action... la fusion de ces deux journaux s'imposait.

« Toute entente de ce genre est naturellement basée sur des concessions mutuelles,

mais se montre singulièrement féconde. En groupant toutes les compétences, toutes les bonnes volontés, toutes les possibilités financières, autour d'un organe ou d'une idée, nos confrères du Canada ont pu ainsi mettre sur pied une magnifique publication qui est l'organe officiel, le fanion, de la puissante *Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord*. »

M. Desfosses énumère et commente les nombreux travaux que contient le numéro de janvier de *l'Union Médicale du Canada*, le premier numéro du Journal rénové, agrandi, par la fusion avec le *Bulletin*. Et, à ce propos, il ne manque pas de rappeler une phrase d'importance primordiale de l'article-programme de MM. Albert LeSage et R.-E. Valin: « Cette Revue mensuelle n'est pas une entreprise commerciale, c'est la voix de la Médecine française sur le continent Nord-Amérique. »

Nous avons été vivement touchés du salut amical qu'a fait à *l'Union Médicale* de 1938, par delà l'Atlantique, notre illustre confrère en journalisme, de Paris.

L'Union Médicale du Canada lui est profondément reconnaissante de cet hommage et remercie tout particulièrement son Secrétaire de la Rédaction, M. Paul Desfosses.



RECUEIL DE FAITS

MYÉLOSE GLOBALE APLASTIQUE POST-ARSENOBENZOLIQUE ¹

Agranulocytose, anémie et purpura. — Valeur pronostique de certains éléments basée sur des notions récentes d'hématologie

A. LÉGER

Par
et

A. BERNIER

Médecins de l'hôpital Notre-Dame.

Observation.

Alfred A..., 24 ans, sans passé vénérien avoué, consulte pour kératite parenchymateuse, en juillet 1937, et, à cette occasion un B. W. s'avère franchement positif.

Traitement conjugué arsénico-bismuthique soutenu. Dernière injection de Novar 0.90 ctgr le 28 janvier 1938.

Admis le 8 février 1938, pour lésions ulcéro-nécrotiques, sanieuses et indolentes de la gencive, au niveau de dents très cariées, lésions datant de deux semaines et accompagnées d'épistaxis et d'asthénie progressive.

Objectivement le malade, pas très amaigri, est prostré, somnolent et d'une pâleur extrême. Il a une taie de la cornée à droite, et, au cœur, les souffles anorganiques d'une dyscrasie sanguine. L'examen du sang montre une anémie intense hyperchrome avec leucopénie et neutropénie sans le moindre signe de régénération d'éléments rouges ou blancs.

Formules sanguines: (février 1938)

	8	11	12	14	16	18	21
G. R.	900,000	1,600,000	1,700,000	2,000,000	2,000,000	1,880,000	1,500,000
G. B.	-500	-500	-500	500	-500	500	-500
H.	32	35	42	42	38	42	38
V. G.	1.75	1x	1x	1x	0.9	1x	1x
Neutro	41	20	16	16	4	0	4
G. M.	6	12	12	12	11	8	8
Lympho	32	68	72	71	78	92	88
Eosino	0	0	0	1	1	0	0
Aniso	0	0	0	0	0	0	0
Poikylo	0	0	0	0	0	0	0
H. nucléés	0	0	0	0	0	0	0
Myélo	0	0	0	0	0	0	0
Réticulo	0	0	0	0	0	0	0
Polychromatophilie	0	0	0	0	0	0	0

D'emblée le pronostic peut être raisonnablement fixé en se basant sur certaines notions que nous détaillerons plus loin.

La ponction du sternum et les étalements de la moelle osseuse recueillie confirment les images sanguines et témoignent d'une réelle aplasie médullaire globale. Le rapport érythro-leucocytaire n'a pas été fait.

Traitement:

1. — Sept transfusions de 200 à 300 cm³ chacune;

2. — Pentnucléotides intramusculaires, 0.70 ctgr, 4 fois par jour;

3. — Extrait de foie, 2 à 4 ampoules, par voie intraveineuse, tous les jours;

4. — Vitamines B et C à saturation;

5. — Les transfusions de sang de malade atteint de leucémie myéloïde n'ont pu être réalisées.

Le malade meurt 14 jours après son admission. Des ulcérations extensives, indo-

1. Travail présenté à l'Assemblée scientifique du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame, séance du 17 mars 1938. Pour discussion, voir page 527 du présent numéro.

lores et sanieuses sont apparues, 4 jours avant sa mort, dans les régions scrotales et périanales.

Protocole d'autopsie.

Cadavre d'un jeune homme présentant un œdème scrotal et pénien considérable. La moitié droite du scrotum est de coloration rouge noirâtre et montre une ulcération superficielle de 3 centimètres de diamètre. Au pourtour de cette ulcération l'épiderme se décolle facilement, comme dans les bulles extensives de brûlure.

Les muscles thoraciques et abdominaux sont de coloration rouge foncé et recouverts d'un tissu cellulo-adipeux œdémateux. Le sang est très fluide et couleur de bordeaux rouge.

Le cœur offre des suffusions hémorragiques sous-endocarditiques sur la paroi interventriculaire du ventricule gauche.

L'amygdale droite est noirâtre, quelques-unes de ses logettes sont nécrotiques.

L'œsophage est parsemé dans sa partie juxta-épiglottique et dans sa portion juxta-cardiaque de nombreuses petites ecchymoses surmontées de petits caillots.

Les cordes vocales gauches sont comme l'amygdale droite verdâtres et noirâtres, nécrotiques.

Les poumons offrent de petits infarctus et des ecchymoses sous-pleurales, surtout fréquentes sur la face diaphragmatique.

Légère spléno-mégalie.

Le cœcum et le duodénum ne montrent pas d'ulcérations franches, mais des taches ecchymotiques, que l'on retrouve encore sous la capsule ou sous la muqueuse pelvienne des reins.

La moelle osseuse fémorale et sternale est jaune. Toutefois, la moelle fémorale était entourée d'un croissant rouge qui était osseux et ne peut être détaché lors de l'extraction de la moelle.

Les ganglions inguinaux sont hémorragiques et hypertrophiés de même que les ganglions hilaires hépatiques.

Le foie montre lui aussi des ecchymoses sous la capsule de Glisson près du ligament suspenseur.

Microscopie.

Amygdale droite offre une crypte dilatée remplie par un bouchon de détritits malpighiens renfermant des globis microbiens. Une logette voisine montre un îlot nécrotique à pourtours œdémateux, ici, encore des microbes sont présents. Les cellules périphériques sont des plasmocytes; nulle part, trace de polynucléaires. De plus, les vaisseaux voisins sont dilatés.

Poumons: Sous la plèvre on note une petite pyramide à base pleurale d'aspect infarctoïde où tous les alvéoles sont remplis de globules rouges, de sérosité et de fibrine et, çà et là, des cellules endothéliales fortement pigmentées d'hémossidérine.

Cœur, thyroïde, pancréas et rein: S. P.

Foie: Le centre des lobules hépatiques est plus acidophile que le reste du lobule et les noyaux y sont aussi hyperchromatiques. La dégénérescence graisseuse y est aussi plus prononcée qu'à la périphérie. Ces lésions ressemblent à des lésions de foie cardiaque, au début, par leur topographie. Mais la dégénérescence graisseuse diffuse est plutôt en faveur d'une hépatite.

Les ganglions lymphatiques offrent une hyperplasie endothéliale considérable qui remanie complètement le ganglion. Les follicules indécis ne possèdent nulle part de centre germinatif. Çà et là des mitoses surtout rencontrées au niveau des follicules. Plasmocytes assez nombreux.

Rate: La trame conjonctive est très accentuée. Les corpuscules de Malpighi sont atrophiques, minimes et ne possèdent jamais ici encore de centre germinatif. Par contre, l'artériole centrale est souvent bordée par de nombreuses petites vésicules graisseuses. Les sinus sont peu apparents. Par endroits, on rencontre des figures plasmodiales rappelant

les mégacaryocytes. Rares plasmocytes. Erythrophagocytose modérée.

Moelle sternale et moelle fémorale.

Ces deux moelles sont graisseuses. Les vésicules graisseuses y sont contigues et volumineuses. Dans les interstices de ces vésicules on rencontre surtout des lymphocytes et des plasmocytes. Nulle part on ne retrouve de mégacaryocytes. Ça et là, quelques hématies polychromatophiliques. Très rares hématies nucléées, quelques érythroblastes. Les éléments jeunes de la série granuleuse sont aussi très peu nombreux. En somme, moelle très peu active, dont les fonctions érythro et myélopoïétiques sont très atténuées.

Il ne peut être ici question de la valeur globulaire et du rapport érythroleucocytaire de la moelle osseuse.

L'étude de ces éléments pose le pronostic: dans le cas particulier, il s'avérait d'emblée fatal. Et malgré le traitement mis en jeu, l'évolution ne pouvait être que rapidement mortelle.

Conclusions:

1° Cette observation n'a pas la prétention de mettre en lumière un fait nouveau. Il semble, en effet, que des observations identiques se révèlent de plus en plus nombreuses, dans la littérature médicale. Voir la magnifique observation des docteurs Bertrand et Simard parue dans *l'Union Médicale*, 1933.

2° La cause ne peut être mise en doute: il s'agit d'intoxication par le novarsénobenzol chez un individu présentant ce que Letulle a

appelé « une vulnérabilité spéciale des organes hématopoïétiques ».

3° La mort, si l'on analyse bien les formules sanguines et le tableau clinique, tient davantage au complexe agranulocytaire qu'au complexe anémique: les transfusions assurant un apport glogulaire rouge suffisant pour retarder l'échéance — d'une anémie quand même aplasique — n'eût été le complexe agranulocytaire et ses conséquences. Contre une agranulocytose d'une myélose globale aplasique, nul espoir ne doit être entretenu, pas même un retard d'échéance qui vaille.

4° Le but de cette observation est surtout de démontrer ce fait que certains éléments de pronostic basés sur des notions récentes d'hématologie et qui se rapportent à l'anémie pernicieuse peuvent également, dans un cas mixte d'anémie et d'agranulocytose, être rapportés au complexe agranulocytaire.

Éléments de pronostic des anémies pernicieuses.

1° Anisocytose, poïkilocytose, polychromatophilie, globules rouges nucléés, promyélocytose, métamyélocytose, tous éléments aplastiques et indices de régénérations sanguines, totalement absents chez notre malade.

2° La leucopénie à 500 ou au-dessous avec une neutropénie progressivement plus marquée.

3° L'absence pendant tout le cours de la maladie, d'éosinophiles. Deux fois 1 éosinophile apporté par la transfusion?

4° Un myélogramme qui confirme les données hématologiques.



SYMPHYSE RÉNALE PAR BORDS LIBRES. REINS EN "L".¹

Deux observations

Par **Paul BOURGEOIS**,

Chargé du Service d'Urologie à l'hôpital Notre-Dame,
Chirurgien consultant en Urologie à l'hôpital Sainte-Justine.

Le nombre croissant des observations rapportées dans les journaux chirurgicaux ou urologiques, de sujets présentant des anomalies congénitales de l'arbre urinaire, montre bien l'importance de faire connaître au public médical l'existence et la grande variété de ces curiosités anatomiques, caprice de notre bonne mère la Nature.

La multiplication quasi quotidienne de ces faits rapportés doit être attribuée non pas à l'augmentation de ces anomalies, mais bien au fait qu'un rein anormal devient pathologique dans une plus forte proportion que le rein normalement situé et conformé. De plus, la vogue grandissante de la pyélographie instrumentale comme moyen de diagnostic, la mode actuelle et la valeur réelle de la pyélographie intraveineuse, ont fait en sorte qu'un bon nombre de ces anomalies, restées dans l'obscurité au cours du dernier siècle, sont actuellement dans le domaine de l'existence clinique et nous obligent à les reconnaître pour arriver à régulariser les techniques opératoires nécessaires à la réalisation des traitements.

Nous n'avons pas l'intention de faire une revue de la question, travail dont nous avons déjà résumé les grandes lignes dans *l'Union Médicale du Canada*, livraison de juin 1935, mais simplement de présenter à nos collègues les courtes observations et les radiographies de deux malades, que nous avons eu la bonne fortune d'examiner au cours des deux derniers mois.

Nous profitons de la circonstance pour insister sur la valeur de la loi dite « loi des

séries », car en une période de deux ans, malgré tout de même un nombre respectable de pyélographies hebdomadaires, nous n'avons pas rencontré d'anomalies rénales de juin 1935 à novembre 1937.

Depuis novembre 1937, nous avons eu le privilège d'observer à l'hôpital Sainte-Justine, dans la même semaine, d'abord un éclatement rénal traumatique d'un rein en ectopie pelvienne gauche simple; quelques jours après, une pyélite d'un rein en ectopie pelvienne gauche simple chez une fillette de douze ans, ayant subi, d'après l'histoire, une contusion rénale six ans auparavant.

De décembre 1937 au début de mars 1938, nous avons rencontré successivement, dans notre service d'urologie à l'hôpital Notre-Dame, une symphyse rénale médiane, type rein en fer à cheval à concavité supérieure avec lithiase bilatérale; une dystopie rénale droite en position lombaire haute par excès de rotation avec tuberculose rénale du même rein; un dédoublement complet des voies excrétrices du rein gauche avec pyonéphrose calculeuse du bassin inférieur et pyonéphrose simple du bassin supérieur fistulisé dans un énorme phlegmon périnéphrétique postérieur gauche; une symphyse rénale latérale excessivement rare en ce sens que les reins semblent soudés par les bords convexes ou libres; et finalement une autre symphyse latérale mobile, probablement du type appelé rein en L.

Convaincu que les deux derniers cas méritent une mention particulière, le premier surtout par son extrême rareté, nous nous permettons de vous en rapporter brièvement les observations et de vous présenter les clichés radiographiques.

1. Travail présenté à l'assemblée régulière de la Société de Chirurgie de Montréal le 6 avril 1938.

Première observation:

D. P., 27 ans, commis, entre à l'hôpital Notre-Dame, dans le service de chirurgie, pour des troubles digestifs vagues, caractérisés par des brûlements d'estomac, des coliques et une sensation de pesanteur et de gêne au flanc droit. Au cours d'un examen radiologique, l'on constate que le côlon ascendant et une partie du transverse sont repoussés vers la ligne médiane par une masse non déterminable. Le chirurgien de service émet l'hypothèse d'un rein anormal et nous réfère le malade.

Il s'agit d'un jeune homme bien constitué, apparemment normal. Il nous raconte que depuis quelque temps il éprouve des lenteurs de digestion avec des coliques accompagnées de temps en temps de diarrhées légères. Il éprouve depuis longtemps une sensation de gêne dans la fosse iliaque droite; il n'a jamais fait de crises bien douloureuses avec vomissements. Il urine quatre ou cinq fois par jour et n'a jamais rien remarqué d'anormal du côté de ses urines.

L'examen clinique nous révèle un abdomen souple, un foie apparemment diminué de volume. Le point costo-lombaire droit est silencieux. A la palpation de la fosse iliaque droite on sent une masse mobile, bien limitée, du volume d'une très grosse orange, régulière, non douloureuse et paraissant absolument ronde. Le toucher rectal est négatif et les organes génitaux externes sont normaux. L'exploration de l'urètre nous révèle un rétrécissement de nature vraisemblablement congénitale.

L'impression de ballotement que nous donne la tumeur en l'absence de toute modification des urines et de troubles de la miction, nous fait porter cependant le diagnostic d'ectopie rénale iliaque droite.

Le calibre de l'urètre rendant difficile la pyélographie instrumentale, nous utilisons la méthode intraveineuse.

En examinant les radios que je vous présente, vous pouvez vous rendre compte que

déjà, à peine cinq minutes écoulées depuis la fin de l'injection, les deux bassinets sont visibles du côté de la fosse iliaque droite. Il s'agit d'une variété rare de symphyse rénale.

Afin d'obtenir une pyélographie instrumentale et du même coup faire une cystoscopie, nous dilatons le malade très légèrement aux environs de 35 bécquière et quelques jours après, nous réussissons à introduire dans la vessie un cystoscope d'enfant.

La vessie est tout à fait normale; il existe deux orifices urétéraux *de forme, de position et de situation normales*; nous cathétérisons l'urètre gauche avec une sonde opaque à

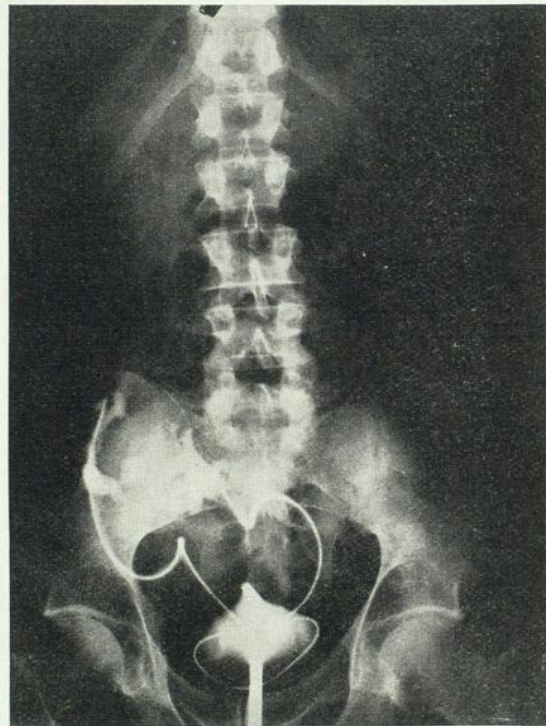


Fig. I

Les deux bassinets sont situés sur le même plan horizontal; le bassinnet droit est inversé; ils semblent se regarder par leur face externe. Type de « ring shape Kidney » Bas de Guttierrez.

20 cm. de hauteur; nous retirons le cystoscope qui est unilatéral et nous l'introduisons de nouveau cette fois pour cathétériser l'orifice droit à 20 cm. de hauteur. Nous prenons une radiographie simple et nous faisons ensuite une pyélographie bilatérale avec deux seringues.

L'examen attentif ne nous permet pas de

trouver d'autres orifices urétéraux que les 2 mentionnés.

La radiographie simple prise avec les deux sondes en place nous montre que la sonde introduite dans l'urètre droit, se dirige vers la partie externe de la fosse iliaque où elle s'arrête à peu près au niveau de la crête de l'os iliaque.

La sonde introduite dans l'uretère gauche après s'être dirigée vers le détroit supérieur, décrit une courbe et s'en va franchement à droite.

Après remplissage (fig. I) des cavités pyéliquies on constate que le bassinnet correspondant à l'uretère droit est inversé, c'est-à-dire que les calices regardent en dedans au lieu de regarder en dehors. Il est allongé et petit.

Le bassinnet qui fait suite à l'uretère gauche est situé dans la fosse iliaque droite en avant de l'articulation sacro-iliaque droite et présente une forme à peu près normale.

Deuxième observation:

Madame D., 33 ans, venant de L'O., Ontario, nous est adressée par deux confrères pour vérification clinique d'un rein flottant. Depuis quelque temps, cette malade fait des poussées d'œdème oculaire unilatéral rebelle à toute thérapeutique. Elle aurait maigri considérablement depuis un an, et, à différentes reprises, on lui aurait dit qu'elle présentait un rein flottant. D'autre part, d'autres collègues auraient nié la présence d'un rein flottant.

Nous la rencontrons à l'hôpital Notre-Dame quelques jours après. L'examen clinique nous permet de sentir dans la partie supérieure de la fosse iliaque droite un rein qui est mobile et que nous remontons facilement vers la loge. Seulement, en dessous du rein et suivant son ascension, nous sentons une autre masse située en dehors du cadre colique. Nous portons alors le diagnostic de symphyse rénale droite et nous proposons à la malade la confirmation pyélographique.

Quelques jours après, nous faisons une cystoscopie à la malade. La vessie est tout

à fait normale. Il existe deux orifices *de forme, de position et de situation normales*. Nous faisons un cathétérisme bilatéral avec des sondes N° 12 opaques à 20 cm. de hauteur. Nous remplissons nos deux bassinets séparément et malgré la grande quantité de skiodan injectée, la malade accuse une seule douleur à gauche, sous les fausses côtes.

Nous étions pourtant bien sûrs de ne pas avoir trouvé d'autres orifices qui auraient pu appartenir à un rein gauche.

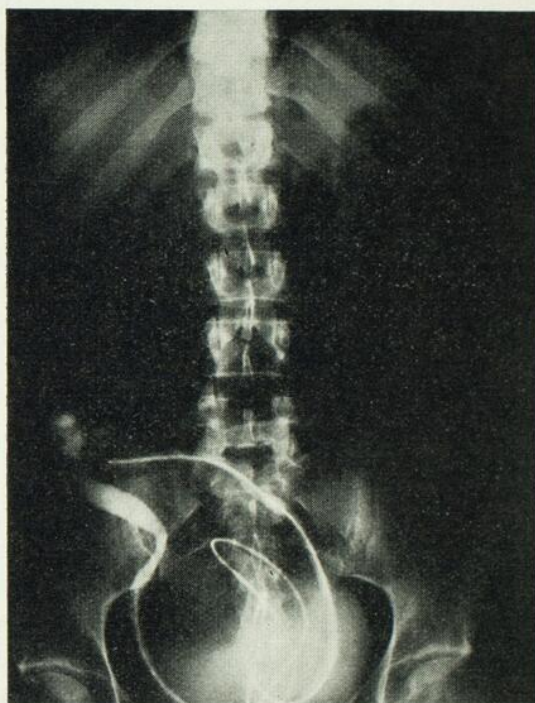


Fig. II

Les deux bassinets sont à droite; celui qui correspond à l'uretère gauche n'a que trois petits calices, tandis que l'autre, qui est inversé, est allongé: type de rein en « L » probable. Bas.

La radiographie simple nous fait voir que la sonde, introduite dans l'orifice situé à l'angle gauche du trigone, poursuit sa route normalement jusqu'au détroit supérieur et, là, se dirige franchement à droite vers la fosse iliaque.

La sonde introduite dans l'orifice situé du côté droit se dirige un peu en dehors de sa route habituelle.

La pyélographie (fig. II) nous montre encore un petit bassinnet correspondant à l'uretère gauche, qui comprend à peine trois

ramifications appartenant à un rein dont le bord libre doit regarder vers le pubis. Le bassinnet correspondant à l'uretère droit est dilaté et se continue par des calices allongés ramifiés regardant vers la colonne vertébrale.

Commentaires

Dans le premier cas, il semble bien que nous ayons affaire à une symphyse des bords libres des reins. Il reste entendu qu'à moins d'avoir la pièce en mains, la discussion ne pourrait être tranchée de façon définitive.

Les bassinets sont sur le même plan transversal, ce qui démontre que la fusion ne s'est pas faite par les pôles. L'inversion du bassinnet droit et celle du bassinnet gauche, malgré leurs particularités, sont reléguées au second plan, car l'anomalie principale est d'abord la symphyse. Elle a d'abord pris naissance au cours de la vie embryologique et les défauts de rotation et d'ascension en sont consécutifs.

Pour ce qui est du second cas, nous avons

probablement affaire à une symphyse rénale latérale du type en « L », peut-être dans le sens antéro-postérieur oblique. Les deux reins sont probablement unis par leurs pôles dissimilaires. (Pôle inférieur du rein droit et pôle supérieur du rein gauche). Les anomalies vasculaires qui accompagnent toujours les symphyses peuvent être tenues responsables pour une partie des changements d'orientation.

Les reins de ces deux malades bien qu'anormaux, ne présentant rien de pathologique au point de vue fonctionnement ou encore infectieux, il nous a semblé sage d'attendre les événements pour proposer une thérapeutique chirurgicale.

Nous avons tenu à présenter ces deux observations; d'abord, pour l'intérêt scientifique qu'elles comportent et aussi pour démontrer que, malgré la variété quasi infinie des anomalies rénales, il reste possible, en s'en tenant à la classification de notre Maître Edmond Papin, de Paris, de les classer d'une façon convenable.



LA CHIRURGIE EN PROVINCE.

Commentaires sur quelques cas d'urologie

Par **Guy D'ARGENCOURT**,

Chirurgien de l'hôpital Sainte-Croix (Drummondville).

Première observation: Mme T. P., 25 ans, se présente à l'hôpital pour appendicite chronique. Depuis 2 ans, elle souffre de douleurs dans la fosse iliaque droite sans irradiation précise; léger amaigrissement, aucun signe urinaire subjectif. L'examen clinique et l'analyse des urines ne révèlent rien de particulier. Devant l'absence de signe appendiculaire, je pense à la possibilité d'une petite hydro-néphrose. La pyélographie révèle une petite hydronéphrose avec coude de l'uretère droit. Voici d'ailleurs les résultats de la C. D. P.: vessie d'apparence normale, une capacité de 250 c.c., cathétérisme facile des deux côtés, absence de pus, sang et bactéries, P. S. P. de 30% à droite et 40% à gauche. Bassinet et uretère normaux à gauche. Je propose à la

patiente une néphropexie qui n'est acceptée que sur la promesse de lui enlever son appendice par la même intervention.

Le 2 février 1937, lombotomie droite: à ma grande surprise, je découvre au pôle inférieur du rein facilement extériorisé une voussure de coloration plus pâle que le reste du parenchyme. Une ponction en ramène un pus épais et jaunâtre. Néphrectomie. Par crainte d'infecter le péritoine l'appendice est laissé en place. L'ouverture de la pièce nous fait voir un abcès unique d'environ 4 cms de diamètre ne communiquant pas avec le bassinnet. Guérison *per primam*, départ le treizième jour.

Deuxième observation: Mariette D., 18 ans, entre à l'hôpital le 22 juin 1937 pour douleurs

pelviennes, retard des menstruations et dysménorrhée depuis 6 mois. Patiente très amaigrie et anémiée. Un premier examen gynécologique laisse percevoir des organes génitaux internes figés et douloureux. Premier diagnostic: annexite double probablement tuberculeuse. L'analyse routinière des urines révèle la présence de pus en assez grande quantité. A un nouvel interrogatoire, la patiente admet qu'elle a quelques douleurs en urinant. Le 29 juin, C. D. P.: vessie à 150 c.c. de capacité, très sale et présentant de la cystite au premier degré. Sous le contrôle de la vue, le méat droit éjacule du pus franc. Division: pus et bacille de Koch des deux côtés. Pyélographie: rein droit très gravement atteint; rein gauche, image normale. P. S. P., 5% à droite, 35% à gauche. Je propose la néphrectomie droite en prévenant la famille de la gravité du cas. Le 2 juillet, néphrectomie droite; le rein n'est plus qu'une poche de pus avec très peu de parenchyme identifiable. L'uretère, très gros et dur, est réséqué le plus bas possible. La patiente meurt de granulie 45 jours après l'intervention.

Troisième observation: Maurice R., 26 ans, se présente le 10 mars 1937 pour dysurie et pollakiurie. Amaigrissement de 30 livres au dire du patient. Examen: état général médiocre; excepté de l'empâtement dans la fosse rénale droite, le reste de l'examen clinique est négatif. Analyse des urines: présence de pus et de bacille de Koch. Le 17 mars, C. D. P.: vessie: capacité 200 c.c., grumeaux de pus collés à la paroi, cystite du bas-fond vésical. Méat droite œdémateux, rouge; il en sort de petits caillots. Méat gauche presque normal. Cathétérisme: impossible des deux côtés. La pyélographie est faite au moyen d'une sonde de Chevassu et révèle des lésions

considérables à droite et une très légère hydronéphrose gauche. Le P. S. P. total est de 45%. Devant l'étendue des lésions du rein droit, je n'hésite pas à attribuer l'élimination rénale en presque totalité au rein gauche. Le 31 mars, néphrectomie droite. L'examen de la pièce nous montre un fouillis d'abcès tuberculeux. Lever le seizième jour, départ le trente-quatrième avec cicatrice guérie et un gain de 3 livres. Le 6 février 1938, à un questionnaire que je lui envoyais le patient me répondait ceci: prise de poids: 20 livres; dysurie: absence; nombre de mictions: 5 à 6 par jour, 1 ou 2 la nuit; douleurs: aucune.

Commentaires

Depuis deux ans, j'ai pratiqué, à Drummondville, trois néphrectomies pour tuberculose, deux néphropexies et une trentaine de C. D. P. Une néphrectomie et deux néphropexies ont été pratiquées avec succès chez des sujets étiquetés d'appendicite chronique. La première observation est révélatrice du grand intérêt qu'il y a à faire un bilan rénal complet chez les soi-disant porteurs d'appendicite chronique. Pour ma part, je m'y astreins chaque fois que je peux le faire accepter de mes patients. Au cours de ces trente et quelques pyélographies, j'ai constaté un fort pourcentage de coudes d'un ou de deux uretères, avec ou sans hydronéphrose concomitante; je m'en suis tenu, jusqu'ici, à n'intervenir que dans les cas unilatéraux et accompagnés d'hydronéphrose correspondante. Malgré l'issue fatale de la deuxième observation, je crois qu'on est justifiable d'intervenir dans ces tuberculoses rénales bilatérales, quand les lésions sont très avancées d'un côté et minimes de l'autre.



Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse au secrétariat: 326 est, Boulevard St-Joseph — LA: 9888, afin qu'ils puissent recevoir l'« UNION MEDICALE DU CANADA » sans aucune interruption.

L'INSULINE-PROTAMINE-ZINC ET LE TRAITEMENT¹ DU DIABÈTE

Par **Armand GRATTON**,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Le traitement du diabète a fait un grand pas avec la découverte de l'insuline, mais les médecins se sont vite rendu compte que cette insuline, dans un certain nombre de cas, ne parvenait pas à contrôler parfaitement le diabète, quels qu'en soient la dose et l'horaire des injections et le régime employé. En effet, on rencontre trop souvent, hélas, des diabétiques dont la maladie est caractérisée par de grandes fluctuations de la glycémie. Il n'est pas rare de voir chez ces malades, au cours d'une même journée, une ou deux crises d'hypoglycémie suivies d'hyperglycémie et de glycosurie assez marquées. Vous imaginez facilement l'embarras du médecin et la crainte du malade qui se trouvent dans une telle situation, surtout si celui-ci demeure à la campagne, loin de toutes les facilités que peut procurer dans pareil cas un service hospitalier dûment organisé pour parer à toute éventualité. En l'occurrence, jusqu'à date, il fallait se contenter d'un pis-aller, c'est-à-dire donner de très petites doses d'insuline, afin d'éviter ces réactions, et laisser le malade avec une glycémie assez élevée et de la glycosurie continue. Cela pouvait satisfaire le malade, mais n'en était pas moins préjudiciable à sa santé, car son diabète non contrôlé évoluait insidieusement vers les complications bien connues: infection, gangrène, artério-sclérose, insuffisance cardiaque, etc.

Heureusement, l'insuline-protamine-zinc est venue à notre secours. Nous n'avons pas l'intention d'en faire ici le panégyrique, car selon H. F. Root, P. White, Edward A. Mullen, Allen et autres, cette nouvelle préparation est encore dans le stage expérimental, et il va falloir de nombreux travaux de laboratoire

et essais cliniques pour arriver à déterminer quand, comment et chez quels patients on doit l'employer. Il est entendu aussi que cette nouvelle insuline ne supprime pas totalement l'insuline ordinaire, et qu'elle doit même lui être associée quelquefois. Cependant, il est des cas où l'insuline-protamine-zinc rend de grands services; il faut bien l'admettre et en profiter. L'histoire de la malade suivante le prouve amplement. Nous étions dans la situation décrite plus haut; nous n'avons pas hésité à employer l'insuline-protamine-zinc et la malade s'est convaincue d'elle-même que nous n'avions pas tort. Voici, en résumé, son histoire:

Observation.

Il s'agit de Madame B., 55 ans, hospitalisée à l'hôpital Notre-Dame (dossiers 271 et 1420-38) le 11 janvier 1938.

Elle souffre de diabète depuis 10 ans, prend de l'insuline depuis 4 ans et son médecin nous l'envoie pour équilibrer son régime. Car, malgré son insuline, (35 unités d'insuline ordinaire par jour en 3 doses) la malade va plus mal et ses urines, fortement glycosuriques, contiennent en plus maintenant de l'acétone et de l'acide diacétique. Comme elle demeure à la campagne et que l'usage des examens de laboratoire n'est pas très facile, son médecin lui a conseillé un séjour à l'hôpital où on pourrait plus facilement contrôler son diabète.

A son arrivée, la malade accuse les maux suivants: vertiges, inappétence, nausées; faiblesse et fatigabilité intenses; prurit vulvaire; est toujours gelée, a les pieds froids et se plaint de grandes douleurs aux deux membres inférieurs; enfin, elle souffre de gêne respiratoire et de palpitations marquées depuis quelques jours.

1. Travail présenté à l'Assemblée scientifique du Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame, séance du 21 avril 1938.

Antécédents héréditaires: sa mère et 3 de ses frères sont morts de diabète à un âge relativement jeune (50 ans). 1 sœur et 2 frères souffrent actuellement de diabète.

Antécédents personnels: rien de particulier sauf 11 grossesses à terme.

Examen: la malade est nerveuse, anxieuse et très dyspnéique. Son teint est rosé et la peau est moite. Resp.: 30. Pouls: 90, régulier. P. A.: 150-90. Poids: 129 lbs. Taille: 4'11".

Le cœur est augmenté de volume et à l'auscultation, on remarque, en plus de l'assourdissement des bruits, un bruit de galop évident. Les artères sont scléreuses. A part l'écartement des grands droits de l'abdomen et de réflexes tendineux très vifs, l'examen clinique ne révèle aucune autre particularité.

Urines: sucre: 15 grms au litre. Acétone: + + +. Acide diacétique: + + +.

Sang: au litre: glycémie: 2.50, cholestérol: 3.02, urée: 0.55.

Traitement: repos au lit, toni-cardiaques.

Régime de 1300 calories réparties de la manière suivante:

H. de C.: 164 grms. Graisses: 45, Alb.: 60.

Insuline ordinaire: 20-15-15 (toutes les 8 heures).

Evolution: Après 5 jours de ce traitement, au point de vue général, la malade est nettement améliorée. Resp.: 20, pouls: 72, le bruit de galop est disparu ainsi que la dyspnée, l'appétit revient; les urines ne contiennent plus ni acétone ni acide diacétique. Toutefois, elle passe encore 11 grammes de sucre par 24 heures dans ses urines et la glycémie est à 2.00. On note, cependant, l'après-midi et la nuit, par courts intervalles, des petites périodes de transpiration, d'engourdissement et d'agitation. Comme nous soupçonnions avoir affaire à un cas difficile à contrôler à cause

des grandes variations de la glycémie et que nous voulions lui éviter une hospitalisation coûteuse et prolongée, nous cessons l'insuline ordinaire et prescrivons l'insuline-protamine-zinc, en une seule dose, le matin ½ heure avant le déjeuner, à raison de 60 unités pendant 6 jours, 68 unités pendant 5 jours et enfin, 80 unités pendant une semaine. Nous modifions aussi le régime de façon que la malade prenne au déjeuner 20% de la ration totale et quotidienne des hydrates de carbone, 40% au dîner, 40% au souper et une légère collation à 11 hrs. p.m. Après 16 jours de ce régime (voir le tableau N° I), l'élimination du sucre par les urines varie de 10 à 17 grammes par 24 heures et la glycémie oscille de 0.89 à 1.19 gm. au litre. Mais par ailleurs, la malade est toute transformée et ne ressent plus aucun malaise. Nous lui donnons donc son congé, assurés que nous sommes de l'amélioration qu'elle va continuer de gagner à domicile et en conséquence nous diminuons la dose d'insuline-protamine-zinc à 72 unités par jour. Son médecin de famille, sur nos indications, continue de faire la recherche du glucose urinaire sur des dosages fractionnés des urines et une semaine après son retour à la maison, il constate que la malade n'urine du sucre que l'avant-midi.

Tableau n° 1

Date janv.	Glyco- surie par 24 hrs	Glycé- mie au litre	Insuline ordinaire	Remarques
11	15. grms.	2.50	20-15-15	Toutes les 8 hrs.
14	11. —	2.00	20-20-20	Transpiration, agitation, engourdissement l'après-midi et la nuit.
			Protamine Zinc-ins.	
16	9. —	1.92	60	½ hr. avant le déjeuner.
20	10. —	1.66	68	
24	14. —	2.00	80	
28	17. —	0.89	80	
31	15. —	1.19	72	Aucun malaise.

Le 19 février, soit 20 jours après son départ de l'hôpital, la malade nous revient et

demande, à notre grande surprise, d'être hospitalisée de nouveau malgré qu'elle se sente très bien. Nous cherchons à connaître le motif d'une telle démarche et nous découvrons que sur la foi de renseignements de voisines et d'amies elle est devenue inquiète et affolée de la dose d'insuline que nous lui prescrivons. et malgré nos conseils, elle veut à tout prix revenir à l'insuline ordinaire, peu importe le nombre d'injections qu'elle devra prendre par jour.

Nous acquiesçons donc à sa demande et l'hospitalisons de nouveau. Les premiers examens révèlent alors une glycémie à 0.45 et une glucosurie à 15 grms par 24 heures mais n'apparaissant que le matin. Nous tâchons, pendant 15 jours, de contrôler cette malade; le régime étant le même, nous employons successivement l'insuline-protamine-zinc associée à l'insuline ordinaire et l'insuline ordinaire seule, mais en tâchant de faire coïncider l'horaire de l'injection et la dose avec les périodes de glycosurie indiquées par les dosages fractionnés des urines. Pour tout résultat, nous n'obtenons que des crises d'hypoglycémie alternant avec de la glycosurie et de l'hyperglycémie, tel que prévu lors de son premier stage à l'hôpital. (Voir le tableau N° 2.) Finalement, la malade, ennuyée par ces malaises répétés et convaincue de la véracité de nos conseils, demande d'être traitée de nouveau par l'insuline-protamine-zinc. Comme son état s'est tout de même amélioré, nous lui prescrivons 52 unités d'insuline-protamine-zinc le matin, un régime contenant 146 grms d'hydrates de carbone, 70 de graisse et 57 d'albumine et nous lui donnons son congé le 5 mars. Nous la revoyons le 18 mars.

Son médecin nous assure qu'elle n'a pas fait de glycosurie depuis le 7 mars et la glycémie est à 0.90. La malade n'a et n'a eu aucun malaise depuis son départ de l'hôpital. Elle pèse 132 lbs, se sent parfaitement bien et vaque à ses occupations coutumières. Nous

avons diminué la dose d'insuline à 44 unités par jour avec l'espérance qu'il sera possible de la supprimer graduellement dans un avenir rapproché.

Tableau n° 2

Date	Gly- Fév. cosu- rie	Glycé- mie	Insuline	Remarques
	par 24 hrs.	au litre		
20	15.	0.45	# P-Z-I: 40. Ord. 10-10-5 a.c.	
21	9.	1.40	24 15-20-0	Réaction 3 p.m.
24	7.	1.85	24 15-20-0	— 22
25	7.	1.81	Ord. 25-20-0 p.c.	— —
26	4.	1.92	— 25-10-15 —	
28	8.	1.31	— 20-15-10: tts	8 hrs. Réactions
Mars				la nuit et gly-
3	11.	1.42	— 20-15-15 a.c.	cosurie 1' a-
				vant-midi.
5	12.	1.66	— 25-15-15 —	Réaction 3 p.m.
6			P-Z-I. 52	
18	0	0.90	— 44	Aucun malaise.

P-Z-I: Insuline-protamine-zinc, donnée en une seule dose, ½ heure avant le déjeuner. Ord.: Insuline ordinaire donnée soit a.c. (avant les repas) soit p.c. (après les repas) soit enfin tts. 8 hrs (8. a.m., 4 p.m. et minuit).

Conclusion

Il est possible qu'avec beaucoup de patience, de tâtonnements et de temps, nous aurions pu contrôler ce cas de diabète avec l'insuline ordinaire. Mais il aurait fallu, en plus de la perte de temps et d'argent, exposer cette malade à de nombreuses crises d'hypoglycémies et à tous les inconvénients que cela comporte; il aurait fallu aussi lui donner plusieurs injections par jour. Tandis qu'avec l'insuline-protamine-zinc, grâce à son action lente, prolongée et régulière, en une seule dose quotidienne, sans aucun malaise pour la malade, nous avons réussi dans un temps relativement court à baisser la glycémie au niveau normal et à maintenir les urines aglycosuriques. Nous croyons donc que le cas présent illustre clairement les principaux avantages de l'insuline-protamine-zinc. Toutefois, il est bon de noter qu'avec cette nouvelle préparation, à cause de son mode d'action tout particulier, il faut utiliser la même dose cinq ou six jours de suite avant de savoir si elle est suffisante ou trop élevée. Il en résultera

que nous verrons des malades présentant simultanément de la glycosurie et des glycémies aussi basses que 0.45 sans aucune manifestation d'hypoglycémie. Avec le temps, la glycosurie disparaît et la glycémie s'équilibre. Si le sujet s'améliore, qu'il présente quelques malaises, surtout de la céphalée, il faudra diminuer prudemment la dose et se rappeler qu'on peut avoir, précisément à cause de l'action prolongée de l'insuline-protamine-zinc, des réactions hypoglycémiques de longue durée et se renouvelant à différents intervalles, même pendant une couple de jours. Il faudra y penser et traiter le malade en conséquence.

