

67
1^{re} Partie

TOME 67 — Numéro 1

MONTRÉAL, JANVIER 1938



L'Union Médicale

du Canada

(Revue mensuelle fondée en 1872)

Bulletin de l'Association
des Médecins de Langue Française
de l'Amérique du Nord
MONTREAL
SANT-SU-PICE



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





Pourquoi L'EMMÉNINE ?

Parce que l'Emménine s'est montrée efficace dans le traitement des symptômes subjectifs et objectifs de la ménopause.

Parce que l'activité « per os » de l'Emménine permet une administration plus facile et plus commode.²

Parce que des expériences de laboratoire et des observations cliniques d'une grande portée ont prouvé la valeur de l'Emménine.³

L'Emménine est un produit de choix et les médecins qui sont appelés à instituer un traitement pour le soulagement des symptômes ménopausiques peuvent le préconiser avec confiance.

La dose habituelle est une cuillerée à thé bien diluée dans de l'eau froide, ou un comprimé, trois ou quatre fois par jour. Dans les cas de ménopause chirurgicale, des doses plus fortes sont souvent nécessaires.

1. Salmon, U. J., Frank, R. T., Endocrinology, 21: 476, 1937.
2. Ibid, Endocrinology, 21: 476, 1937.
3. Un exemplaire de « La Bibliographie de l'Emménine, 1930-1937 » sera envoyé sur demande.

AYERST, McKENNA & HARRISON
LIMITÉE

Biologistes et Pharmaciens

MONTREAL

CANADA

DIVERSES QUANTITÉS de CODEÏNE

● Dans une formule bien connue ACÉTOPHEN COMPOSÉ AVEC CODEÏNE

Comprimé No 222 "Frosst"

Rx Acétophen	31½ gr.
Phénacétine	21½ gr.
Citrate de caféine	½ gr.
Phosphate de codéine	⅛ gr.

Le perfectionnement de cette formule remarquable, permet aux médecins de faire un choix dans la prescription de ces comprimés dont la valeur thérapeutique est incontestable.

Comprimé No 262 "Frosst"

La même formule que le comprimé No 222
(Gris)

Comprimé No 282 "Frosst"

La même formule que le comprimé No 222
avec phosphate de codéine, ¼ gr.

Comprimé No 292 "Frosst"

La même formule que le comprimé No 222
avec phosphate de codéine, ½ gr.

POUR ENFANTS

Comprimé No 273 "Frosst"

Un quart de la force du comprimé No 222
(sucré, rose)

●
ANTIPYRÉTIQUES
ANALGÉSIIQUES ♦ ANTI-RHUMATISMAUX

Charles E. Frosst & Co.

MONTREAL

CANADA

SOMMAIRE

Bulletin 1938	1
-------------------------	---

MÉMOIRES

P. MASSON: Sur la présence de cellules argentaffines dans les kystes pseudomucineux de l'ovaire	2
A. LAQUERRIÈRE et D. LÉONARD: La hernie diaphragmatique et l'événtration diaphragmatique	6

RECUEIL DE FAITS

J.-E. DUBÉ: Cancer du poumon. Deux observations personnelles	12
A. LÉGER: Contribution au problème des lipodystrophies insuliniques	17
Léon GÉRIN-LAJOIE: L'utilisation du fermoir éclair dans le rapprochement du bord des lèvres de certaines plaies	19

REVUE GÉNÉRALE

E. SAINT-JACQUES: Du traitement des infections aiguës par le carbone intraveineux	22
Ulysse FORGET: Les maladies du nez en pratique générale	35

PETITE CLINIQUE

Albéric MARIN: Quelques aspects de la strepto-staphylococcie cutanée	40
Jean LeSAGE: Cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot. Une observation clinique	44

MOUVEMENT MÉDICAL

Armand GRATTON: Glycémies-frontières et hyperglycémies provoquées	48
--	----

VARIÉTÉS

Joseph GAUVREAU: Une page d'histoire. Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec	53
--	----