En résumé, nous venons de présenter un cas

de diabète impossible à contrôler parfaitement par l'insuline ordinaire à cause des variations brusques et fréquentes de la glycémie et que l'insuline-protamine-zinc a réussi à équilibrer d'une façon assez rapide avec le minimum d'ennui pour la malade.

BIBLIOGRAPHIE

1. Frederick M. ALLEN: « Diseases of metabolism, diabetes ». *The cyclopedia of Medicine*, **13**: 186; 1937.
2. Edward A. MULLEN: « Therapeutics, general ». *The Cyclopedia of Medicine*, **13**: 917; 1937.
3. Anthony SIDONI jr.: « Protamin insulin versus ordinary insulin ». *J. A. M. A.*, **108**: 1320; 1937.
4. Abraham RUDY: « Clinical experiences with protamin-insulin in its various modifications ». *Endocrinology*, **21**: 544; (juillet) 1937.



Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse au secrétariat: 326 est, Boulevard St-Joseph — LA: 9888, afin qu'ils puissent recevoir l'« UNION MEDICALE DU CANADA » sans aucune interruption.

Les auteurs qui désirent des extraits de leurs travaux sont priés d'en faire la demande à l'éditeur, dès la parution du numéro qui contient ces travaux.

REVUE GÉNÉRALE

LA CONSULTATION DE NOURRISSONS.

Son objet et ses activités

Par **Adélarde GROULX,**

Directeur du Service de la Santé de la Cité de Montréal.

L'hygiène infantile est, avant tout, un *problème de nutrition et d'éducation.*

De toutes les mesures préconisées pour la résoudre, la *Consultation de nourrisson* est la plus importante. Elle est le *centre par excellence* pour enseigner aux mères les notions de puériculture qui leur sont nécessaires concernant l'alimentation des bébés et les soins qu'ils requièrent. C'est une *véritable école des mères.*

Elle permet de combattre deux facteurs importants qui accentuent la fréquence de la mortalité infantile: *la pauvreté et l'ignorance des mères.*

Elle permet aussi d'exercer une surveillance médicale continue sur les nourrissons, et elle possède l'inappréciable avantage de rendre très étroite la collaboration du médecin et de la mère.

But

Le but de la consultation de nourrisson est de sauvegarder la santé et la vie du nourrisson. C'est un des moyens les plus efficaces de réduire la mortalité infantile.

Elle constitue, avec l'enregistrement des naissances, la visite des nouveau-nés par les infirmières (le plus tôt possible après la naissance), la distribution de littérature, la production et la distribution d'un bon lait, l'un des articles les plus importants de la lutte entreprise contre cette mortalité des bébés de 0-1 an.

A Montréal, cette lutte a eu d'excellents résultats: en 1900, le taux de mortalité infantile était de 301.05 par 1000 naissances vivantes, en 1934, il était descendu à 90.8 par

1000 naissances. En 1936, pour les premiers 6 mois, de janvier à juin, il était de 80.8 par 1000.

Objet

Son objet est:

1° De promouvoir, encourager et remettre en honneur l'allaitement maternel, et ensuite, de diriger l'alimentation mixte ou artificielle; c'est là son objet principal;

2° De surveiller la croissance et le développement normal de l'enfant *sain* par la pesée et la mensuration régulières et par l'examen médical périodique;

3° D'enseigner aux mères comment élever leurs enfants en leur donnant les conseils et les instructions nécessaires, comment les conserver en bonne santé et leur faire prendre des habitudes hygiéniques, laissant de côté les maladies. « Elles servent à l'instruction des mères » écrit Ribadeau-Dumas.

Il ne faut pas confondre consultation de nourrisson et dispensaire; à la *consultation* on surveille la santé des enfants sains et on fait de l'enseignement, au *dispensaire* on traite les enfants malades pauvres. Alors si, à la consultation, un enfant après examen est trouvé souffrant de troubles pathologiques, autres que des troubles digestifs légers, il doit être référé au médecin de famille ou à l'hôpital (s'il est pauvre).

Il est important de bien faire comprendre aux mères que, dans la consultation de nourrissons, on leur enseigne comment nourrir et élever leurs enfants, comment les maintenir en bonne santé; on surveille leur croissance nor-

male; en somme, on prévient la maladie. Trop de mères croient qu'on doit y amener l'enfant quand il est malade.

Le médecin peut bien indiquer aux mères les moyens de combattre certaines manifestations morbides du système digestif chez le nourrisson, mais si l'état de ce dernier requiert un traitement médical, il doit diriger la mère chez son médecin ou au dispensaire. Il doit se rappeler que la consultation est un centre d'hygiène et de prévention, et qu'il ne *lui est pas permis de prescrire*.

Histoire

Les consultations de nourrissons ont d'abord fonctionné comme annexes des maternités.

En 1880, le docteur Herrigott, fondait l'Œuvre de la Maternité à Nancy. Les bébés nés dans cette institution devaient être amenés par leur mère pour examen à l'âge de un mois.

Mais, le véritable fondateur des consultations de nourrissons est le docteur Budin, en 1892, à l'hôpital de la Charité, et en 1895, à l'hôpital de la Maternité et à la clinique Tarnier. Ces organismes étaient créés pour surveiller les enfants nés dans ces maternités, durant leurs 2 premières années.

Budin se proposait ainsi de favoriser l'allaitement maternel, de diriger l'allaitement mixte ou artificiel et de distribuer du lait stérilisé.

Variot, en 1892, fonde la première consultation attachée à un dispensaire, le dispensaire de Belleville.

La première organisation indépendante des maternités et des dispensaires a été créée en 1894, à Fécamp, par le docteur Dufour, pour laquelle il a proposé le nom de *Goutte de lait*, attendu que l'objet essentiel de ces établissements était une distribution de bon lait stérilisé quand les mères ne pouvaient pas nourrir elles-mêmes leurs enfants.

1901. — A Montréal¹, Canada, la première consultation de nourrisson, appelée alors

« Goutte de lait », fut organisée et ouverte le 5 juillet 1901; elle fut maintenue en fonction jusqu'au 24 novembre de la même année.

1903 à 1906. — Le deuxième mouvement dans l'organisation des « gouttes de lait » s'étend de 1903 à 1906.

Basées sur le même système, quatre ou cinq « gouttes de lait », françaises et anglaises, furent organisées, en 1903, avec bureau ou laboratoire central et un service d'infirmières graduées de l'Ordre Victoria (V. O. N.) dirigées par un comité de médecins français et anglais. Cette deuxième tentative s'est désorganisée en 1906.

1910. — Nouvelle tentative plus fructueuse en 1910, pour organiser les « Gouttes de lait » de façon permanente. Trois « stations » furent ouvertes, l'une dans la paroisse du Saint-Enfant-Jésus, une deuxième par l'hôpital Sainte-Justine (sur la rue Delorimier), et la troisième par le *Montreal Foundling and Baby Hospital*.

Ces « gouttes de lait » fonctionnaient indépendamment les unes des autres.

L'année suivante, dix nouvelles consultations furent ouvertes, formant un total de 13. Ce nombre a grandi au cours des années qui suivirent; il y en avait 28 en 1915, dont 23 françaises et 5 anglaises.

En 1914, un *Bureau central des Gouttes de lait* (section française) fut institué; à ce dernier succéda, en 1927, la *Fédération d'Hygiène infantile*.

Les « gouttes de lait » anglaises, au nombre de 5, en 1915, ont fonctionné indépendamment les unes des autres jusqu'en 1918, où elles furent affiliées sous le nom de *Baby Welfare Centers*. La fondation de la *Child Welfare Association*, organisme de publicité, date de cette même année. Ces deux organisations furent réunies en 1920, sous le nom de *Child Welfare Association*.

Le nombre des consultations anglaises était de 13 au début de 1935; à la suite d'une entente intervenue au cours de cette même année, ces consultations passent graduellement sous le contrôle du Service de Santé.

1. Référez à *Les Consultations de Nourrissons à Montréal*, par Dr Ad. Groulx, dans *Bulletin d'Hygiène*, Montréal. Vol. 21, No 4 et 5, 1935.

1919. — L'inauguration des *Consultations municipales*, au nombre de 14, dirigées par le Service de Santé (division de l'hygiène de l'enfance), avec service d'infirmières graduées, date de 1919.

En 1929, pour intensifier la lutte contre la mortalité infantile, avec l'approbation de S. E. Mgr l'Archevêque de Montréal, et avec l'aide des curés des paroisses, les consultations municipales furent multipliées et leur nombre porté à 37; il est aujourd'hui de 43.

Depuis 1919, trois organisations dirigent, à Montréal, les consultations de nourrissons dont le nombre total actuellement (en 1936) est de 70, réparties comme suit:

- | | |
|--|----|
| 1° Les consultations municipales, dirigées par le Service de Santé . . . | 43 |
| 2° Les consultations françaises, dirigées par la <i>Fédération d'Hygiène Infantile</i> | 19 |
| 3° Les consultations anglaises, dirigées par la <i>Child Welfare Association</i> . . . | 8 |

Activités de la « Consultation de Nourrisson »

I. Promouvoir l'alimentation maternelle

L'objet essentiel et la fonction première de la « Consultation de Nourrisson ». C'est une question capitale pour l'avenir des enfants. D'après le Dr G. Lapierre, « c'est le point le plus important dans l'hygiène de l'enfance ».

L'allaitement maternel est une condition essentielle au développement normal de l'enfant; il importe de le remettre en honneur, parce qu'il constitue le meilleur mode d'alimentation du nourrisson.

La consultation a pour mission de rappeler à la mère que l'alimentation qu'elle donne à son enfant a une influence considérable sur sa santé et qu'il n'y en a aucune autre qui puisse remplacer avantageusement le lait maternel. L'enfant y est particulièrement adapté et, sa nutrition étant parfaite, il présente vis-à-vis des infections une résistance remarquable.

Le médecin et l'infirmière jouent *un rôle absolument vital* dans la mise en œuvre nécessaire pour *sauver l'allaitement maternel*.

Aucun autre mode d'alimentation ne doit être recommandé que si l'allaitement maternel devient insuffisant et impossible, ou bien pour des raisons graves, et *jamais sans l'avis du médecin*.

II. Diriger l'alimentation mixte et artificielle.

Si l'allaitement maternel devient insuffisant, il faudra y remédier au moyen de l'allaitement mixte, mode que nous recommandons de préférence.

Dans le cas où l'allaitement au sein devient tout à fait impossible, le médecin dirigera l'allaitement artificiel.

Une alimentation artificielle bien dirigée assurera l'évolution normale du bébé et préviendra chez lui les troubles digestifs communs et le rachitisme.

Qu'il me soit seulement permis de rappeler aux médecins qu'ils ont ici le grand rôle et la responsabilité d'instituer des régimes qui conviennent aux enfants et qu'ils doivent attacher une grande importance à la direction à donner aux mères concernant l'allaitement artificiel.

Pour l'aider dans ce travail et guider mieux les mères, le médecin peut et doit prescrire la diète de chaque enfant sur des formules de régime alimentaire préparées pour les différents groupes d'âge et mises à son usage, ou bien sur des formules qu'il rédigera lui-même devant la mère.

III. Faire l'éducation des mères.

Une autre activité d'importance signalée consiste à faire l'éducation des mères:

Leur indiquer les *règles à observer* dans l'alimentation du bébé, au sujet du choix d'un bon lait, sa conservation, sa manipulation, la préparation des repas;

Leur enseigner les *soins hygiéniques* du nourrisson, concernant: les bienfaits de l'air et du soleil; les précautions dont on doit entourer les sorties de l'enfant; la toilette et le

bain du bébé; les vêtements et la layette; la durée du sommeil; le danger des tétines; les soins à apporter au nettoyage des couches; les précautions à prendre contre les mouches et l'usage des moustiquaires; les bonnes habitudes hygiéniques à faire prendre aux petits enfants; les conditions insalubres du milieu familial et du voisinage à faire corriger.

Cet enseignement doit être complété par la distribution de publications, circulaires, etc.

A la consultation de nourrisson on doit préconiser et faciliter l'immunisation des enfants contre la diphtérie et la vaccination contre la variole, et, à cette fin, fixer des jours et des heures spéciales.

Le médecin consultant et l'infirmière visiteuse doivent inviter et inciter les parents, les mères en particulier, pendant qu'ils les rencontrent à la consultation, à faire immuniser ou vacciner leurs enfants dès la première enfance.

IV. Examen du bébé.

1° *Déshabillage*: Pour obtenir son poids exact et pour permettre un bon examen médical, il est *essentiel* que le bébé soit *entièrement déshabillé*; que tous les vêtements soient enlevés.

2° *Pesée et mensuration*: La pesée et la mensuration sont très importantes et l'on doit y apporter une attention toute particulière. Pour permettre de bien suivre le développement du nourrisson, ils doivent être amenés régulièrement à la consultation, chaque semaine, *pour être pesés*.

3° *L'examen médical doit être complet*. Il doit être fait une fois par mois pour les premiers six mois et plus souvent pour les enfants débiles; ensuite, tous les deux mois, si l'enfant va bien. Il doit porter sur:

a) Les antécédents familiaux et personnels; et,

b) Outre la pesée et la mensuration, l'aspect général de l'enfant et son facies; l'état de la peau; l'état du tissu musculaire et du tissu adipeux; l'état des yeux, du nez, des oreilles, de la bouche et de tous les organes;

s'il ne souffre pas de quelque anomalie ou infirmité; l'examen des poumons et du cœur; il faut se bien renseigner sur l'état du tube digestif;

c) Il faut aussi prendre les moyens d'éviter la contagion; c'est une condition de succès à la consultation. Il faut établir une prophylaxie des maladies transmissibles par l'infirmière qui doit questionner la mère qui arrive et « jette un coup d'œil » sur l'enfant, pour voir s'il ne présente pas quelques signes de maladies contagieuses. Les cas suspects sont immédiatement soumis à l'attention du médecin, et, s'il y a contagion, sont renvoyés à domicile et déclarés à l'autorité sanitaire municipale.

V. Tenue et étude des fiches.

Tous les renseignements obtenus doivent être notés sur une fiche appropriée (formule n° 35); un dossier complet et rempli avec soin guide davantage l'infirmière dans son travail et dans ses visites à domicile, et permet au médecin de surveiller l'évolution du nourrisson.

L'infirmière, avant l'arrivée du médecin, pèse et mesure les enfants, et elle remplit la première partie de la fiche qui concerne les généralités: nom, adresse, âge, antécédents familiaux et personnels, modes d'alimentation et maladies antérieures.

Il est important de noter tous les détails concernant l'alimentation antérieure.

Le médecin remplit la seconde partie de la fiche qui concerne l'*examen* au fur et à mesure qu'il procède à l'examen du bébé.

Après la première année, la surveillance de l'enfant est continuée jusque vers l'âge de 5 ou 6 ans, attachant une importance spéciale à sa nutrition, à la recherche et à la correction de certaines déficiences physiques, en particulier les dents cariées, les amygdales hypertrophiées et les végétations adénoïdes.

Le personnel, et le *médecin consultant* spécialement, *doit faire une étude des fiches des enfants*.

Ce travail s'impose pour permettre de bien

suivre l'état de santé des enfants inscrits et pour pouvoir donner une directive éclairée aux infirmières concernant les enfants qui ont besoin d'être suivis à domicile, chez qui, s'ils sont d'âge préscolaire, il y a quelques corrections à obtenir.

VI. Naissance — Décès.

Dans les limites de leur territoire, le médecin et l'infirmière attachés à une consultation de nourrisson doivent:

1° *Etre au courant des naissances qui surviennent.* Pour faciliter ce travail, un système a été institué à Montréal, en vertu duquel les curés et les pasteurs des différentes religions prennent les actes des naissances au baptême, font chaque semaine la *déclaration* à la Division de la Statistique vitale, qui en transmet une liste à la Division de l'Hygiène de l'Enfance; cette liste est ensuite adressée au personnel attaché aux diverses consultations de nourrissons.

2° Pour obvier aux retards possibles, dans certains cas, le personnel doit demeurer en contact constant, sur son territoire, surtout dans les paroisses catholiques, avec le curé, où il est plus facile, en s'assurant sa collaboration, d'avoir chaque semaine la liste des naissances sans attendre les listes qui viennent du bureau, pour procéder à son travail.

3° *Savoir quelle est, sur le nombre des naissances, la proportion des bébés qui sont inscrits.*

4° *Tenir compte aussi des décès qui surviennent chez les nourrissons:*

a) *Le nombre total des décès 0-1 an dans le district ou la paroisse intéressée, et*

b) *Le nombre de décès parmi les bébés inscrits à la consultation.*

Il faut en suivre l'incidence et les noter. Ceci est très utile pour apprécier les résultats du travail de la consultation, en suivre les développements, et permet au médecin et à l'infirmière de mieux diriger leurs propres activités.

VII. Les visites à domicile

faites par les infirmières jouent un grand rôle; elles facilitent et complètent le travail de la consultation de nourrisson.

Elles ont pour objet et fonctions:

1° De se renseigner sur les naissances et d'atteindre les mères le plus tôt possible après la naissance du bébé pour *obtenir l'allaitement maternel*, le préconiser, l'encourager, en faire valoir l'importance et les avantages, donner aux mères certains conseils techniques, et leur indiquer les soins à prendre, s'informer aussi de leur alimentation.

« Nous aurons fait réaliser un grand progrès à l'allaitement maternel, disait le Dr G. Lapierre, si nous pouvons nous emparer de la mère, au plus tard, immédiatement après la naissance le l'enfant. »

Cette première visite du nouveau-né permet à l'infirmière d'atteindre la mère à bonne heure, de seconder, de renforcer l'action du médecin de famille auprès d'elle, pour l'encourager non seulement à nourrir son bébé, mais à bien suivre ses avis en lui conseillant de ne pas négliger de rester sous sa surveillance, si nécessaire pour elle-même et pour son enfant, à ce stage particulier de son existence.

2° *De suivre les bébés à domicile pour enseigner aux mères comment suivre les prescriptions du médecin de la consultation concernant l'alimentation de son enfant, et en observer les règles, quels sont les soins hygiéniques à lui prodiguer, et les orienter vers le médecin de famille si le bébé est malade et requiert un traitement.*

Cet enseignement doit être accompagné, pour être complété et rendu plus facile, de démonstrations pratiques faites devant les mères, concernant la préparation des repas, le bain et la toilette du bébé, etc...

3° *De préconiser l'immunisation* contre la diphtérie et la vaccination contre la variole.

4° Enfin, *de remettre aux mères certaines publications*, circulaires, pancartes, qui seront un complément à cet enseignement.

Rôle du médecin

Le médecin qui dirige une consultation exerce une *action essentielle*, il y joue un rôle *prépondérant*.

« Dans cette croisade entreprise pour diminuer la mortalité infantile, il est, écrit Marfan, le missionnaire indispensable; dans cette lutte pour l'allaitement maternel, dans ce combat contre l'ignorance, il est le guide dont on ne peut se passer. »

Le médecin consultant est un *éducateur*, il doit se préparer à remplir ce *devoir social qui lui incombe* par l'étude de l'hygiène et la pathologie du nourrisson.

1° *Son rôle primordial à la consultation est donc d'encourager l'allaitement maternel*: « L'action d'un médecin éclairé sera tout en faveur de l'allaitement maternel; convaincu que la plupart des mères peuvent nourrir leurs enfants, il fera partager sa conviction aux femmes qui lui amèneront leurs enfants. »

Il doit, en outre, s'intéresser au régime alimentaire de la mère nourrice: point très important.

2° De faire un examen soigneux des bébés et de noter toutes ses observations sur la fiche médicale.

3° De diriger le *régime alimentaire* du bébé, si celui-ci n'est pas nourri par sa mère.

4° De donner aux mères les instructions et les conseils dont elles ont besoin concernant l'hygiène et les soins du nourrisson: attention maternelle, propreté, bains, habillement, sorties, air, soleil, etc...

5° De diriger le travail des infirmières dans leurs visites à domicile et se rendre compte du résultat de ces visites et des difficultés rencontrées.

6° Etudier les fiches des bébés, étude qui s'impose pour bien suivre les enfants et diriger le travail des infirmières.

7° De procéder à la vaccination contre la variole et à l'immunisation contre la diphtérie.

Le rôle de l'infirmière

Dans la consultation, l'infirmière joue un rôle capital, un *rôle d'éducatrice*.

« Elle est, dit Debré, la véritable cheville ouvrière de la lutte contre la mortalité infantile. »

Pour atteindre le but proposé, elle doit être instruite spécialement dans sa mission, intelligente, dévouée et avoir beaucoup de tact; elle doit aimer les enfants et posséder l'autorité nécessaire pour imposer ses conseils aux mères.

Permettez que j'ajoute que les infirmières, à l'égal des médecins d'ailleurs, doivent être imbues *d'un grand désir de rendre service*.

« Quand elles sont éclairées et dévouées, les infirmières sont pour les médecins des *auxiliaires* d'un grand prix.

« Elles compléteront l'œuvre du médecin, dit Marfan, après que ce dernier aura examiné l'enfant et conseillé un régime alimentaire, elles prendront contact avec la mère, s'assureront qu'elle a bien compris les conseils et les prescriptions et elles veilleront à ce que celles-ci soient bien exécutées. »

Quand il sera nécessaire, elles feront des visites à domicile.

I. A la consultation, l'infirmière

1° procède à l'enregistrement des bébés;

2° rédige les fiches et note les renseignements préliminaires;

3° aide au déshabillage des bébés;

4° procède à un questionnaire rapide de la mère et à un examen sommaire de l'enfant pour ne pas admettre les cas suspects de maladies contagieuses;

5° pèse et fait la mensuration des enfants;

6° assiste le médecin et attire son attention sur ce qu'elle a constaté avant l'examen médical;

7° donne certains conseils aux mères, complétant ceux du médecin, et leur fait certaines démonstrations pour les instruire, leur remet des instructions écrites, sous forme de circulaires, concernant l'élevage et l'alimentation des nourrissons;

8° tient les dossiers et prépare les rapports.

II. L'infirmière fait des *visites à domicile* pour se renseigner sur les naissances et instruire les mères.

Une infirmière hygiéniste, au cours de ses visites à domicile, partie essentielle de son travail, se fera valoir comme telle, si elle est

bien pénétrée de son rôle. Les visites à domicile nécessitent de sa part beaucoup de tact, de patience, de sens commun, de persévérance et de clairvoyance.

Il lui faut gagner la confiance des parents, et ceci s'obtiendra grandement par l'attention portée à l'enfant, à sa santé et à son bien-être. Elle aura à vaincre *l'apathie et l'ignorance*. Il lui faudra aussi se mettre à la portée des gens qu'elle visite.

L'infirmière qui entre dans une maison doit avoir l'œil ouvert, savoir tout observer, noter les moindres détails et *les faire corriger*. Elle doit combattre les préjugés existants.

Pour aucune considération, elle ne doit intervenir dans le rôle du médecin de la consultation ou du médecin de famille; elle ne doit rien dire ou faire qui pourrait lui nuire ou lui enlever la confiance de la famille. Elle doit se garder aussi d'indiquer une thérapeutique ou médication quelconque; elle ne doit accomplir aucun acte médical. Si un enfant est malade, elle conseillera à la mère de le conduire chez son médecin de famille, ou si elle ne le peut, à l'hôpital; et, là encore, elle ne doit intervenir en aucune façon dans le choix du médecin ou de l'hôpital, choix qui appartient aux parents eux-mêmes.

Les facteurs de succès

Le succès d'une consultation est assuré par les quatre facteurs suivants: *compétence, dévouement, assiduité et collaboration*.

Jarnicot écrit quelque part que « ce succès dépend avant tout d'une bonne direction médicale, mais aussi de la qualité du personnel, et de l'assiduité des mères aux visites hebdomadaires ou mensuelles ».

Compétence.

Une bonne direction médicale assure le succès de la consultation.

Le personnel de la consultation doit se mettre au courant des questions de puériculture: soins aux bébés, problème de l'alimentation, techniques des divers modes d'alimentation, hygiène générale du nourrisson, etc.;

il doit, le médecin en particulier, se préparer à sa tâche par des études.

Dévouement.

Le personnel doit s'intéresser à l'enfant, le bien examiner, le surveiller assidûment, consulter et encourager les mères dans leur rôle.

La consultation sera d'autant plus achalandée et fructueuse que le médecin mettra plus de soin dans ses examens et qu'il montrera plus d'intérêt aux bébés.

Assiduité.

a) *Assiduité des mères* à se rendre régulièrement à la consultation. « Il faut que les mères viennent régulièrement à la consultation dès la naissance et souvent » (Ribadeau-Dumas). Elles sont les premières intéressées au succès des consultations.

b) *Assiduité du personnel*. Seulement, cette condition nécessite l'assiduité du personnel aux heures indiquées; de l'infirmière, qui généralement se rend d'avance et ouvre au public les portes de la consultation; et celle du médecin consultant, âme dirigeante de la consultation.

C'est un point important pour assurer l'efficacité de nos consultations.

Il serait difficile d'obtenir l'assiduité des mères aux visites hebdomadaires, si elles constataient l'absence ou des retards habituels du médecin.

Collaboration.

Un quatrième facteur du succès est la parfaite collaboration du médecin et de l'infirmière dans leur travail, chacun demeurant dans le domaine de ses attributions et de son rôle. Imbus de l'importance primordiale de leurs fonctions, ils doivent apporter dans le travail des consultations les connaissances requises, un dévouement absolu et l'initiative désirée pour atteindre le but proposé.

Dans leur rapport avec le médecin de famille, ils doivent à son égard avoir toute la délicatesse qui lui est due, et les infirmières doivent avoir un grand respect du secret médical.

Le concours du clergé et des médecins praticiens est indispensable pour assurer l'efficacité des consultations: la population y est aussi directement intéressée et ne doit perdre aucune occasion de profiter de ses nombreux avantages.

APPENDICE

Travail accompli dans les trois groupes de Consultations de Nourrissons pour l'année 1935, à Montréal.

	<i>Service de Santé</i>	<i>Child Welfare Association</i>	<i>Fédération d'Hygiène infantile</i>
Nombre de bureaux	42	11	19
Nombre de bébés (0-1 an)	9,204	7,068	3,209
Nombre de décès (0-1 an) parmi les bébés inscrits	83	24	77
Pourcentage des décès par rapport aux bébés inscrits	0.9	0.3	2.4
Nombre de consultations données	53,298	19,938	61,232 ¹
Moyenne de consultations par bébé	5.8	2.8	10.9 ¹
Visites à domicile	28,198	6,171	16,563 ¹

1. Note: Le nombre de consultations, leur moyen par bébé et le nombre de visites pour les consultations de la Fédération d'Hygiène Infantile, sont établis pour les bébés de 0-2 ans (5,588), tandis que pour les deux autres groupes de consultations, ces nombres sont indiqués pour les nourrissons de 0-1 an.



Messieurs les médecins sont invités à consulter les nombreux journaux, monographies et traités de médecine qui sont à leur disposition tous les jours de 9 a.m. à 5 p.m., le samedi de 9 à 11 a.m., au Secrétariat: 326 est, boulevard Saint-Joseph.

Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse au secrétariat: 326 est, Boulevard St-Joseph — LA: 9888, afin qu'ils puissent recevoir l'« UNION MEDICALE DU CANADA » sans aucune interruption.

PETITE CLINIQUE

SYNDROME DE LA FENTE SPHÉNOÏDALE

Observation anatomo-clinique

Par **Jean SAUCIER**,

Médecin des hôpitaux Notre-Dame et Sainte-Justine.

Observation:

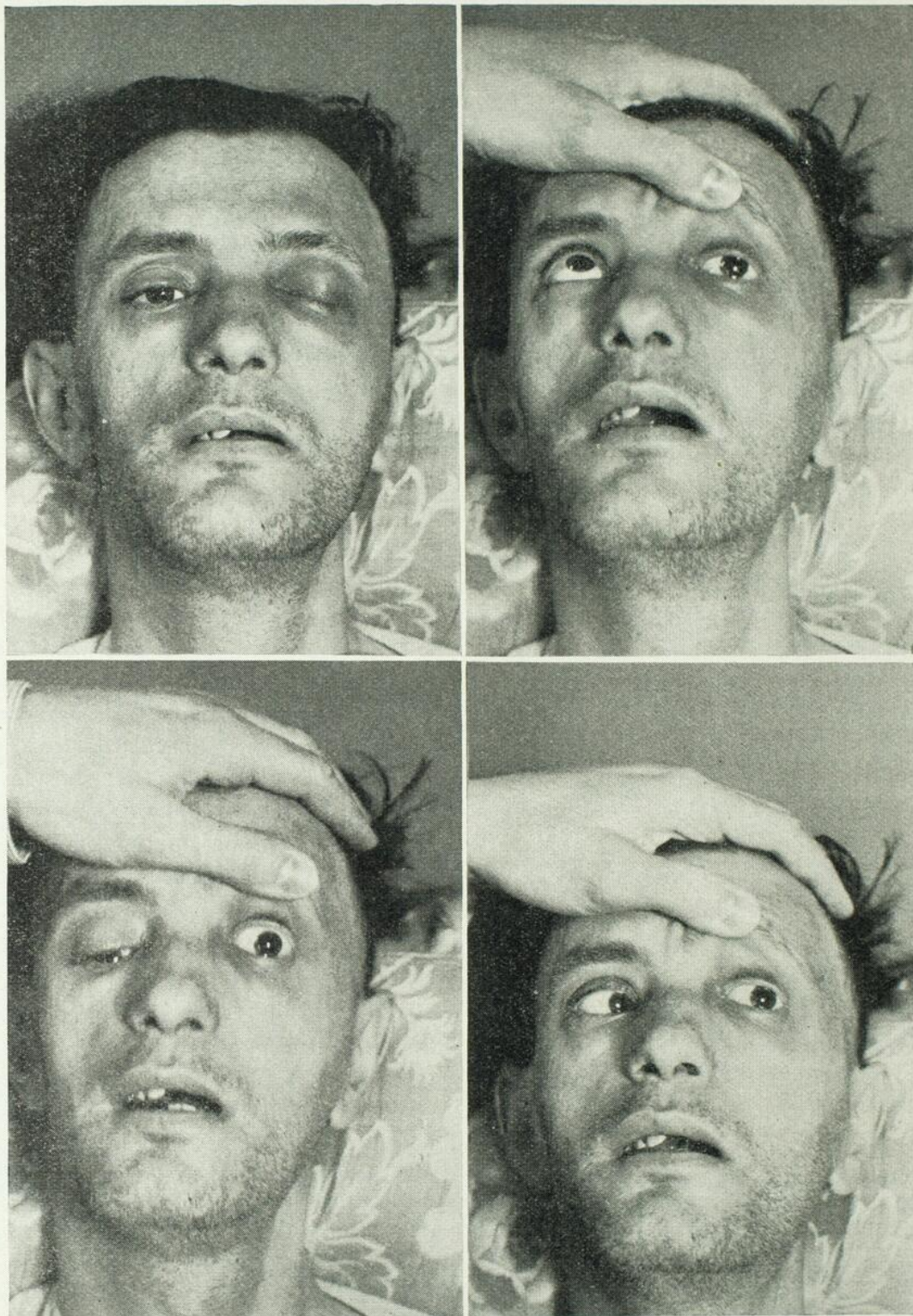
Il s'agit d'un jeune grec de 30 ans, Ch. Ts., déjà présenté à la Société Médicale de Montréal, le 7 décembre 1936. A ce moment, l'observation se résumait comme suit:

Au début de juillet 1936, le malade consulta le Dr Gélinas pour obstruction partielle du passage de l'air au niveau de la narine gauche. Le Dr Gélinas constata une tumeur polypoïde à point d'attache ethmoïdal et il en préleva un fragment pour examen histologique, attendant le diagnostic microscopique pour opérer plus largement. Le Dr A. Bernier fit le rapport suivant (8-7-36): « Lympho-épithéliome. La biopsie montra une tumeur composée d'un grand nombre de boyaux épithéliaux de grosseur variable, se dirigeant dans tous les sens. Le pourtour de ces boyaux est tantôt bien délimité par une rangée de cellules en palissade, tantôt il est mal défini et se perd graduellement dans la stroma-réaction où on le reconnaît encore à la pâleur relative des cellules cancéreuses; dans le dernier cas, on retrouve souvent de nombreuses mitoses à la périphérie. La stroma-réaction est très intense, formée surtout de lymphocytes et de plasmocytes. Par endroits, elle est infiltrée de polynucléaires. Il s'agit, ici, d'une tumeur peut-être épithéliale dont l'origine est difficile à déterminer, peut-être est-elle une métaplasie de l'épithélium glandulaire de la fosse nasale. Il ne faut pas non plus exclure la possibilité d'un lympho-épithéliome à cause du caractère des cellules néoplasiques dans les travées à contours mal définis. Le caractère extrême-

ment envahissant de cette tumeur en rend le pronostic très sombre et le traitement aléatoire! »

Le malade fut soumis par la suite à une série de séances radiothérapiques à l'Institut du Radium (Dr Jutras) et les choses prenaient bonne tournure lorsque soudain, vers la mi-octobre, le malade fit une otite aiguë du même côté, infection favorisée, semble-t-il, par l'imperméabilité passagère de la trompe d'Eustache homo-latérale. L'otite se compliqua rapidement de mastoïdite et, le 21 octobre, le Dr L. Gélinas pratiqua la mastoïdectomie. Les suites furent normales. A la fin d'octobre, assez brusquement, apparut une paralysie totale de toute la musculature extrinsèque de l'œil gauche avec exophtalmie marquée. L'œil gauche était complètement invisible. Admis en neurologie, on nota, après deux séances de radiothérapie, une disparition presque complète du syndrome oculaire. Il ne reste aujourd'hui qu'un peu d'exophtalmie et une parésie minime du droit inférieur et du releveur de la paupière. Le malade qui avait beaucoup maigri a repris 12 livres.

A l'examen, on note actuellement les légères parésies déjà mentionnées, l'exophtalmie, de l'hypoesthésie dans le domaine de la branche supérieure du trijumeau gauche et l'abolition du réflexe cornéen gauche. Il existe également un léger endolorissement sus-orbitaire et nasal gauche. Le trijumeau moteur est respecté. Le nerf optique nous paraît indemne. La musculature intrinsèque de l'œil n'est pas intéressée. Il existe des métastases ganglionnaires discrètes au niveau du cou.



Les radios des orbites ne sont pas très concluantes. Les examens du sang et du liquide céphalo-rachidien sont sans intérêt.

*

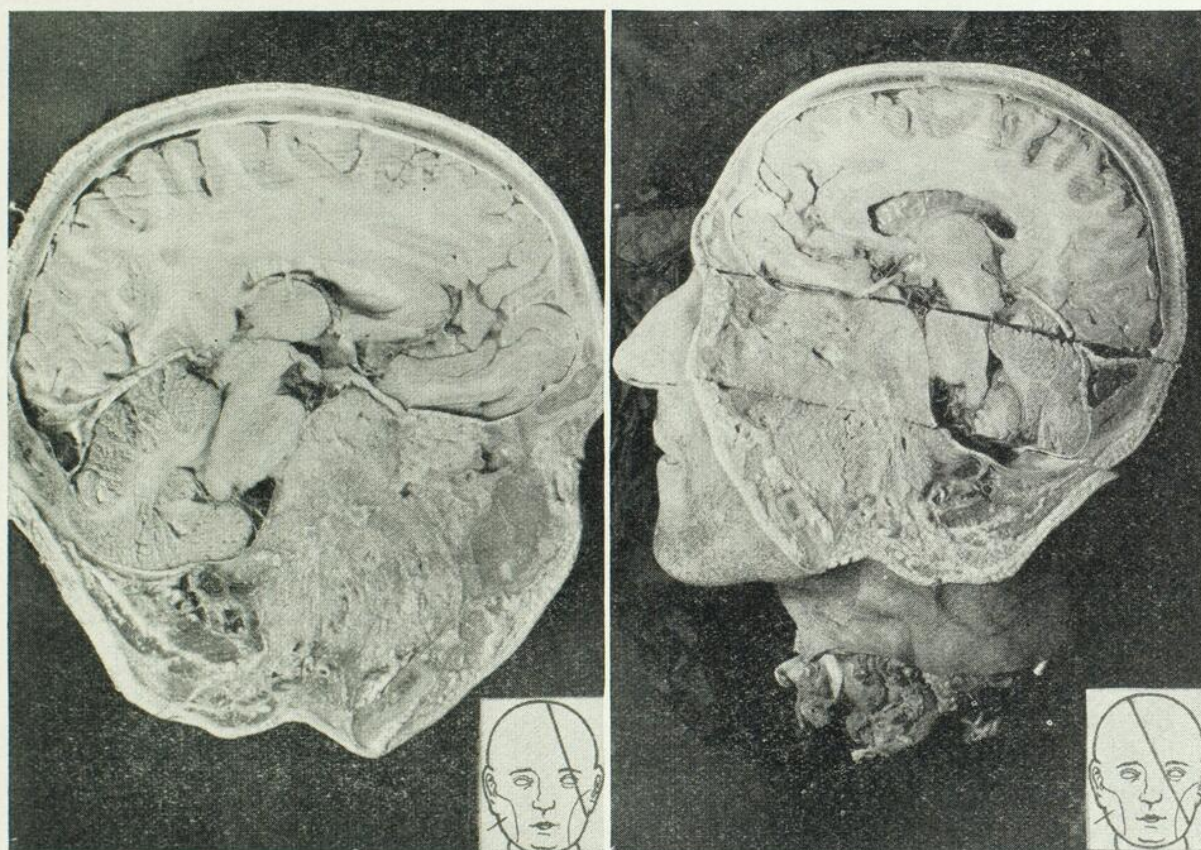
* *

Le voisinage si rapproché des deux foyers néoplasiques (ethmoïde et apex-orbitaire) nous fait croire qu'il ne s'agit peut-être pas d'une métastase, mais plutôt d'envahissement de la fente sphénoïde par le foyer initial qui

est tout adjacent. La récente série de séances radiothérapeutiques a eu des effets quasi-miraculeux, mais on sait l'extrême sensibilité des tumeurs lymphoïdes à l'action des rayons. L'état général s'est singulièrement relevé.

Le malade retourna dans sa famille puis revint à l'hôpital le 12 avril 1937, présentant de nouveau le même syndrome de la fente sphénoïdale, cette fois, avec participation de la musculature intrinsèque de l'œil gauche. Les quatre clichés ci-haut reproduits ont été obtenus en mai, soit un mois après sa seconde

joutée, le tableau clinique ne se modifia guère. Au syndrome de la fente sphénoïdale s'ajoutèrent les signes d'asphyxie mécanique, progressive, l'atteinte de la branche maxillaire supérieure, puis maxillaire inférieure du trijumeau gauche. Le fond d'œil se modifia dans le sens de l'atrophie primitive par compression directe du nerf optique. La base du crâne, notablement amincie, ne fut pas envahie. La tumeur, à point de départ ethmoïdal, envahit le naso-pharynx puis le massif facial gauche. Les photos du néo-



admission. Ceux-ci se passent de légende explicative.

Petit à petit, la tumeur envahit puis effondra le palais, empiétant largement sur le côté droit, pour écraser graduellement la base de la langue et l'orifice glottique et amener un *exitus lethalis* fort pénible, en asphyxie, le 27 juillet.

En dehors de la cachexie cancéreuse sura-

plasme *in situ* rendent bien compte des limites relativement encapsulées de cette tumeur pourtant très maligne.

*
* *

Commentaires

La littérature médicale des syndromes de la fente sphénoïdale n'est pas très volumineuse. La plupart des observations ont été

consignées dans la Revue d'Oto-Neuro-Ophthalmologie. Depuis la thèse de Castéran(1) le travail d'ensemble le plus important est celui de Roger et Alliez(2). Ces auteurs admettent trois étiologies: les traumatismes, les néoplasmes et la syphilis. Les renseignements anamnestiques mettent facilement le clinicien sur la piste traumatique, ce n'est évidemment pas le cas de notre malade. Les tumeurs les plus variées sont responsables de la moitié des cas; habituellement, le point de départ est sphénoïdal. Notre malade fait exception à la règle puisque chez lui la néoplasie débuta nettement au niveau de l'ethmoïde. D'autres auteurs ont observé le syndrome au cours de l'évolution de cancers situés ailleurs (3).

La syphilis enfin est l'agent causal d'environ 45% des cas, si l'on attribue aux causes indéterminées les 5% restants. La syphilis est incriminée par de nombreux auteurs, et dans ces cas, le traitement anti-syphilitique a une action remarquablement rapide (4). Bien plus, chez les malades où il est impossible d'attribuer le syndrome à une étiologie précise, le traitement anti-syphilitique a encore les meilleurs effets(5).

*
* *

On ne parle pas depuis très longtemps du syndrome de la fente sphénoïdale. Certains auteurs en accordent la paternité à Rochon-Duvignaud qui rapporta, en 1896, trois observations de malades comparables au nôtre, chez qui l'étiologie syphilitique manifeste orienta l'auteur vers la thérapeutique mercurio-iodurée qui amena la guérison. Incidemment, dès cette époque, Rochon-Duvignaud signale déjà les bons effets de cette thérapeutique pour guérir les syndromes non-syphilitiques de la fente sphénoïdale. En toute équité, il faut admettre qu'avant Rochon-Duvignaud, Tacke rapporta en 1890,

dans le Journal de Médecine et de Chirurgie de Bruxelles, deux observations d'ophtalmoplégie totale avec névrite optique et amaurose. C'est le syndrome de la fente sphénoïdale. Sauvinau, en 1892 et Poulet en 1896, réunissent les cas publiés jusqu'alors.

*
* *

Nous avons rapporté cette observation à cause du témoignage morgagnien qui illustre bien la marche de l'envahissement et qui explique la pathogénie des signes observés. Nous avons cru inutile d'encombrer notre texte de légendes explicatives. Nous jugeons nos clichés suffisamment explicatifs.

Les neurologistes aiment, par habitude, les lésions qui intéressent les carrefours où convergent plusieurs voies nerveuses. Celui de la fente sphénoïdale permet une bonne récapitulation de l'innervation oculaire. Nous n'avons pas fréquemment l'avantage de pouvoir exposer un thème clinique avec toute la documentation iconographique et anatomopathologique. Nous ne prétendons rien ajouter au chapitre de la pathologie de l'apex orbitaire, qu'une observation additionnelle avec sa preuve nécropsique.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) H. CASTERAN: « Le syndrome de la fente sphénoïdale. » *Thèse de Paris*, 1926.
- (2) H. ROGER et J. ALLIEZ: « Etiologie des syndromes de la fente sphénoïdale et de l'apex orbitaire. Efficacité du traitement anti-syphilitique. » *Revue d'O.N.O.*, **13**: 245 (avril) 1935.
- (3) VERGOZ et TORNER: « Syndrome paralytique total de la fente sphénoïdale au cours de l'évolution d'un cancer de la lèvre inférieure. » *Revue d'O.N.O.*, **15**: 552 (oct.) 1937.
- (4) A. SUBIRANA: « Syndrome de la fente sphénoïdale chez un syphilitique; régression complète des troubles à la suite du traitement. » *Revue d'O.N.O.*, **14**: 290 (avril) 1936.
- (5) H. ROGER, J. SEDAN, J. ALLIEZ et M. AUDIER: « Syndrome de la fente sphénoïdale. » *Revue d'O.N.O.*, **12**: 526 (juillet-août) 1934.



MOUVEMENT MEDICAL

LES DÉRIVÉS SULFAMIDÉS DANS LES MALADIES INFECTIEUSES ¹

Par **Henri CHARBONNEAU**,

Médecin à l'hôpital Pasteur.

Depuis leur découverte par Domagk, Nietzsh et Klarer, les dérivés sulfamidés ont fait l'objet de nombreuses communications et fait couler beaucoup d'encre. Ils ont été utilisés contre presque toutes les infections, dans certains cas avec succès, dans d'autres, sans aucun résultat. Ils ont surtout fait l'objet d'une réclame tellement intensive qu'ils sont presque devenus une médecine de comptoir chez le pharmacien, ce qui a par ricochet rendu le médecin un peu défiant à leur égard.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'expérimenter le sulfanilamide au cours de la méningite cérébro-spinale à méningocoque non plus que dans les infections à pneumocoques du type III où, d'après certains auteurs, il aurait une action spécifique. Notre expérience personnelle porte principalement sur l'érysipèle et sur la scarlatine.

Pour étudier son action contre l'érysipèle, nous devons d'abord considérer les différentes formes de la maladie.

Premièrement, *l'érysipèle de forme commune*, ou si l'on veut *l'érysipèle médical*. Nous savons que cette forme particulière comporte un pronostic plutôt bénin, sauf s'il y a coexistence d'une autre affection grave chez le malade, v. g.: urémie, asystolie, œdème aigu du poumon, diabète grave, etc. Ces malades guérissaient donc généralement très rapidement, avant même l'avènement du sulfanilamide, souvent même sans le secours d'aucun traitement spécifique vaccinal ou sérique. Toutefois, la régression des lésions, de même que la chute de la température, sont nettement beaucoup plus précoces (deux jours dans 80% des cas), et peuvent se comparer avec les résultats obtenus par la sérothérapie.

Dans *l'érysipèle grave*, erratique, serpiginoux ou avec phlegmons superficiels ou profonds en formation, le traitement par le sulfanilamide s'est montré nettement supérieur à toute vaccinothérapie ou sérothérapie. Il fait figure d'un véritable traitement spécifique. Nous avons même eu des malades chez lesquels, après insuccès de la sérothérapie même répétée, nous avons utilisé le sulfanilamide avec un résultat d'une précocité toute surprenante.

Au cours de *l'érysipèle chirurgical*, habituellement plus grave, il s'est montré tout aussi efficace. Un malade, entre autres, nous fournit un dossier tout à fait démonstratif.

M. X., 40 ans, opéré pour mastoïdite agüe, développe un érysipèle au niveau de sa plaie opératoire au bout de 6 jours. Il est dirigé à Pasteur, où nous constatons un érysipèle étendu de l'hémiface gauche. La température est à 103° et l'état général très touché. Nous faisons dès le premier jour de son arrivée de la sérothérapie avec répétition le troisième jour. L'état du malade ne s'aggrave pas au début, mais il demeure stationnaire et la température continue à osciller. Au bout de six jours le malade présente un gonflement du genou droit avec épanchement. Nous administrons alors du sulfanilamide avec un effet sur la température dès le deuxième jour, effet également sur l'érysipèle de la face qui commence à régresser, et amélioration considérable de l'état du genou, où après arthrotomie nous avons constaté la présence de pus à streptocoque. Au bout de quatre jours, nouvelle poussée de température à 103° avec symptômes pulmonaires. Notre malade fit une broncho-alvéolite de la base gauche de courte durée, mais avec épanchement le deuxième jour. La ponction retire 250 c.c. de pus dans

1. Travail présenté à la Société Médicale de Montréal, séance du 5 avril 1938.

lequel nous avons l'extrême surprise de ne pas trouver de strepto. Nous continuons toujours le sulfanilamide, et ce malade guérit rapidement sans pleurotomie, même sans nouvelle ponction (ce que nous trouvâmes tout à fait extraordinaire). Il guérit donc et de sa pleurésie et de son arthrite. Quelques jours avant son départ, la radioscopie montrait une ventilation pulmonaire absolument normale, bien qu'à l'auscultation on eût dit qu'il existait un léger épaissement de la plèvre.

Mme X., 52 ans. Opérée pour adénite de la région axillaire à bacille de Koch. Cette malade dont l'état général est mauvais fait au bout de quelques jours un érysipèle à la fois serpiginieux et erratique. La sérothérapie instituée d'emblée n'empêche pas la formation de multiples phlegmons diffus, l'un au poignet droit, l'autre au poignet gauche et à l'avant-bras et au coude gauche. Nous instituons dès lors le traitement par le sulfanilamide. Le phlegmon du poignet droit dut être ouvert à ce moment, et les lésions étaient diffuses même jusqu'au niveau des vaisseaux sanguins, au point de rendre l'hémostase très ardue. Ce phlegmon du poignet droit guérit très rapidement, et à la perfection; quant aux autres, ils ne furent pas ouverts et régressèrent spontanément.

Cependant il se produisit chez cette malade un phénomène assez curieux. Du moment que nous cessâmes le sulfanilamide, la température se remit à osciller le soir à 99 et 100° et lorsque nous avons recommencé le médicament la température revint à la normale, et ceci à plusieurs reprises.

Dans l'érysipèle du nourrisson, contre lequel malheureusement la sérothérapie était complètement inefficace, le sulfanilamide a complètement transformé le pronostic. Les quelques nourrissons que nous avons eu à traiter répondirent à la perfection au traitement et le produit, dérivé non azoïque bien entendu, s'est montré d'une complète innocuité. Nous croirions peut-être que nous avons eu affaire à des cas heureux, si tous les rapporteurs

n'étaient unanimes à proclamer les mêmes résultats.

Dans l'érysipèle du vieillard, malheureusement le pronostic n'est pas aussi complètement transformé; bien souvent, si l'on voit disparaître l'œdème et le bourrelet très rapidement, on peut voir le malade mourir de ses tares organiques, tares contre lesquelles, naturellement, le sulfanilamide est absolument sans action.

Dans la scarlatine, l'action de ces dérivés n'est pas aussi manifestement spécifique que dans l'érysipèle, et ce serait peut-être là un argument favorable à l'école dualiste, qui lutte encore pour son point de vue; mais nous ne voulons pas entrer dans des considérations qui de ce côté pourraient nous conduire bien loin. Toutefois, si on administre le sulfanilamide au début de la scarlatine, on voit une amélioration de l'état général ainsi que de l'état de la gorge, amélioration qui paraît plus rapide que celle que l'on observe chez les malades traités par les moyens ordinaires. Nous l'avons utilisé à date chez plus de 200 scarlatineux et il nous paraît encore difficile de faire un parallèle entre son action et celle du sérum antiscarlatineux, à cause de la différence de virulence qui existe dans cette maladie, depuis un an et demi environ que nous avons commencé à l'employer. Nous avons eu de bons résultats dans un certain nombre de cas où auparavant nous faisons de la sérothérapie, et nous avons cru qu'il était possible de traiter plusieurs de ces malades avec ce produit d'un coût absolument minime à côté de celui du sérum. Toutefois, même administré dès le début de la maladie, il n'a pas, dans aucune circonstance, empêché la desquamation, comme le fait le sérum dans de très nombreux cas où il est donné dans les deux premiers jours.

Cette thérapeutique n'empêche pas l'écllosion des complications, et certains de nos malades ont développé quand même des otites, des adénites, du pseudo-rhumatisme scarlatin, etc. Cependant elle paraît être contre ces mêmes complications plus efficaces que

les anciens traitements classiques, et nous avons eu l'impression d'avoir supprimé l'éclosion de nombreuses mastoïdites. Mais ici encore il faut faire la part de la forme de la maladie, l'ère des mastoïdites, si fréquentes en 1934 et 1935, étant déjà dans la courbe de décroissance dès la fin de l'année 1936.

Nous avons aussi fait ouvrir des adénites cervicales pour n'y trouver que de la sérosité; fait bien surprenant en scarlatine. D'autre part, malgré un traitement intensif, nous avons eu deux cas d'adéno-phlegmons avec thrombo-phlébite. Dans d'autres cas, il nous est arrivé de cesser le traitement chez des malades à évolution tout à fait normale, pour nous trouver au bout de 1 à 4 jours en face d'une poussée fébrile chez le malade, avec otite moyenne purulente. Nous avons eu alors l'impression qu'il eût fallu continuer plus longtemps (presque toute la durée de la scarlatine peut-être) pour empêcher ces complications. En effet, les dérivés sulfamidés n'agissent pas sur l'organisme pour l'immuniser, mais paraissent plutôt agir directement sur le microbe par action bactériostatique, de même que par la neutralisation des toxines. Seul, il s'est montré complètement inefficace contre le pseudo-rhumatisme scarlatin, mais il nous a semblé aider au traitement salicylé.

Comme *agent préventif de la scarlatine*, il peut être utilisé à condition de supprimer le contact ou de prolonger son administration tant que dure le contact. Il nous a été donné en effet de voir éclore la scarlatine chez deux sujets en contact à domicile, l'un trois jours après la suppression du médicament et l'autre cinq jours après. Ceci peut se comparer avec l'éclosion de certaines complications mentionnées plus haut.

Dans les affections à bacille perfringens, à colibacille, à méningocoque et à pneumocoque du type III, nous ne pouvons ajouter notre expérience personnelle, sauf dans les phlegmons de l'amygdale à pneumo., où les résultats n'ont pas été concluants.

Dans les *angines septiques à strepto.*, son action est manifeste, ce qui suggérerait peut-

être son emploi contre la mammite des bovidés.

Dans l'*ophtalmie purulente*, les résultats ont été plutôt inconstants. Chez quelques nourrissons, en effet, nous avons constaté une diminution de la durée de la maladie, tandis que dans d'autres cas il fut difficile de conclure, et chez un adulte il n'a pas empêché, avec tous les autres traitements, l'ulcération de la cornée.

Dans la *vulvo-vaginite gonococcique des petites filles*, nous espérons, grâce à lui, grandement simplifier le traitement. Malheureusement, s'il s'est montré un adjuvant utile, il est incapable de guérir à lui seul, et nous avons dû revenir à la vaccination locale que nous pratiquons depuis plusieurs années et à laquelle aujourd'hui nous ajoutons des suppositoires vaginaux de folliculine.

En résumé: une thérapeutique spécifique contre l'érysipèle, très utile contre la scarlatine, utile aussi dans d'autres infections, mais qu'il faut se garder de vouloir trop généraliser. (Nous passons sous silence son action contre la blennorragie, cette maladie étant complètement en dehors de notre domaine.) Ce médicament a de plus l'avantage d'être dépourvu de toxicité, au moins pour le dérivé ne contenant aucun radical azoïque ou colorant, et de n'offrir que quelques inconvénients de rash tout à fait éphémère avec acétonémie chez certains sujets. La sulfémoglobulinémie est exceptionnelle aux doses convenables, et l'on sait aujourd'hui que les doses extrêmes employées par la bouche ne donnent pas de résultats supérieurs aux doses normales. Quant à la possibilité d'une agranulocytose chez l'enfant, il ne faut guère y songer, mais chez l'adulte, Bigler, dans *le J. A. M. A.* de mars, recommande de faire des numérations globulaires fréquentes.

Comme le dit Levaditi: « Reconnaissons que la découverte de cette chimiothérapie anti-endotoxique nous ouvre des horizons nouveaux et que tôt ou tard, à côté d'une sérothérapie antitoxique, il faudra compter avec une chimiothérapie également antitoxique.

LETTRE DE PARIS

LE COURS DU PROFESSEUR LERICHE AU COLLÈGE DE FRANCE ¹

Le grand événement médical de cet hiver à Paris est le *cours du Professeur Leriche au Collège de France*. Un public choisi composé surtout d'étudiants en fin d'études, de médecins mûris, praticiens, médecins et chirurgiens des hôpitaux, se presse nombreux à chacune de ses leçons. Un groupe important de dames montre, par sa présence, que le sexe féminin est toujours sensible à l'art de bien exprimer les pensées. L'affluence est telle que le premier amphithéâtre, choisi pour la leçon inaugurale, a été abandonné pour un autre plus vaste.

On sait que Leriche occupe la chaire illustrée par Laennec, Magendie, Claude Bernard, Brown-Séguard, d'Arsonval, Vincent, Nicolle, tous explorateurs de terres nouvelles. Leriche est, lui aussi, un entraîneur d'hommes hors des chemins battus, et c'est la raison de son magnifique succès. On va le vendredi et le samedi aux leçons de Leriche pour rajeunir son stock d'idées, élargir ses horizons intellectuels.

Evidemment, ceux qui iraient chercher à ce cours des indications thérapeutiques ou des techniques opératoires, immédiatement utilisables, seraient déçus; mais la plus haute chaire médicale de France n'est pas créée pour faire double emploi avec les chaires de clinique ou de médecine opératoire, elle vise les sphères élevées de la pensée, et c'est la raison de son retentissement.

*

* *

Les leçons de Leriche marqueront une étape particulière dans l'histoire de la Médecine.

1. L'«Union Médicale» est heureuse de présenter à ses lecteurs une première lettre de M. P. Desfosses, correspondant officiel à Paris. Que M. Destosses veuille bien agréer nos sincères remerciements.

Claude Bernard avait apporté au Collège de France la *Physiologie basée sur l'expérimentation animale*; Leriche y apporte la *Physiologie basée sur l'observation de l'homme malade*. La distinction est d'importance; elle engage toute une discipline de l'esprit, car elle s'insurge contre la dictature des appareils et l'abus de l'expérimentation sur les animaux, quand cette expérimentation dispense d'observer l'homme. L'animal, nous dit Leriche, n'est qu'un moyen d'approfondir, s'il en est besoin, le relatif des vérités changeantes de l'homme malade dans son propre univers. La production d'un syndrome majeur chez le chien ne signifie pas que nous ayons réalisé la maladie humaine qui est un ensemble. « Le déterminisme aigu des expériences n'a souvent rien de commun avec le lent génie de nos désordres fonctionnels. »

Pour Leriche, la science de l'homme malade doit demeurer, avant tout, un problème d'observation humaine. *Chaque maladie, pour qui a reçu un ferment de curiosité, est, hors de la clinique, une expérience qu'il nous faut lire*. Il n'y a que l'homme malade à pouvoir nous dire la totalité de son secret. S'adressant aux chirurgiens, Leriche leur dit: « Toute opération chirurgicale est une expérience de Physiologie, ne soyez pas des exécutants sans curiosité, uniquement préoccupés de la perfection de vos techniques et de vos résultats thérapeutiques; vos obligations professionnelles vous confèrent d'immenses moyens pour étudier la vie, vous pouvez, au delà de vos enregistrements cliniques, observer les conséquences physiologiques de vos actes; le nombre est infini des problèmes qu'une observation attentive au lit du malade et à la salle d'opération peut contribuer à résoudre, à condition de posséder un peu d'esprit scientifique et d'aptitude expérimentale. »

« *La Chirurgie peut devenir, si nous le voulons, une grande école de physiologie, une grande discipline de la connaissance de l'homme.* »

« Le chirurgien de demain ne sera plus un simple artisan préoccupé avant tout des réalisations immédiates et tangibles, satisfait de l'empirisme exact d'un art professionnel du reste magnifique; ce sera un physiologiste, un savant, qui se penchera sur la vie pour s'efforcer de la mieux comprendre pour la mieux protéger. « *Vita spectata avertere mortem* », observer la vie pour repousser la mort: programme splendide bien digne d'attirer les jeunes énergies. »

Leriche a pris comme sujet de ses leçons du premier semestre 1938 *le système osseux*. La façon d'envisager l'os nous place d'emblée au-dessus des idées puisées sur les bancs de l'école.

Nous avons tous étudié le squelette humain sur des os soigneusement ruginés, desséchés, passés au talc; pour nous le mot « os » éveille l'idée d'une pièce de la charpente qui maintient la forme de notre corps, l'idée d'un levier que viennent actionner les puissances musculaires pour les besoins de la marche ou de la préhension. Aussi, quand il s'agit de réparer les os, nous pensons immédiatement aux techniques du charpentier ou du mécanicien, à l'usage des chevilles, des clous, des vis, des pièces métalliques de soutien.

Leriche nous montre dans l'os une usine de produits chimiques consacrés à la mise en usage du calcium par l'organisme, un laboratoire de biologie où se préparent les globules rouges et les lymphocytes.

Prenant, pour ainsi dire à son compte la boutade célèbre de Claude Bernard, au Collège de France: « La vie, c'est la mort », Leriche nous rappelle que toute manifestation d'un phénomène de *vie* est dans les êtres vivants, le résultat d'une destruction organique, d'une *mort* locale.

Le tissu osseux, réserve de sels minéraux de notre organisme, est le siège d'une cons-

tante destruction (sous l'influence de l'hormone parathyroïdienne) et d'une constante reconstruction. L'os, qui nous donne le sentiment de la durée, puisqu'il résiste des millénaires à la destruction post-mortem, est d'une extraordinaire labilité. Il est soumis non seulement aux influences endocriniennes, mais aussi, et d'une façon invraisemblablement intense, aux variations de la vaso-motricité; dès que la circulation augmente à son niveau, la substance osseuse entre en résorption: c'est là une des lois fondamentales de la vie osseuse.

Comme la plupart des actes de la pathologie sont des actes de vaso-dilatation, puisque les traumatismes et les inflammations, microbiennes ou non, sont producteurs d'hyperémie, à tout propos, l'os entre en raréfaction.

Petite ou grande, chaque raréfaction engendre à son tour des conséquences vitales. Les éléments minéraux libérés tantôt restent sur place (A); tantôt sont éliminés (B).

A. *Quand ils restent sur place*, on observe soit des dépôts calciques anormaux (calcification sous-deltaïdienne, calcification des humeurs cérébrales, ossification au contact de la résorption, etc.), soit des fixations calciques diffuses intracellulaires, calcification des artères (notamment dans les décalcifications vertébrales et dans la maladie de Paget, sclérodémie qui n'est une maladie de peau qu'en apparence, etc.).

Tous les processus d'ossification pathologique sont ainsi tour à tour étudiés par Leriche sous un angle nouveau: l'os provenant de la destruction de l'os.

B. *Quand les éléments calciques sont éliminés*, ils le sont surtout par la voie rénale, et la calciurie est le meilleur moyen qui soit de juger les conséquences d'une ostéolyse. Le nombre est considérable des maladies avec hypercalciurie. Lorsque cette hypercalciurie est forte, lorsqu'elle dure, surtout s'il y a une petite défectuosité mécanique sur les voies urinaires, il se fait de la lithiase, et il y a de ces lithiases rénales dont le vrai traitement est la parathyroïdectomie.

Ces quelques exemples suffisent pour montrer que les méditations de M. Leriche, appuyées sur des faits cliniques, sur des faits expérimentaux, sur des recherches cliniques, donnent à la pathologie osseuse un aspect entièrement nouveau. Les auteurs se rendent compte à chaque leçon que le champ d'études ouvert par M. Leriche est singulièrement plus vaste que les chapitres consacrés jusqu'ici, par les traités classiques, aux maladies des os.

*

* *

Le cours du Collège de France est une

source d'énergie excitatrice, c'est une des plus remarquables manifestations de l'esprit nouveau qui se fait sentir de plus en plus en médecine: esprit de synthèse, esprit d'observation traitant l'organisme humain dans tous ses éléments, dans toutes les connexions de ses parties, ne négligeant aucun des côtés de cet animal incompréhensible: l'*homo sapiens*. Leriche appartient à la grande lignée de ces penseurs qui ont pris pour règle de vie la maxime si juste de Charron: «*La vraie science et la vraie étude de l'homme, c'est l'homme.*»

LA QUESTION DU B. C. G. BUCCAL

Comme toutes les questions biologiques, la question de l'application du vaccin de Calmette-Guérin a évolué et continue d'évoluer. La religion des médecins sur ce point si important de la pratique n'est pas encore absolument fixée; témoins, entre autres, trois articles parus ces mois-ci dans les journaux médicaux: l'un de MM. Paraf et Boissonet, intitulé: *Quand et comment pratiquer la vaccination par le B.C.G.? Y a-t-il lieu de continuer à faire ingérer le vaccin par voie buccale au nouveau-né?* (*La Presse Médicale*, 1937, No 74); l'autre de M. Weill-Hallé, intitulé: *Les limites de la prémunition de l'espèce humaine contre la Tuberculose par le vaccin Calmette-Guérin* (*La Presse Médicale*, 1938, No 12); un troisième de M. Ferru, de Poitiers, intitulé: *Le B.C.G. buccal condamné par ses partisans* (*La Revue Médicale Française*, 1938, n° 3, mars).

Sans entrer dans le détail de ces articles, on peut dire qu'actuellement se posent deux problèmes principaux.

1° L'absorption du vaccin Calmette-Guérin par voie buccale provoque-t-il chez l'enfant une immunité suffisante et suffisamment constante pour qu'on puisse la conseiller? Ou faut-il avoir recours aux injections sous-cutanées de B. C. G.?

2° Doit-on conseiller à tous cette vaccination ou doit-on la réserver aux seuls sujets appelés à une contamination très probable, c'est-à-dire aux nourrissons des familles dont l'un des membres vivants est, ou a été, cracheur de bacilles. Il appartiendra à un Congrès contre la Tuberculose de publier quelque jour les résultats d'une vaste enquête faite dans le monde entier sur tous les points de la vaccination antituberculeuse. Pour renseigner tout de suite les praticiens, il m'a paru sage d'interroger simplement une personnalité parisienne particulièrement compétente.

Voici les précisions qu'a bien voulu nous donner pour les confrères canadiens le professeur Weill-Hallé, directeur de l'Ecole de Puériculture de la Faculté de Médecine de Paris, dont tout le monde connaît les magnifiques et nombreux travaux sur la vaccination antituberculeuse:

A. Voie et introduction du B. C. G. « Je n'ai personnellement donné le B. C. G. buccal avec quelque continuité qu'entre 1921 et 1926. Depuis 1924, j'ai, peu à peu, pratiqué, et maintenant exclusivement, l'injection sous-cutanée soit comme primo-vaccination, soit le plus souvent comme revaccination chez les enfants vaccinés par la bouche dans les Maternités. »

B. La voie sous-cutanée doit être pratiquée chez tous les enfants. « C'est à mon avis le seul moyen possible d'éviter les dangers de contaminations occultes qui causent un tiers des tuberculoses et surtout des méningites de la première enfance, et la moitié de celles de la deuxième enfance. La vaccination sous-cutanée doit être pratiquée du 8^e au 10^e jour de la vie, chez le nourrisson qui a récupéré son poids de naissance. »

« Cette vaccination sous-cutanée doit être renouvelée de manière à obtenir la permanence de l'état allergique d'origine vaccinale (qui se vérifie aisément par la cuti ou la percuti-réaction tuberculinique). »

« Les sujets non vaccinés et non contaminés peuvent recevoir le B. C. G. à tout âge avec les précautions requises. Je conseille cette vaccination pour les étudiants au cours de leur année préparatoire P. C. B. et je la pratique pour mes élèves infirmières au début de leurs études. »

Le professeur Weill-Hallé nous a en outre fourni des renseignements précis concernant le contrôle de la vaccination:

« Le but essentiel de l'injection vaccinale étant de déterminer sans dommage un état allergique, il est important d'en vérifier l'apparition et d'en surveiller la permanence. »

« Le premier contrôle peut être effectué pratiquement vers la 6^e semaine, où la très grande majorité des enfants sont déjà devenus allergiques. »

« Ce contrôle sera renouvelé un mois plus tard en cas de négativité. Il sera renouvelé ensuite, tous les 6 mois au moins, en vue d'une revaccination éventuelle si l'allergie disparaît. »

« Le contrôle le plus simple consiste soit dans la réaction de Pirquet, sous réserve que la réaction allergique sera souvent très légère et reconnue autant par le palper que par la vue; soit par l'épreuve percutanée (après friction énergique de la peau sur un espace de 2 cm avec un tampon d'ouate imbibé d'éther, friction d'une minute environ avec l'extrémité de l'index et une goutte de tuberculine concentrée telle que la tuberculine de l'Institut Mérieux de Lyon). »

Ajoutons, par ailleurs, que M. Weill-Hallé fait, tous les ans, une ou deux fois à l'École de Puériculture et à l'Hôpital des Enfants Malades de Paris, des démonstrations complètes de la vaccination au B. C. G., et il est possible que, comme l'année dernière, il donne à ce sujet un cours de vacances qui aura lieu en juillet.

*

* * *

En résumé, M. Weill-Hallé pense qu'il faut abandonner définitivement la voie buccale au profit des injections sous-cutanées, et il se montre partisan d'une extension très large de cette vaccination par le vaccin Calmette-Guérin, pratiquée par le médecin et périodiquement contrôlée par les épreuves tuberculiniques.

P. DESFOSSÉS.

(Paris, avril 1938.)



Messieurs les médecins qui changent de domicile sont priés de donner leur nouvelle adresse au secrétariat: 326 est, Boulevard St-Joseph — LA: 9888, afin qu'ils puissent recevoir l'« UNION MEDICALE DU CANADA » sans aucune interruption.

ANALYSES

Dans le but d'uniformiser les indications bibliographiques qui accompagnent les analyses, afin de les rendre plus complètes et utilisables, on est prié de les inscrire dans l'ordre suivant adopté par le « Quaterly Cumulative Index Medicus »: nom de l'auteur, titre de l'article, nom du périodique, le volume, la page, le mois (le jour du mois, si le périodique est hebdomadaire), l'année. Exemple: J. Beerens. — Tuberculose et démence précoce. Ann. Med. — psychol. **94**: 1 (juin) 1938.

GASTRO-ENTEROLOGIE

E. POZERSKI. — **Les modifications physiques et chimiques subies par les aliments au cours des manipulations culinaires.** « Gazette Médicale de France », **45**: (15 janvier) 1938.

Travail d'une grande portée pratique, susceptible d'inspirer le médecin dans le choix des régimes les plus variés.

Les manipulations subies par les aliments plus que ces aliments eux-mêmes prennent de l'importance en art culinaire.

Si la chimie physiologique groupe les aliments en quatre classes: protides, glucides, lipides et vitamines, la gastrotechnie réduit la cuisson à quatre modes: la cuisson d'eau, la friture, la grillade et rôti, l'étouffée.

La cuisson à l'eau chauffe les protides à 100° cent. La friture les porte à 300° cent.; l'étouffé à 100°. Le centre d'une viande ainsi chauffée atteint rarement plus que 65°. En général, ces processus amènent une *peptonisation*. La viande obtient alors une action stimulante.

Les glucides se divisent en amidon, sucres et cellulose. L'amidon chauffé à l'eau devient un empois. A sec, c'est une dextrine. Les sucres donnent un sirop au caramel. La cellulose se transforme peu. Les lipides à une T° dépassant 200° fument et se décomposent en acides gras et glycérine. Celle-ci se transforme alors en acroléine, substance très irritante pour les muqueuses digestives.

Les vitamines perdent leurs propriétés par oxydation plus que par le chauffage. Chauffées à l'air et à 200°, et plus, elles sont détruites.

« Il existe une cuisine hygiénique et une qui l'est moins. »

La coagulation par la chaleur aide la digestion chlorhydrique et facilite la digestion tryptique.

L'amidon cru passe tout droit dans l'intestin et doit, pour être assimilé, subir la cuisson.

La cuisson des graisses à haute température est néfaste. Elles sont peu ou pas digérées dans l'estomac. Leur émulsion commence dans le duodénum. Elles sont des corps étrangers pour l'estomac. En outre, leur effet surface est considérable: elles tapissent la muqueuse gastrique et retardent la digestion des autres classes d'aliments.

Les potages sont des bouillons ou des crèmes (adjonction d'amidon ou de jaune d'œuf). Dans le second cas, elles stagnent et agissent comme des émulsions. Le potage à l'oignon, au poireau se contre-indique à cause de ses huiles essentielles. L'adjonction de pain augmente son indigestibilité.

« La grillade et le rôti devraient se faire en l'absence de toute graisse surajoutée, qui risque de se transformer en acrotéine. User, par conséquent, du gril ou de la broche, etc... »

Les fritures, dans des bains à 200°, sont indigestes. Les frites le sont moins.

Les poissons gras: thon, anguille, saumon, maquereau sont indigestes.

Les ragoûts, dû à une émulsion combinée de farine, correspondent à une torréfaction qui forme de l'acroléine.

Les sauces émulsionnées, type beurre blanc, mayonnaise hollandaise, béarnaise, contiennent de 90 à 98% de graisses et sont très lourdes.

Les légumes tels que la salade se composent d'eau et de cellulose. Les pommes de terre, les haricots sont riches en matières amylacées. Ils doivent subir une longue cuisson, afin de devenir hydrolysables. Les cellulosiques doivent être présentés dilacérés, très divisés (danger dans les côlites).

Les entremets subissent des préparations quelquefois très complexes. On peut les réduire à trois types: les pâtes, les crèmes, les compotes et confitures.

La cuisson *lente* des pâtes « brisées » ou « sablées » ou « levées », même avec adjonction de beurre, amène une dépolynérisation utile à la digestion. La cuisson longue donne naissance à des produits acroléiniques.

Les crèmes (types d'émulsions) ont une digestibilité relative.

Les compotes ont une digestibilité facile. Les confitures incommode les individus à flore intestinale fermentescible.

Pour terminer, quelques phrases sur le rôle du psychisme dans la digestibilité des aliments: « Pour que s'établissent les sécrétions psychiques, il faut que les aliments nous soient présentés dans le cadre où nous sommes habitués à les voir, et qu'ils soient préparés comme nous avons l'habitude de les

manger... Cette présentation plus ou moins raffinée des aliments, est devenue dans les pays civilisés un besoin physiologique...» Argument de bon sens.

Jean LeSAGE.

NUTRITION

Bernard A. WATSON. — **Epreuves d'hyperglycémies provoquées normales.** « The Journal of Laboratory and Clinical Medicine », 23: 364, (janvier) 1938.

A l'université de Minnesota, depuis 5 ans, tout étudiant présentant de la glycosurie, a été soumis à une épreuve d'hyperglycémie provoquée; cependant, l'A, en faisant ces épreuves, se demandait toujours quelle était la courbe normale chez de jeunes adultes en santé, car jusqu'à date, comme normales, on a toujours présenté des courbes d'hyperglycémie obtenues chez des patients de différents âges, de différents poids et atteints de différentes maladies.

L'A. dans un nombre suffisant d'épreuves, a donc cherché d'établir la courbe normale dans un groupe d'individus d'un âge donné et vivant dans des conditions normales, et c'est le résultat de ces recherches qu'il nous rapporte dans le présent article.

En faisant une revue de la littérature sur ce sujet, l'A. nous rappelle que la glycémie normale, à jeun, selon la plupart des auteurs, varie en moyenne de 80 à 120 mg. pour 100 c.c. de sang, qu'elle ne doit pas dépasser 180 mg. après l'ingestion du glucose et qu'elle doit revenir au même niveau initial ou un peu plus bas 3 heures après cette ingestion. Il nous montre la différence obtenue dans le taux des glycémies par la micro-méthode et par la ponction veineuse et enfin il rappelle brièvement les modifications que peuvent apporter dans le taux du sucre sanguin, le jeûne, l'exercice ou le repos, l'âge, les infections, certaines maladies et enfin l'usage de quelques médicaments.

Afin d'éviter tous ces facteurs qui peuvent fausser les résultats, il a choisi 83 jeunes gens des deux sexes de 18 à 28 ans, reconnus absolument sains après un bon examen médical, ne prenant aucun médicament, ayant un régime absolument normal et n'ayant jamais fait de glycosurie antérieurement. Parmi ces 83 personnes, 49 étaient de poids normal, 20 au-dessus et 8 en-dessous du poids normal, et 9 présentèrent de la glycosurie au cours de l'épreuve qui consista en une glycémie et analyse d'urine à jeun, l'ingestion de 100 grammes de glucose dissous dans 250 c.c. d'eau, puis d'une glycémie et analyse d'urine ½ hr., 1 hr., 2 hrs. et 2½ hrs. après la prise de ce breuvage. Comme régime, ces étudiants prenaient en moyenne, par jour, de 300 à 400 grammes d'hydrates de carbone, de 90 à 120 gr. de graisses et de 60 à 90 gr. de protéines. Suivant les résultats obtenus, l'A. a ensuite essayé d'établir, avec le con-

cours de statisticiens expérimentés, une formule pouvant prévoir l'existence future de diabète chez un individu dont la courbe d'hyperglycémie provoquée indiquait un trouble du métabolisme hydrocarboné.

Voici maintenant les conclusions de son travail:

1.— La moyenne des glycémies obtenues au cours de l'épreuve (exprimées en milligrammes pour 100 c.c. de sang) a été la suivante:

- a) à jeun: 92
- b) ½ hr. après ingestion de glucose: 134.8
- c) 1 hr. après ingestion de glucose: 114.64
- d) 2 hrs. après ingestion de glucose: 91.51
- e) 2½ hrs. après ingestion de glucose: 83.55

2.— Ces chiffres sont inférieurs à ceux reconnus ordinairement comme normaux.

3.— Les formules statistiques ne peuvent pas s'appliquer correctement avec une seule épreuve d'hyperglycémie pour fixer le pronostic clinique d'un patient dont le métabolisme des H. de C. semble défectueux. Toutefois, la formule suivante semble la meilleure:

Glyc. à jeun + Glyc. la plus élevée + Glyc. 2½ hrs. après Glucose (exprimées en mg. %)

$$X = \frac{\quad}{3}$$

Si X est plus élevé que 140, le patient devra être surveillé et subir une nouvelle épreuve pour bien mettre en évidence sa mauvaise utilisation du glucose.

4.— 11% des analyses d'urines ont décelé de la glycosurie au cours de cette épreuve.

5.— Il semble que l'obésité ne prédispose pas, chez les jeunes adultes à un métabolisme défectueux des hydrates de carbone.

6.— Cette épreuve n'a pas montré pour les sujets qui avaient une histoire familiale de diabète, une diminution du métabolisme hydrocarboné.

Armand GRATTON.

Acron M. LEFKOVITS. — **La coronarite dans le diabète.** « The Journal of Laboratory and Clinical Medicine », 23: 354, (janvier) 1938.

L'association diabète et coronarite est connue depuis longtemps et la littérature médicale sur ce sujet est très abondante. L'A. en fait la revue; il note que d'après les différents auteurs, il est admis que le diabète est le principal facteur étiologique de la thrombose coronarienne après l'hypertension artérielle et qu'à l'autopsie, on rencontre une sclérose très marquée des coronaires deux fois plus souvent chez les diabétiques que chez les non-diabétiques.

Afin de vérifier ces opinions, l'A. a fait l'examen

histologique des coronaires de 31 diabétiques, de 20 sujets non-diabétiques mais d'âge équivalent et présentant des lésions marquées des coronaires, et enfin il a dressé une statistique montrant la fréquence de la coronarite chez les diabétiques et les non-diabétiques autopsiés à l'hôpital Mount-Sinaï.

Chez les diabétiques, il a trouvé 8 cas de sclérose légère des coronaires et 21 de sclérose très marquée dont 7 d'occlusion complète par thrombose. Chez tous, au microscope, il a trouvé un épaissement, de 3 à 16 fois plus marqué de l'intima que de la média. Cet épaissement était occasionné surtout par un dépôt de lipoides et de collagène. Les lésions étaient d'autant plus marquées que le diabète avait duré plus longtemps et leur siège de prédilection était la branche descendante antérieure de la coronnaire gauche.

Chez les non-diabétiques, afin de rendre la comparaison juste, il a choisi 20 cœurs de patients décédés à un âge équivalent et présentant une coronarite marquée. Les lésions trouvées dans cette catégorie étaient identiques à la précédente au point qu'il était absolument impossible de faire la différence entre une coronarite chez un diabétique et un non-diabétique.

Enfin, l'auteur nous donne dans un tableau une analyse de 700 autopsies consécutives et il en déduit une statistique de 31% de sclérose marquée des coronaires chez les non-diabétiques et de 62% chez les diabétiques.

En discussion, l'A. prétend que, puisque les lésions sont identiques dans les deux groupes de malades, il est probable que la pathogénie est essentiellement la même dans les 2 cas, et qu'elle consisterait dans un dépôt de lipoides et une concentration de calcium et de phosphore; ces lipoides, d'après Joslin, proviendraient du cholestérol sanguin et ceci expliquerait la plus grande fréquence de l'artérite chez les diabétiques, car leur cholestérol est presque toujours augmenté.

En résumé, à l'examen microscopique, la coronarite est identique chez les diabétiques et les non-diabétiques; de plus, elle se rencontre deux fois plus souvent chez les premiers que chez les derniers, d'âges équivalents, c'est-à-dire de 40 à 80 ans.

Armand GRATTON.

PHTISIOLOGIE

G. MAINGOT et E. BERNARD. — **Les insuffisances de la radiographie ordinaire en phtisiologie et leur correction par la tomographie.** « La Presse Médicale », 409, (mars) 1938.

A l'instar des anatomo-pathologistes qui coupent le poumon en tranche pour découvrir les minimales lésions du poumon, les radiologistes seuls peuvent maintenant se servir d'appareils (tomographies ou

fluorographies) qui permettent l'examen des organes lésés sur le vivant par plan.