MÉDECINE PRATIQUE

L.: Dyspepsie	64
----------------------------	----

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHEMO

DESCHIENS



Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau

Forme ampoule • Forme sirop

**SYNDROMES
ANÉMIQUES**

DESCHIENS, 9, RUE PAUL BAUDRY - PARIS (VIII^e)
REPRÉSENTANT : ROUGIER, 350, RUE LEMOINE MONTREAL (CANADA)

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 Ph¹, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8^e)

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

SOMMAIRE

(Suite)

ANALYSES	65
--------------------	----

MEDECINE

Traitement de l'ulcère gastrique et duodénal par des injections intraveineuses de bromure de sodium et de sulfate d'atropine (p. 65). Le métabolisme des acides aminés dans les ulcères gastro-duodénaux (p. 65). La maladie hypertensive et les syndromes d'hypertension qui doivent en être distingués (p. 66). Trois cas d'érythémie (p. 68). Les indications du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux (p. 68). Pleurésies purulentes aiguës. Formes cliniques et traitement (p. 69).

CHIRURGIE

Quelques réflexions sur la gastrectomie dans l'ulcère gastro-duodénal (p. 70). Traitement de l'ulcère peptique non sténosant (p. 70). Tumeur mixte maligne de la paroi thoracique (Carcino-osteogenic sarcoma) (p. 71).

GYNECOLOGIE

Diagnostic de la grossesse par la réaction de Brouha-Hinglais-Simonnet (p. 71). La tuberculose du col utérin (Tuberculosis of the cervix) (p. 72).

HYGIENE

Influenza. Revue générale. Le rôle respectif du bacille de Pfeiffer et du virus spécifique dans l'influenza humaine (p. 72). Influence des arsénobenzols sur la toxine diphtérique (p. 72). Essais expérimentaux sur la valeur pratique des vaccins antirabiques phéniqués (p. 73). L'immunisation antitétanique et antidiphtérique du nouveau-né et de l'enfant par la vaccination des femmes enceintes au moyen de l'anatoxine (p. 73).

PHTISIOLOGIE

Le contrôle clinique et bactériologique de la radioscopie systématique (p. 73). Sur l'insuffisance de la prophylaxie de la tuberculose dans les collectivités d'enfants (p. 74).

NEURO-PSYCHIATRIE

Les traitements dia-céphalo-rachidiens (p. 74).

SOCIÉTÉS	75
--------------------	----

Société Médicale de Montréal: Séance du 30 novembre 1937 (p. 75); Séance du 14 décembre 1937 (p. 76). Société de Phtisiologie: Séance du 12 novembre 1937 (p. 79). Société de Gastro-entérologie: Séance du 25 mai 1937 (p. 80); Séance du 28 octobre 1937 (p. 82). Assemblée scientifique du Bureau médical de l'hôpital Notre-Dame: Séance du 9 novembre 1937 (p. 85). Assemblée scientifique du Bureau médical de l'hôpital Saint-Luc: Séance du 14 octobre 1937 (p. 92). L'Association Médicale Franco-américaine (p. 93). Montreal Physiological Society: Séance du 20 décembre 1937 (p. 95). Journée d'études des radiologistes (p. 95).

NÉCROLOGIE	97
----------------------	----

Le Professeur Dalbis — Le Docteur Jean Lamontagne — Hertel Lefébure de Bellefeuille.

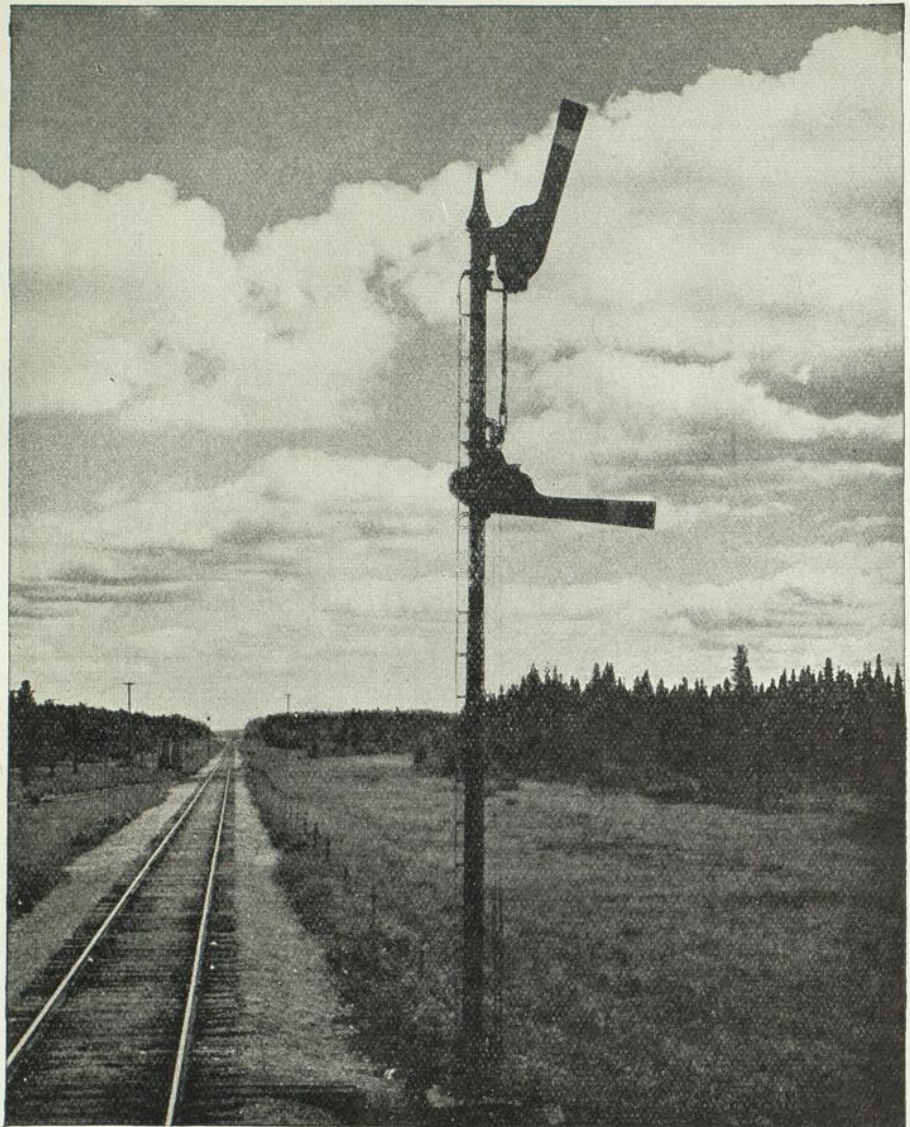
NOUVELLES	99
---------------------	----

Comité de défense contre la Tuberculose — Nos félicitations: le Docteur R.-E. Valin, d'Ottawa — Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada — Félicitations: le Docteur Jean Grégoire, sous-ministre de la Santé; le Docteur Adélar Groulx, directeur du service de la Santé de la Cité de Montréal — Les rayons X ont un nouvel usage — Le Doyen Tiffeneau — A l'hôpital du Sacré-Cœur — L'Académie des Sciences au Professeur Saint-Jacques — La Société Médicale de Montréal — Honneur conféré au Docteur Edw. Archibald — Inscriptions hâtives à la Faculté de Médecine de l'Université Laval — La Société de Chirurgie de Montréal — Deuxième congrès de l'Insuffisance rénale.