Depuis 1918, les techniques se sont perfectionnées afin de rendre impossible les images floues causées par l'action du cœur et des vaisseaux sanguins. A cet effet, les poses à quelques centièmes de secondes en durée, la téléradiographie ont rendu d'énormes services.

Les auteurs analysent schématiquement:

1) les obstacles à la représentation fidèle des détails et des contrastes.

2) l'impossibilité d'analyser à coup sûr les superpositions d'images.

3) l'impossibilité de déterminer même approximativement la profondeur de certains foyers d'ombres.

La densité des régions à radiographier et l'épaisseur s'opposent à la clarté des détails et des contrastes. Les films n'atteignent pas tous le même pouvoir de fixation, la même sensibilité. Il faut une certaine quantité de R. X pour donner une image nette. Il arrive souvent que sur un parenchyme trop clair des cavernes soient invisibles parce qu'elles sont trop petites ou parce que l'aire des cavernes ne forme pas d'anneau sombre. Il en est de même pour les fines densifications. La longueur d'onde à choisir importe beaucoup pour la clarté des clichés. Les radiographies ordinaires rendent pratiquement impossible l'analyse de certaines superpositions d'images. Par exemple, l'aspect en mie de pain et en nid d'abeilles, c'est une « image de superpositions, de sommations ». Il devient alors impossible de dire combien il y a de cavités. Est-ce une cavité unique? Les cavités, les taches sont-elles antérieures, postérieures? La radiographie ordinaire ne peut résoudre tous ces problèmes. Quant à la profondeur de certaines lésions, il est impossible de l'apprécier, excepté si l'on a affaire à des lésions peu compliquées. Un moyen simple, pas toujours infaillible, est à notre disposition. On fait tousser le malade vu à la radioscopie. Si les mouvements des lésions, des taches sont prononcés, les objets sont logés antérieurement; si, au contraire, les mouvements sont à peu près nuls, les lésions sont postérieures. Il n'y a donc pas moyen de réperer la profondeur exacte des lésions; il y a plus, des lésions même très grosses peuvent demeurer invisibles vues de profil.

La tomographie et la sériescopie viennent étaler les contrastes, analyser les images superposables et localiser la profondeur des foyers d'ombres. La tomographie, c'est la radiographie d'une branche de tissu. Cette branche est choisie facultativement à l'exclusion de toutes les autres, tout en déterminant la situation des lésions. C'est un grand pas de plus vers une connaissance plus approfondie de l'anatomie pathologique du thorax.

Paul-René ARCHAMBAULT.

D. MICHETTI. — **Considérations sur la section d'adhérences.** « Arch. Méd.-Chirurg. de l'Appareil Resp. », 145: 2; 1937. Travail présenté à la Société des Médecins du Leyson en mars 1937.

Trois observations; nombreuses et magnifiques radiographies. L'A est partisan, avec raison, de la pleuroscopie précoce lorsqu'un pneumo est décidé. Il conclut: les adhérences doivent être sectionnées toutes les fois qu'elles entravent un collapsus ou lorsqu'elles sont en regard des lésions, même lorsque apparemment elles ne leur portent pas préjudice. L'intervention doit être précoce. Il est inutile, dangereux même, d'attendre de longs mois avant de la pratiquer. L'étude radiologique et la pleuroscopie seules doivent décider de la date de l'intervention.

Jean-Philippe PAQUETTE.

M. BAILLET. — **Répartition des tensions élastiques du poumon.** « Revue de la Tuberculose », 3: 994 (novembre) 1937.

L'auteur reprend une idée qui lui est chère. Les tensions élastiques ne sont pas les mêmes sur tous les points du poumon. L'extensibilité et la résistance sont moins grandes dans le lobe inférieur que dans le lobe supérieur. S'il y a plus d'extensibilité, le lobe supérieur a aussi plus de rétractilité. Par ailleurs, dans la cinématique pulmonaire il y a plus de mobilité à la face supéro-antérieure que dans tout le reste de l'organe.

C'est la raison de la fréquence des lésions sous-claviculaires. C'est la toux qui traumatise le poumon. La suppuration n'est qu'un élément surajouté au traumatisme.

Jean-Philippe PAQUETTE.

GYNECOLOGIE

R. MORICARD. — **Ovaire et hormones de croissance.** « Annales de Thérapie Biologique », 4: (janvier) 1935.

Les travaux actuels d'endocrinologie ovarienne sont centrés sur la différenciation fonctionnelle du follicule et du corps jaune en temps que glande à sécrétion interne.

L'étude de l'ovogénèse montre que les conditions de formation de l'ovule sont en partie dépendantes des sécrétions antéhypophysaires. Les critères actuels des actions de l'antéhypophyse sur l'ovaire sont le développement folliculaire, la rupture folliculaire et la formation du corps jaune. Deux notions sont intimement unies:

- 1° la reproduction,
- 2° la croissance.

Pour que la reproduction soit possible, il faut que deux mitoses se produisent lors de la différenciation

de l'ovule et du spermatozoïde. Elles réduisent de moitié le nombre des chromosomes des cellules sexuelles. Après union des deux éléments, les cellules de l'embryon possèdent ainsi le nombre de chromosomes constant pour une même espèce. La première mitose réductionnelle (chez les mammifères) apparaît dans l'ovocyte quelques heures avant l'ovulation: le phénomène se poursuit pendant et après l'ovulation. Il se termine dans la trompe lors de la rencontre des deux éléments sexuels. A l'ovulation succède la formation du corps jaune qui assure la nidation de l'œuf.

Existence d'hormones antéhypophysaires.

Moricard passe en revue les expériences de plusieurs biologistes, démontrant la présence et surtout l'action spécifique de l'hormone antéhypophysaire sur la phase folliculaire et la phase lutéinique. Evans et Longen, 1921, Zondek et Asheim en 1927 et 1931, Smith, Aron, etc.,... ont bien prouvé l'existence de ce complexe hormonal, mais en négligeant toujours la constance de la mitose réductionnelle précédant la formation du corps jaune. Moricard, sur ce point, est explicite, et nous lui devons l'introduction de cette nouvelle donnée de « mitosine gamétotrope » pour désigner le complexe hormonal qui provoque le développement folliculaire, la mitose de maturation de l'ovocyte et la formation du corps jaune. Il l'appelle « Complexe hormonal » un « extrait biologiquement actif, mais dont les facteurs hormonaux ne sont pas chimiquement isolés ». Cet extrait est habituellement considéré comme une hormone. « Un complexe hormonal démontre l'existence d'une hormone quand il est susceptible de faire disparaître le syndrome de déficit secondaire à l'ablation d'une glande endocrine ». Moricard a démontré que ce complexe hormonal (mitosine gamétotrope) « est présent dans les extraits aqueux et alcalins d'hypophyse antérieure de bœuf et dans l'urine de femme enceinte ».

Tandis que jusqu'ici les auteurs n'avaient étudié que l'action des extraits antéhypophysaires sur l'ovulation et la formation lutéinique, Moricard apporta la notion de cette mitose réductionnelle survenant à la fin du développement folliculaire (c'est-à-dire au moment de la rupture) qui précède l'ovulation et la formation du corps jaune.

Existences d'hormones ovariennes.

C'est en 1923 qu'Allen et Doisy ont prouvé l'existence d'une hormone ovarienne contenue dans le liquide folliculaire. L'existence en est démontrée par l'examen des frottis du contenu vaginal. En effet, on constate la présence de nombreuses cellules kératinisées provenant de la « desquamation » de l'épithélium vaginal de souris, à la période d'anoestrus, préalablement soumises à une épreuve folliculinisante. Courrier, en 1924, dénomme cette hormone « folliculine » et prétend qu'elle provient de la *liquor*

folliculi du follicule en évolution. Moricard, dans ses recherches cytologiques, montre bien que le liquide folliculaire ne « sort » pas du follicule en évolution. « On doit le considérer (liquide folliculaire) comme une sécrétion exocrine contenant de la folliculine ». Le liquide ne « sort » du follicule que lors de la rupture de ce dernier. La folliculine contenue dans le liquide folliculaire joue vraisemblablement un rôle fondamental dans la maturation de l'ovule. La « mitosine gamétotrope et la folliculine sont toutes deux des hormones de croissance ». Il faut y ajouter l'hormone lutéinique, qui dès 1929, était connue de Horner et Allen.

Le cycle génital.

1° *Cycle ovarien.* — Immédiatement après la naissance, l'épithélium superficiel de l'ovaire envoie de volumineux cordons (Pflüger) qui pénètrent dans l'ovaire. Dans ces cordons se trouvent des ovocytes en voie de différenciation. Ils subissent toute une série de modifications nucléaires. Pendant ces différents stades de transformation, l'ovocyte accumule des réserves, puis le follicule se développe. Le follicule est constitué par trois éléments principaux:

a) L'ovocyte, au centre, avec son noyau excéntrique.

b) Autour, les cellules péri-ovocytaires et le liquide folliculaire, qui est contenu dans la cavité folliculaire dont les cellules granuleuses constituent la paroi. Ce sont ces mêmes cellules granuleuses ou cellules de la granulosa qui sécrètent directement le liquide folliculaire.

c) Autour des cellules de la granulosa, se trouve la thèque interne; c'est la partie endocrine du follicule, de même que l'assise celluleuse la plus richement vascularisée. « La thèque interne sécrète la folliculine: une partie passe dans la circulation sanguine et une autre pénètre dans le liquide folliculaire, à travers les cellules granuleuses. »

2° *Cycle utéro-vaginal.* — Simultanément aux modifications ovariennes, s'opèrent des modifications utérines. Pendant le développement folliculaire, la muqueuse utérine s'hyperplasia assez fortement, en formant des bourrelets.

Les trompes sont animées d'un mouvement péristaltique intense et au niveau de la muqueuse tubaire s'observe une abondante sécrétion de mucus. Les fibres musculaires du corps utérin subissent une hypertrophie analogue à l'endomètre. Lors de la formation du corps jaune, cette muqueuse utérine proliférera plus intensément pour en arriver à un stade sécrétoire.

Le vagin présente également des transformations. Chez la souris, par exemple, à la période de pleine activité folliculaire, le vagin est recouvert d'un épithélioma kératinisé qu'on retrouve sur les frottis.

Dans la période qui correspond à la fin de l'activité du corps jaune et par conséquent au début d'un

nouveau cycle folliculaire, le vagin est recouvert d'un épithélioma mucipare infiltré de polynucléaires: c'est la fin de la phase sécrétoire laquelle est sous la dépendance de l'activité lutéinique.

Hormones ovariennes: folliculine, lutéine.

« La folliculine provoque le développement du vagin, de l'utérus, de la trompe et de la glande mammaire chez l'animal ovariectomisé. La folliculine est incapable de déclencher le développement folliculaire ». Moricard étudie les différentes doses injectées en rapport avec l'animal employé, les variations de ces doses (ordre croissant ou décroissant) et la nature chimique du produit injecté. Il conclut ainsi: « La nature de la réponse d'un tissu à une action hormonale varie qualitativement avec la quantité d'hormone injectée. »

En ce qui concerne la nature chimique du produit, il semble bien établi, actuellement, que la folliculine combinée à de l'acide benzoïque (Benzoate de Folliculine) est de beaucoup plus active et que son action est plus prolongée.

La lutéine, hormone du corps jaune, n'agit pas isolément. Il faut la symbiose folliculine-lutéine. Certains auteurs, comme Courrier, ont conclu à l'antagonisme entre ces deux hormones. Hisaw puis Moricard ont prouvé, par leurs expériences, que la réponse de l'utérus à l'action de la lutéine était directement fonction du degré de folliculinisation préalable de l'utérus et ont admis que la folliculine était nécessaire à l'action de la lutéine. « Dans les conditions physiologiques, la folliculine et la lutéine agissent de façon successive et associée. L'effet de dentelle utérine (c'est-à-dire la phase d'hyperplasie et de sécrétion de l'endomètre correspondant à la nidation de l'œuf) est spécifique de l'action de la lutéine. La surcharge de folliculine entrave l'apparition des phénomènes: l'absence de folliculine rend inopérante l'action de la lutéine ». Moricard conclut ainsi: « ...folliculine et lutéine agissent de façon synergique, successive et associée, pour provoquer la transformation pseudo-gestative de la muqueuse utérine de l'animal. »

Moricard étudie ensuite la composition chimique de la folliculine et de la lutéine. Contrairement à Cotte, il les apparente au cholestérol. Ce sont des composés ternaires renfermant dans leur molécule ni phosphore ni azote. La formule chimique de la folliculine se traduit ainsi: $C^{18}H^{22}O^2$.

Activité biologique de la folliculine et de la lutéine.

La folliculine est l'hormone de croissance du tractus génital. C'est une des hormones de maturation de l'ovule, une des hormones liée à la prolifération embryonnaire. La folliculine n'a aucune action sur l'ovocyte: elle ne provoque pas le développement folliculaire. Quelques auteurs ont montré le rôle de cette hormone sur la croissance des plantes. Moricard,

dans ses recherches, montre non seulement l'analogie qui existe entre les phénomènes de croissance de plantes et le développement du tractus génital sous l'influence de la folliculine, mais l'identité réelle, fonctionnelle de ces deux phénomènes «...elle agit (folliculine) sur l'ovule et le développement du fruit. Elle agit, chez les mammifères dans la maturation de l'ovule et c'est probablement une hormone de croissance du tissu embryonnaire.»

Il faut ajouter l'action de la folliculine sur la contraction de la musculature utérine et surtout sur les actions exercées par l'hormone lutéinique. Elle n'est pas une hormone spécifiquement femelle; on la trouve également chez le mâle, dans l'urine d'étalon par exemple. De même on trouve en grande quantité de l'hormone sexuelle mâle dans l'urine de femme. Il est prouvé, du reste, que la folliculine féminise le plumage des castrats.

La lutéine différencie les tissus utérins préalablement développés par la folliculine; elle est l'hormone nécessaire à la nidation de l'œuf.

Fonction de régulation endocrinienne.

La folliculine ne provoque pas le développement folliculaire. Elle a une action excito-sécrétoire sur l'hypophyse. Chez les castrats, on voit apparaître dans l'hypophyse de volumineuses cellules claires, dites de castration, lesquelles disparaissent après folliculinisation.

Quant à l'action pharmacodynamique de la folliculine, Moricard a repris les expériences de Loeb et Lacassagne montrant le rôle cancérogène de cette hormone. On a pu reproduire, chez la souris, avec des doses répétées et soutenues de benzoate de folliculine, des lésions cancéreuses de la glande mammaire. Chez la femme, après une folliculinisation soutenue, on trouve, sur coupe, un état pré-cancéreux de la muqueuse utérine. Lacassagne a pu mettre en évidence de la folliculine dans des tissus cancéreux masculins et dans une tumeur kystique du sein. Toutefois, la marge est considérable entre les doses utilisées pour provoquer ces transformations néoplasiques et les doses activement utiles chez la femme.

Action des complexes hormonaux antéhypophysaires sur le cycle ovarien.

Chez la souris impubère, après injection d'extrait aqueux d'hypophyse, il y a développement folliculaire et formation de corps jaune: secondairement, il y a aussi développement du tractus génital. Ce développement est lié à l'action des hormones ovariennes; si l'animal est castré, aucun phénomène n'apparaît au niveau du tractus génital. Les mêmes effets sont obtenus par injection d'urine de femme enceinte (Friedman).

Seul, Moricard, s'est attardé à l'étude d'un fait élémentaire, mais négligé jusqu'ici, la maturation de l'ovule. Il a démontré que «chez la lapine, l'injection d'extrait d'urine de femme enceinte provoque, en

sept heures, l'apparition de la mitose réductionnelle, précédant de quelques heures l'ovulation et la transformation lutéinique de la granuloza. Le déclenchement de la maturation peut être relié à une sécrétion venue des cellules péri-ovocytaires, sécrétion suscitée par une action de l'hormone antéhypophysaire.»

Il est donc logique de conclure que, de même que la spermatogénèse est sous la dépendance de l'hormone antéhypophysaire, de même la maturation de l'ovocyte précédant l'ovulation et la formation du corps jaune est liée à l'action de cette même hormone. Dans ses dernières observations, Moricard définit sous le terme de «mitosine gamétotrope» les complexes hormonaux d'origine ou non anté-hypophysaire qui déclenchent le développement folliculaire, la mitose réductionnelle et la transformation lutéinique. Ces phénomènes ne peuvent survenir que sur des follicules dont les cellules de la granuloza ont déjà commencé à sécréter le liquide folliculaire.

Existe-t-il une hormone ou un complexe hormonal provoquant le développement folliculaire, la maturation folliculaire et le développement du corps jaune? A partir de l'hypophyse, Hisaw et d'autres ont mis en évidence des extraits agissant surtout et seulement sur la maturation folliculaire, (hormone folliculotrope). D'autre part, Moricard a étudié histologiquement l'action de complexes hormonaux d'urines de femmes enceintes. Ces extraits provoquent le développement folliculaire suivi de la formation de corps jaune.

Hormones de croissance et reproduction.

Moricard discute les différentes hypothèses émises jusqu'ici à ce sujet, sans se rallier spécifiquement à l'une ou à l'autre. Il admet qu'il existe dans l'hypophyse des complexes hormonaux liés au métabolisme des hydrates de carbone et des graisses. Sont-ils différents de l'hormone de croissance, telle qu'elle est sécrétée par l'hypophyse, ou bien celle-ci est-elle susceptible de déclencher toute une série de phénomènes d'oxydation et de réduction dont l'aboutissant terminal est ce phénomène de croissance?

Pour terminer, Moricard résume ainsi:

«L'antéhypophyse est fonctionnellement reliée à la croissance, elle sécrète des hormones qui provoquent la sécrétion hormonale des autres glandes endocrines. On peut considérer l'antéhypophyse comme le moteur de la croissance; par ses actions de régulation endocrinienne l'hypophyse antérieure est le bulbe endocrinien.

«L'action de l'hypophyse sur l'ovaire n'est que le cas particulier d'une fonction générale. Il existe un complexe hormonal plus spécialement actif sur l'ovaire, c'est la mitosine gamétotrope qui tient sous sa dépendance le développement de l'ovaire et la sécrétion des hormones ovariennes. L'ovaire sécrète au moins deux hormones qui tiennent sous leur dépendance le cycle utéro-vaginal. La folliculine ou

proliférine sexuelle femelle, est l'hormone de croissance du tractus génital; c'est probablement une des hormones de croissance de l'ovocyte.

« La lutéine rend la muqueuse utérine apte à recevoir l'ovule fécondé et maintient l'état de gestation.

« La mitosine gamétotrope n'a pas d'action directe sur le tractus génital, elle n'agit sur lui que par l'intermédiaire des hormones ovariennes. En l'absence de l'ovaire, la mitosine gamétotrope ne peut faire réapparaître le cycle utéro-vaginal.

« La folliculine, la mitosine sont peut-être élaborées ou éliminées par des éléments cellulaires sans spécificité endocrinienne mais en voie de prolifération très active, en particulier, par des cellules embryonnaires ou par des cellules cancéreuses.

« Deux des principales hormones liées à la fonction de reproduction sont des hormones de croissance. »

Raymond SIMARD.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

M. OBERTHUR. — **Chirurgie des mains bottes traumatiques.** « Revue d'orthopédie », 25: 56, (janvier) 1938.

Une fracture de Pouteau-Colles à grand déplacement, vicieusement consolidée et chez un adulte, voilà le cas. Pronation-supination limitées, déformation disgracieuse que donne l'incurvation à concavité interne du radius. L'I. P. P. était de 20%.

L'A. préconise la technique suivante qui lui a donné un résultat satisfaisant: Incision verticale interne, résection de 2½ cm. de la diaphyse cubitale, avivement des surfaces radiales et cubitales correspondantes, vis à bois du cubitus au radius, ostéotomie cunéiforme à base interne du radius, plâtre de Hennequin.

Le but d'une arthrodèse radio-cubitale et d'une pseudarthrose cubitale a été obtenu et de tous les mouvements, seule la flexion est restée limitée.

L'A. ajoute que ce procédé n'est pas recommandable chez l'enfant à cause de la petitesse des épiphyses et surtout de la croissance ultérieure qui fera monter l'extrémité inférieure du cubitus et obligera à une arthrorise dans la suite.

Raymond LARICHELLIERE.

NEURO-PSYCHIATRIE

ISIDORE FINKELMAN, LOUIS STEINBERG et ERICH LIEBERT. — **Le traitement de schizophrénie par les convulsions provoquées par le Metrazol.** J. A. M. A. 110: 706 (5 mars) 1938.

Depuis quelques années, des traitements nouveaux, quelquefois violents dans leur application, ont été in-

roduits en psychiatrie. Celui, promulgué par Von Meduna, en 1936, nécessite de l'audace pour le protagoniste, ne manque pas de dramatique pour les spectateurs et requiert une certaine résistance de la part de l'acteur, en l'occurrence le malade. Von Meduna, ayant cru reconnaître un certain antagonisme entre l'épilepsie et la schizophrénie, conçut le traitement de cette dernière par la mise en œuvre d'un agent médicamenteux qui provoquerait une crise convulsive similaire à la crise comitiale.

Il jeta son dévolu sur le Metrazol ou le Cardiazol (pentaméthylentétrazol) substance très voisine du camphre.

Cette thérapeutique absolument empirique amènerait des rémissions de la maladie dans 50% des cas et même chez 90% des malades depuis moins qu'un an. Nous ne faisons que rapporter des statistiques fournies par certains auteurs.

Les auteurs ont traité depuis mars 1937, 66 malades. Ils obtinrent des rémissions appréciables selon un pourcentage variant de 85% à 26.6% selon que la maladie durait depuis 6 mois à 3 ans. Les cas plus anciens n'accusèrent aucune amélioration. Les formes catatoniques et paranoïdes semblèrent bénéficier particulièrement de cette thérapeutique. Il va sans dire qu'il existe des contre-indications du traitement; elles sont par-dessus tout: infections aiguës, maladies pulmonaires, troubles cardio-vasculaires. Les auteurs n'eurent à déplorer aucune mort, aucune complication sérieuse autre que des luxations du maxillaire inférieur et de la tête de l'humérus.

Le traitement est très péniblement supporté par les malades et c'est au cours de la courte période qui précède l'inconscience et les convulsions qu'ils éprouvent les sensations les plus intolérables. Le traitement est administré le matin, l'estomac étant vide, l'intestin et la vessie ayant été évacués. Les auteurs utilisèrent une solution à 10% et la première dose injectée varia de 2 à 5 c.c. de cette solution. En principe, elle fut de 1 c.c. par 30 livres de poids.

L'injection se fait par voie intraveineuse. Si la dose n'a pas été effective on doit l'augmenter jusqu'à ce qu'elle le devienne.

Le traitement fut appliqué 2 ou 3 fois par semaine; en principe, on effectue de 25 à 30 injections.

Les auteurs donnent une description détaillée des caractères de la crise.

Ils fournissent également des renseignements circonstanciés sur les résultats obtenus qu'ils partagent en quatre groupes et sur les différents malades qu'ils classent, selon l'aspect de leurs troubles mentaux, en quatre catégories et qu'ils classifient selon l'âge de leur affection.

Roma AMYOT.

CLOVIS VINCENT et FANNY RAPPOPORT.
— **A propos de quatre cas de tubercules cérébraux guéris par le traitement chirurgical.** « Gazette Médicale de France ». 45: 115 (février) 1938.

Il était de notion classique qu'une intervention chirurgicale pour tubercules situés au sein des organes intracrâniens entraînait invariablement la mort par dissémination méningée. Le perfectionnement de la technique neuro-chirurgicale a adouci ce que cette notion contenait d'inéluctable. On peut guérir de tubercule cérébral et cérébelleux; l'intervention chirurgicale bien faite, se limitant à la seule trépanation décompressive ou même allant, ce qui est plus radical, jusqu'à l'ablation du tubercule, amène assez souvent la guérison et surtout n'est pas fatalement suivie de la terrible complication qui représente la méningite tuberculeuse post-opératoire. Cependant, pour atteindre ce résultat, il faut que le chirurgien sache, soit en ouvrant le crâne, soit, encore mieux, avant l'intervention, qu'il est ou sera en présence d'un tubercule.

Les antécédents héréditaires, familiaux et personnels, l'examen complet du malade, comprenant la radiographie des poumons, la cuti-réaction chez l'enfant pourront fournir des éléments de diagnostic pré-opératoire.

Le secret du succès opératoire réside dans l'extirpation du tubercule faite tout d'une pièce avec même dans l'ablation de la zone ramollie, rouge qui entoure la capsule du tubercule et qui contient souvent le bacille tuberculeux.

Effectivement l'ablation des tubercules cérébelleux est beaucoup plus périlleuse, parce que adhérant à la dure-mère, on ne peut les enlever sans provoquer des dilacérations qui provoquent l'ouverture soit des tubercules eux-mêmes, soit de la zone immédiatement avoisinante et bacillifère, et l'essaimage méningé. Clovis Vincent a opéré 17 cas de tubercules cérébro-cérébelleux, comprenant 4 tubercules cérébraux et 13 cérébelleux. Sur ce nombre, l'intervention chirurgicale fut heureuse dans 3 cas de tubercules cérébraux et dans un cas de tubercules cérébelleux. Un cas de tubercule cérébral est demeuré guéri 7 ans après l'intervention, à la suite d'une simple trépanation décompressive. Les commentaires des auteurs concordent avec ce que nous avions affirmé nous-même au cours d'un travail qui rapportait un cas de tubercule cérébral enlevé chirurgicalement et qui n'avait pas été l'objet de la complication méningée après un intervalle post-opératoire qui dépassa de beaucoup la date de l'échéance pour cette impardonnable complication, c'est-à-dire six semaines.

Les auteurs présentent les quatre observations de guérison.

Roma AMYOT.

L. J. WILLIEN. — **Traitement de la méningite méningococcique par le sulfanilamide.**
« J. A. M. A. », 110: 630 (26 février) 1938.

A la suite des résultats favorables rapportés par Schwentker, Gelman et Long, l'auteur a traité par le sulfanilamide 6 cas de méningite méningococcique, dont un était l'objet d'une récurrence. Dans les 6 cas, le contrôle bactériologique fut pratiqué. La polynucléose du liquide varia de 554 à 25000 éléments par millimètre cube. Tous guérirent.

La technique employée découle des postulats suivants émis par Marshall, Emerson et Cuthing: l'absorption du médicament pris par la bouche est complète chez l'homme au bout de 4 heures, aussi si on veut maintenir constant son taux de concentration dans le sang, il est bon de l'administrer toutes les 4 heures; si on veut atteindre, dès le début, un taux élevé de concentration, on pourra administrer d'abord une dose massive par injection hypodermique (0.05 centig. par kilo de poids) qui sera suivie par les doses usuelles; le médicament n'atteint pas, dans le liquide céphalo-rachidien, un taux aussi élevé de concentration que dans le sang, aussi est-il indiqué de l'introduire directement dans le liquide, chaque fois qu'on désire son action sur les méninges elles-mêmes.

Voici donc la technique suivie par l'auteur:

1) Administration sous-cutanée d'une dose initiale massive de la solution saturée (0.8%), soit environ 0.05 cents. par kilo.

2) Prise orale du médicament toutes les 4 heures, jour et nuit.

3) Il pourra être donné selon l'âge, la taille, le poids du malade, la gravité de la maladie à partir d'une dose qui ne doit jamais dépasser 1 gramme toutes les 4 heures (6 grammes par 24 heures).

4) Le traitement doit être continué, en diminuant la posologie, pendant 10 à 15 jours après la disparition des symptômes cliniques et des indices de laboratoire.

5) Du bicarbonate de soude est prescrit à dose égale, afin d'éviter l'acidose.

6) Le sulfate de soude ou de magnésie est prescrit, afin de prévenir la **sulphénoglobulinémie**.

7) Occasionnellement, l'auteur recourut à l'injection intrarachidienne de 10 c.c. à 20 c.c. de la solution à 0.8%.

L'auteur insiste sur les grands avantages qu'offrirait le traitement de la méningite méningococcique par le sulfanilamide administré par voie buccale, s'il était vraiment efficace, comme le démontrent les résultats obtenus dans les six cas rapportés. Avantages simplifiant la thérapeutique par élimination des intraveineuses et des intrarachidiennes. Avantages énormes d'ordre pécuniaire. Ainsi la seconde observation de l'auteur concerne un malade auquel on administra, pendant 42 jours et sans

succès immédiat, une quantité de sérum et d'antitoxine encourant une dépense de cinq cents dollars (\$500.00). Du sulfanilamide pour une somme de deux dollars (\$2.00) amena la guérison en 14 jours. Un seul malade présenta, durant la cure, certaines complications: de la cyanose avec acidose accompagnée d'un rash morbilliforme. Ces accidents disparurent 24 heures après suspension de la médication.

Roma AMYOT.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

F. E. CHICK & M. WITZBERGER. — « **Erythème polymorphe s'accompagnant d'Angine de Vincent** ». — « *American Journal of diseases of children* », mars 1938.

Aux nombreux facteurs étiologiques de l'érythème polymorphe, vient s'ajouter un autre, celui de l'infection fusospirillaire de Vincent.

Les auteurs, C. et W., en effet rapportent un cas d'érythème polymorphe, dont l'apparition, l'évolution et la régression furent simultanées à une stomatite fusospirillaire chez un enfant de 12 ans.

Sans en avoir la preuve bactériologique certaine, ils croient à l'existence d'une relation de cause à effet entre les deux maladies. Et, s'appuyant sur plusieurs autres cas déjà connus, ils en concluent:

1° Que l'association de l'angine de Vincent et de l'érythème polymorphe doit exister beaucoup plus souvent que l'on ne croit.

2° Que l'érythème polymorphe devrait être considéré comme une maladie à point de départ infectieux, en ce sens que l'éruption serait due à des embolies ou des toxines microbiennes.

3° Que ces embolies ou ces toxines proviennent le plus souvent d'une infection buccale à fusospires.

4° Et, qu'en conséquence, l'arséno-thérapie, employée depuis longtemps avec succès, dans l'érythème polymorphe, alors même que l'infection fusospirillaire latente ou évolutive, n'était pas encore ni reconnue ni même soupçonnée comme facteur causal important, l'arséno-thérapie, disent-ils, devient du coup, doublement justifiée.

Nous ajoutons que, sans vouloir partager entièrement ces assertions apparemment hâtives, nous les mettrons à profit en ne manquant pas de toujours examiner la bouche de ceux qui présentent de l'érythème polymorphe.

J.-Adrien LAMBERT.

H. SOHIER & L. GINIEYS. — « **A propos de radiodermite ulcéreuse rebelle.** » « *Journal de Radiologie et d'Electrologie* », mars 1938.

Les accidents cutanés que les rayons X peuvent causer sont souvent un sujet d'angoisse pour celui qui utilise cet agent physique. L'on sait, en effet, que la radiodermite ulcéreuse est extrêmement difficile

à guérir et ne disparaît qu'après des mois et même des années de traitement.

Aussi n'est-il pas dénué d'intérêt d'apprendre que les auteurs, S. et G., prétendent avoir trouvé dans des applications locales de vitamine « A », une thérapeutique qui, en la matière, l'emporterait sur tout ce qui est connu. A l'appui de leur assertion, ils rapportent un cas d'ulcère radiologique traité sans succès pendant sept ans par tous les moyens imaginables dont ils énumèrent les principaux: pansement au liniment oléo-calcaire, tulle gras Lumière, pommade Reclus; pommade à l'insuline, rayons ultra-violets, rayons infra-rouges; diathermie, héliothérapie, sérothérapie locale... etc. En désespoir de cause, ils en vinrent à appliquer directement sur les ulcérations, des pansements à la vitamine « A », à raison de trois par semaine. Deux mois de ce traitement amenèrent, à leur grande surprise sans doute, une cicatrisation complète de l'ulcère. Ils se croient donc autorisés à conclure que les propriétés eutrophiques de la vitamine « A » devraient être utilisées chaque fois qu'on est en face d'une radiodermite ulcéreuse, affection si rebelle et si décevante.

J.-Adrien LAMBERT.

ELECTRO-RADIOLOGIE

M. BETOULIERE. — « **L'exploration radiologique de la mastoïde pathologique chez l'enfant.** » « *Bull. et Mém. Soc. de Radiologie de France* », 25: (juillet) 1937.

L'auteur a eu l'occasion de radiographier 12 mastoïdes d'enfants de moins de cinq ans. Il présente leurs observations avec les épreuves radiographiques. Dans leur ensemble, les constatations opératoires ont confirmé les conclusions radiologiques.

1° *L'antrite du nourrisson:*

Tout le diagnostic réside dans la comparaison des deux côtés. Dans les atteintes bilatérales, il paraît alors bien difficile. Au contraire, lorsqu'un côté est sain, il est relativement aisé de voir si l'autre présente une lésion osseuse de ses parois. Dans ce cas, l'autre s'agrandit et présente des contours estompés.

2° *La mastoïdite:*

Le voile discret fait place, lorsque les cellules contiennent du pus, à une importante augmentation de l'opacité en même temps que les contours cellulaires perdent leur netteté. Lorsque la destruction osseuse est avancée, au lieu d'avoir une augmentation de l'opacité, on peut, au contraire, observer une transparence plus grande.

L'interprétation est d'autant plus aisée que la pneumatisation est plus précoce.

L'auteur rapporte que le signe de Grangen s'est montré positif chez deux enfants âgés de 18 à 19 mois, l'ostéite mastoïdienne ayant été contrôlée à l'intervention.

Il est impossible de fixer ce que doit être une oreille normale à un âge donné; la plus grande

variabilité règne dans l'apparition de la pneumatisation. La comparaison des deux oreilles est indispensable. Il est probable qu'elle est à peu près constante tant que les cavités pneumatiques sont représentées uniquement par l'antra, mais après une infection discrète, la pneumatisation peut être inégale.

Il faudra faire pour chaque côté, 2 clichés l'un en position de Mayer, l'autre en position de Schüller.

L. GAGNIER.

LABORATOIRE

W. A. BARNES et J. FURTH (Cornell University). — **La transmission, chez la souris, d'une leucémie à cellules atypiques**, « The Am. Journ. of Cancer », **30**: 75, (mai) 1937.

Les auteurs étudient une variété particulière de leucémie survenue chez une souris à la suite d'une injection intrasplénique d'un milligramme de benzopyrène. La maladie a été découverte 7½ mois après l'injection. L'hémogramme présentait 20,000 leucocytes dont 53% de polynucléaires, 14% de lymphocytes et 33% de cellules atypiques.

Ces cellules atypiques mesuraient en moyenne 13.4 micra. Elles présentaient un très gros noyau, une forme arrondie et un protoplasme basophile, apparemment dénué de granulations au Wright et au Giemsa. Le noyau était remarquable par la présence quasi constante de plusieurs encoches très profondes et très étroites. La plupart du temps, il contenait un ou deux nucléoles. Sur des préparations vitales colorées par le Vert Janus et le Rouge neutre, on constatait la présence de nombreuses mitochondries et de nombreuses granulations rouges.

Ces cellules n'ont pu être considérées comme des lymphocytes à cause de la forme de leurs noyaux. L'absence d'oxydase et des différences morphologiques importantes, ont laissé croire qu'elles n'étaient pas non plus des éléments myéloïdes. Les préparations vitales et l'aspect souvent géant de ces éléments ont suggéré qu'ils pouvaient appartenir à la lignée monocyttaire, quoique leurs propriétés phagocytaires se fussent montrées nulles. Les auteurs ont été frappés par certains traits de ressemblance avec les cellules géantes du Hodgkin humain, avec les cellules réticulaires du lymphosarcome et aussi avec les mégakaryocytes.

La transmission de la leucémie à d'autres souris du même lot a réussi, même avec des quantités infimes de cellules, de l'ordre d'une dizaine. Le délai de survie a varié en raison inverse du nombre de cellules malignes injectées. L'injection de sérum ou de tissu leucémique dépouillé de cellules malignes a invariablement échoué à provoquer la maladie.

Les souris d'une autre lignée étaient réfractaires à l'inoculation. Cependant, si on avait la précaution de soumettre ces dernières à une dose intensive de

rayons X, avant ou après l'injection, elles devenaient aptes à contracter la leucémie.

Déposées en milieu de culture convenable, les cellules de cette leucémie atypique se sont développées normalement et sont restées identiques à elles-mêmes. Portées graduellement et maintenues pendant 32 jours à une température de -70° c., elles ont gardé en partie leurs propriétés pathogènes. Les auteurs expliquent cette particularité par le fait qu'un petit nombre de cellules, dans cette dernière expérience, auraient échappé à la destruction.

Le travail est illustré de nombreuses microphotographies et comporte plusieurs références bibliographiques.

G. PINSONNEAULT.

Furth JACOB, Morton C. KAHN et Charles BREEDIS (Cornell University). — **La transmission de la leucémie, chez la souris, à partir d'une cellule unique**, « The Am. Journ. of Cancer », **31**: 276, (octobre) 1937.

Au moyen d'un micromanipulateur, et avec une technique spéciale, les auteurs sont arrivés à injecter dans les veines ou dans le péritoine de 97 souris, une petite quantité de sérum, contenant en suspension une seule cellule d'une souche spéciale de leucémie. Cinq des 97 souris sont mortes de leucémie. Il ne pouvait s'agir d'une affection spontanée puisque cette leucémie répondait à un type initial, facilement identifiable, à cause de ses cellules atypiques. D'autre part, sur 52 souris témoins, qui avaient subi des injections du même sérum que les 97 précédentes, mais débarrassé autant que possible de toute cellule, on n'a observé qu'un cas de leucémie.

Les auteurs attribuent l'échec dans 92 cas sur 97 aux raisons suivantes:

1° Les cellules leucémiques sont extrêmement fragiles, plus fragiles que les éléments blancs normaux. Furth, Kahn et Breedis en ont fait la preuve de la façon suivante. Ils ont injecté à 7 souris, de 19 à 35 cellules leucémiques chacune, en ayant soin au préalable de traumatiser ces cellules avec une micropipette spéciale. Aucune des sept souris injectées n'a présenté de leucémie. Par ailleurs, 6 autres souris injectées avec le même nombre de cellules non traumatisées ont toutes présenté de la leucémie.

2° Il est possible que dans certains cas, la cellule injectée soit restée adhérente au verre de l'appareillage.

3° Il est possible également que la cellule injectée n'ait pu atteindre un milieu ou un organe favorable à son développement.

Les auteurs concluent que la leucémie des souris est consécutive à l'implantation d'un leucocyte malin vivant.

G. PINSONNEAULT.

SOCIÉTÉS

L' « Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Banquet annuel

Président: M. Léon Gérin-Lajoie

L'Honorable Albiny Paquette, Ministre de la Santé, est instauré à la présidence honoraire de la Société Médicale. — Hommage aux aînés. — Nominations de membres honoraires.

Le premier banquet annuel de la Société Médicale de Montréal eut lieu le 19 avril dernier, au Cercle Universitaire, sous la présidence du docteur Léon Gérin-Lajoie. Ce fut un succès.

La présence du Ministre de la Santé, l'Honorable Albiny Paquette, qui fut instauré à la *présidence honoraire* de la Société, de l'échevin Omer Côté, représentant le Maire de Montréal, du docteur G. L. Lewis, représentant de la « Montreal Medico-Chirurgical Society » et du groupe exceptionnellement brillant d'aînés qui reçut, ce soir-là, le diplôme de *membre honoraire*, donna à cette fête un cachet de rare distinction.

On lira avec intérêt les allocutions qui y furent prononcées. Nous regrettons de ne pouvoir publier, faute de texte, celles de l'Honorable Ministre de la Santé et du représentant de la Ville de Montréal.

Disons, toutefois, que le docteur Paquette nous parla des activités de son Ministère: création d'Unités Sanitaires nouvelles, organisation d'un laboratoire d'Hygiène Industrielle, fondation d'un Institut de Recherches

Biologiques, et surtout campagne antituberculeuse intense, poussée jusqu'au bout, jusqu'à la victoire finale.

Enfin, l'échevin Côté nous assura de la plus entière coopération de la Ville chaque fois que cela sera possible.

Voici le texte des allocutions.

Allocution de M. Léon Gérin-Lajoie

Nous vivons dans un siècle où la vitesse joue un rôle primordial. Notre être tout entier se dépense pour accomplir, dans la journée, le travail que nous nous sommes proposé d'achever. Je dis bien proposé, car, trop souvent, hélas! nous n'arrivons pas à terminer une œuvre dont nous voulions l'accomplissement. Lorsque, par hasard, nous voulons nous reposer de cette frénésie intense, nous ne faisons qu'accélérer le pas dans une course au jeu, à la distraction, à l'oubli du travail quotidien.