REVUE DES LIVRES	106
----------------------------	-----

LIVRES REÇUS EN DÉCEMBRE 1937	110
---	-----

S
É
C
U
R
I
T
É



Durant le traitement per os des infections génito-urinaires les principales considérations que doit envisager le médecin sont

la SÉCURITÉ et l'EFFICACITÉ

Le Pyridium est reconnu comme un médicament sûr et efficace des infections des voies génito-urinaires.

Le Pyridium, per os, fait rapidement disparaître les signes douloureux de la cystite, de la pyélite, de la prostatite et de l'urétrite, tels que le ténesme vésical, les douleurs lombaires, la pollakyurie et la dysurie.

MERCK & Co. Limited

Fabricants Chimistes

Montréal, P.Q.

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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



DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Emile Sergent, de Paris.

Professeur Maurice Roch, Genève.

Professeur Pierre Masson.

Professeurs E.-P. Benoît, 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

L. Gérin-Lajoie

Secrétaire-trésorier

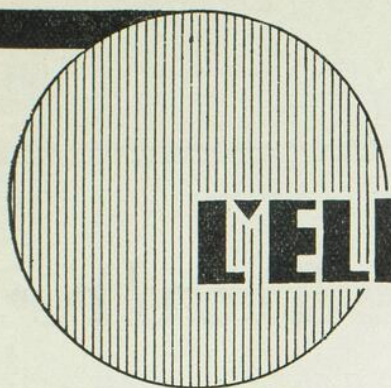
J.-A. Vidal

Membres

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



L'ELIXIR DUCRO

ANTIANOREXIQUE • EUPEPTIQUE

- soutient et augmente les forces du malade, stimule l'énergie musculaire.
- produit chez les malades une sensation de défatigue, de réfection, de bien-être général, d'exaltation des forces physiques.
- réveille l'appétit, soutient l'organisme, même à défaut de nourriture.
- est d'un goût agréable et d'une tolérance parfaite.

ASTHÉNIE • ANOREXIE • CONVALESCENCE • GRIPPE • FAIBLESSE
LANGUEUR PHYSIOLOGIQUE • ASTHÉNIE POST-GRIPPALE

DURIEZ, successeur de DUCRO & Cie — Paris, 20, Place des Vosges

Dépôt Général pour le Canada: ROUGIER FRÈRES — Montréal, P. Q.

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession - PARIS 15

OUABAÏNE
ARNAUD

INDICATIONS

Insuffisance ventriculaire gauche.
Myocardites diverses à cœur régulier.
Toutes cardiopathies décompensées.

FORMES

Solution à 2/100.
Ampoules au 1/4 de mg. pour injections intraveineuses.
Nouvelle présentation:
Comprimés à 5 mg.

Dépôt général pour le Canada:
MM. ROUGIER Frères, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL.

Draeger



• 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: E. Saint-Jacques;
Vice-président: J.-A. Mousseau;
Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal.

COMITÉ EXÉCUTIF

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

COMITÉ DE PUBLICITÉ

MM. A. LeSage, D. Marion, J.-A. Vidal.

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).

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: Eugène Saint-Jacques;

Vice-président: J.-A. Mousseau;

Secrétaire-trésorier: J.-A. Vidal.

Rédacteur en chef

Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction

Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire-trésorier

J.-A. Vidal

Membres

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

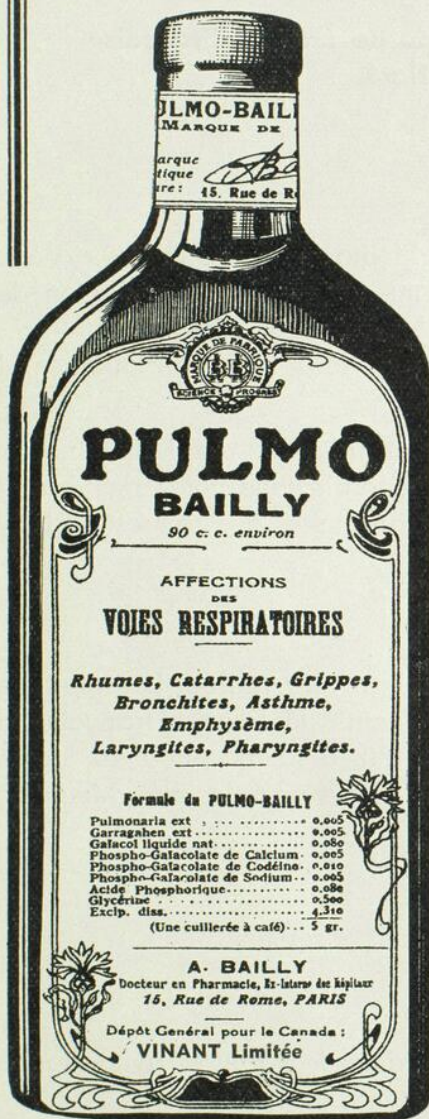
ONT COLLABORÉ À CE VOLUME

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).

PULMO-BAILLY

BASE ACTIVE DE COMPOSITION ET D'ACTION
 DÉFINIES ET CONSTANTES :
 PHOSPHO-GAÏACOLATE DE CODEÏNE



LES TOUX, RHUMES ET CATARRHES SAISONNIERS relèvent d'une réaction et d'une infection des voies respiratoires qu'il faut localiser et supprimer.
 LES TOUX PERSISTANTES DE LA BELLE SAISON, témoignent de lésions chroniques broncho-pulmonaires qu'il faut cicatriser.

LE PULMO-BAILLY

PAR L'IMPRÉGNATION ANTISEPTIQUE DES VOIES RESPIRATOIRES:

S'OPPOSE à l'extension et **COMBAT** l'infection, **DECONGESTIONNE** la muqueuse, **MODIFIE** les sécrétions, **SUPPRIME** la toux et l'expectoration.

PAR SON PHOSPHORE ORGANIQUE DIRECTEMENT ASSIMILABLE :

EXALTE les réactions de défense de l'organisme et les fonctions de nutrition.

LE PULMO-BAILLY

EST LA MÉDICATION COMPLÈTE DE BASE DES AFFECTIIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE ET DES INFECTIONS GRIPPALES.

1 CUILLER A CAFÉ AU MILIEU DES REPAS

LABORATOIRES A. BAILLY - 15, RUE DE ROME - PARIS-VIII^e

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

• 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.

GYNOCALCION

TROUBLES DE LA PUBERTÉ TROUBLES DE LA MÉNopause

LABORATOIRES CORTIAL 15. Boul. Pasteur. PARIS

INFECTIONS CHRONIQUES
 IODO BENZO METHYL FORMINE

IODASEPTINE

RHUMATISMES DEFORMANTS
 SYPHILIS
 TUBERCULOSE

CORTIAL

AMPOULES LABORATOIRES CORTIAL - PARIS - 125 Rue de Turenne - COMPRIMÉS

TOUS ETATS INFECTUEUX AIGUS
 DI- UROTROPINE IODOBENZOMETHYLÉE INJECTABLES

SEPTICEMINE

GRIPPE MÉNINGITE FIÈVRES PUERPÉRALES TABÈS
 TUBERCULOSE TYPHOÏDE URO-GYNÉCOLOGIE
 PNEUMONIE ENCÉPHALITE FURONCULOSE

CORTIAL

AMPOULES LABORATOIRES CORTIAL-PARIS - 125 Rue de Turenne -

Littérature et échantillons à messieurs les Médecins sur demande à
MILLET ROUX & Cie, Limitée - 1215, rue Saint-Denis, Montréal