Ce soir, je voudrais qu'ensemble, nous nous arrêtions quelques instants, nous nous retournions et regardions en arrière l'espace franchi par nos aînés pour voir l'œuvre accomplie par nos prédécesseurs, et reconnaître chez eux, la part que nous leur devons d'être ce que nous sommes.

La Société Médicale de Montréal ne porte ce nom que depuis 1900, mais elle est la fille d'une Société d'Etudes, créée par un groupe de médecins dont quelques-uns sont assis à cette table, et la petite-fille d'une autre Société, bilingue celle-là, qui fut l'une des

premières fondées à Montréal, aux alentours de la Confédération.

La Société Médicale de Montréal fondée dans le but de grouper les praticiens et les spécialistes de la profession médicale, connue des jours de gloire et de désintéressement, à des degrés divers.

Des travaux de grande valeur y furent présentés et discutés; des polémiques scientifiques figurent aux archives; des initiatives intéressantes furent entreprises; des vœux furent émis dans le seul but d'aider la population; des données nouvelles et prouvées orthodoxes furent lancées par elle; les problèmes d'hygiène furent défendus avec vigueur, bref, la Société Médicale de Montréal a été, et est encore, reconnue comme l'autorité scientifique sur laquelle on se repose, que l'on écoute avec attention dans le domaine médical. C'est qu'en effet, ses fondateurs furent des professeurs d'Université, des médecins d'hôpitaux, des praticiens de renom qui avaient à cœur le bien de la population et le maintien de la santé publique, en même temps que le souci du relèvement scientifique et de l'intégrité de l'honneur professionnelle. Tout en rendant hommage au passé, nous ne pouvons ignorer le présent. La Société Médicale s'est renouvelée cette année: elle a fait appel à la collaboration d'éléments jeunes, actifs. Un Comité des Programmes a été formé; sous l'influence de ce nouvel organisme, l'intérêt de nos séances s'est considérablement accru, comme en témoigne le nombre de plus en plus considérable de confrères qui assistent à nos réunions.

Je désire profiter de la circonstance pour remercier ici publiquement le Dr Paul Letondal, Président du Comité des Programmes, qui a le grand mérite d'avoir donné une vie nouvelle à nos séances scientifiques et à qui revient une part importante dans le succès de la réunion de ce soir, ainsi qu'à notre dévoué Secrétaire, le Dr G.-A. Séguin.

Pour la plus jeune génération, moins au courant que nous de la situation dans laquelle nos aînés ont travaillé, satisfaite de pouvoir se reposer sur un matériel scientifique moderne

et très au point, sur des méthodes de laboratoire dont on néglige trop malheureusement la technique pour ne s'occuper que d'un rapport écrit ou chiffré, sur des aides, infirmiers, infirmières, techniciens compétents, à qui l'on demande parfois plus qu'on ne le devrait, cette jeune génération, dis-je, refuserait peut-être ce que l'on offrait alors à nos maîtres, qui ont réussi à faire ce dont aujourd'hui l'on se glorifie et l'on se loue: des institutions hospitalières qui peuvent rivaliser avec les meilleures du monde entier, et un enseignement dont nous avons raison d'être fier, parce que c'est celui que nous-même nous avons reçu, amélioré, mis au point, tenu à la page et en toute bonne foi, pouvant se comparer avantageusement avec celui donné dans des facultés médicales aux finances plus imposantes et aux bâtisses plus impressionnantes. Certes, tous s'accordent à dire qu'un budget plus élevé, une garantie plus absolue de fonds assurés pour ceux que la carrière d'enseignement intéressent seraient évidemment désirables. Nos dirigeants sont les premiers à la reconnaître, et je formule le vœu, ici, ce soir, que notre Ministre de la Santé, et notre Premier Citoyen de la Ville, qui ont bien voulu se séparer de leurs nombreuses occupations pour se joindre à cette fête de famille, aient toujours présent à l'esprit le problème qui les confronte: la nécessité de la quiétude financière pour celui qui consacre sa vie à l'enseignement, et particulièrement l'enseignement supérieur, en même temps que le souci de lui fournir les locaux et le matériel dont celui-ci peut avoir besoin. Faisons confiance, Messieurs, à ceux dont le rôle est de s'occuper de cette question. Nous savons qu'ils apportent à la solution de ces problèmes toute leur attention et leur meilleure volonté.

Il y en a évidemment un bon nombre parmi vous, Messieurs, qui ont connu l'ancien Hôtel-Dieu avant sa rénovation, le vieil hôpital Notre-Dame, que le pic du démolisseur a dû abattre à cause de son manque de sécurité, les débuts de la Maternité Catholique,

devenu aujourd'hui l'hôpital Général de la Miséricorde avec sa Crèche modernisée où se donne à la fois un enseignement de l'obstétrique et de la puériculture, qui se rappellent l'hôpital Français, aujourd'hui Ste-Jeanne-d'Arc, qui ont présidé à la naissance de l'hôpital Ste-Justine dans le site d'une maison privée, rue St-Denis, qui ont assisté à l'incendie des Incurables, puis de la Crèche d'Youville, rue St-Mathieu, devenus aujourd'hui l'hôpital du Sacré-Cœur et la Crèche de la Côte de Liesse respectivement, de St Luc enfin, dont le fondateur a été enlevé si prématurément à l'achèvement de la tâche qu'il s'était tracée. Evidemment, un grand nombre d'entre vous ont traversé toutes ces étapes, mais il y a également ceux qui, après guerre, ont commencé leurs études et sont entrés d'emblée dans les édifices modernes ou modernisés pour y acquérir le savoir et le savoir-faire qui leur permettent aujourd'hui de faire face à la vie dans la lutte pour la vie.

En dehors des domaines universitaires et hospitalier, il y a un groupe de médecins qui ont acquis notre estime et notre admiration. Dans le domaine public hygiéno-social, il nous fait plaisir de saluer les instigateurs de nos bureaux de Santé provincial et municipal. Les luttes qu'eurent à soutenir ces pionniers de la médecine sociale, de l'hygiène en particulier, méritent plus qu'une simple mention. En butte d'abord contre un public inapte à saisir la portée et la nécessité de l'établissement d'un service de prévention de la maladie, ils furent également en butte à des reproches amers de la part de la profession elle-même qui voyait un empiètement de ses droits et de ses prérogatives dans le domaine de l'exercice même de son ministère. La ténacité, la conviction, la volonté de faire comprendre de la part des initiateurs finirent par triompher et nos systèmes d'expansion de l'hygiène publique, malgré les ressources restreintes et les luttes continuelles à soutenir, sont fréquemment cités en exemple à des municipalités ou des provinces avoisinantes.

Enfin, parmi ceux que nous honorons ce

soir, apparaissent des noms moins en vedette, mais dont la gloire réside dans le fait du devoir accompli consciencieusement, professionnellement et qui méritent toute notre admiration; ce sont ceux que l'on nomme: médecins de famille, ceux qui humblement, sans fracas, sans bruit, ont porté haut le flambeau qu'on leur a remis avec leur doctorat et qui continuent à le maintenir pour le plus grand bien de la profession et du public. Je dis bien profession, car la course à la spécialisation est devenue une véritable ruée, il ne faudrait pas qu'elle devienne une exode. L'interne à l'hôpital choisit sa spécialité souvent avant d'avoir terminé ses études. C'est là une erreur, croyons-nous, qui devrait être découragée. Le médecin en clientèle générale est celui qui demeure le médecin de famille; c'est lui qui doit diriger à l'occasion ses clients vers les spécialistes. Nous avons eu connaissance de quasi-désastres, dans certains cas où le malade avait eu une série de spécialistes pour le traiter, alors qu'il aurait suffi d'avoir un médecin de famille, consciencieux, compétent, à la page, qui aurait su mieux que quiconque, apprécier la valeur des symptômes et des troubles présentés, et apporter sinon un traitement complet pour toutes les affections, au moins une directive raisonnée, éclairée et véritablement scientifique. Ceux-là que nous hommes heureux de saluer ce soir, ont maintenu cette dignité, cette probité et cette honnêteté professionnelles, prêchant par l'exemple et maintenant bien haut les traditions, et vivant l'image qui s'impose à l'esprit dans ce titre dont ils ont raison d'être fier: médecin de famille.

Ce sont là, Messieurs, les sentiments qui ont présidé à l'élaboration de cette fête de famille. Honorer, glorifier, rendre hommage à un groupe de nos aînés, membres depuis longtemps de La Société Médicale de Montréal, et qui se sont distingués dans le domaine scientifique ou professionnel. Les remercier publiquement, très sincèrement, de ce qu'ils ont fait pour nous: d'avoir tracé la route et facilité ainsi notre tâche et celle de ceux

qui nous suivent, d'avoir bâti, édifié, de s'être sacrifiés, parfois au détriment non seulement d'eux-mêmes, mais également de leur famille; qui ont peiné, qui ont lutté. C'est peu évidemment que ces parchemins que nous leur remettons immédiatement, mais ils témoignent, j'espère, à leurs destinataires, que s'il y en a qui ont la critique facile, s'il y en a qui trouvent l'attente longue, d'autres, et l'assistance ce soir est nombreuse, plus aimants, plus reconnaissants sont heureux de vous dire: Messieurs, si je suis ce que je suis, en très grande partie, je vous le dois, et je vous en remercie.

Messieurs,

Nous sommes très fortunés ce soir d'avoir parmi nous, un personnage qui s'est distingué dans bien des circonstances, et si je ne craignais de blesser sa modestie, je pourrais associer son nom à quantité d'œuvres, de situations ou de postes qui l'ont fait se placer en vedette en bien des occasions. J'étais en première année de médecine, lorsque Albiny Paquette, étudiant lui-même, était élu Président du Comité de Régie des E. E. M. Ce qu'il y avait d'extraordinaire dans le temps, c'était de voir un Président de Comité de Régie, ne pas « bloquer » ses examens de doctorat. Cette année-là, Paquette reçut son diplôme de docteur en médecine, avec la mention « summa cum laude ». L'année suivante, il n'hésita pas à s'enrôler dans le corps médical, dès le début de la guerre, et sa destinée le porta du côté de la Serbie où il servit avec valeur et distinction, se donnant tout entier au service des malades et des blessés de cette nation martyre. Pendant la douloureuse retraite de Serbie, il risqua sa vie plusieurs fois, et les dangers qu'il a courus et les privations de toutes sortes qu'il a endurées furent nombreux et se sont multipliés sans cesse pour renaître plus terribles en chaque circonstance.

De retour en 1919, il s'installa dans son pays de Mont-Laurier et sa réputation de médecin compétent et consciencieux dépassa rapidement les limites de sa municipalité et l'on venait le consulter de vingt lieues à la

ronde. Il y a deux ans, conscient de ses responsabilités et désireux d'aider ses compatriotes dans la direction des affaires de son pays, il fit une lutte électorale qui le porta à la Chambre Basse de notre Province; mais son chef, reconnaissant en lui les qualités que ses professeurs, ses collègues et nous-même lui avaient reconnues, il fut placé à la tête du Secrétariat Provincial et un ministère lui fut créé, le Ministère de la Santé. C'était une innovation qui reçut l'approbation de la profession médicale et celle-ci lui manifesta son admiration et ses félicitations en un banquet magnifique dont l'éclat et la distinction sont encore vivants à la mémoire de ceux qui y prirent part.

La Société Médicale de Montréal, désireuse de lui rendre hommage, lui a offert la Présidence Honoraire, et l'Honorable J.-H.-A. Paquette a bien voulu accepter. L'éclat de cette présidence rejaillit sur notre Société et je suis très heureux, Messieurs, en vous demandant de lever votre verre à l'Honorable Ministre de la Santé, d'instaurer celui-ci à la Présidence Honoraire de La Société Médicale de Montréal.

Messieurs, l'Honorable Ministre de la Santé, J.-H. Albiny Paquette, Président Honoraire de La Société Médicale de Montréal.

Allocution de M. L.-E. Fortier

Vous avez bien voulu me confier la tâche de remercier la Société Médicale de Montréal de l'honneur qu'elle nous confère, en nous remettant le diplôme de membre honoraire.

La fête de ce soir est la fête de la reconnaissance. Nous y voyons l'hommage généreux de la Société à ses ouvriers de la première heure.

Nous, vos prédécesseurs, regardons avec fierté cette œuvre dont nous avons vu les débuts, dont quelques-uns ont été les précurseurs; et dont d'autres ont été les initiateurs et les fondateurs.

Parmi les joies de notre existence professionnelle, nous conservons de cette fête, le

souvenir d'un geste qui honore, non seulement ceux qui en sont l'objet, mais encore ceux qui l'accomplissent.

Les marques de déférence qui émanent de la profession que l'on a exercée, des Sociétés que l'on a fréquentées, sont, croyez-le bien, celles qui nous tiennent le plus au cœur.

L'Université dont vous êtes pour ainsi dire, le prolongement, qui a favorisé vos premiers travaux, qui vous a vu progresser, qui vous contemple aujourd'hui dans l'épanouissement de votre succès, la profession médicale toute entière se réjouissent avec nous de l'honneur que vous faites à leurs membres.

J'ai dit la profession médicale tout entière.

Vous n'avez pas oublié, et nous vous en remercions encore, que si la Faculté de Médecine vous a, dès le début, fourni un apport précieux, tout un groupe de jeunes qui n'avaient aucune attache universitaire, ont formé le noyau le plus solide de la Société Médicale de Montréal.

On a dit, et l'on répète souvent, que la mission de l'homme de science expire avec l'âge crépusculaire, que son devoir alors est de quitter la vie active et de rentrer sous la tente dans le silence et le repos.

Vous avez mieux compris, Messieurs, vous avez compris que l'âge passé dans le travail, soit de l'Université, soit de la carrière professionnelle, produit l'expérience.

Et par la fête de ce soir, vous demandez à vos anciens, et plus que cela, vous les forcez, pour ainsi dire, à rester avec vous, et à votre science d'ajouter leur expérience.

La force de la famille est d'autant plus grande que les parents demeurent et tiennent groupés autour d'eux ces fils qu'ils ont donnés à Dieu et à la patrie.

Nous serons la vieille garde, la protection de vos énergies et quand les heures difficiles viendront, nous nous avancerons fièrement et bravement: « La vieille garde ne meurt pas. »

Parmi ceux que vous honorez ce soir, tous n'ont pas parcouru la même carrière. Les uns sont des hommes publics, d'autres sont des

Universitaires, des hommes de recherches, des praticiens.

Les récipiendaires du diplôme honoraire, que vous venez de créer, sont heureux de voir à leur tête l'Honorable Secrétaire Provincial.

J'ai eu l'avantage, M. le Président honoraire, de puiser, sous la direction de votre père, les premiers éléments des sciences et de la morale. Je sais dans quels principes solides vous avez été formé. Votre passé de travail à l'Université, votre dévouement au service médical de l'armée des Balkans, votre vie professionnelle dans cette partie toute nouvelle du pays, dont vous avez été l'un des facteurs de progrès les plus précieux, nous donnent l'assurance que vous ne laisserez pas inachevées aucune des œuvres que vous avez entreprises soit dans l'intérêt général de la Province, soit dans l'intérêt particulier de la profession.

Parmi les universitaires, je veux, tout d'abord, M. le Président, rendre un hommage au *Professeur Marien*, qui a été le promoteur de la Société d'Etudes, qui a précédé la Société Médicale, à laquelle nous avons l'honneur d'appartenir. *Marien* est disparu depuis quelques années déjà, mais son œuvre persiste. Je rends hommage à son esprit d'initiative et de travail, à son idéalisme que l'on a parfois qualifié d'intransigeant.

Le vieil adage, entraînant et si beau: « Vouloir, c'est pouvoir », était pour lui une excitation au travail et à la recherche, à l'utilisation de toutes les possibilités dont il pouvait disposer.

Quand je porte mes regards sur cette salle, j'y vois une société d'hommes, les uns jeunes encore, les autres d'âge mûr, tous animés par l'amour de la science et du bien public. Tous dans n'importe quel pays feraient partie de la classe d'élite.

Parmi ceux que vous venez d'honorer, tous ont parcouru une longue et fructueuse carrière; plusieurs sont les auteurs de travaux importants. Je vois parmi eux, le doyen de notre Faculté de Médecine: le *Professeur Parizeau*; les directeurs des Services de Médecine dans

nos grands hôpitaux: *LeSage, Dubé, Benoît*. Apparaissent à cette table des chirurgiens, dont les uns, après avoir accompagné nos armées sur les champs de batailles, sont venus reprendre leur service dans nos hôpitaux: *de Martigny*. D'autres chirurgiens, chefs d'hôpitaux, dont la France a couronné les travaux: *St-Jacques*. A mes côtés, est un de ceux qui, avec les *professeurs Brennan et Harwood*, a été un des pionniers de l'art gynécologique en ce pays, *le professeur Ethier*.

L'enseignement théorique et pratique y sont représentés par *le professeur E.-G. Asselin* et par *le professeur Damien Masson*.

Asselin a enseigné la physiologie pendant de longues années. Il vient de faire envers les étudiants de la Faculté de Médecine un geste qui mérite d'être signalé.

Damien Masson a été non seulement professeur, il a été en plus un praticien distingué: la vogue dont il jouit témoigne et de son dévouement et de sa valeur.

Les Docteurs Devlin et Chagnon sont des psychiatres dont les expertises font autorité.

Les grands services qui relèvent de la Médecine sont aussi représentés.

Le Docteur S. Boucher, le premier compagnon de *Marien* à la Société d'Etudes, qui vient de prendre sa retraite après une longue carrière abondamment remplie, comme directeur Médical de la Ville de Montréal.

A ses côtés, *le Docteur J.-E. Laberge*, registraire du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Un peu plus loin, je vois *le Docteur E. Merrill Desautniers*, co-administrateur d'un des Services gouvernementaux les plus considérables.

C'est un bonheur pour nous que d'avoir parmi ceux que vous décorez ce soir, deux hommes qui dans leur pays de lumière, la France, occupaient les positions les plus brillantes, l'ont quitté pour venir nous apporter ici le fruit de leur travail et, plus que cela, l'exemple de leurs principes; je nomme les professeurs *Pierre Masson* et *A. Laquerrière*. Merci à vous, M. le Président, d'avoir, avant

l'âge, décoré ces hommes, attachés à notre Université, à nos hôpitaux et à nos Sociétés Savantes.

Par ses travaux sur la pathologie, *le professeur Pierre Masson* jouit d'une réputation universelle.

Le professeur Laquerrière est remarquable non seulement par sa science, par ses travaux radiothérapeutiques, mais dans un autre ordre d'activité, par la force toute bretonne et la profondeur de son sentiment religieux.

Je m'en voudrais, si parmi cette pléiade d'hommes distingués, vous ne me permettiez de mentionner d'une manière toute particulière, au moins deux noms qui nous honorent: *Dubé* et *LeSage*. Les travaux du professorat, pas plus que les soucis d'une pratique médicale, n'ont épuisé leur énergie. Tous deux sont les fondateurs principaux de la Société Médicale devant laquelle ils ont donné des études scientifiques d'une grande valeur. D'une Société d'Etudes, sérieuse sans doute et importante, mais sans règlement, ils ont fait une Société régulièrement organisée, avec des règlements sérieux et durables. Cette Société, ils l'ont fait connaître en Europe et ils l'ont affiliée aux Sociétés similaires les plus intéressantes de France. *Le professeur LeSage* a, pour ainsi dire, re-créé la plus ancienne de nos Revues médicales. Cette Revue est devenue la voix médicale la plus importante de l'Amérique du Nord.

Des praticiens: vous avez encore honoré des hommes qui ont passé leur vie dans une pratique le plus souvent intense.

Que nous en avons vu de ces médecins pour lesquels les jours ne se terminaient jamais; qui partout, sans regarder à la reconnaissance morale ou matérielle, vont porter la consolation de leur dévouement et les bienfaits de leur science. Fatigue dans notre travail; douleurs dans nos espérances ou nos désirs trompés, que de fois nous a-t-il semblé que nos maux allaient finir, que le terme était atteint, que nous allions pouvoir nous reposer, mais la roue tourne et la vie recommence,

toujours la même, nous ramenant toujours à la peine.

Quelle qu'ait été la marche qu'ils ont suivie, tous ont apporté à notre Société au moins une étincelle et de leur science et de leur expérience. Ces étincelles, ces feux du début, par votre énergie, par votre travail, par votre ambition, vous les avez attisés, vous en avez fait ce flambeau qui est aujourd'hui l'apport du Canada Français à la Science Médicale Universelle.

Après l'honneur que vous nous avez conféré, comment vous remercierons-nous? Tout simplement en rappelant ce que vous êtes.

Vous êtes une Société d'Etudes, vous êtes une Société de Recherches et vous devenez tous les jours de plus en plus la protection des intérêts de la profession médicale.

Foyers d'études: Serait-il exagéré de dire que vous êtes devenus un prolongement de l'enseignement universitaire? Je ne le crois pas.

C'est ici que les jeunes, les moins jeunes, tous les travailleurs viennent exposer leurs cas et leurs efforts, vous soumettre leurs méthodes, et en vue du bien-être du patient, dans un esprit confraternel, en discuter avec vous et la valeur et l'opportunité.

Quelle force cette collaboration n'apporte-t-elle pas à la profession?

Alors que l'on voit partout l'idolâtrie du plaisir, la fureur du luxe, le besoin de richesse à tout prix, l'amusement devenu la grande affaire et le devoir allégé de tout ce qui comporte la gêne, soyez pour ces confrères qui s'adressent à vous, la lumière qui guide et la force qui soutient.

Si c'est à la Faculté, à l'hôpital que se créent les premières impressions et que se façonne la vie médicale, c'est encore ici que se cultive l'esprit critique, l'étude de la valeur des textes, le développement non seulement du sens scientifique, mais en plus du sens moral, qui doit être à la base de toute pratique médicale saine et utile.

Votre rôle, dans la création de l'esprit médical, a été fécond.

Société de recherches. Ne croyez pas, Messieurs, que vous ne pouvez rien apporter au travail de recherches. Déjà, d'Europe, nous sont arrivés des Maîtres d'une réputation universelle, dont vous avez avidement accaparé une partie du dévouement et de la bonne volonté.

Les laboratoires de vos institutions vous sont ouverts, vous invitent, vous reçoivent et vous y travaillez. Nous avons des travailleurs et nous voyons poindre le jour où leurs découvertes, — et Dieu sait comme il y en a à faire, — viendront ajouter une nouvelle lueur, à celles qui déjà éclairent le monde.

Protection des intérêts de la profession médicale. Vous avez compris que la force et la santé des peuples dépendent des élites qui s'en occupent. Vous avez compris que plus une profession est forte et organisée, plus grands sont les services qu'elle peut rendre à son pays. C'est d'ici que sont parties ces Sociétés qui, jeunes encore, s'occupent d'une manière particulière des droits de la Médecine. Quand ces Sociétés luttent pour les intérêts professionnels ce n'est pas tant pour elles qu'elles luttent, c'est pour les intérêts du peuple.

Voulez-vous un peuple fort, ayez une profession forte, une profession respectée. Unissons-nous, cessons nos luttes fratricides, et nous aurons fait une grande œuvre nationale.

Certes, vous aurez bien des contrariétés, bien des déboires, mais luttiez, luttiez encore et luttiez toujours par l'union. Un jour viendra où ceux-là même qui auront été vos plus grands ennemis, reconnaîtront la valeur du travail que vous aurez fait et vous en seront reconnaissants.

Maintenant, Messieurs, je termine. — Puissiez-vous toujours marcher dans la voie du progrès, faire de la médecine canadienne une médecine mondiale.

Dans vos heures sombres, souvenez-vous toujours que la *Vieille Garde est à vos côtés et que la Vieille Garde ne meurt pas*.

Allocution de M. L.-A. Gagnier

Le peintre, soucieux de son art, sait au moment psychologique impressionner sur la toile la teinte sombre qui doit faire ressortir l'effet magique des variétés de couleur de son tableau. C'est cette image symbolique qui se présente à nos yeux depuis que nous avons pénétré dans cette salle de banquet. Jusqu'ici, le travail de cet artiste inconnu s'accomplit graduellement avec une richesse de détails pouvant subjurer l'esprit et le cœur du convive le plus difficile, et surtout des invités d'honneur qui sont déjà sous l'empire de la plus profonde émotion.

En face d'un tel décor, je me sens envahi d'un charme captivant que je ne puis décrire. L'organisation ingénue de la fête, l'assistance nombreuse et choisie, la note de gaiété, l'atmosphère sympathique, et enfin, les magnifiques allocutions qui viennent d'être prononcées avec tant de talent et de distinction ne sont pas, paraît-il, encore suffisants pour compléter le chef-d'œuvre de la fête.

Non! il manque l'ombre au tableau, et il ne serait pas parfait si l'artiste mystérieux ne m'avait pas confié la délicate mission de donner la dernière touche au coloris qui doit mettre en évidence l'éclat des contrastes de cette brillante manifestation. Je suis flatté cependant, de remplir ce rôle discret et bien en harmonie avec mes aspirations. Si mon bon vieil ami, le Dr Fortier, représente ce soir la rose embaumée, je ne suis pas jaloux, et me contente de symboliser ici l'humble violette qui sait se cacher délicatement sous le feuillage jusqu'au jour où on vient la cueillir.

N'est-ce pas l'image effacée et utilitaire de la vie du vrai praticien? Ainsi donc, on devra me pardonner si mon style peu académique et ma faible éloquence n'est pas à la hauteur de la situation, sachant d'avance que d'ordinaire, le praticien, par manque de loisirs, peut difficilement cultiver les muses et discourir devant un auditoire au goût délicat et raffiné comme celui de ce soir. Voici, naturellement,

la réalisation du programme: c'est-à-dire l'ombre au tableau...

Messieurs,

Je m'aperçois de plus en plus que j'ai assumé une tâche ingrate qui me semble être au-dessus de mes forces, et je me demande comment je pourrai sortir de cette impasse. Je réalise de plus en plus ma pénible position, lorsque je songe qu'il faut parler non seulement en mon nom personnel, mais aussi au nom de mes collègues. Certes, vous vous demandez le motif qui m'a fait accepter cette aventure si peu intéressante pour moi. Les raisons sont, peut-être, plausibles, à vous d'en juger puisqu'elles sont nombreuses et il me plaît de vous les énumérer: 1° Tout d'abord, je suis le plus âgé de tout le groupe, et par conséquent pas intéressé à cacher mon âge, n'étant pas veuf, et peu susceptible de conquêtes chez le beau sexe; 2° Comme ancien Lieut.-Colonel, j'ai beaucoup d'amour-propre, et j'ai appris, grâce aux exercices militaires, depuis ma tendre enfance, à me dresser crânement lorsque je vois devant moi un petit vieillard courbé, fourbu et penché vers le sol avant l'heure fatale; 3° Comme je n'ai pas eu l'avantage comme mes collègues de briller au premier rang dans des postes de confiance très importants, ou encore au sein de spécialités qu'ils ont honorées, les uns et les autres, d'une manière digne de tous les éloges, et alors par une déférence toute charmante de la part des officiers de la Société Médicale, on a bien voulu, ce soir, me faire bénéficier de la loi des compensations; 4° D'un autre côté, comme j'ai commis l'indiscrétion d'écrire un jour la vie louable du praticien telle que je la comprends, et telle que je me suis toujours efforcé d'en supporter ses responsabilités, jusqu'au moment où il a fallu confiner mes activités à l'électro-radiologie, on a pensé par ce fait me considérer le plus praticien parmi tous les praticiens, et m'honorer doublement en me conservant ce titre qui m'est le plus sacré que tous les titres qu'on peut accorder à un membre de la profession mé-

dicale. Voilà en quelques mots, ce pourquoi vous avez en ce moment l'obligation de me souffrir avec patience, en dépit des heures qui s'écoulent hélas! trop rapidement, et même malgré mes digressions un peu longues, et même en dehors du cadre qui m'est assigné.

Monsieur le Ministre,

Je viens de faire allusion à ma plaquette intitulée: « Droits et Devoirs de la Médecine et des Médecins canadiens-français », plaquette, qui, en 1926, a été transmise à tous les médecins de la Province de Québec. Comme des circonstances tout à fait particulières m'avaient mis en contact avec un grand nombre de médecins de la campagne pendant au delà de vingt ans, en ma qualité de médecin en chef d'une société mutuelle, j'avais appris à les connaître et à les apprécier sous leur vraie valeur. Aussi, il a été facile pour moi, au moment opportun, de louer leurs qualités morales, leur esprit de renoncement, leurs connaissances scientifiques et intellectuelles ignorées quelquefois par un certain nombre de confrères des villes.

Le temps a passé, et je constate que ces pages écrites alors sous la dictée de mes observations personnelles, sont bien véridiques, puisque un chef du gouvernement provincial a été bien avisé, en confiant à un confrère distingué d'un centre rural un des ministères les plus importants comme celui de la Santé. Je suis donc flatté de vous rencontrer pour la première fois et de vous offrir mes hommages et mes félicitations. Le médecin de la campagne comme celui de la ville, par ses fonctions avec toutes les classes de la société, par son esprit de charité, sa grandeur de vue en toutes choses et la solidité de son jugement peut briller dans tous les domaines administratifs publics ou privés.

Messieurs les Professeurs,

Je vous prie au nom des praticiens, pour le bien de notre profession, et surtout pour les avantages matériels et intellectuels de notre race canadienne-française, de poursuivre, comme par le passé, vos labours journaliers et

bienfaisants. Le travail a parfois ses ennuis, ses luttes, ses déceptions, ses ingratitude, et même ses amertumes; mais souvenez-vous, il n'est que juste qu'il ait ses joies, ses encouragements et ses récompenses. Ces récompenses résident dans la formation d'élèves qui plus tard feront votre orgueil, grâce à vos précieux enseignements et vos sacrifices de toute une vie. Si au cours de votre carrière, vous rencontrez parfois une lueur d'injustice de la part de certains élèves, songez alors que c'est tout simplement un léger vent de légèreté et d'irréflexion qui se dissipe, sous l'influence de la gratitude des plus sérieux et des plus laborieux. C'est en ces moments que vous devez avoir à l'esprit cette pensée d'un sage écrivain: « La jeunesse est sévère parce qu'elle juge le monde sur ce qu'elle a appris, et la vieillesse indulgente parce qu'elle juge la société sur ce qu'elle a vu. »

Maintenant, Monsieur le Président, Messieurs les Officiers et Messieurs les membres de la Société Médicale de Montréal, je vous apporte avec la reconnaissance la plus profonde, au nom de mes chers amis, et en mon nom personnel, nos plus sincères remerciements. Vous nous comblez d'une insigne faveur que nous apprécions hautement. Oui, nous l'acceptons avec joie ce diplôme de « Membres Honoraires » que vous avez cru bon de nous octroyer à titre de médecins praticiens. Monsieur le Président nous a décerné, au cours de son allocution, beaucoup de louanges qui sont un peu trop flatteuses.

Grâce à notre âge, nous pouvons facilement les recevoir, les peser individuellement à leur juste valeur, sachant qu'elles ont été dictées par une âme ardente, convaincue et surtout bien généreuse. Une vieille légende nous dit « que la rose de Jéricho reverdissait et retrouvait ses couleurs quand on la plongeait dans l'eau bouillante ». Les chaudes sympathies dont vous entourez notre séjour parmi vous, font en ce moment revivre dans toute la vivacité de leurs coloris, dans toute la fraîcheur de leur parfum, ces jours radieux de notre passé médical. Nous sommes de plus en plus

vos obligés. La Société Médicale de Montréal ne nous doit rien. Le geste de ce soir est un geste gracieux et un élan des cœurs. En réalité, nous devons tout à cette association scientifique qui accomplit pour notre profession des services inappréciables. Nous pouvons bien nous approprier des pensées de Renan lorsqu'il parlait de la patrie, et les appliquer à notre société ou encore à toutes les institutions qui font partie de notre patrimoine national: «Avoir des gloires communes dans le passé, une volonté commune dans le présent, avoir fait de grandes choses ensemble, vouloir en faire encore, voilà les conditions essentielles pour être un peuple. On aime en proportion des sacrifices qu'on a consentis, des maux qu'on a soufferts. On aime la maison qu'on a bâtie et qu'on transmet. Le chant spartiate: «Nous sommes ce que vous fûtes, nous serons ce que vous êtes» est, dans sa simplicité, l'hymne abrégé de toute la patrie.

Il doit donc se dégager des leçons de cette fête pour ceux qui sont appelés sous peu à prendre nos places. Les jeunes confrères doivent se grouper davantage, et s'aimer de plus en plus; ils doivent fréquenter constamment cette société ou plutôt ce temple sacré d'étude et de recueillement. Le praticien, malgré ses occupations incessantes, se doit à lui-même et à ses patients, en accordant chaque mois quelques heures pour sa «Société Médicale», en apportant toute sa précieuse collaboration. Combien ce dernier acquiert de l'expérience auprès des malades, et il n'est que juste d'en faire bénéficier ses confrères. La rédaction de ses observations lui permettra de ne pas oublier sa formation classique, qui est si nécessaire pour son avancement professionnel.

D'un autre côté, nous devons transmettre à nos confrères les connaissances acquises, comme nous avons été heureux de profiter des recherches scientifiques, des expérimentations et des études de nos prédécesseurs.

Messieurs, en terminant ces longues remarques, je tiens à vous déclarer que ce n'est guère le chant du cygne que nous entonnons

ce soir. Nous ne voulons pas encore chanter l'hymne de la mort. Haut les cœurs! Les honneurs que nous recevons nous obligent plus que jamais à faire face au devoir et à poursuivre les dernières étapes de notre vie avec sérénité, une franche gaieté malgré la lassitude au cours de nos labeurs, un courage indomptable, et une ardeur au travail sans relâche. Nous avons tous au cœur heureusement le plus précieux et le plus rare de tous les biens, qui est l'amour constant et véritable de notre état. Ce soir, il ne faut pas oublier que nous avons la mission de transmettre aux praticiens d'aujourd'hui, et à ceux de demain, le plus riche testament qu'on puisse désirer, testament résumant notre humble vie par une seule clause:

Que le sacerdoce médical est constamment le flambeau qui éclaire avec éclat la route obscure et raboteuse, qui console au sein des difficultés et des misères du métier, qui purifie l'âme inquiète et désabusée, qui efface toutes les traces de l'ingratitude humaine, et qui enfin élève le médecin vers un idéal parfait.

Allocution de M. L. G. Lewis

When I received the kind invitation of your president to be here with you this evening, il m'était évident que pour faire honneur à votre invitation et pour vous exprimer convenablement toute mon appréciation, il fallait absolument que je fisse un effort de vous le dire en français.

Vous me pardonnerez certainement mon accent un peu trop «John Bull», et ma syntaxe d'écolier.

Aucun besoin de vous dire le plaisir que je ressens de me trouver ici ce soir comme représentant de notre société anglaise, la Médico-Chirurgicale, et d'autant plus, vu l'occasion de ce dîner. Vous honorez, ce soir, certains de vos membres qui ont contribué pendant bien des années au succès et à la valeur de vos assemblées scientifiques, et à la renommée de votre Société.

Nous approuvons pleinement cette belle idée. De retour à notre Société anglaise, je me hâterai d'exposer à mes collègues la justesse essentielle de ce que vous venez de faire.

Nous n'oublions pas que la Médecine française dans la province de Québec dérive directement de la vieille France; que bon nombre de vos membres sont actuellement docteurs des universités de France, surtout de Paris; que vous perpétuez ici cette logique de pensée et la clarté d'exposition qui ont rendu célèbres l'éducation et l'enseignement français.

Nous n'oublions pas qu'ici, dans l'esprit de certains de vos membres, a surgi la première idée qui s'est réalisée glorieusement: celle de former une société nationale de tous les médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

Ce sont des choses dont vous avez le droit d'être fiers, et vos confrères anglais désirent vous en offrir leurs félicitations sincères.

Il ne me reste que de vous assurer combien profondément nous apprécions les occasions, peut-être un peu trop rares, comme celle-ci, et de souhaiter à vos nouveaux membres honoraires, encore bien des années d'une vie toujours utile et agréable, de sorte qu'ils puissent continuer à orner, comme dans le passé, non seulement leur Société Médicale en particulier, mais aussi, en général, la profession médicale dans la Province et au Canada.

Allocution de M. Georges Mignault

La jeunesse, j'imagine, me vaut l'honneur de remercier l'Honorable Ministre de la Santé, dans le Cabinet Provincial, d'avoir bien voulu accepter la présidence honoraire de la Société Médicale de Montréal.

Puis-je vous dire, Monsieur le Ministre, la satisfaction et la fierté de la profession médicale en entendant l'énoncé des activités de votre ministère, spécialement du programme de lutte antituberculeuse que nous demandions depuis vingt ans. C'est le geste le plus impérieux et le plus énergique, j'ajouterais le

plus méritoire, qu'ait entrepris un gouvernement qui comprend réellement l'importance de la santé publique.

Notre taux de mortalité par la tuberculose est le plus élevé de toutes les provinces du Dominion: Québec a 92 pour 100,000; Ontario a 33 pour 100,000; Saskatchewan, seulement 22 pour 100,000. C'est dire qu'un gouvernement qui veut s'en donner la peine, peut épargner des vies nombreuses. Vous tirez l'épée et vous engagez le combat. La profession médicale vous félicite et vous appuie.

Messieurs, l'idée généreuse, magnifique de cette fête, idée qui souligne ses qualités de cœur et d'esprit, a germé dans le cerveau de notre ami et distingué président, le Dr Gérin-Lajoie. Qu'il en soit remercié.

Je voudrais, avec votre permission, Monsieur le Président, y joindre une pensée personnelle, et si j'évoque le souvenir des disparus, c'est que je voudrais plus tard que la Société Médicale se souvienne de nous...

Car ils sont aussi de la fête, ce soir, les grands disparus qui furent nos premiers maîtres en médecine: Le *Dr Rottot*, doyen de la Faculté, professeur de clinique, qui de ses trois doigts appliqués sur la radiale de son malade, savait préciser la tension artérielle avec la justesse d'un sphygmomanomètre; le *Dr Desjardins*, oculiste, délégué à Rome, lors de certaines difficultés dans la croissance universitaire, chargé avec succès d'ouvrir les yeux à la Sacrée Congrégation; les *Drs Persillier Lachapelle*, doyen, *Séverin Lachapelle*, professeur de pédiatrie, traitant les poupons avec la douceur d'une maman; *Sir William Hingston*, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur de clinique chirurgicale; *Lamarche*, obstétricien, vivant, spirituel, adoré de ses élèves, cavalier et gouaillieur, recommandant le travail à ses élèves, leur rappelant que « le fils qui n'est pas plus fin que son père est sacrement plus bête que lui »; mes cousins *Louis-D. Mignault*, secrétaire de la Faculté, professeur d'anatomie, *Henri Hervieux*, doyen, professeur de pathologie, diplomate sachant rétablir le calme chez la « gent étudiante » en

ébullition; on ne connaissait pas heureusement alors « les salaires minimum » ni les grèves; *James Guérin*, le grand clinicien, pince-sans-rire, au masque froid, mais au cœur généreux; *Harwood*, doyen, gynécologue; on devrait l'appeler « le Grand », tant il était noble et bon; *Marien*, le grand chirurgien de son époque; *Mercier, Alphonse*, clinicien; *Mercier, Oscar*, chirurgien; *De Cotret, Trudeau, Lassalle, Bousquet, Bruneau*, tous tombés au champ d'honneur, mais tous présents, réunis à cette fête du souvenir et de l'amitié.

Voilà, Monsieur le Ministre, tous les membres de la Société Médicale à qui je voulais faire l'honneur de vous remercier.

La fête se termine. Demain, quand vous reprendrez votre tâche, restez assuré, Monsieur le Ministre, de la coopération des membres de la Société Médicale.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 22 mars 1938

tenue à l'Institut du Radium

Président: M. Léon Gérin-Lajoie

La lutte contre le cancer à l'Institut du Radium

M. J.-E. GENDREAU

La lutte contre le cancer se fait en 1938, comme autrefois, par les Instituts du Radium surtout. Ces Instituts ne portent pas le nom de cancer, parce que ce mot, sur la porte d'un établissement, en éloigne les cancéreux et les empêche de se faire traiter à temps. D'autres malades que les cancéreux doivent être traités dans ces institutions, de l'avis des experts et suivant la pratique la plus éclairée.

Un Institut du Cancer a pour fins le diagnostic, le traitement, les recherches et l'éducation en cette matière. L'*Institut du Radium* de Montréal paraît avoir rempli son devoir, si l'on en croit les témoignages de l'*American College of Surgeons*, qui le classe parmi ceux qu'il donne en exemple dans l'Amérique du Nord, avec plusieurs autres directeurs d'Insti-

tuts, chefs de services dans les grands centres.