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

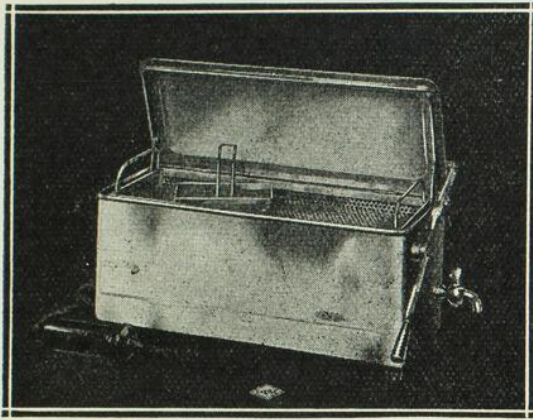
	4 pages	8 pages	16 pages	32 pages
100	\$3.00	\$ 5.00	\$ 7.50	\$12.50
200	3.75	6.00	11.00	18.00
500	5.50	10.50	17.00	26.50
1000	7.75	15.00	23.15	33.00

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

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

100	\$ 5.00
200	6.50
500	11.00
1000	18.50

STERILISATION



**EFFICACE
AUTOMATIQUE
ECONOMIQUE**
POUR
Médecins et Hôpitaux

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

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

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

Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.

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

"CASTLE"

REPRESENTANTS
EXCLUSIFS :

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée, Montréal

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

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

Générateurs à Thérapie Profonde 200 - 400 K. V.

Générateurs Combinés (Diagnostic - Thérapie)

Générateurs à Diagnostic (Haut Milliampéage)

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 sujets à l'application 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.

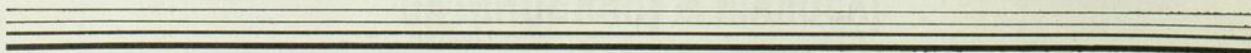
•

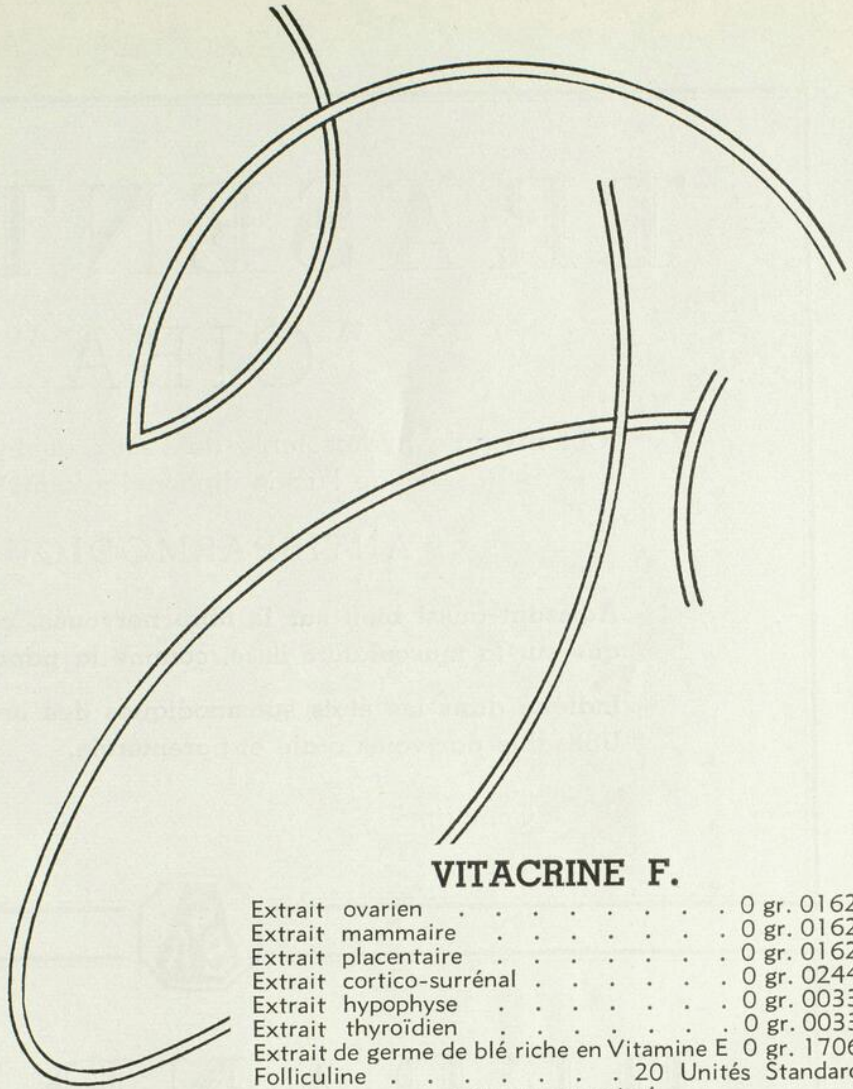
PUBLICITÉ: Le texte des annonces doit aller sous presse quinze jours avant la date de publication.