Les diagnostics à l'*Institut du Radium* sont particulièrement soignés pour déceler précocement le cancer. Les appareils et les méthodes les plus modernes sont utilisés. Les traitements essentiels du cancer se font au moyen de 14 tubes de radiothérapie et 1250 milligrammes de radium élément. Les traitements accessoires combinent l'action des ondes de haute fréquence avec l'action des rayons X. Les rayons infra-rouges et les rayons ultra-violet, à arc, au charbon ou à la vapeur de mercure, les tubes froids sont employés, et des recherches très étendues ont touché une trentaine de sujets. Et l'éducation s'est faite à travers tout le Canada par l'intermédiaire de conférences, de démonstrations pratiques, de travaux dans les congrès nationaux et internationaux et par de nombreuses publications.

Discussion:

M. LAQUERRIERE félicite M. Gendreau pour le travail remarquable qu'il a accompli jusqu'ici, reconnaissant que son mérite est d'autant plus grand que ce travail est effectué dans un local étroit, avec un personnel restreint, et dans des conditions exceptionnelles.

Le cancer du sein

M. O. DUFRESNE

Pour faire un diagnostic précoce du cancer du sein, il faut tout mettre à contribution: l'interrogatoire, l'inspection et la palpation surtout; mais il est souvent très utile, pour ne pas dire nécessaire, de faire une transillumination du sein.

Le traitement et son résultat dépendent du stade atteint par la tumeur maligne. Au stade I, avec tumeur petite, mobile, ganglions non envahis, l'opération radicale seule ou avec irradiations trouve, après 5 ans, 70% des malades vivantes et bien portantes. Au stade II, avec tumeur moyenne adhérente, ganglions axillaires envahis, mais sans métastases, l'opération seule donne une survie de 28% après 5 ans, alors qu'elle atteint 57% avec l'irradiation pré-opératoire, plus opération, plus

irradiation post-opératoire. Au stade III enfin, dans le cas de tumeur étendue, avec ganglions axillaires et sus-claviculaires envahis et métastases, la survie est de moins de 5%.

Et M. Dufresne conclut: pour guérir le plus grand nombre possible de cancers du sein, il faut: 1° faire un diagnostic précoce; 2° irradier toutes les tumeurs suspectes avant l'opération; 3° faire une opération très étendue; 4° irradier systématiquement après l'opération; 5° ne pas délaissier les malades du stade III, mais faire les irradiations ou de la chirurgie de propreté.

Discussion:

M. BERNIER demande comment se fait le diagnostic au stade I, et comment différencier le cancer de l'adénome. M. Dufresne répond que la transillumination du sein permet de déceler le fibrome et le cancer, mais non l'adénome.

M. CAUMARTIN est d'avis que cette méthode de diagnostic très précoce peut rendre de grands services.

M. CREPAULT veut savoir s'il y a contrôle du laboratoire au stade I. Ce à quoi M. Dufresne répond que les examens de laboratoire sont, dans tous les cas, faits de façon systématique.

Le cancer du col utérin

M. L.-P. LAPORTE

Avant de donner les résultats obtenus dans le traitement du cancer du col utérin à l'Institut du Radium, de 1922 à 1934, M. Laporte classe la tumeur à ses différents stades. Aux stades I et II, la maladie est limitée au col utérin ou empiète sur les culs-de-sac; aux stades III et IV, elle atteint les paramètres avec infiltration de plus en plus profonde et métastases régionales, puis éloignées.

Sur un total de 498 patientes vues au cours de ces 12 années (60 d'entre elles n'ayant pas été traitées), on note un pourcentage de survie après 5 ans et plus: aux stades de I et II de 63.46%, et aux stades III et IV, de 14.97%. Après 10 ans et plus, ces chiffres tombent à 36.6% et 6.72% respectivement. Quant aux

malades hystérectomisées ayant une récurrence et traitées par les radiations, le pourcentage de survie est de 16.6% après 5 ans, et 7.69% après 10 ans.

M. Laporte termine en disant que la presque totalité de ces malades furent biopsiées à l'Institut ou ailleurs, et que la mortalité dans le traitement du cancer du col utérin est à peu près nulle, soit 1 à 2%.

Discussion:

M. LEFRANÇOIS félicite M. Laporte de son travail et croit que c'est le premier à Montréal et même au Canada à fournir des statistiques aussi complètes et qui portent sur un aussi grand nombre de cas. Il lui demande par quel moyen on retrace ces patients.

M. LAPORTE: Grâce à un service social. Des lettres sont envoyées chaque année aux malades qui ne viennent pas consulter, et une garde-malade s'occupe de retracer ceux de la ville.

M. POIRIER: Quel est l'âge moyen des patients de l'Institut?

M. LAPORTE: Entre 40 et 45 ans.

M. GRENIER: Fait-on le traitement aux rayons X avant ou après le traitement par le radium?

M. LAPORTE: Le traitement par le radium est d'abord institué chaque fois qu'il y a possibilité.

M. FRAPPIER: Les malades non traitées vivent-elles longtemps?

M. LAPORTE: Environ de 6 à 8 mois.

M. JUTRAS: Fait-on des examens ultérieurs après que les malades ont quitté l'institution?

M. LAPORTE: Oui, tous les 3 ou 4 mois, pendant les années qui suivent.

Les indications de la biopsie dans le diagnostic des tumeurs

M. G. PINSONNAULT

Cette communication paraîtra *in extenso* dans un prochain numéro de *l'Union Médicale*.

Pour ce qui est des tumeurs ulcérées de la périphérie ou celles des portions accessibles

des cavités naturelles, l'indication de la biopsie se pose toujours, et elle est même souvent nécessaire. Elle est discutable au contraire dans le cas de tumeurs non ulcérées ou de celles dont l'accès nécessite une infraction des tissus normaux, et alors trois éventualités peuvent se présenter: A) La tumeur est cliniquement maligne et inopérable: pas de biopsie. B) La tumeur est de malignité clinique indéterminée, mais son exérèse ne comporte pas de mutilation importante: pas de biopsie, mais ablation totale, irradiation ou expectation. C) La tumeur est de malignité clinique indéterminée, mais son exérèse comporterait vraisemblablement une mutilation grave: dans ce cas, la conduite à tenir doit varier: 1° suivant que la tumeur est très radiosensible, et alors pas de biopsie; 2° suivant qu'elle est moyennement radiosensible, la biopsie est indiquée après le traitement par les radiations; et 3° suivant qu'elle est radiorésistante; dans ce cas la biopsie est nécessaire aussitôt que la preuve de la radio-résistance est faite.

Discussion:

M. BERNIER croit que l'évaluation de la malignité des tumeurs par stades n'est pas complètement au point, et que la biopsie doit être faite pour fins de diagnostic et non de traitement. Les biopsies par ponction sont brutales et demandent une longue expérience. Le danger des biopsies a été grandement exagéré; il n'est guère plus grand que celui que présentent les palpations répétées du sein, par exemple au cours d'un examen pratiqué par de nombreux étudiants.

M. GERIN-LAJOIE recommande de ne pas laisser la pratique de la biopsie dans les mains de n'importe qui, notamment pour ce qui concerne les cas de métrite cervicale.

Le secrétaire:

G.-A. SEGUIN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTREAL
Séance du 2 mars 1938

Présidence de M. Eugène St-Jacques.

**Une complication rare d'entorse
tibio-tarsienne.**

M. Calixte Favreau.

(Cette communication a paru comme article original dans *l'Union Médicale* d'avril 1938, p. 335.

Commençant par une revue des ligaments latéraux qui, au nombre de trois, contribuent au maintien de l'articulation tibio-tarsienne, le rapporteur nous présente deux observations de malades qui, atteints d'entorse grave de cette articulation, sont allés le consulter pour une paralysie de l'extenseur propre du gros orteil. A date, il ne semble pas être fait mention de ce fait dans la littérature et n'eût été le hasard de la loi des séries, M. Favreau n'aurait pas cru à la possibilité de la chose. Ces deux malades dont le traumatisme d'entorse remontait déjà à deux mois, furent traités par la faradisation et guérirent facilement.

Discussion:

M. BLAGDON trouve que le mot paralysie semble un peu exagéré et serait d'avis de dire plutôt parésie par élongation.

De plus, il demande à M. Favreau comment il traite ces entorses. Depuis assez longtemps, il a eu l'occasion d'employer dans son service et en clientèle privée, les injections de novocaïne au niveau de l'entorse et s'en est bien trouvé jusqu'à maintenant.

M. TREMBLAY dit qu'il obtient de bons résultats avec la radiothérapie employée au début.

M. B.-G. BOURGEOIS fait la remarque qu'au point de vue du traitement de l'entorse, il ne faut pas perdre de vue qu'il y a bien souvent déchirure de la capsule et des ligaments dont vient de parler M. Favreau. L'immobilisation n'est-elle pas le meilleur moyen d'obtenir, pendant le temps nécessaire,

la cicatrisation qui, d'une façon générale, demande une quinzaine de jours?

Il reste persuadé qu'une immobilisation de 10 à 15 jours permet à ces malades de retrouver un mouvement définitif plus solide et plus durable.

M. BLAGDON rappelle qu'il ne faut pas oublier de relever le bord du pied du côté de l'entorse pendant le traitement qui permet tout de même la marche au blessé. Cette façon de faire permet la cicatrisation sans élongation.

M. FERRON nous rappelle qu'il a toujours entendu prêcher en France, qu'il ne fallait jamais immobiliser une entorse; de plus, il demande au rapporteur, quels sont les moyens qui lui permettent de dire que les trois ligaments sont déchirés.

M. COUTURIER est d'avis qu'il faut immobiliser une grande partie des entorses et cela quelquefois pendant deux mois.

M. ST-JACQUES aime bien les diachylons imbriqués dans les cas ordinaires et emploie une botte de tarlatane dans les entorses graves.

En réponse à M. B.-G. Bourgeois, M. FAVREAU lui dit que dans les cas d'entorse grave avec hémartrose, il emploie un appareil plâtré et que pour les cas d'entorse simple, il utilise un étrier en diachylon avec un élastoplast.

Il nous raconte ensuite l'histoire d'une jeune malade qui présentait des entorses récidivantes et cela d'une façon décourageante, si bien qu'il dut lui faire des butées osseuses pour la guérir de façon très complète.

Présentation d'un travail de M. R. Derome, sur les fractures du bassin.

M. E. Dubé.

Dans un court exposé de trois pages, l'auteur nous parle du traitement de certains cas graves de fracture du bassin avec déplacement, au moyen de bandelettes latérales tirant en sens inverse, aidées dans quelques

cas par une broche de Kirschner dans le calcaéum d'un côté et encore pour certains autres cas, par une autre broche de Kirschner dans l'os iliaque. M. Dubé nous présente, trois grands schémas de l'Auteur, calqués sur les radiographies, montrant une amélioration très considérable.

M. GERIN-LAJOIE, sans vouloir faire de commentaires au point de vue scientifique, désire faire cependant la remarque que, pour un travail d'admission, il trouve celui de M. Derome un peu court. Il a toujours pensé que le genre de travail qui sert de point de départ à la filière nécessaire pour l'admission à notre Société, doit être une espèce de thèse, avec nombreuses observations personnelles et commentaires.

M. DE MARTIGNY propose de remercier M. Derome et de lui demander de fouiller dans les dossiers de l'hôpital Saint-Luc, qui doivent contenir un nombre imposant de fractures du bassin, afin de présenter un travail complet, montrant les mérites du traitement et des résultats personnels. A ce moment, il sera opportun de considérer la demande de M. Derome pour les fauteuils libres de notre Société.

M. B.-G. BOURGEOIS n'a pas bien saisi la technique employée au moyen de la broche de Kirschner; il est d'avis qu'aujourd'hui, les chirurgiens se fient trop aux moyens de traction sans s'occuper de réduire les fractures. Dans son service, avec le concours d'assistants puissants et robustes, il recourt assez souvent aux manœuvres de réduction qui, exécutées d'une façon intelligente, peuvent contribuer à la réduction. Libre ensuite d'employer les moyens de contention qui semblent les meilleurs.

Avec de la prudence, on réussit à éviter de pincer des organes qui risqueraient d'être enserrés dans le trait de fracture. Il prend à témoin M. Blagdon avec qui il a fait plusieurs réductions avec des résultats satisfaisants.

M. BLAGDON admet tout ce que vient de dire M. B.-G. Bourgeois et cela surtout chez les jeunes; il a déjà réussi à réduire un

pouce d'écartement; la broche, dans certains cas, servira au maintien de la réduction.

M. COUTURIER se rappelle le malade présenté dans ce travail et nous dit que l'Auteur avait employé une bande faisant le tour du bassin et une autre latérale.

M. FAVREAU est de l'avis de M. de Martigny et propose de demander à l'Auteur un travail représentant une vue d'ensemble sur la question du traitement de certaines fractures compliquées du bassin.

M. TREMBLAY a déjà vu un cas où la broche avait été appliquée dans les muscles de la paroi; il est d'avis de toujours exercer une force réductrice par des manœuvres avant de penser à appliquer la broche. Il rappelle l'observation d'une malade, présentant plusieurs fractures du bassin, traitée par réduction et guérie dans le court espace de deux mois.

M. ST JACQUES rappelle l'importance de la fracture de la branche descendante de l'ischion chez les femmes au point de vue obstétrical et aussi du point de vue médico-légal; ces fractures pouvant causer des troubles longs et ennuyeux.

Paul BOURGEOIS,
secrétaire.

♦♦♦

**ASSEMBLEE SCIENTIFIQUE DU BUREAU
MEDICAL
DE L'HOPITAL NOTRE-DAME**

Séance du 17 mars 1938

Présidence de L.-H. Gariépy

Ulcérations syphiloïdes à structure histologique d'épithélioma spino-cellulaire, guéries par le traitement anti-syphilitique

Albéric MARIN et A. BERNIER

Cette communication paraîtra ultérieurement comme article original, dans *l'Union Médicale*.

Discussion:

M. A. MOUSSEAU: Dans l'observation des Drs Marin et Bernier, il semble que les ana-

tomo-pathologistes aient interprété les lésions syphilitiques comme des lésions néoplasiques. Ceci me rappelle un travail que j'ai fait il y a un certain nombre d'années et que j'ai presque honte de mentionner ici. Il s'agissait d'une étude sur la linite plastique, guérie par le traitement antisiphilitique. Je reconnais alors que la linite plastique n'était pas toujours néoplasique, puisqu'elle avait guéri sous l'effet du traitement antisiphilitique.

Par conséquent, au point de vue anatomo-pathologique certaines lésions syphilitiques ont tendance à prendre l'aspect du néoplasme.

M. P. MASSON: Les lésions cutanées hyperplasiques ressemblent beaucoup aux lésions cancéreuses. La structure est exactement la même. Ce qui caractérise le cancer, c'est que ça continue. Au point de vue de l'histologie des cancers de la peau, il n'y a pas de différence entre leur début et celui des lésions syphilitiques.

M. A. MARIN: Il y a trente (30) cas qui ont été rapportés depuis 3 ans, de lésions d'aspect clinique douteux évoluant chez des syphilitiques; où histologiquement on a l'apparence de spino-cellulaires typiques. Dans la plupart des cas présentés à Paris et à Strasbourg, il n'y avait pas de doute. Après deux ou trois semaines de traitement, la structure du spino-cellulaire a disparu. De quoi s'agissait-il? La nature exacte n'est pas fixée, nous avons affaire à des lésions évoluant chez des syphilitiques, mais dont la structure est celle des spino-cellulaires.

Paralysie du membre supérieur par traumatisme de l'épaule. Syndrome de Claude Bernard-Horner homolatéral. Distension radiculaire des nerfs du plexus brachial.

Roma AMYOT et Roland DECARIE

Cette communication a paru, comme article original, dans le numéro de mars 1938 de *l'Union Médicale*, p. 270.

Discussion:

M. U. GARIEPY soulève cette phrase: « Les racines cervicales ne contiennent pas de

fibres sympathiques. » Il existe, dit-il, des rameaux communicants gris, mais pas de blancs.

M. J. TREMBLAY ignore ce que l'on a fait comme traitement. Il rappelle que le Dr Blagdon avait eu un cas analogue, qu'il avait traité par les massages et la physiothérapie. Après un temps prolongé, le patient avait récupéré ses mouvements. Par conséquent il croit qu'il pourrait en être ainsi chez le malade des Drs Amyot et Décarie.

M. AMYOT: Par racine, on entend cette partie du système nerveux qui va de la moelle épinière jusqu'au trou de conjugaison. On pourrait même inclure cette partie contenue dans le trou de conjugaison, mais Sicard l'a nommée funicule.

Par conséquent, si l'on donne à cette partie son nom propre, on doit dire que les racines cervicales ne contiennent pas de fibres sympathiques. Ce n'est qu'en aval qu'on aura des fibres sympathiques. Toutes les fibres sympathiques pré-ganglionnaires qui vont au plexus brachial ou à la tête viennent des racines dorsales supérieures. C'est pourquoi une lésion des racines cervicales ne peut provoquer des troubles sympathiques de la tête et au membre supérieur. Ces troubles ne surviendront à la tête que si la 1^{ère} racine dorsale est intéressée.

(Au Dr Tremblay) Nous avons fait, chez notre malade, de l'électrothérapie, un traitement galvanique. Après quatre mois, il a retrouvé une faible partie des fonctions motrices. Le pronostic dans notre cas est réservé; je serais étonné s'il retrouvait des fonctions suffisantes de son membre supérieur. Cependant, il faut être tenace dans le traitement. Nous pourrions ajouter le massage pour entretenir les muscles et les tissus du membre dans un bon état de nutrition.

Abcès multiples sous-cutanés à colibacille consécutifs à l'absorption de quelques biberons de lait de vache contaminé chez un nourrisson de 1 mois.

Albert GUILBEAULT

L'enfant L. L., est née le 28 novembre 1937, trois semaines avant terme, avec un poids de

naissance de 6 lbs 8 onces, d'un accouchement normal.

Antécédents héréditaires.

Père en B. S. Mère en B. S.

Antécédents collatéraux.

Quatre frères ou sœurs en B. S.

Cette enfant fut nourrie au sein jusqu'au 26 novembre. Son poids augmente normalement quoiqu'il ne fut pas contrôlé par la balance.

Le 26 décembre, la mère décide de sevrer son enfant. Elle lui offre à toutes les trois heures quatre onces d'un mélange à parties égales de lait et d'eau avec une demi-cueillée à thé de sirop de maïs.

Fait important à noter: le lait n'est pas soumis à l'ébullition; c'est un lait délivré par un fermier. Ceci se passe dans un village à une vingtaine de milles de Montréal.

Le 28 décembre, l'enfant est affaissée, manque d'appétit, fait un peu de diarrhée, on lui donne alors du lait évaporé. Le soir de cette même journée, des convulsions apparaissent.

Convulsions, température et diarrhée persistent jusqu'au 15 janvier, entraînant un amaigrissement considérable.

Le 15 janvier, l'enfant est dirigée vers le service de Pédiatrie de l'hôpital Notre-Dame.

Examen Clinique:

Enfant atrepsique pesant 4 livres et 12 onces. Déshydratation avancée. Température, 104°. Poumons et cœur normaux. Petite tumeur à la malléole droite sans zone d'inflammation. La ponction de cette tumeur donne un liquide épais, blanchâtre.

Examen bactériologique:

Colibacille.

Le même microbe se retrouve dans le liquide extrait des abcès aux deux mollets, aux deux cuisses et aux deux avant-bras.

Deux autres petits abcès soulèvent la peau des régions temporales droite et gauche.

Le drainage de tous ces abcès est institué avec lavage au bacte-coliphage-dilué à 6%.

La suppuration semble intarrissable.

Le traitement au streptocide, avec l'alimentation au lait de femme améliore l'état général.

Le poids de l'enfant augmente de 6 onces, malgré les quantités de pus qui sont enlevées.

Deux transfusions intrasinusales furent pratiquées. L'enfant meurt presque subitement le 31 janvier.

Discussion:

M. MOUSSEAU demande à l'histologiste si le microbe retrouvé avait bien une physiologie typique de colibacille, ou bien s'il s'agissait d'un microbe dont la physiologie se rapprochait de celle du coli... De même qu'on a plusieurs variétés de pneumocoques, l'on peut également avoir des variétés de coli. Pour retrouver le colibacille dans la peau, il faut nécessairement qu'il y ait eu septicémie.

Comment le Dr Guilbault peut-il affirmer que ces abcès à colibacilles sont survenus à la suite de l'ingestion de quelques biberons de lait de vache?

M. A. BERTRAND: Il existe de nombreuses variétés de microbes pouvant être identifiées par la fermentation des mêmes sucres. Dans ce cas, nous n'avons pas porté l'identification du microbe à sa dernière limite, mais il a présenté sur les milieux ordinaires les caractères du colibacille.

M. GUILBAULT résume sa communication pour démontrer que l'enfant n'avait ingéré que quelques biberons de lait de vache, et que c'est à la suite de l'ingestion de ces biberons qu'il a présenté des abcès multiples. La ponction de ces abcès a retiré un liquide purulent sans odeur, et l'examen bactériologique est revenu positif au colibacille.

Electropyrexie de la chorée de Sydenham.

Note préliminaire à propos d'un cas

A. MARIN et J. SAUCIER

Maladie actuelle.

Joseph-Emile P., 12 ans, admis en Neurologie le 30 octobre 1937, pour chorée de

Sydenham classique évoluant depuis environ un an, et traitée selon les procédés habituels, à savoir: repos au lit, isolement, balnéation tiède, salicylate de soude et phénobarbital. Au cours du premier traitement (novembre 1936 à février 1937) l'un de nous a institué la thérapeutique habituelle de la chorée, et l'enfant a guéri en trois mois. La cure de la première récidive s'est poursuivie ici, à l'Annexe B, dans le service de pédiatrie. Nous n'avons pas vu le malade au cours de cette seconde cure et nous ne pouvons, pour cette raison, commenter la thérapeutique mise en œuvre. Nous l'avons revu le 30 octobre dernier. A ce moment, l'enfant présentait une agitation assez considérable: des mouvements incoordonnés, illogiques et ainsi que le notait l'interne, « endiablés » des quatre extrémités; des mouvements involontaires des épaules; de l'exagération du clignement, l'impossibilité d'obtenir le complet relâchement du tonus; de l'hypotonie musculaire; enfin, un peu de dysarthrie. L'examen est par ailleurs sans particularité, le cœur notamment ne présente à l'auscultation aucun souffle. Le passé infectieux du malade se résume aux maladies suivantes: appendicectomie, varicelle, amygdaléctomie, et enfin, rhumatisme polyarticulaire aigu, ayant immédiatement précédé le premier accès choréique de novembre 1936.

Evolution et traitement:

L'enfant est demeuré 15 jours en neurologie sans autre thérapeutique que de petites doses quotidiennes d'un toni-cardiaque, pour le préparer à l'électropyrexie. Le 16 novembre 1937, il fut admis dans le service de pyrétothérapie et le traitement proprement dit commença le 19. Il subit 3 séances de pyrexie et quitta l'hôpital le 1er décembre.

Technique: Pour les trois séances d'électropyrexie, le malade a été préparé comme suit: la veille, au coucher, et le matin du traitement, lavement évacuant, déjeuner à 6.30 a.m.; Nembutal, 1/2 grain au coucher et

le matin du traitement; une injection I. V. de 10 c.c. de salicylate de soude en solution glucosée à 10%, soit 1 gramme de salicylate, vers 7 heures a.m.; coramine, une ampoule en injection sous-cutanée avant le traitement. Début de l'électropyréxie à 8 a.m. Celle-ci atteint 105° F. en une heure et cette température est maintenue 4 ou 5 heures. Le retour à la température normale est obtenue en environ 45 minutes. Au cours du traitement, le malade absorbe du NaCl, à raison de 3 grammes toutes les heures et environ 3 litres d'eau. Des injections de coramine sont données au besoin.

Résultats:

Notre malade a subi trois (3) électropyréxies à 5 jours d'intervalle et il a quitté l'hôpital le 1er décembre, sinon guéri, au moins amélioré de 95%. Il ne présentait plus de mouvements involontaires des membres, plus de clignement, plus d'hypotonie musculaire, plus de dysarthrie, seules persistaient quelques rares secousses des commissures labiales. Revu dans la suite, le 9 janvier, il ne présentait plus aucun signe chronique, et la guérison persiste.

Nous avons présenté ce premier cas de chorée typique afin de signaler l'innocuité de la méthode thérapeutique mise en œuvre et la rapidité remarquable de ses résultats. Nous avons déjà un recul de plus de deux mois et la maladie n'a pas récidivé. Nous nous proposons de compléter ailleurs cette courte présentation à laquelle nous avons laissé à dessein l'allure schématique.

Discussion:

M. R. AMYOT: Le traitement de la chorée est polyvalent. Dernièrement est venue s'ajouter la pyréthérapie, soit provoquée par les vaccins, soit par l'électricité et le plus communément par les ondes courtes. Chaque traitement a ses indications, et plus particulièrement l'électropyréxie. Ce traitement, qui n'est pas très agréable, nécessite l'hospitalisation du malade et, s'il n'est pas dangereux, peut avoir des inconvénients.

On doit lui soumettre les cas récidivants, les cas graves et les cas tenaces.

Les cas tenaces, même s'ils ne sont pas graves, doivent être soumis à ce traitement, qui donne des résultats alors que les autres ont tous échoué. Nous avons eu une malade de cette catégorie, dont la chorée persistait depuis plusieurs années (7 ou 8 ans) et qui fut guérie en quelques séances (3 séances de 6 heures chacune: total 18 heures de traitement), du moins apparemment.

Les cas graves qui évoluent vers les complications, qui mettent quelquefois la vie des malades en danger soit par difficulté d'alimentation, soit par épuisement, soit par troubles cardiaques, doivent aussi être traités par l'électropyréxie.

Les cas récidivants sont susceptibles aussi de ce traitement.

M. A. MARIN: De l'avis unanime de ceux qui s'occupent de la chorée, 80 à 82% des cas guérissent avec 15 heures de pyréthérapie. Le traitement médical ordinaire prend 3 mois. Dans un cas du Dr Saucier, nous avons fait 3 séances de 6 heures. Il est guéri depuis 4 mois.

M. R. ROLLAND: La myocardite compliquant souvent la chorée, pourrait-on l'éviter par un traitement pyréthérapique précoce?

M. A. MARIN: Certainement; même, les cardiopathies ont été elles-mêmes améliorées par le traitement électropyréxique, qui n'est pas d'ailleurs un traitement si ennuyeux.

Erysipèle de la face, traité à la sulfanilamide. Une observation

Henri GARIEPY

(Dossier 421-38).

M. X..., 34 ans, dans la nuit du 14 janvier, est pris de malaises généraux, bientôt suivis d'un grand frisson, d'une température à 105°, et de l'apparition d'une inflammation intense du bord des narines et des ailes du nez.

Il se serait, la veille, fait une petite exco-riation avec son ongle (?). Le lendemain, une rougeur bien définie et caractéristique s'étend

graduellement des narines à toute la face. Le malade est admis à l'hôpital à cause des difficultés que pourrait présenter le traitement chez lui; il est tuberculeux et porteur d'un pneumothorax thérapeutique, et de plus, diabétique traité par l'Insuline et le régime.

L'évolution de l'érysipèle.

15 janvier. Température: 103 3/5. Pouls: 120. Très affaibli, dort presque continuellement. Rougeur inflammatoire intense de toute la face.

Sulfanylamide: 4 comprimés de 0.25 grammes. Localement: Teinture d'iode et guaiacol.

16 janvier. Température: Le matin 100, le soir 100 2/5. Même trait. local. Condition générale bonne le matin, redevient mauvaise dans l'après-midi et le soir. Tolère mal le régime liquide. Sulfanylamide: 8 comprimés.

17 janvier. Température: 98 4/5 le matin, 99 1/5 le soir. Condition générale assez bonne le matin. Plus affaibli vers le soir. Condition locale stationnaire. Sulfanylamide: 8 comprimés.

18 janvier. Température: le matin 99 3/5, le soir, 99 4/5. La condition générale est assez bonne. La rougeur et l'œdème de la face commencent à diminuer. Sulfanylamide: 8 comprimés.

19 janvier. Température: Le matin, 97 4/5, le soir, 99°. L'état général est très bon. L'œdème disparaît rapidement. Sulfanylamide: 4 comprimés.

20 janvier. Sulfanylamide: 4 comprimés

21 janvier. Sulfanylamide: 3 comprimés.

22 janvier. Sulfanylamide: 2 comprimés.

23 janvier. Sulfanylamide cessé.

Aucun symptôme général. La condition locale s'améliore rapidement. Le malade est considéré convalescent et se lève.

24 janvier: Congé.

Commentaires:

A l'apparition de l'érysipèle, nous avons craint que son évolution sur un tel terrain

prît un caractère plus grave, ou que le diabète devînt d'un contrôle difficile, du fait de cette complication infectieuse. Il n'en a rien été.

Avec une légère augmentation des doses d'Insuline, (24 U au lieu de 20), la glycémie de 2.94 qu'elle était à l'admission, a passé à 2.17, 1.51, 1.35 et 0.89 le jour de la sortie.

Nous suivions ce cas de diabète depuis le mois de novembre 1935. Le contrôle en avait toujours été difficile, sans doute à cause de la présence de l'infection tuberculeuse aux poumons. Les différentes glycémies effectuées depuis deux ans, ont toujours été des plus irrégulières et plutôt élevées. La plus basse étant: 1.33; le plus élevée: 2.50.

La glycosurie a été fréquente, mais relativement peu abondante.

Le régime a été la plupart du temps composé de: glucides 272 grammes; lipides 100 grammes; protides 82 grammes par 24 heures, avec 3 doses d'Insuline de 20 unités chacune, à 9 a.m., à 3 p.m. et à 10 p.m.

Pendant cette période, le poids est passé de 137 livres à 152 livres, et le malade a mené une vie normale, y compris l'exercice de sa profession de médecin en clientèle générale.

Il a reçu régulièrement des insufflations d'entretien de pneumothorax.

Conclusion.

Une observation d'érysipèle de la face est présentée comme contribution à l'étude des applications cliniques de la sulfanilamide.

Discussion:

M. Paul BOURGEOIS: Avez-vous donné, comme dose initiale, quatre comprimés de 5 grains quatre fois par jour ou bien quatre comprimés en tout? Dans ce dernier cas, est-ce l'état pulmonaire ou diabétique qui vous a décidé à utiliser d'aussi faibles doses. Les grosses doses n'auraient-elles pas agi plus vite?

M. J.-A. MOUSSEAU: Avant de passer au traitement, discutons le diagnostic. La veille, le patient a présenté une excoriation avec

son ongle et le lendemain apparition de l'érysipèle. Or l'incubation dans l'érysipèle est de 6 à 7 jours.

L'observation est très résumée et l'on ne sait pas si le malade a présenté le ganglion de Chaumeil ou le bourrelet périphérique, car il y a des streptococcies qui donnent lieu à un « semblant » d'érysipèle: nous avons eu un de ces cas qui guérit au bout de 5 jours par le sulfanilamide.

Ce diabétique, sans résistance, a-t-il présenté quelques manifestations toxiques à la suite de son traitement au sulfanilamide, *v. g.* de l'albumine?

M. GERIN-LAJOIE: Y a-t-il eu un hémogramme au début que l'on pourrait comparer avec un autre ultérieur? J'ai l'impression que mes malades traités au sulfanilamide font de l'anémie.

M. L.-H. GARIEPY: Le malade n'a eu que quatre comprimés la première journée, mais il était entré à l'hôpital le soir. Le lendemain il en a eu huit.

J'ai diminué plus tard les doses par rapport à la température. Comme le médicament ne me paraît pas absolument inoffensif, j'ai donné de petites doses. Si le patient avait résisté à ces doses, j'aurais augmenté à 16 comprimés par jour.

A M. Mousseau: Je n'ai pas rattaché l'érysipèle à l'excoriation; j'ai mis un point d'interrogation. Je n'ai pas cru qu'en 24 hrs se serait développé l'érysipèle. Le but de cette communication réside dans le traitement.

Au point de vue de diagnostic, j'ai cru bon de faire venir le Dr Charbonneau qui a fait le diagnostic, et c'est lui qui a suggéré le traitement. Ce diagnostic confirmait le mien.

J'ai institué le traitement sans aucun autre examen de laboratoire, qui aurait pu prendre un certain temps. Pas une fois il n'y a eu d'albuminurie chez ce malade dont les analyses étaient faites tous les jours.

A M. Gerin-Lajoie: Il y a eu, si je me souviens, un hémogramme, mais j'ignore à quel moment exact. Il ne sortait en rien de l'ordi-

naire, puisque nous n'avons pas changé la thérapeutique.

Après avoir traité ce malade, j'ai lu un article sur le traitement de l'érysipèle par les rayons ultra-violet à hautes doses, appliqués localement. C'est un traitement inoffensif que j'aurais peut-être employé si je l'eusse connu plus tôt.

M. A. MARIN: Je ne crois pas que les rayons ultra-violet aient une action dans l'érysipèle, qui est une dermo-épidermite profonde. La radiothérapie, au contraire, pourrait avoir une action bienfaisante.

M. A. BERTRAND: Certains microbes peuvent avoir une action très rapide. Le streptocoque fait partie de cette catégorie; dans le cas présenté il est possible que l'excoriation soit en cause.

L'importance du flou des arborisations broncho-vasculaires dans le dépistage des réinfections tuberculeuses.

LAQUERRIERE et LEONARD

Cette importance est bien connue, mais nous désirons attirer votre attention sur un cas particulièrement démonstratif:

Monsieur A., 29 ans, nous est envoyé par le Dr Prévost en juin 1937, pour examen du thorax. On trouve à droite des arborisations abondantes, petites, fines et de dessin précis. A gauche, il n'y a que quelques longues arborisations, qui sont très manifestement floues et nous concluons « poumon gauche très suspect ».

Il y a 10 ou 15 ans, on n'aurait pas considéré un tel thorax comme pathologique, ou si on avait absolument voulu y trouver quelque chose, on aurait plutôt désigné le poumon droit, parce que plus chargé.

D'ailleurs, et il ne faut pas se lasser d'insister sur ce point, tramite floue ne veut pas dire tuberculose. Un aspect semblable peut se rencontrer dans les cardiopathies, dans les congestions pulmonaires (grippe, coqueluche, rougeole, etc.) et même chez des sujets qui, présentant des affections du rhino-pharynx,

font descendre dans leurs bronches un pus infectant leurs lymphatiques pulmonaires.

Il faut donc, avant de dire tuberculose, examiner le sujet cliniquement et avec soin. Mais on peut dire que toute tramite floue, pour laquelle on ne trouve pas nettement une autre cause doit être fortement suspectée de tuberculose évolutive. A mon avis, la tramite floue précède l'*infiltrat* de l'Ecole allemande, qui est un tache sous-claviculaire et indique une lésion déjà notable. Elle permet d'avoir des soupçons bien avant l'apparition de cet infiltrat.

En tous cas, chez notre sujet, la radiographie faite le 3 mars 1938, montre la progression de l'infection. Actuellement, l'image est tout à fait celle d'une tuberculose en évolution. Il existe dans la moitié interne de la région sous-claviculaire gauche, sur une hauteur de plusieurs centimètres une tache dense à bords irréguliers, mal délimités et estompés (hépatisation probable). Nous avons donc raison de ne pas considérer l'aspect flou comme un renseignement négligeable.

Pas de discussion.

Septicémie à « *Neisseria Catarrhalis* »?

Albert BERTRAND

M. B. L., fait à la suite d'une grippe légère, des poussées de température de 102-103 tous les deux jours. Des examens de laboratoire pratiqués à l'extérieur, donnent les résultats suivants:

15-1-38: Formule sanguine: G. R. 5,090,313, G. B. 9,687, Polynucléaires 60%.

11-1-38: Sérodiagnostic: Eberth positif au 1/200.

12-1-38: Urine et selles: Eberth négatif.

Admis à l'hôpital Notre-Dame le 15-1-38, le patient continue à présenter des températures élevées tous les deux jours; le 15, 100°; le 16, 99°; le 17, 103°; le 18, 99°; le 19, 103°.

Des sérodiagnostics et une hémoculture faits aux Laboratoires Municipal et Provincial, reviennent négatifs pour l'Eberth et le Mélitococcus.

Le 19-1-38, nous établissons un Hémogramme qui donne: G. R. 5,000,000, G. B. 28,000, Polynucléaires 84%. Ceci écarte l'idée d'une typhoïde et oriente le diagnostic vers une septicémie. Une hémoculture prise le même jour fournit le surlendemain un résultat positif: Diplocoque gram négatif. Tout en poursuivant l'identification du microbe, nous enquêtons pour découvrir une infection à méningocoque ou à gonocoque concordant avec le diplocoque trouvé dans le sang. Le patient ne présente aucun signe de méningite et nie toute infection gonococcique même éloignée. Par ailleurs, le microbe isolé se développe facilement sur les milieux ordinaires, ne fermente pas les sucres. Nous pensons à une contamination possible du bouillon par un saprophyte, genre *neisseria catarrhalis* probable.

Le 25-1-38, l'examen bactériologique des selles est négatif pour l'Eberth.

Le 29-1-38, un examen du tube digestif à l'écran laisse croire à une lésion organique du cœcum accompagnée d'appendicite chronique. La formule sanguine est alors. G. R. 4,750,000, G. B. 25,000, Polynucléaires 81%.

Le 1-2-38, une nouvelle hémoculture est positive au même microbe. Il ne s'agit donc pas d'une contamination accidentelle du bouillon mais d'une septicémie due à un diplocoque dont nous poussons activement l'identification à l'hôpital même et que nous faisons contrôler au laboratoire de bactériologie de l'Université. Les résultats obtenus sont identiques; *Neisseria catarrhalis*.

Le 2-2-38, la température étant toujours élevée, le patient est opéré; appendicectomie suivie d'une exploration abdominale qui ne révèle rien de particulier. Le patient supporte bien l'intervention et sa température reste normale les quelques jours qui suivent.

Le 15-2-38, le patient accuse une céphalée intense et présente de la raideur de la nuque et une température à 103°. Sa formule sanguine donne: G. R. 3,500,000, G. B. 10,000, Polynucléaires 82%. Nous conseillons une

ponction lombaire qui ramène un liquide trouble chargé de pus mais dans lequel nous ne pouvons déceler la présence de microbes ni directement ni par la culture. Nous suggérons tout de même le sérum antiméningococcique qui est administré immédiatement par les voies rachidienne et veineuse. La température tombe.

Le 17-2-38, nouvelle ponction lombaire. Le liquide s'est sensiblement modifié; il y a encore de nombreux polynucléaires cependant. L'examen bactériologique est négatif. Nouvelle injection de sérum sous-cutané qui fait disparaître la raideur de la nuque et la céphalée. La température revient à la normale. Le patient semble actuellement en bonne voie de guérison.

Cette observation permet de soulever trois points intéressants:

1. D'où vient le microbe en cause?
2. Le *Neisseria catarrhalis* peut-il causer une septicémie?
3. Quelle a été l'action du sérum antiméningococcique?

1) La maladie ayant débuté par une grippe, il est logique de penser que le *Neisseria catarrhalis*, hôte normal de la bouche et de l'arrière-gorge, a choisi cette porte d'entrée pour pénétrer dans la circulation tout comme le Méningocoque qui s'introduit dans le canal rachidien en passant par le rhino-pharynx.

2) Le pouvoir pathogène du *Neisseria catarrhalis* est peu marqué. On lui reconnaît cependant la propriété de provoquer des lésions de la bouche, des angines, soit lorsqu'il est seul en cause, soit le plus souvent lorsqu'il est associé à d'autres microbes. Il ne semble donc pas impossible « à priori » même si le fait est rare, que cet organisme puisse, dans des conditions tout à fait exceptionnelles, passer dans le sang et provoquer une septicémie.

3) On admet que l'action des sérums est spécifique. Toutefois, dans le sérum, il faut considérer les antitoxines qui sont des propriétés nouvelles, spécifiques, et le sérum lui-même qui est un complexe protéinique. Il est

possible que dans le cas présent, l'action du sérum soit le résultat d'un choc protéinique. Certains auteurs (Philibert) voient cependant dans le *Neisseria catarrhalis* une forme saprophytique du méningocoque et du gonocoque, pouvant se transformer en l'une ou l'autre variété microbienne dans les conditions particulières de lieux et de terrain. S'il en était ainsi, on pourrait mieux expliquer l'action du sérum antiméningococcique sur l'évolution de la présente infection.

Pas de discussion.

Une rare anomalie rénale

Paul BOURGEOIS

Cette communication paraît comme article original, dans le présent numéro de *l'Union Médicale*, page 466.

Discussion:

M. A. MOUSSEAU félicite le Dr Bourgeois de la rareté de l'anomalie rapportée. Jamais il n'a rencontré une anomalie rénale aussi bas située.

La radiographie est particulièrement intéressante.

M. GERIN-LAJOIE: Une de mes malades a été opérée à Paris pour grossesse extra-utérine alors qu'il s'agissait d'un rein ectopique. A son retour, elle redevint enceinte et j'aurais fait aussi le diagnostic de grossesse extra-utérine, si je n'avais été averti.

La malade a été opérée depuis pour son rein ectopique logé dans la fosse iliaque droite sous-péritonéale.

M. TREMBLAY: Le Dr Bourgeois se propose-t-il un traitement et lequel?

M. MENARD: Y a-t-il eu chez ce malade une étude de la morphologie, quelques mensurations ont-elles été faites; y avait-il quelques signes endocriniens?

M. Paul BOURGEOIS: C'était un malade bien conformé qui entré à l'hôpital pour troubles digestifs; nous voyons ce malade sur requête et faisons le diagnostic d'ectopie rénale iliaque. La radio montre qu'il s'agit d'une symphyse rénale. Cette symphyse

semble s'être faite au cours de la vie utérine par l'accolement des bords libres du rein.

Il n'y a rien à faire au point de vue traitement.

Grâce à la loi des séries, il nous est arrivé quelques jours plus tard de faire un diagnostic clinique de symphyse rénale.

Si les anomalies rénales paraissent plus fréquentes qu'autrefois, c'est que nous faisons plus facilement le diagnostic, grâce à la pyélographie.

Notre deuxième malade avait vu un chirurgien qui lui avait proposé une néphropexie!...

Myélose globale aplastique post-arsénobenzolique

(Association agranulocytose, anémie et purpura). Valeur pronostique de certains éléments basés sur notions récentes d'hématologie.

A. LEGER et A. BERNIER

Cette communication paraît comme article original, dans le présent numéro de *l'Union Médicale*, page 463.

Discussion:

M. A. BERTRAND: 1° Le malade a-t-il présenté des signes d'intolérance au cours du traitement? En 1933, Simard et Bernier ont rapporté un cas identique, mais leur malade avait présenté des signes d'intolérance.

2° Est-ce que ce malade présentait une diathèse hémorragipare, par exemple de l'hémogénie, qui peut se rencontrer chez l'homme. Le cas de MM. Simard et Bernier avait ces signes.

M. A. MOUSSEAU: J'ai lu récemment un article sur l'abus des médicaments par les femmes. Leur statut humoral peut être troublé par une dose infinitésimale d'hormone.

Est-ce que les dermatologistes font des formules sanguines au cours des traitements bismuthiques et arsenicaux?

M. MARIN: Le malade n'a présenté aucune manifestation d'intolérance pendant son traitement quand brusquement est apparu ce syndrome qui lui fut fatal.

En 1936, sur 22,000 injections arsenicales et 11,000 injections bismuthiques, nous avons eu 1 cas d'agranulocytose, 5 cas d'érythrodermie, et 2 crises nitritoïdes.

Par conséquent, les accidents ne sont pas très fréquents!

M. MOUSSEAU: Au cours des traitements, nous voyons souvent une certaine pâleur, d'où l'importance de savoir s'il y a ou non diminution des globules rouges.

M. MARIN: Dans le doute, nous faisons toujours une formule sanguine. Nous n'avons absolument aucun test pour savoir si les malades seront ou non résistants; même, dans les cas d'érythrodermie, la majorité des malades sont négatifs à l'injection intradermique. Dans l'état actuel de nos connaissances, nous sommes en présence de syphilitiques qu'il faut traiter, et il n'y a aucun test pour nous indiquer ceux qui présenteront des accidents.

Georges HEBERT,
Secrétaire adjoint.

REUNION SCIENTIFIQUE MENSUELLE DE L'HOPITAL SAINT-LUC

Séance du 17 mars 1938

Présidence du docteur Boucher.

A propos d'un cas de cancer.

M. Laroche.

Présentation de malade. Il s'agit d'une lésion ulcéreuse ayant gagné les contours préputiaux, envahissant les deux tiers de cette région qui était devenue rouge, gris-violacé, nécrotique. A l'ultramicroscope, présence de bacilles fuso-spirillaires.

La biopsie démontre là l'existence d'un spino-cellulaire à globe corné. L'envahissement du prépuce est en général lent. L'urètre est rarement intéressé; les épithéliomas spino-cellulaires sont fréquemment associés à des baso-cellulaires.

On distingue deux formes cliniques:

1. Les épithéliomas cacéroïdes.

2. Les épithéliomas papillaires nus ou érythroplasies.

On rencontre, règle générale, ces lésions avec phimosis après cinquante ans. Il faut se méfier de la nature néoplasique de ces lésions chez les diabétiques.

Il existe trois formes de traitement:

1. L'amputation.
2. L'application de radium.
3. Les rayons X en application profonde.

S'il y a infection, le radium a une action nulle. Il est indiqué autrement. L'émasclation totale semble inutile. La preuve: s'il y a une récurrence, elle ne se produit pas aux bourses mais dans les aines. Dans le cas qui nous occupe, il n'y eut pas d'évidement des ganglions qui ont rétrogradé d'eux-mêmes. Le traitement doit être continué.

Discussion:

M. DESFORGES avait vu ce malade en consultation pour syphilis locale. Or, dans ces cas, il faut songer tout d'abord à une syphilis. Dans le cas présent, il y avait eu contact suspect six semaines auparavant. La lésion se montrait infiltrée, indurée et accompagnée d'adénite inguinale. Le B. W. était positif.

On pouvait songer à un épithélioma à cause:

1. De l'infiltration ligneuse.
2. De l'adénite inflammatoire.
3. Du fond noir de la lésion contenant des spirilles et non des spirochètes, saprophytes fréquents des gencives dentaires. Il félicite le Dr Frappier de son examen.

Un traitement syphilitique aurait accéléré l'évolution de l'épithélioma. Il est reconnu que les chancres syphilitiques de la bouche font le lit du néoplasme. Il cite une observation ad hoc.

M. LAROCHE dit qu'il existait une lésion concomitante i.d., un kyste du cordon droit et à l'examen par la sonde, un rétrécissement de l'urètre membraneux.

Un accident de la transfusion.

M. J.-H. Charbonneau

C'est l'histoire d'un petit malade entré à

Pasteur avec une coqueluche et une broncho-pneumonie massive dont la température, malgré la vaccinothérapie, oscillait de 102 à 105 F. De plus, cet enfant présentait une otite double traitée par paracentèse. Au bout de dix jours, on eut l'idée de pratiquer une transfusion; ce qui fut fait avec le sang du père qui était comme l'enfant, du groupe quatre.

Transfusion par voie sinusale: 80 cc. Excellent résultat. La température dans les jours qui suivent passe de 104 F. à 103, puis à 101.

Mais une complication: des abcès multiples cutanés avec furonculose apparaissent, se propagent. Il est question d'une deuxième transfusion qui retarde à cause du père. De nouveau, le 16 septembre, soit douze jours après la première, on injecte du sang paternel. Or, après l'injection de 20 c.c., il apparaît subitement sur tout le corps de l'enfant, un érythème qui prend bientôt une teinte acajou. Injection immédiate d'adrénaline: changement a lieu: pâleur, cyanose et installation rapide d'un œdème aigu du poumon.

Ces phénomènes sont typiques d'accidents déjà observés. On peut les attribuer fort probablement au phénomène d'Arthus, c'est-à-dire à un choc anaphylactique, étant donné le décalage de douze jours entre les deux injections de sérum paternel.

Quelques recherches bibliographiques n'ont rien apporté de nouveau à l'A. Mais on peut dire que le sang humain se compose comme le sang de cheval. Il termine en faisant appel à l'expérience des membres présents.

Discussion:

M. DEROME cherche l'explication de la cyanose. S'agit-il d'une hémolyse? Aurait-on pu prévoir cet accident en tentant une agglutination du sang paternel et du sang de l'enfant?

M. CHARBONNEAU insiste sur la bonne tolérance de la première transfusion. Il ne peut croire que le groupe sanguin se modifie si rapidement. Il attribue la cyanose à un collapsus cardiaque.

M. LABELLE, à une question de celui-ci, l'A. rappelle que la deuxième transfusion consistait en 20 cc. et non en 80 cc.

M. GRONDIN demande l'intérêt qu'il y aurait à injecter l'adrénaline préventive.

M. BOUCHER demande si le père était traité pour une maladie quelconque. On apprend que non.

M. LAFRESNIERE s'informe aussi de la santé du père. Y avait-il asthme? Une tuberculose? Quelle était la glycémie? On ignore la glycémie mais on croit le père exempt des maladies précitées.

M. TOUGAS: peut-on savoir si l'enfant avait présenté de l'anaphylaxie auparavant? M. Charbonneau répond qu'on l'ignore.

M. LAFRESNIERE: Les groupes ne peuvent-ils pas changer?

M. CHARBONNEAU: Oui, s'il y a eu traitement.

M. LABELLE cite le cas suivant: Une malade souffrait d'un fibrôme et avait perdu une forte quantité de sang. Un ancien interne Perea, étant comme la malade, du groupe 2, servit de transfuseur. La première transfusion

se passa très bien. Mais, sept ou huit jours plus tard, une deuxième transfusion amena après l'injection de 75 ou 80 c.c. chez la malade, l'apparition de douleurs abdominales et lombaires très vives. On suspend la transfusion. La malade était véritablement en état de shock, avec néphrite, etc. On recherche de nouveau le groupe sanguin de l'interne Perea. Or, l'agglutination variait selon les sérums employés. Avec celui d'une certaine maison le groupe sanguin de M. Perea était de deux. Avec celui d'une autre maison qui s'est révélé être exact, il était de trois. En conclusion, avant de pratiquer une deuxième transfusion avec le même transfuseur que la première fois, il faut rechercher de nouveau le groupe sanguin du transfuseur afin de vérifier s'il ne s'est pas modifié.

M. LEFRANÇOIS demande si le pourcentage du citrate de soude était le même dans les deux transfusions. A quoi M. Charbonneau répond que oui.

Le secrétaire:

J. LeSAGE.



REVUE DES LIVRES

Chirurgie du pancréas. Par P. BROCCQ, Chirurgien des Hôpitaux, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et G. MIGINIAC, Professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse. Un volume de 428 pages, avec 74 figures et une planche en couleurs. 75 fr. Masson et Cie, éditeurs.

Le pancréas est resté longtemps en dehors des préoccupations du chirurgien.

Organe profond, caché sous le péritoine pariétal postérieur, protégé en arrière par la colonne vertébrale et l'épaisse paroi des lombes, matelassé en avant par le foie, l'estomac, le côlon, ces *lésions traumatiques* n'étaient guère recherchées, il y a quelques années, dans les laparotomies pour contusions ou plaies de l'abdomen. Or, leur fréquence est loin d'être négligeable, comme l'ont démontré les morts précoces sous leur dépendance ou les séquelles secondaires ou tardives (hématomes, faux kystes, fistules), qui sont la signature de la lésion primitive.

Toujours à cause de la situation profonde de cette glande, mais aussi par suite de l'ignorance de l'aspect si spécial des lésions, les *pancréatites aiguës* ont été d'abord ignorées. Comment aurait-il pu en être autrement! Quel organe dans l'économie, en dehors du pancréas, réagit sous ce triple aspect de l'hémorragie, de la nécrose glandulaire, de la cystostéatonecrose. Sans doute, les premiers opérateurs avaient-ils vu soit le sang seul, soit le sang et les taches de bougie, mais il n'avaient pas su aller au pancréas, en rechercher l'origine. Il a fallu, pour ce premier résultat pratique, les constatations faites au cours de l'autopsie, et, pour comprendre ces manifestations inusitées, il a fallu s'adresser à la physiologie et connaître la vie intime de l'organe en cause. C'est également aux études biologiques que l'on doit maintenant d'entrevoir l'explication de quelques-uns des mystères qui entourent

la genèse des lésions; et c'est par elles que l'on doit s'efforcer de trouver la meilleure solution thérapeutique.

P. Brocq, qui a étudié pendant de nombreuses années les pancréatites aiguës, sous l'impulsion du professeur Delbet, a réuni dans un chapitre d'ensemble les notions acquises et les hypothèses imaginées pour expliquer la genèse de ces lésions, tout en exposant ses expériences et ses idées personnelles.

P. Brocq et G. Miginiac, qui avaient été, au 39^e Congrès français de Chirurgie, chargés d'un rapport sur les *pancréatites chroniques* ont voulu « faire le point » sur cette question encore obscure et qui intéresse tout chirurgien opérant pour un ictère chronique, pour un syndrome douloureux de l'étage sus-mésocolique ou pour un syndrome de compression gastro-duodénale. En insistant sur la nécessité de toujours examiner le pancréas en pareil cas, les auteurs ont montré les apparences diverses que revêtent les scléroses glandulaires, les moyens d'en préciser la nature par l'exploration directe, par la biopsie, par les méthodes de laboratoires. Une collection originale de figures histologiques, provenant de coupes de pancréatites humaines et expérimentales constitue une importante contribution à l'histoire des pancréatites chroniques.

Une importante statistique, qu'ils ont édifiée à l'aide de documents personnels, d'observations inédites ou déjà publiées, leur ont permis d'apporter des directives thérapeutiques.

La *syphilis* et la *tuberculose*, à forme de tumeur, entraînant des phénomènes de compression des organes voisins, peuvent nécessiter l'intervention sanglante, les auteurs ne l'ont pas oublié.

Traumatismes, pancréatites aiguës et chroniques sont assez souvent suivis de *séquelles*,



ELIXIR MARTIN~MAZADE

PRÉPARATION STABLE D'IODURE DE CAFÉINE CRISTALLISÉE CHIMIQUEMENT PURE

Cette association synergique d'Iode et de Caféine — sous forme d'Iodocaféine — offre l'avantage de réunir en un seul médicament l'action des iodures alcalins et de la Caféine, sans provoquer de troubles digestifs.

REMPLECE AVANTAGEUSEMENT L'IODURE DE POTASSIUM

Asthme — Emphysème — Oppressions
Bronchite Chronique — Artério-Sclérose

L'élixir Martin-Mazade est un produit de prescription strictement médicale. — Nouveau prix réduit.

P. SUIFFET, Pharmacien, SAINT-RAPHAËL, FRANCE

Pour littérature et échantillons s'adresser à:
ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, Montréal



STANNO-SUFROL

COMPRIMÉS DÉPURATIFS SOUFRÉS ANTISTAPHYLOCOCCIQUES

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

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

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

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

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

LABORATOIRES CROSNIER, Montreuil - Paris

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

hématomes, faux kystes, fistules, insuffisance pancréatique externe ou interne, qui ont fait l'objet de chapitres spéciaux.

A l'aide des mémoires et des faits épars dans la littérature ou recueillis par eux-mêmes les auteurs ont résumé les connaissances actuelles sur les *kystes vrais* et leur origine si discutée sur la *lithiase pancréatique*, son diagnostic par la radiographie et les indications opératoires qu'elle comporte sur les *tumeurs malignes* (sarcomes et épithéliomes), sur les *anomalies* — pancréas annulaires, pancréas aberrants.

La phrénicectomie, par L. BERARD, Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon; F. DUMAREST, Médecin en chef du Sanatorium Mangini à Hauteville; DESJACQUES, Chirurgien des Hôpitaux de Lyon. Un volume de 114 pages avec 19 figures et 17 planches hors texte avec schémas. 30 fr. Masson et Cie, éditeurs.

Les publications parues depuis dix ans sur la « Phrénicectomie » dans le monde entier sont très nombreuses, et l'emploi de cette technique s'est vite généralisée dans le traitement de la plupart des formes de la tuberculose pulmonaire.

C'est d'après une expérience de près de 700 cas que les auteurs apprécient la valeur de l'exérèse du nerf phrénique dans le traitement des affections du poumon (Chapitres II et III: Bases anatomiques, bases physiologiques de la Phrénicectomie); ils discutent aussi de la valeur de l'alcoolisation, de l'écrasement du nerf, décrivant les techniques et précisant les indications. (Chapitres IV, V et VI: Technique, accidents, incidents, complications.)

Sans prétendre diminuer la valeur de la phrénicectomie, les auteurs considèrent qu'on doit en préciser les indications et qu'on ne doit pas juger l'intervention d'après quelques cas isolés suivis pendant trop peu de temps. (Chapitre VIII: Indications.)

Ils mettent en garde également sur la rapidité avec laquelle une guérison peut être obtenue.

Si la phrénicectomie offre sur le pneumothorax l'avantage qu'on peut en suivre les effets sans être contraint de les attendre pendant un temps dont on est embarrassé de fixer la durée, on ne peut pas plus conclure, pour la phrénicectomie que pour le pneumothorax, à la guérison clinique avant un délai de trois ans, et même davantage. Dans la hiérarchie des ressources thérapeutiques dont nous disposons, le traitement général garde toujours la première place. (Chapitres VIII et IX: Indications et résultats.)

DIVISION DE L'OUVRAGE

I. — *Historique.*

II. — *Les bases anatomiques de la Phrénicectomie.* Anatomie du nerf phrénique: origines, rapports, anastomoses, phrénico-accésaire, distribution, anomalies. Innervation du diaphragme.

III. — *Les bases physiologiques de la Phrénicectomie.* Inspiration, expiration, toux, expectoration, vomissements.

IV. — *La technique et les accidents de la Phrénicectomie.* Paralysie définitive du diaphragme: les deux procédés de phrénicotomie radicale, technique personnelle, variantes. Paralysie temporaire du diaphragme. Echec de la Phrénicectomie.

V. — *Incidents. Accidents et complications.* Difficulté dans la découverte de l'arrachement du nerf, accidents nerveux, accidents vasculaires, accidents lymphatiques, accidents cardiaques et réflexes, rupture d'adhérence pleurale, déchirure de la plèvre, la mort rapide après phrénicectomie, hémoptysies, troubles tardifs, complications gastriques, complications pulmonaires.

VI. — *Soins consécutifs: la cure post-opératoire.*

VII. — *Mode d'action de la Phrénicectomie.*

VIII. — *Indications.* La phrénicectomie définitive autonome, la phrénicectomie double, la phrénicectomie temporaire, la phrénicectomie

DEUX PRODUITS

dont l'emploi rationnel permet de pratiquer le

TRAITEMENT de la SYPHILIS

dans toutes ses modalités.

EN INJECTIONS
INTRAVEINEUSES

NOVARSENOBENZOL BILLON

Action puissante et régulière

Le médicament de choix pour le traitement d'assaut

EN INJECTIONS
SOUS - CUTANÉES

SULFARSENOBENZOL BILLON

est tout indiqué lorsque l'injection intraveineuse est impraticable et dans les centres ruraux où une technique simplifiée s'impose.

Laboratoires **POULENC FRÈRES** du Canada, Ltée

204, Place Youville - Montréal

tomie associée ou complémentaire, phrénicectomie ou pneumothorax.

IX. — *Résultats.*

Histoire de la Chirurgie française (1790-1920).

Par J. de FOURMESTRAUX. Préface du Professeur J.-L. FAURE. Un volume de 232 pages. 30 fr. Masson et Cie, éditeurs.

Les travaux d'ensemble consacrés à l'histoire de la Chirurgie française sont peu nombreux. Si l'ouvrage de Rochard reste un maître livre, il date de soixante ans, et commence à Bichat mais s'arrête à Pasteur. — J. de Fourmestraux reprend l'histoire de la chirurgie au lendemain de la disparition de l'Académie Royale, en 1793, pour s'arrêter en 1920, au lendemain de la guerre. — Etude des heures tragiques de la Révolution, où le seul Desault, dans Paris, atteint de folie démagogique et sanglante, continue l'enseignement de Louis, de Sabatier et des maîtres du dix-huitième siècle. — Heures de gloire et de misère de l'épopée, Perry, Larrey, soldats sans peur, médecins sans reproche dont les figures égalent et dépassent celles des maréchaux de l'empire. Heures calmes de la Restauration: Dupuytren, Roux, Sanson, Marjolin.

L'aube du tourment romantique. La querelle Broussais-Laënnec. L'auteur s'attache à l'étude de la vie de Récamier, chirurgien égaré dans la médecine et peut-être le plus grand chirurgien du siècle écoulé.

Dix ans plus tard, découverte de l'anesthésie générale, 1846, qui va singulièrement élargir le cadre de la médecine opératoire et permettre la réalisation des interventions les plus audacieuses. La période qui s'étend depuis le moment où l'anesthésie se généralise jusqu'à la guerre de 1870, comprend des hommes de haute valeur comme Jobert, Maisonneuve, Nélaton, Chassaignac, chirurgiens instruits, techniciens habiles, mais qui obtenaient des résultats opératoires effroyables, tandis que l'infection purulente sévissait dans les hôpitaux de Paris. A ces jours lugubres

succèdent les matins clairs qu'illuminent les découvertes géniales de Pasteur. Entre 1880 et 1885, période de réalisation la plus féconde au point de vue de résultats immédiatement tangibles, à laquelle succède l'ère aseptique. L'étuve sèche, l'autoclave, la généralisation du gant de caoutchouc vont permettre la réalisation d'une technique purement aseptique qui n'a été depuis quarante ans que peu modifiée et reste telle que l'avaient établie Terrier et ses élèves.

J. de Fourmestraux termine ce travail au lendemain de la guerre. S'il n'est pas exact, dit-il, de dire que l'on ne doit la vérité qu'à ceux qui ne sont plus, il est logique de penser qu'il est difficile de dire ce que l'on croit être la vérité aux vivants.

Ce livre est précédé d'une très belle préface du Professeur Jean-Louis Faure, qui estime que si la chirurgie vivra encore de beaux jours, elle ne connaîtra pas les grandes heures que les hommes de sa génération ont vécu. L'auteur pense, au contraire, que la chirurgie n'est pas arrivée au sommet de sa courbe créatrice, mais doit au contraire progresser sans quitter sa précision anatomique, mais en évoluant vers des destinées physiologiques. — Le débat reste ouvert; mais il semble bien que la chirurgie d'hier peut nous donner quelque clarté sur ce que sera la chirurgie de demain.

Les états anxieux. Par Henri CLAUDE, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des Hôpitaux de Paris, et J. LEVY-VALENSI, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des Hôpitaux de Paris. Un volume de 432 pages. 60 fr. Librairie Maloine, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris (VIe).

Depuis les ouvrages relativement anciens d'Hartemberg, Devaux et Logre, Heckel, M. de Fleury, etc., la littérature médicale française ne comptait pas d'étude d'ensemble sur l'anxiété, c'est une lacune que comble ce volume.

L'anxiété est le plus important des symptômes de la médecine mentale; primitive ou

DOSES PLUS FORTES À PLUS BAS PRIX

ORÉTON — HORMONE SEXUELLE MASCULINE

Des recherches approfondies par des cliniciens de renom ont démontré l'efficacité de doses plus élevées d'Oréton (propionate de testostérone) dans certains cas. Schering (Canada) Limited présente par conséquent des doses de 10 et de 25 milligrammes, espérant ainsi faire progresser davantage la thérapie par hormone sexuelle masculine.

Grâce à l'emploi toujours grandissant de l'Oréton et aux perfectionnements apportés aux procédés de fabrication, les prix de ce produit sont maintenant réduits à peu près de moitié. La thérapie par hormone sexuelle masculine est désormais à la portée d'un plus grand nombre de vos malades.

L'Oréton se montre efficace dans l'**hypertrophie bénigne de la prostate**, et procure souvent un soulagement marqué des symptômes tels que la miction nocturne excessive. Dans la soi-disant **ménopause masculine**, l'Oréton exerce une action tonique générale, détend les nerfs, et combat la fatigue et le manque de concentration. Le traitement par cette hormone s'est montré efficace contre certains symptômes de l'insuffisance d'hormone sexuelle chez les individus jeunes. L'Oréton a aussi donné des résultats intéressants et encourageants dans certains cas d'impuissance.

Des résumés plus détaillés de résultats cliniques et les indications pour les nouvelles doses seront envoyés sur demande.

PRÉSENTATIONS ET PRIX

ORÉTON * (Propionate de testostérone en solution dans l'huile de sésame)		Prix suggérés aux médecins
5 milligrammes par ampoule de 1 cc.	Boîtes de 3 ampoules . . .	\$ 3.60
	Boîtes de 6 ampoules . . .	6.60
	Boîtes de 50 ampoules . . .	45.60
10 milligrammes par ampoule de 1 cc.	Boîtes de 3 ampoules . . .	6.00
	Boîtes de 6 ampoules . . .	10.80
	Boîtes de 50 ampoules . . .	76.80
25 milligrammes par ampoule de 1 cc.	Boîtes de 3 ampoules . . .	10.80

* Nom déposé au Canada et aux Etats--Unis.

SCHERING (CANADA) LIMITED

BOÎTE POSTALE 358 (PLACE D'ARMES)

MONTREAL, CANADA

secondaire, on la trouve occupant une place, le plus souvent importante, au cours de l'évolution de tous les processus psychopathiques.

L'anxiété déborde largement le cadre des maladies mentales. Quel est le cardiologue, le gastro-thérapeute, le phthisiologue, le neurologue et plus simplement quel est le médecin qui n'a pas au cours de sa carrière rencontré bien des fois l'anxiété exagératrice et simulatrice de symptômes?

C'est donc à tous les médecins, psychiatres et non psychiatres, que s'adressent les auteurs. Mais l'anxiété déborde même la pathologie et tous ceux qu'intéressent les états psychologiques sauront affirmer une telle vue d'ensemble.

Les auteurs, selon la division devenue classique depuis Brissaud, isolent l'*anxiété*, *sentiment pénible d'attente*, de l'*angoisse*, *sensation* qui accompagne le plus souvent l'anxiété. La réunion des deux symptômes réalise l'état *anxieux: émotion pénible d'attente*.

L'ouvrage, bien que les auteurs acceptent quelques-unes des récentes critiques faites à la doctrine de Constitutions, conserve la division classique en maladies anxieuses constitutionnelles et maladies anxieuses acquises. Les auteurs font jouer un rôle important à l'anxiété constitutionnelle et particulièrement à la psychose périodique.

Quelques parties plus particulièrement originales doivent être signalées. Les professeurs Henri Claude et Lévy-Valensi font un exposé critique de la Neurasthénie et de la Psychasthénie. Ils ne les envisagent pas comme entités cliniques, leurs symptômes appartenant à la constitution anxieuse, à la Psychose anxieuse, à la Psychose d'angoisse. Cette dernière est l'objet de quelques développements, elle participe au groupe des états *anxieux camouflés*. Ici l'anxiété, qui a été pour le trouble *physique* le *primum movens*, se dissimule ensuite laissant la scène clinique occupée par un syndrome d'apparence organopathique.

Les auteurs, ils nous en préviennent, n'hésitent pas à déborder leur sujet, esquissant l'étude de syndromes qui ne sont pas *uniquement* de nature anxieuse; l'hyponcondrie, les troubles de l'identification, la compensation bovaryque.

L'ouvrage se termine par des considérations sur la psychanalyse, les réactions biologiques, la médecine légale et la thérapeutique des anxieux.

Écrit sans la préoccupation d'être un traité complet de l'anxiété, mais avec le double souci d'être clair et surtout utile, ce livre met à la portée de tous quelques-uns des grands problèmes de la psychiatrie contemporaine; il permettra à tous de reconnaître l'anxiété, de la dépister, de la traiter.

Ajoutons que le choix de quelques observations, la présence de considérations littéraires et historiques ajoutent un particulier attrait à la lecture de l'ouvrage.

Le thorax. Anatomie médico-chirurgicale.

Par MM. Prof. A. HOVELACQUE, Olivier MONOD, Henri EVRARD. Un volume format 19 x 28 de 350 pages avec 125 figures de Arnould Moreaux, entièrement tiré sur papier couché. Volume cartonné, 160 frs, vol. broché, 140 frs. Librairie Maloine, éditeurs.

L'idée de ce travail a été suggérée aux auteurs par les développements que prend la *chirurgie thoraco-pulmonaire*.

Ils apportent le résultat de leurs recherches sur plus de 200 cadavres, dont un certain nombre durcis au formol, « seul moyen pour observer les organes véritablement en place. »

Leur étude est dominée par la préoccupation d'apporter à celui qui aborde la chirurgie thoraco-pulmonaire des connaissances pratiques et utiles, c'est pourquoi elle est conçue dans un esprit très spécial. Elle représente, en effet, « une somme » des connaissances anatomiques à avoir sur le thorax. Sans délaissier les recherches anatomiques qui trouvent leur application dans la chirurgie cardiaque et dans la chirurgie œsophagienne seules, les

*Près de cent années au service
de la langue française*

LIBRAIRIE **BEAUCHEMIN** LIMITÉE

MAISON ÉTABLIE EN 1842

430, ST-GABRIEL MONTRÉAL

SPÉCIALISÉE DANS LES ÉDITIONS ET LES
PUBLICATIONS DE TOUTES SORTES. DEMANDEZ SON
DERNIER CATALOGUE DES LIVRES PARUS QUI VOUS SERA
ADRESSÉ FRANCO SUR DEMANDE.



BEAUCHEMIN
édite, imprime et relie.

BEAUCHEMIN
s'occupe de la vente de
tous les ouvrages qu'il
édite.



auteurs s'attachent surtout à décrire ce qui, avant l'essor de la chirurgie thoraco-pulmonaire ne paraissait pas avoir une grande importance, et reprennent les points difficiles à préciser mais qui doivent l'être en raison de l'intérêt pratique qu'ils acquièrent maintenant.

Confirmant le résultat de certaines recherches antérieures, les confirmant après une étude minutieuse sur un matériel abondant, sur d'autres points les auteurs apportent des précisions nouvelles ou des notions différentes des données classiques: on lira avec intérêt les chapitres consacrés à l'anatomie du pédicule pulmonaire, au ligament triangulaire, au hile du poumon; ils arrivent à donner une description relativement simple de cette région en apparence si complexe et pourtant si indispensable à bien connaître.

Ce travail n'est pas exclusivement réservé au chirurgien, qui y trouvera d'ailleurs toutes les données nécessaires pour une thoracoplastie ou pour une intervention sur les pédicules pulmonaires et sur le médiastin.

Le médecin trouva dans ce volume les renseignements indispensables pour l'examen des scissures, pour l'étude de la projection isolée des lobes, pour celle de la vascularisation bronchique et pulmonaire; il y trouvera également des données précises et détaillées sur la radiologie des divers viscères (plèvres, cœur, etc.).

L'étudiant et en particulier l'étudiant qui prépare les concours y trouvera sous une forme claire tous les éléments susceptibles de lui faire comprendre l'anatomie en apparence si complexe du médiastin.

Ce travail est le premier qui, avec des préoccupations médicales et chirurgicales apporte la rigueur scientifique et les bases anatomiques indiscutables résultant d'un travail de plusieurs années.

Le présent volume d'anatomie descriptive et topographique illustré par *Arnould Moreaux* présente à côté des schémas très simples de

magnifiques planches particulièrement travaillées et fouillées.

125 planches ou dessins, dont ci-joint deux spécimens.

Il sera suivi d'un volume d'anatomie proprement chirurgicale, actuellement en préparation.

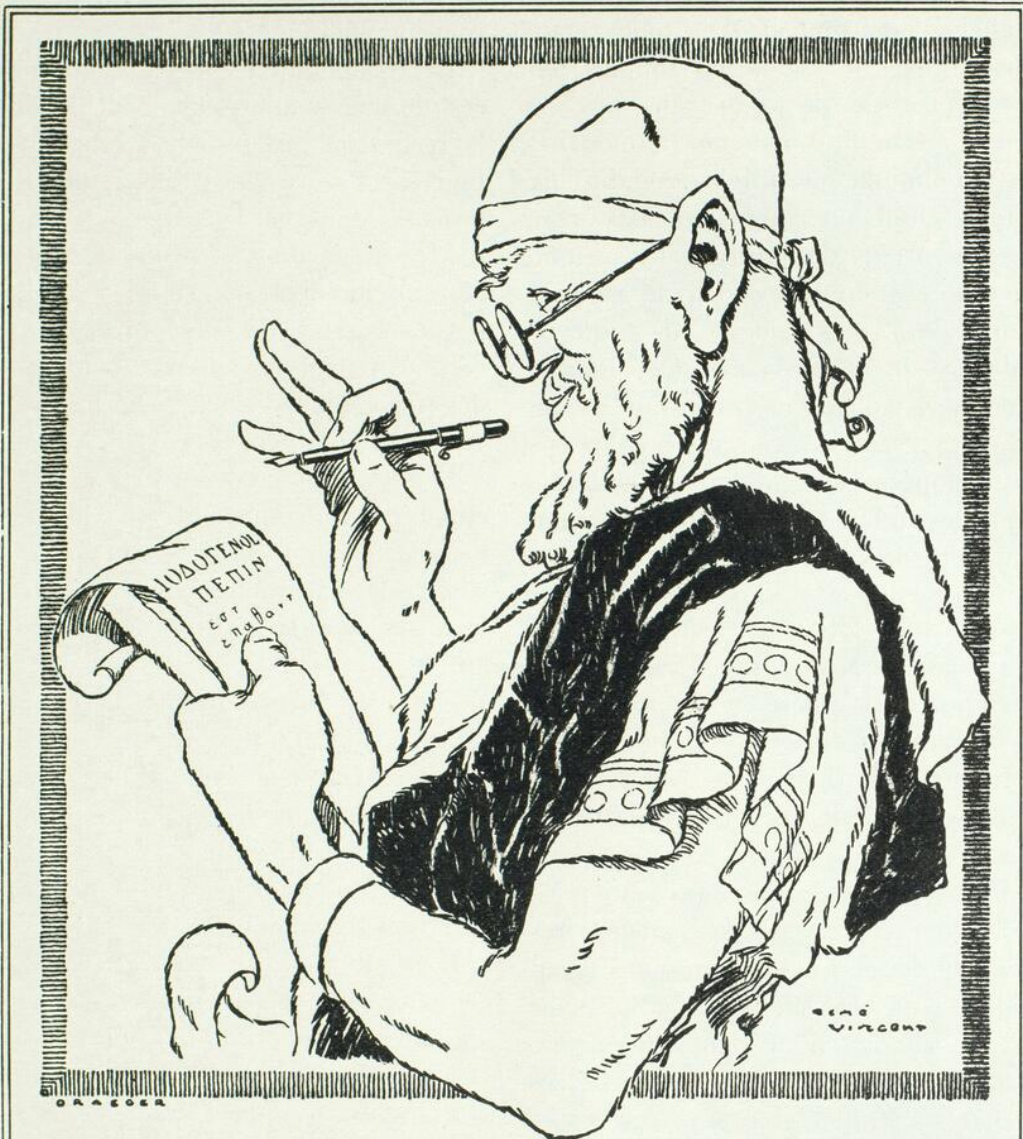
Treize coupes horizontales du thorax (grandeur naturelle). Par MM. Prof. A. HOVELACQUE, Olivier MONOD, Henri EVRARD. Un atlas format 56 x 38 cm de 13 planches et 13 calques avec légendes, dessinés par Arnould Moreaux, tiré sur papier chromotype supérieur en lithographie. Librairie Maloine, éditeurs.

Cet atlas est le complément que les auteurs de « l'anatomie du thorax » annonçaient dans leur précédent ouvrage. Il s'adresse aux chirurgiens et aux médecins aussi bien qu'aux anatomistes.

Les superbes planches dessinées par *Arnould Moreaux* donnent à l'immense travail des auteurs la représentation qu'il méritait. Ces coupes à la fois minutieusement fouillées et merveilleusement claires sont complètes sans être surchargées. Loin d'être le matériel brut que constitue une photographie, elles en ont la rigueur objective tout en étant une œuvre pensée et même chirurgicalement pensée.

Les auteurs ont voulu établir un document anatomique aussi exact et complet que possible. Sur ces figures, qui représentent plusieurs années de travail, aucun trait n'a été arbitrairement tracé, aucun nom n'a été porté en légende que l'organe auquel il s'applique n'ait été soigneusement et indiscutablement identifié.

L'identification de chaque élément a été poussée très loin; un examen attentif permettra même de reconnaître, par exemple, la direction des faisceaux musculaires, les zones d'insertion des muscles, la situation précise des vaisseaux et des nerfs par rapport aux aponévroses et aux plans de clivage. Il sera également possible de suivre les plans décollables ou les lames de tissu cellulaire, là où le dessin montrera entre les différents élé-



PEPTONE IODÉE SPÉCIALE

LA PLUS RICHE EN IODE ORGANIQUE, ASSIMILABLE, UTILISABLE

Iodogénol Pépin

GOÛT
AGRÉABLE

TOUTES LES INDICATIONS DE L'IODE
ET DES IODURES MÉTALLIQUES

TOLÉRANCE
PARFAITE

Bien supérieur aux Sirops et Vins Iodés ou Iodotanniques.

PRESCRIRE

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

Échantillons sur demande
à MM. les Docteurs.

Laboratoires PÉPIN & LÉBOUCQ.
COURBEVOIE — PARIS

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

ments, un espace intentionnellement reproduit d'après nature.

Les planches montrent aussi la topographie exacte des organes profonds par rapport aux différents éléments de la paroi; elles peuvent permettre de reconnaître les zones pulmonaires d'exploration clinique ou radiologique difficile. Elles seront enfin un guide précieux pour toutes les opérations de chirurgie thoracique.

Les coupes ont été faites sur le cadavre d'un homme de 32 ans, robuste, de taille un peu au-dessus de la moyenne. Cet homme mort d'une mort violente ne présentait aucune tare pathologique. L'examen de nombreuses coupes pratiquées sur d'autres cadavres montre que les organes se présentent comme sur la majorité des sujets.

Le sujet, après injection durcissante au formol, a été congelé. Les coupes ont été faites à la scie à ruban; le niveau de chacune d'elles a été soigneusement repéré par rapport à la colonne vertébrale. Ces coupes s'étendent sur toute la hauteur du thorax, les coupes inférieures intéressent donc une grande partie de l'abdomen.

Les planches de cet atlas représentent la réalité; elles ont été décalquées; aucune retouche n'a été faite. Les coupes sont reproduites grandeur nature. Un calque a été placé en regard de chaque figure pour permettre l'identification des organes. La légende de ces calques est très détaillée et très précise.

Un atlas de coupes ne semble pas, a priori, prêter à faire œuvre vigoureuse et originale. Cependant les « Treize coupes du Thorax » reflètent la réalité recrée par l'anatomiste, le chirurgien et l'artiste. Les uns et les autres doivent être loués d'avoir fait avec de simples coupes une belle œuvre, une œuvre qui durera.

La réaction de fixation dans les tuberculoses humaines et animales. Par Achille URBAIN. Volume de 146 pages. 28 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

La première édition de la « Réaction de fixation dans la tuberculose » a été rapide-

ment épuisée, la publication de cette deuxième édition a été retardée par la nécessité d'une revision complète.

De très nombreux travaux ont été consacrés ces dernières années, surtout à l'étranger, à la recherche des anticorps tuberculeux. L'auteur les a résumés aussi fidèlement que possible dans cet ouvrage.

Moyen de diagnostic de la tuberculose, la réaction de fixation, supplée à l'insuffisance de nos organes de perception; elle permet de déceler parfois la présence du bacille dans des régions inaccessibles à la fois à l'ouïe, à la vue et au palper.

Il ne faut pas demander cependant à cette épreuve sérologique plus qu'elle ne peut donner, par exemple, en exigeant d'elle des précisions sur le caractère du processus tuberculeux ou sur la nature des lésions et leur gravité.

Entre le laboratoire et la clinique il est indispensable qu'il y ait un accord complet; s'il n'existait pas, cela prouverait que cette réaction manque de spécificité et que la technique est insuffisante.

Il ne faut pas non plus opposer les auto-réactions sérologiques à la réaction de fixation.

Dans un chapitre particulier, M. Urbain a comparé plus spécialement les résultats fournis par la réaction de fixation et la séroflocculation à la résorcine dans la tuberculose. Il souligne que ces deux épreuves ne s'opposent pas l'une à l'autre, au contraire, elles se complètent et se contrôlent mutuellement et peuvent être employées simultanément, avec fruit, par le médecin.

La valeur de cette réaction est d'ailleurs démontrée par les résultats obtenus chez les animaux.

S'il est parfois difficile au médecin d'affirmer qu'un malade est réellement tuberculeux, en dehors des cas cliniques bien définis, lorsque, par exemple, il trouve des bacilles dans les crachats, cette difficulté n'existe pas en médecine vétérinaire où l'on peut choisir des animaux abattus, macroscopiquement tuberculeux, et vérifier si leur sérum contient



PARMI LES CAUSES DE

L'HYPERACIDITÉ

Presque invariablement, certains troubles organiques, et, non moins souvent, certaines « habitudes » sont des sources prolifiques d'hyperacidité gastrique. Le « dernier » p'tit verre, la tasse de café supplémentaire, une pipe de plus, des mets riches qui chatouillent agréablement le palais mais que l'estomac ne supporte pas, la crainte et les ennuis — tout cela contribue à créer des troubles dans l'estomac.

En faisant remarquer au patient les erreurs qu'il commet dans ses habitudes et dans son genre de vie, on pourra peut-être empêcher la formation d'un excès d'acidité dans l'estomac, mais pour soulager promptement la douleur et le malaise qui l'accompagnent, CAL-BIS-MA est justement ce qu'il faut. Cal-Bis-Ma accomplit promptement la neutralisation gastrique, et son effet est prolongé. Ses propriétés calmantes, sédatives, protectrices et absorbantes empêchent la formation secondaire d'acide et la dilatation due aux gaz.

Demandez-nous donc de vous envoyer de la littérature explicative et un échantillon d'essai de Cal-Bis-Ma. Ceci vous expliquera la composition du Cal-Bis-Ma, ses usages, et vous permettra de juger de sa valeur — par vous-même.

CAL · BIS · MA

Poudre présentée en boîtes de 1¾ et de 4 onces.

William R. Warner & Co., Ltd., 727 King Street, W., Toronto, Ontario

des anticorps spécifiques. La réaction de fixation acquiert donc, dans ces conditions, la valeur d'une véritable expérience de laboratoire.

Or, dans les examens de tuberculose des bovidés, des carnivores domestiques, des singes ou des oiseaux, rapportés par M. Urbain, la réaction est positive dans 90% des cas. En sorte que chez les carnivores et chez les singes qui, contrairement aux bovidés, réagissent mal à la tuberculine, la technique de Bordet-Gengou peut être considérée comme un procédé de choix pour le diagnostic de la tuberculose.

L'auteur expose ces méthodes et techniques dans les chapitres suivants:

I et II. — Préparation des éléments de la réaction. Leur titrage.

III. — Technique de la réaction.

IV. — Les anticorps tuberculeux.

V. — Séro-floculation à la résoïcine et tuberculose.

VI. — Application de la réaction de fixation au diagnostic de la tuberculose humaine.

VII. — La réaction de fixation appliquée au diagnostic des tuberculoses animales. Valeur de la réaction de fixation.

Bibliographie.

Les éléments du pronostic dans les maladies aiguës. Par A.-B. MARFAN, Professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine. Volume de 80 pages. 20 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Le médecin doit connaître les signes qui lui permettent de prévoir la marche et l'issue des maladies. Cette connaissance l'empêche de conclure à l'efficacité d'un traitement lorsqu'il l'a appliqué à une maladie qui guérit spontanément. Toute recherche de thérapeutique présuppose la connaissance du pronostic.

C'est dans les maladies aiguës que les erreurs de pronostic sont les plus faciles et ont les conséquences les plus sérieuses. C'est aux éléments du pronostic dans ces affections que l'auteur s'est principalement attaché.

La première étude est consacrée aux éléments du pronostic dans la fièvre typhoïde, car ce qui s'applique à elle s'applique, à quelques nuances près, à d'autres maladies aiguës de l'âge adulte, de l'adolescence et de la grande enfance.

Les autres chapitres sont consacrés aux sujets suivants:

Pneumonie lobaire aiguë. Broncho-pneumonie. Diphthérie. Scarlatine. Endocardites et péricardites aiguës. Méningites aiguës.

Le diagnostic radiologique des tumeurs malignes du pharynx et du larynx. Par F. BACLESSE, Chef de Service à la fondation Curie. Préface de A. HAUTANT. Etude anatomo-topographique et radiographique. Volume de 270 pages avec 236 figures. 100 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'examen radiographique est d'une grande importance dans l'étude des cancers du pharynx et du larynx, il complète l'exploration clinique, parfois insuffisante, en précisant l'extension de la tumeur et en fixant son point de départ approximatif; il renseigne sur l'atteinte cartilagineuse; il ajoute un élément de pronostic, en faisant mieux ressortir le caractère bourgeonnant de certains cancers et leur degré d'opacité, les cancers exophytiques et peu opaques étant d'un pronostic meilleur que les cancers infiltrants; enfin il permet, dans des cas difficiles, de déceler les néoplasmes à siège caché, tels que certains cancers de la partie basse de l'hypopharynx ou de l'étage sous-glottique du larynx.

L'interprétation des images pathologiques exige la connaissance parfaite de l'aspect normal du larynx et du pharynx. Aussi est-il fait dans ce livre, une large part à la description radiographique du larynx et du pharynx normaux, de ses variétés radiographiques, du mode de l'ossification et de la calcification des cartilages laryngés.

Les différentes localisations cancéreuses sont traitées successivement: pour le pharynx, celles de l'oropharynx (base linguale, vallé-

BRÈVES BIOGRAPHIES DE BORDEN



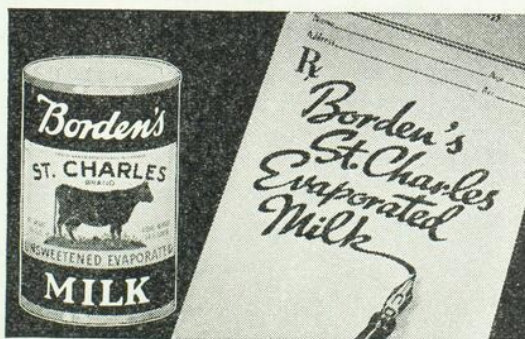
★ L'ONCLE BOSCO ★

Individualiste acharné. Il chassa tous les inspecteurs de Borden à coups de cornes, jusqu'à ce qu'on lui eut expliqué le système sanitaire. Plus tard, il devint un fervent défenseur du système employé par Borden pour le contrôle de la qualité.

Que signifie le Système Borden pour le Contrôle de la Qualité?

Ce système résulte, en réalité, des premières exigences de Gail Borden—qui voulait un lait plus propre et plus sûr. Il comprend maintenant trois services—le choix des fermes, l'inspection des troupeaux et l'examen quotidien de tous les laits qui arrivent. Ce système rigoureux permet de produire un des meilleurs laits évaporés du monde entier—le Lait Evaporé Irradié Borden's.

Le Lait Evaporé Borden's a été accepté en 1930 par le Comité de l'Association Médicale Américaine sur les Aliments.



Ecrivez Borden's sur vos formules de lait évaporé, et vous serez certain d'avoir un lait répondant à votre conception d'un prototype de qualité supérieure.



cules, épiglotte, sillon glosso-pharyngien, repli pharyngo-épiglotte), et celles de l'hypopharynx (repli ary-épiglottique, région aryénoïdienne, sinus piriforme, région rétrocricoïdienne, bouche de l'œsophage, paroi postérieure du pharynx; pour le larynx, les cancers du vestibule, du ventricule de Margagni, de la corde vocale, de la sous-glotte. Enfin, dans un chapitre réservé du radiodiagnostic différentiel, sont reproduites les images typiques de la tuberculose et des papillomes du larynx.

Chaque image radiographique est accompagnée d'un schéma explicatif et d'un court résumé clinique, histologique et parfois anatomo-pathologique du cas rapporté. De nombreuses images laryngoscopiques complètent les radiographies. Pour permettre la confrontation facile des aspects cliniques et radiographiques, les images appartenant au même malade sont groupées sur deux pages, face à face, ce qui confère à ce volume le caractère d'un atlas plutôt que celui d'un manuel.

Ainsi présenté, ce livre qui résume un travail de onze années de recherches accomplies à la Fondation Curie et à l'Institut du radium de l'Université de Paris, est appelé à rendre de grands services au laryngologiste, au radiothérapeute, non moins qu'au médecin non spécialiste, désireux de se documenter sur les aspects si variés des cancers du larynx et du pharynx.

Le phénomène de la guérison dans les maladies infectieuses. Par F. D'HERELLE. Volume de 416 pages, avec 4 planches. 75 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120 boulevard Saint-Germain, Paris.

Les ouvrages précédents de l'auteur, publiés en 1921 et 1926, véritables recueils d'expériences, étaient spécialement destinés aux bactériologues. Le plan du présent ouvrage est différent et son intérêt plus général, comme d'ailleurs l'indique son titre: « Le phénomène de la guérison dans les maladies infectieuses ».

La question du bactériophage a fait de grands progrès au cours des dix dernières

années; de nouvelles preuves, irréfutables, sont venues confirmer qu'il s'agit bien d'un minuscule parasite des bactéries; le fait est maintenant généralement accepté, même par les savants qui l'avaient le plus vivement contesté. Au cours des trois premiers chapitres, d'Hérelle expose l'état actuel de cette question qui intéresse au plus haut point les biologistes. Le lecteur se rendra d'ailleurs compte que l'importance du sujet ne fait que croître, c'est ainsi par exemple, qu'il englobe maintenant le problème des mutations.

Le point de vue théorique, c'est-à-dire l'étude expérimentale, au laboratoire, du bactériophage, est certes fort importante, mais où l'intérêt devient passionnant, c'est dans la recherche du comportement du parasite des bactéries dans ses conditions naturelles d'existence. Il a fallu à d'Hérelle vingt années de travaux et de voyages par le monde, pour mettre à jour toutes les modalités de ce comportement; il a suivi les épizooties dans les marais de la Cochinchine, des épidémies de choléra dans les hôpitaux du Bengale et dans les villages du Pendjab, des épidémies de peste en Asie et en Afrique, d'autres maladies infectieuses un peu partout; il a travaillé dans plus de vingt laboratoires, la plupart improvisés pour la circonstance, scrutant, non seulement des milliers de malades, mais le milieu où ils vivaient. Tenant compte de tous les faits découverts, il a édifié une théorie qui explique, à la fois, le processus et le mode de guérison des maladies infectieuses, l'allure et le mode d'extinction des épidémies.

Mais une théorie ne vaut que par la preuve cruciale de sa réalité. Ici nous ne pouvons mieux faire que de citer le passage suivant de d'Hérelle, extrait de la préface: « Mais si la théorie de la guérison que l'observation des maladies infectieuses naturelles m'a suggérée est exacte, nous devons pouvoir reproduire expérimentalement, à notre gré, le processus naturel de la guérison: les recherches faites à ce sujet sont relatées dans le cinquième chapitre. Comme ce livre sera probablement lu par des médecins praticiens, j'ai tenu à décri-

UROPAZINE

GRANULE EFFERVESCENT

ELIMINE L'ACIDE URIQUE

COMPOSANTS PRINCIPAUX:

Pipérazine

Hexaméthylenetétramine

Soufre colloïdal

Formiate de lithine

INDICATIONS:

GOUTTE ◆ **RHUMATISME** ◆ **SCIATIQUE**

Laboratoires Spartol, Paris, France

Distributeurs:

HERDT & CHARTON, Inc.

2027, avenue McGill College

Montréal

DIGESTIF EFFERVESCENT

à base de Pepsine et Papaine pures

DIGESTAN

SE PRESENTE en FLACONS
DE 180 GRAMMES (6 ozs.)

□ □ □

IL AGIT VITE ET BIEN

LABORATOIRE NADEAU Ltée, MONTREAL

re en détail la thérapeutique par « bactériophagie provoquée » et leur permettre ainsi d'appliquer en connaissance de cause un mode de traitement qui se répand chaque jour davantage et qui, si j'en juge par les résultats déjà atteints, deviendra dans un prochain avenir le mode de traitement classique général des maladies infectieuses bactériennes. Déjà d'ailleurs, dans quelques pays, des laboratoires officiels préparent des cultures de divers bactériophages et les distribuent pour des fins thérapeutiques. »

« Si la validité d'une théorie de la guérison doit être fournie par la reproduction expérimentale du phénomène naturel, une telle preuve croisée, nécessaire et suffisante, doit étayer une théorie de l'extinction des épidémies déduite de l'observation. C'est le sujet du septième chapitre. Ainsi se termine un cycle qui me semble complet. »

En résumé, le présent ouvrage intéresse le bactériologue et plus généralement le biologiste par ses trois premiers chapitres qui sont une mise au point de l'état actuel de la question du bactériophage et du problème des mutations bactériennes. La partie traitant de l'étude des maladies infectieuses et des épidémies présente un intérêt de premier ordre pour le pathologiste et l'hygiéniste. Quant au médecin, il trouvera pour chacune des maladies actuellement passibles de ce mode de traitement, un exposé détaillé de la méthode thérapeutique « par bactériophagie provoquée », qui représente la thérapeutique, par excellence, puisqu'elle tend à provoquer chez le malade le phénomène naturel de la guérison.

Questions cliniques d'actualité. Leçons professées à la Charité. Service du Professeur SERGENT. Volume de 318 pages, avec 557 figures. 65 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120 boulevard Saint-Germain, Paris.

Sur les syndromes neuro-anémiques, par Th. Alajouanine.

La diathèse hérédosyphilitique, par Francis Bordet.

Vues nouvelles sur la circulation du sang, par Louis Chauvois.

Le soufre en thérapeutique respiratoire, par Henri Flurin.

Rétrécissement de la poitrine. Sinistocardie et souffle artériel pulmonaire, par J. Gervier.

Le pronostic de convulsions de l'enfance, par H. Janet.

Les péricardites tuberculeuses, par Ch. Laubry.

Les albuminuries intermittentes des grands enfants et des adolescents, A.-B. Marfan.

Le rein mobile et ses conséquences, par Edouard Michon.

Sur un cas de paralysie postsérothérapique antidiphthérique, par René Mignot.

Kystes aériens du poumon chez l'adulte, par Pierre Pruvost.

Etudes humorales chez le nourrisson. Les troubles de l'équilibre acido-basique et leur représentation clinique, par Ribadeau-Dumas.

Les Fonctions du cerveau, par G.-H. Roger.

Contribution à l'étude des broncho-pneumonies aiguës non tuberculeuses: syndrome pseudo-tuberculeux d'origine grippale, par L. Sayé.

Tuberculose et contagion, par Emile Sargent.

Les atteintes de la colonne vertébrale chez les tuberculeux pulmonaires, par Jacques Stephani.

Sur les mécanismes régulateurs nerveux et humoraux de la pression artérielle, par A. Tournade.

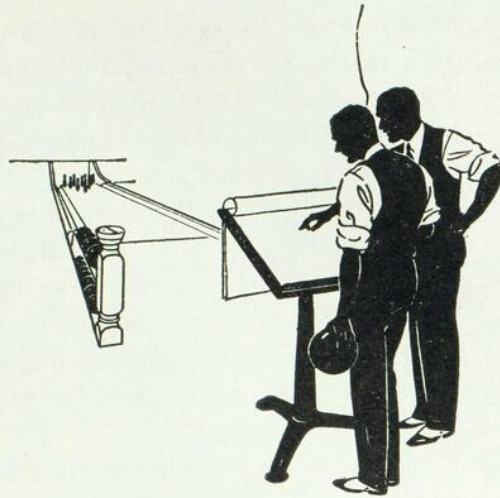
La Génétique appliquée à la prophylaxie des maladies humaines, par R. Turpin.

Traitement des constipations fonctionnelles.

Par Gabriel LEVEN et Roland LEVEN, Volume de 88 pages. 15 francs. Masson, et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Ce fascicule fait partie de la collection *Médecine et Chirurgie — Recherches et application* (Collection Jaune).

Consacrer 87 pages à un tel sujet peut paraître un geste inutile et ingrat. Mais au contraire, nous félicitons les auteurs de la présentation précise et nette du problème de la consti-



“Quel est le meilleur moyen de faire le coup de dix?”
“Mettez dix sous sur le comptoir et dites—des Sweet Caps.”

CIGARETTES SWEET CAPORAL

“La forme la plus pure sous laquelle le tabac peut être fumé.”



A votre disposition

●

Votre banque n'est pas seulement votre caissière et la dépositaire de vos capitaux d'épargne. Elle est en état de vous rendre d'autres services. Vos occupations et vos préoccupations d'ordre professionnel ne vous laissent guère le loisir de vous documenter au jour le jour sur les questions d'affaires. Vous n'en êtes pas moins tenu, à l'occasion, de résoudre certains problèmes financiers qui mettent en jeu vos intérêts. Recourez donc avec confiance au gérant de votre banque dont les avis désintéressés vous seront souvent utiles.

●

Banque Canadienne Nationale

pation; et nous reconnaissons un effort très louable dans la publication de ce volume.

L'étude débute par une critique et mise au point des symptômes attribués à l'auto-intoxication, les recherches de laboratoire réalisant souvent des conditions artificielles et ne répondant nullement aux données cliniques. « Le seul point d'intérêt véritable c'est le rôle de défense que joue une muqueuse intestinale saine ».

Et puisque la constipation est presque toujours d'ordre spasmodique et cela même chez les vieillards plus fréquente que la constipation par atonie, les auteurs s'élèvent contre la « technique classique » des constipés, qui comporte une alimentation riche en végétaux, à résidus abondants et en fruits, contre la « technique classique » (sic) qui utilise encore les laxatifs et lavements, tandis que la thérapeutique efficace doit être dirigée à contrôler le spasme et à éviter de brutaliser la muqueuse intestinale. Elle doit savoir respecter certaines constipations et reconnaître toute une catégorie de malades dont la santé paraît bénéficier des périodes de constipation. Il lui faut combattre « l'idée obsédante de la journée sans selles qui est à la base de l'emploi des laxatifs dangereux et souvent brutaux ».

L'observation clinique conduit à formuler la notion de a) la constipation, symptôme artificiel et que l'on reconnaît chez les enfants ou adultes, qui ignorent les règles de l'hygiène intestinale quotidienne; chez des sujets sous-alimentés ou suralimentés. C'est la jeune fille qui devient constipée dès son entrée au pensionnat; c'est l'homme d'affaires pris par ses soucis; ce sont des femmes auxquelles des injections vaginales répétées provoquent des spasmes intestinaux.

b) La constipation physiologique que l'on rencontre chez les femmes qui vomissent fréquemment au cours de la grossesse: c'est la constipation des fiévreux, des opérés peu alimentés, constipation qui doit être respectée, puisque c'est une réaction de défense. Les observations sont nombreuses qui démontrent qu'il faut attendre le retour spontané des selles.

c) La constipation pathologique médicale ou chirurgicale. Ce chapitre est à lire très attentivement. Nous ne partageons pas cependant l'opinion des auteurs sur les anomalies de forme (dolichocôlon), « que la position de l'intestin n'est pas un obstacle à la guérison de la constipation par un traitement purement médical » (p. 47). Au point de vue doctrinal, sur la question du dolichocôlon qui s'accompagne de crises de subocclusion, il nous paraît inadmissible et même dangereux d'attribuer beaucoup plus à la compression d'une portion du côlon par une anse intestinale voisine *distendue par les gaz* qu'à une *coudure intestinale*.

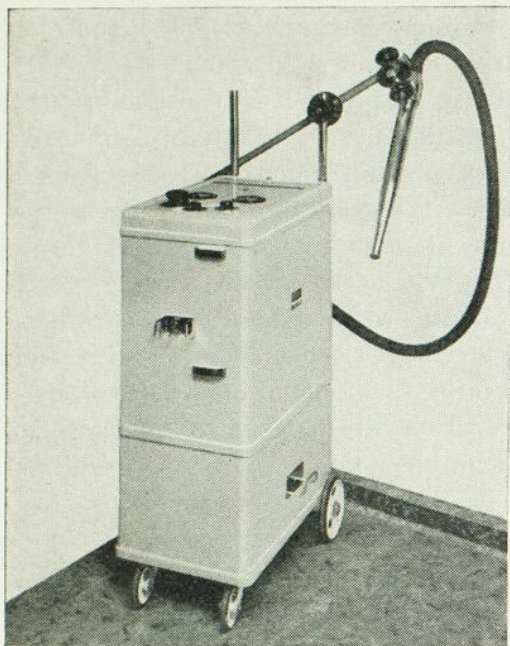
Et la thérapeutique? Puisque seules la constipation médicale et la constipation-symptôme artificiel exigent un traitement, elle sera commandée par la notion de la nature spasmodique de la constipation et qui consistera en: a) un régime alimentaire, ne comportant ni crudités, ni légumes verts, ni fruits crus; b) une préparation psychologique du constipé en lui conseillant la patience et l'attente du retour spontané de la selle; c) une préparation à la tentative de défécation quotidienne par l'emploi d'un mélange de lactose réglisse avec tisane de mauve.

d) Comme médicaments, les auteurs préconisent le bromure de sodium ou le carbonate de bismuth, pour contrôler l'état spasmodique, aussi l'opothérapie, surtout l'emploi de médication thyroïdienne; le traitement des hémorroïdes et les fissures anales par emploi de suppositoires au cacodylate de soude. La gymnastique abdominale et respiratoire; la correction de la chute des organes à l'aide d'un soutien abdominal chez les malades avec atonie viscérale, ne doivent pas être ignorés.

Pour conclure, disons que les auteurs dans cet ouvrage se sont efforcés de mettre en relief cette thérapeutique judicieuse qui consiste à supprimer les spasmes, facteurs essentiels de la constipation, les traumatismes destructeurs des épithéliums de défense et qui met le malade à l'abri des symptômes toxiques.

A. CANTERO.

Le traitement du cancer et des lésions de surface d'après la méthode Chaoul



Thérapie à contact et dans
les cavités avec l'appareil

PHILIPS METALIX

de Thérapie à Contact

Pour renseignements, s'adresser à

CANADIAN METALIX COMPANY LTD.

531 est, rue Sherbrooke, Montréal, Qué.

LA MÉDICATION
OPOTHÉRAPIQUE

CHOAY

Opothérapie simple

Opothérapie associée: **SYNCRINES**

EXTRAITS TOTAUX

(poudres d'organe)

} Comprimés

EXTRAITS INJECTABLES

(en solution aqueuse)

} Ampoules stérilisées

OVAIRE

THYROÏDE

SURRÉNALE

HYPOPHYSE

Autres glandes...

Laboratoires E. Choay,

48, rue Théophile-Gautier, PARIS, France.

Représentants exclusifs:

HERDT & CHARTON, INC.,

2027, avenue McGill College

Montréal

Tumeurs intracrâniennes. Par Harvey CUSHING, Ancien Professeur de Chirurgie à la Faculté de Médecine de Harvard et ancien Chirurgien en Chef du Peter Bent Brigham Hospital, Boston. Professeur de Neurologie à la Faculté de Médecine de Yale, New Haven; Etude analytique de 2000 tumeurs vérifiées et de leur mortalité opératoire. Edition revue et augmentée par l'auteur et comprenant deux études sur les résultats éloignés du traitement opératoire des tumeurs intracrâniennes. Par W. Van WAGENEN (Rochester, New York) et Hugh CAIRNS (Londres). Traduction française de Jean ROSSIER (Lausanne). Volume de 194 pages avec 111 figures. 80 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120 boulevard Saint-Germain, Paris.

Cette étude de 2,000 cas de tumeurs crâniennes constitue un aperçu extrêmement concis des expériences faites par l'auteur et ses collaborateurs dans un domaine de la neurochirurgie qui, il y a trente ans se présentait sous les auspices les plus défavorables et les plus décourageants.

La publication de cet ouvrage a éveillé un intérêt tel qu'une traduction française a été jugée nécessaire.

Cette édition française a été établie avec le plus grand soin et contient des additions et un résumé du travail du Dr W. P. Van Wageningen, portant sur la série de 149 tumeurs intracrâniennes vérifiées, alors qu'il était assistant de l'auteur.

On s'était proposé, en écrivant cet ouvrage, de publier aussi brièvement que possible des statistiques de mortalité opératoire. Ce genre de travail présente peu de difficultés et, comme l'auteur le montre, beaucoup moins d'in-

térêt que l'appréciation du résultat final de la thérapeutique employée. Dans l'étude de ces résultats éloignés il faut tenir compte de deux facteurs: le premier est constitué par la variation de la survie opératoire rapportée aux divers types tumoraux et à leurs diverses localisations; le second de ces facteurs résulte du pourcentage de malades capables de reprendre une vie active et de récupérer leur capacité de travail. L'élaboration de statistiques de ce genre n'est pas chose aisée. Si l'on peut s'accorder sur la définition du décès post-opératoire, il n'existe par contre aucune règle admise pour juger de la valeur des résultats éloignés: la durée de la survie, par exemple, est un critère nettement insuffisant.

Le matériel anatomo-pathologique et les reproductions photographiques des histoires de malades provenant des 2,000 cas de tumeurs ont été réunis dans le laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Yale.

Les statistiques de mortalité opératoire que l'on trouvera dans le corps de cet ouvrage (cf. tableaux V et VI) traduisent une amélioration progressive de la technique neuro-chirurgicale. On peut donc raisonnablement s'attendre à voir les résultats éloignés s'améliorer en fonction directe de l'abaissement annuel de la mortalité immédiate. Aussi est-il permis d'escompter que de nouvelles enquêtes sur l'état des malades opérés postérieurement à 1927 confirmeront les espoirs et donneront à d'autres neuro-chirurgiens un surcroît de confiance dans l'issue de leurs interventions.



SPÉCIALITÉ
• PHARMACEUTIQUE •

ELIXIR POLYBROMURE
 (Sans sucre)

(Une cuillerée à bouche de 20 grammes renferme 3 grammes de Bromure de Potassium, Sodium et Ammonium, associés à des Teintures amères et toniques.)

Mode d'emploi: 1 à 2 cuillerées à thé dans un peu d'eau toutes les trois heures.

Présentation: 240 c.c.

La Pharmacie d'Ordonnances

ARTHUR HIRBOUR
 ci-devant Bisailon-Hirbour

35 ans d'expérience dans l'exécution exclusive d'ordonnances de Médecins. — Nous n'employons que les produits chimiques supérieurs.

Angle Saint-Denis et De Montigny
 Télé: LA. 7356 - PL. 0305 - Montréal

Messieurs les Médecins

sont invités à consulter

l'Encyclopédie
Médico-Chirurgicale

au Secrétariat

326 est, boulevard Saint-Joseph

MONTREAL

dans l'après-midi, de 2 à 5 heures

LA VITAMINE B₁
POUR
TONIFIER LES VOIES INTESTINALES

Depuis que de récentes études ont révélé le bien-faisant effet de la vitamine B₁ sur les fonctions intestinales, son emploi devient de plus en plus fréquent dans le traitement auxiliaire de la constipation atonique.

All-Bran de Kellogg est une bonne source de vitamine B₁. Remarquez le montant de vitamine B₁ contenu dans All-Bran par comparaison à d'autres aliments.

La présence de cette vitamine en si abondantes quantités, dans un aliment riche en même temps en « volume » naturel, est une raison de plus pour recommander l'emploi de cette céréale laxative.

IL FAUT

2 OZ.
D'ÉPINARD
OU



2 13/16 OZ.
D'ŒUF
OU



2 1/8 OZ.
D'ORANGE,



POUR ÉGALER LE
MONTANT DE B₁
CONTENU DANS
1 OZ. DE

Kellogg's
ALL-BRAN

La Céréale Laxative Naturelle



NOUVELLES

FONDATION D'UN INSTITUT DE MICROBIOLOGIE PAR LE GOUVERNEMENT DE LA PROVINCE DE QUEBEC

Le ministre de la Santé, l'honorable A. Paquette, vient d'annoncer la fondation d'un Institut de microbiologie à Montréal, dont le but principal est la préparation de sérums et vaccins que la province de Québec doit actuellement acheter à l'Institut Connaught de Toronto. **Le docteur A. Frappier** sera le directeur de ce nouvel Institut. Nous publierons dans un prochain numéro les détails de l'organisation qui n'est pas encore terminée.

CONCOURS D'AGREGATION

M. Wilbrod Bonin, durant le cours du mois d'avril, a subi les différentes épreuves du concours d'agrégation pour la chaire d'histologie et d'embryologie. Ces épreuves furent une soutenance de thèse, une séance de travaux pratiques et une leçon magistrale. Le sujet de thèse de M. Bonin était: « Sur la contribution des placodes épiblastiques à la formation des ganglions sensitifs annexés aux nerfs crâniens chez *Amia Calva*. » M. Bonin sut exposer avec clarté et concision les idées fondamentales de son travail qui, par ailleurs, possède une valeur doctrinale importante.

BELLE INITIATIVE MUNICIPALE

Le Conseil municipal de Hull, Qué., a décidé d'exempter de la taxe d'affaires municipale, tous les médecins qui donnent leurs services gratuitement à l'hôpital du Sacré-Cœur pour soigner les indigents. C'est là, croyons-nous, faire montre d'un esprit de civisme bien compris et c'est une initiative que nous aimerions voir suivie par d'autres municipalités.

NOMINATION

Le docteur L. de G. JOUBERT, médecin consultant de l'hôpital Général de Verdun, professeur agrégé de la Faculté de médecine à l'Université de Montréal, a été nommé chef du dispensaire d'ophtalmo-oto-rhinolaryngologie de l'Hôtel-Dieu.

INSPECTION MEDICALE DES ECOLES

Une lettre aux médecins de famille.

Une amélioration vient d'être apportée à l'inspection médicale des écoles.

Jusqu'à présent, un avis était remis ou envoyé aux parents, quand le médecin-inspecteur trouvait une défectuosité physique chez un élève.

Dorénavant une lettre sera adressée, par la suite, au médecin de famille pour porter ce fait à sa connaissance.

Le nom de ce praticien sera obtenu à l'école même, si les parents sont présents à l'examen; dans le cas contraire, l'infirmière, lors de sa visite, demandera aux parents le nom du médecin de famille.

Le but de cette mesure est d'obtenir un plus grand nombre de corrections des défectuosités et d'assurer au Service de Santé, dans son travail de prévention, une collaboration plus intime avec le médecin traitant.

DECLARATION DE LA POLIOMYELITE

(Communiqué à la profession médicale)

Sans vouloir prédire que la province sera frappée d'une épidémie de poliomyélite à la fin de l'été et au cours de l'automne, il nous faut tout de même réaliser que nous semblons avoir atteint une des années critiques dans la courbe épidémique de cette maladie.

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

COQUELUCHE

Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluches et des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

Pompes funèbres
Salons mortuaires

Salons mortuaires: 1926, rue Plessis
4156, rue Adam.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

**Rendez votre
DÉJEUNER PLUS AGRÉABLE
en employant la
CRÈME À CÉRÉALE de**

J. Joubert
LIMITÉE

Elle est plus riche que le lait et moins chère que la crème de table

Le Ministère de la Santé veut venir en aide aux pauvres victimes, mais pour établir quelles sont les mesures à prendre nous devons connaître les cas. Nous faisons ici un appel tout spécial à chaque médecin de la province, lui demandant instamment de déclarer chaque cas de poliomyélite, de faire une déclaration rapide, et même de nous donner connaissance des cas douteux, quitte à faire correction au besoin. La déclaration doit être faite au bureau de santé local ou au médecin-hygiéniste concerné.

A compter du premier jour de cette année, nous adoptons l'entente internationale qui sépare les déclarations de poliomyélite en cas paralytiques et cas non paralytiques. Nos chiffres deviendront ainsi comparables à ceux des autres pays; d'une manière plus immédiate, l'Honorable Ministre de la Santé doit connaître le nombre d'enfants paralysés pour prendre les décisions qui s'imposent.

L'Epidémiologiste,

A. R. FOLEY, M.D., Dr P.H.

Québec, 11 avril 1938.

ON DEMANDE UN MEDECIN CANADIEN-FRANÇAIS

P paroisse de Saint-Charles, Coderre, Sask.

M. le curé Vachon nous écrit pour offrir un poste de médecin, très avantageux, dans la paroisse qu'il dirige, à cause du départ du Docteur Desmarais qui y exerce depuis 1910, et qui se retire pour cause de santé. On peut se mettre en communication avec le Curé à l'adresse ci-dessus.

L'ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPE- MENT DES RELATIONS MEDICALES

(Président: Pr. Henri HARTMANN)

Organise en juin et juillet 1938 une série de cours de perfectionnement de courte durée, *en Anglais*. Ces cours auront lieu soit à la Fa-

culté de Médecine, soit dans les hôpitaux sous la direction de Professeurs, Médecins, Chirurgiens ou Spécialistes des Hôpitaux.

20-25 juin: Hôpital St-Louis: Professeur Gougerot, une semaine de *Syphiligraphie*.

27 juin au 2 juillet: Hôpital de la Piété: une semaine de *Cardiologie*, sous la direction du Professeur Clerc, 10 h. à midi, présentations de malades, Radioscopie, Electrocardiographie, etc.

27 juin au 2 juillet: Hôtel-Dieu: une semaine d'*Ophthalmologie*, sous la direction du Professeur Terrien, techniques ophtalmologiques, examens cliniques et de laboratoire, tous les matins de 10 h. à midi.

27 juin au 2 juillet: Une semaine d'*Endocrinologie* par le Professeur agrégé Charles Richet, dans l'après-midi.

27 juin au 2 juillet: Hôpital Broca: une semaine de *Gynécologie* sous la direction du Professeur Mocquot, examens cliniques, opérations, insufflations tubaires, etc., tous les matins de 10 h. à midi.

27 juin au 2 juillet: H. St-Louis: Professeur Gougerot, une semaine de *Vénérologie*.

4 au 9 juillet: Une semaine de *Pédiatrie* dans différents hôpitaux d'enfants, par les Professeurs Lereboullet et Dèbre, et le Dr Armand-Delille. Le matin, examens cliniques, l'après-midi visites de crèches, laiteries modèles, etc.

4 au 9 juillet: Une semaine de neuro-psychiatrie dans différents hôpitaux, avec la collaboration des Professeurs Guillain, Clovis Vincent, des Agrégés Alajouanine, Hagueneau et du Docteur Worms.

4 au 9 juillet: Hôpital Saint-Louis: une semaine de *Dermatologie* matin et après-midi, sous la direction du Professeur Gougerot.

4 au 9 juillet: Institut du Cancer à Villejuif: Professeur Verne, démonstration et techniques d'*Histologie* normale et de culture des tissus, le matin de 9 h. à 11 h.

4 au 9 juillet: Faculté de Médecine, Laboratoire de *Physiologie*, Professeur Binet et Docteur Bargeton, *Physiologie* médico-chirurgicale: 14 à 15 h. Leçon théorique, 15 à 17 h. leçon pratique.

TABLE DES ANNONCEURS

Abbott, Laboratoires, Ltée (Glucophylline Abbott)	28
Anglo-French Drug, Cie (Panvita)	19
Ayerst, McKenna & Harrison, Ltée	2e page de couverture
Banque Canadienne Nationale (A votre disposition)	547
Borden Co. Ltd., The	543
Bromo-Seltzer Ltd.	23
Canada Drug (Paveral)	553
Canadian Metalix	549
Carling Breweries Ltd (Invalid Stout)	557
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Sulfocide)	9
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Stérilisateur "Castle")	17
Ciba, Compagnie, Ltée (Coramine "Ciba")	20
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens	24
Eddé, J. Ltée (Tréphonyl)	22
Eddé, J. Limitée (Iodogénol Pépin)	539
Eddé, J. Limitée (Nucléarsitol Robin)	22
Encyclopédie Médico-Chirurgicale	551
Frosst, Charles E., & Co. (Ferro-Catalytic)	1
Herd & Charton, Inc. (Choay)	549
Herd & Charton, Inc. (Uroprazine)	545
Hirbour, Arthur (Elixir Polybromure)	551
Hoffmann-La Roche Limitée (Somnifène et Pantopon « Roche »)	26
Imperial Tobacco Co. Ltd. (Sweet Caporal)	547
J.J. Joubert Limitée (Crème à Céréale)	553
Kellogg's (All-Bran)	551
Librairie Beauchemin, Ltée (Imprimeurs, Relieurs, Editeurs)	537
Laboratoire du Bismol (Upnos)	4e page de couverture
Laboratoires Poulenc Frères du Canada (Novarsénobenzol et Sulfarsénobenzol Billon)	533
Laboratoire Nadeau, Ltée (Digestan)	545
Merck & Co., Ltd (Pyridium)	5
Millet, Roux & Cie, Ltée (Total magnésien)	15
Monty, Gagnon, Monty	553

À contenance élevée d'extrait de malt, l'INVALID STOUT exerce une étonnante action revitalisante, excite un appétit salubre, apporte une joyeuse énergie.

L'avis du docteur :

« J'ai pu me rendre compte personnellement des propriétés toniques et stimulantes de votre PORTER », écrit un médecin, et il ajoute : « Je vous complimente d'avoir su allier en lui les propriétés fortifiantes à un goût excellent. »



le PORTER
tonique

INVALID STOUT

TABLE DES ANNONCEURS (suite)

Officine Canadienne incorporée (Aesculin)	3e page de couverture
Rougier Frères (Digitaline Nativelle)	3
Rougier Frères (Hémoglobine Deschiens)	3
Rougier Frères (Arrhéno-fer, Neutralisine, Calcifixine)	7
Rougier Frères (Elixir Martin-Mazade et Stanno-Sufrol)	531
Sanatorium Prévost	13
Schering (Canada) Limited (Oréton)	535
Usines chimiques du Canada, Inc. (Ampoules Valor)	558
Vinant Limitée (Sédosine)	11
Vinant Limitée (Proveinase Midy)	11
Vinant Limitée (Amidal, Glycobyl et Génosthéniques)	21
Vinant Limitée (Tenebryl Guerbet et Lipiodol)	21
Vinant Limitée (Spartoval, Sparto-camphre et Génisténal)	27
Warner, William R., Limited (Cal-Bis-Ma)	541
Winthrop Chemical Company	25

AMPOULES VALOR

CACODYLATE de
SOUDE

CACODYLATE de FER

ERGOTINE

ATROPINE

EPHEDRINE

HUILE CAMPHREE

EPINEPHRINE

CAMPHOVAL

(Solution aqueuse de Camphre)

CAMPHOVAL SPARTEINE

SALICYLATE de SOUDE

SULFATE de MAGNESIE

CYANURE de MERCURE

PITUIT

EAU DISTILLEE

HYPOSULFITE de SOUDE

BUTYRATE
de MANGANESE

USINES CHIMIQUES du CANADA Inc. - MONTRÉAL
1338, RUE LAGAUCHETIÈRE EST - Casier Postal 87, Station C

Il est maintenant possible pour la faculté médicale de prescrire l'**AESCULUS HIPPOCASTANUM** (Marron d'Inde) et l'**HAMAMELIS VIRGINICA** et d'obtenir des résultats.

L'**AESCULIN** en contient des extraits concentrés, riches en essence, fraîchement préparés.

L'**AESCULIN** est préparé selon l'art par des gens de l'art.



FORMULE PAR 100 C.C.

Ext. Aesculus Hippocast. Sem. Liq. "Officine"	- - - -	40 c.c.
Ext. Hamamelidis Virg. Fol. Liq. "Officine"	- - - -	40 c.c.
Sol. glycero-hydroxy-ethylic. citric.	- - - -	20 c.c.

OFFICINE CANADIENNE INCORPOREE

Fabricants de Spécialités Pharmaceutiques

MONTREAL — LABORATOIRES: LACHINE, QUE.

J. L. GIRARDEAU-GINGRAS, Phm.B., Président—Gérant Général

A. ROUSSELLE, Directeur

Distributeurs: Lyman Agencies, Ltée., Casier Postal, 1050, Place d'Armes, Montréal

Pour la profession
médicale seulement.



B I S M O L

Suspension alcaline de Bismuth et d'Alumine indiquée
dans les affections Gastro-Intestinales des adultes.
Diarrhée des enfants et diarrhées vertes des nourrissons.

Bismol tapisse d'une couche protectrice les membranes de l'estomac et de l'intestin.

Dose générale: — Une ou deux cuillerées à soupe à toutes les trois ou quatre heures.

LE LABORATOIRE DU BISMOL

99 Harbour, KINGSTON, B.W.I.

945, rue Côté
MONTRÉAL

45 Peddar, HONG-KONG

Représentants pour les États-Unis: **Geo. J. WALLAU Inc., 153 Waverly Place, N.-Y.**

DISTRIBUTEURS :

MONTRÉAL: La Cie Pharmaceutique DesBergers.
WINNIPEG et RÉGINA: National Drugs Limited.
VANCOUVER: B. C. Drugs Limited.

TORONTO: Drug Trading, National Drug & Chemical Co. Ltd.
CALGARY et EDMONTON: Alberta National Drugs Ltd.
HALIFAX et SAINT-JEAN: National-Canadian Drugs Ltd.