Le barême des annonces est fourni sur demande.

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.





VITACRINE F.

Extrait ovarien	0 gr. 0162
Extrait mammaire	0 gr. 0162
Extrait placentaire	0 gr. 0162
Extrait cortico-surrénal	0 gr. 0244
Extrait hypophyse	0 gr. 0033
Extrait thyroïdien	0 gr. 0033
Extrait de germe de blé riche en Vitamine E	0 gr. 1706
Folliculine	20 Unités Standard
	pour un comprimé.

**TROUBLES de CROISSANCE, de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE
FATIGUE, ASTHÉNIES, SURMENAGE.**

Dose Moyenne: 2, 4 ou 6 comprimés par jour au début des repas.

Vitacrine

LABORATOIRES A. DEFFARGE, Docteur en Pharmacie, BORDEAUX, France.

Dépositaire pour le Canada et les Etats-Unis
ANGLO-FRENCH DRUG CIE, 354 est, rue Sainte-Catherine, Montréal.
1270 Broadway, New-York City.

TRASENTINE

"CIBA"

(Chlorhydrate hydrosoluble de l'ester diéthylaminoéthylique
de l'acide diphénylacétique)

ANTISPASMODIQUE

Agissant aussi bien sur la fibre nerveuse, comme l'atropine,
que sur la musculature lisse, comme la papavérine.

Indiqué dans les états spasmodiques des organes végétatifs.
Utilisable par voies orale et parentérale.

Comprimés

Ampoules



PERANDREN

"CIBA"

(Première hormone orchitique synthétique, chimiquement pure)

L'essai du Perandren est recommandé dans les cas suivants:

Affections prostatiques, eunuchisme,

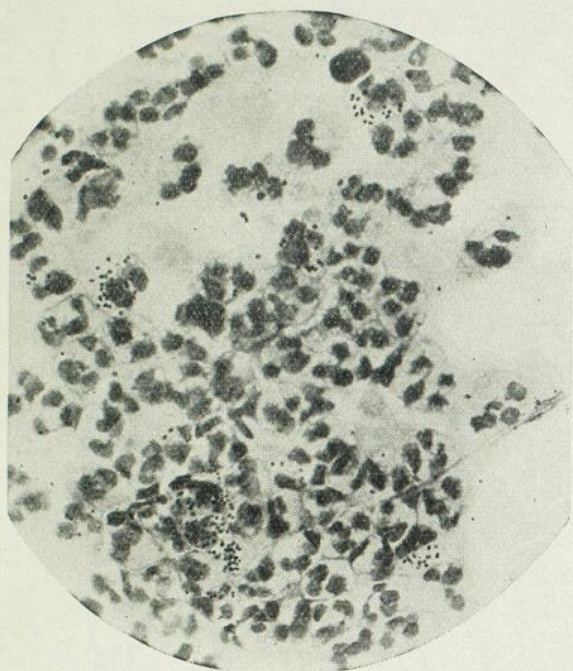
Troubles du développement sexuel,

Phénomènes de carence de nature physique et psychique,

Affaiblissement ou cessation prématurés de la fonction sexuelle.

Ampoules

COMPAGNIE CIBA LTÉE, 759 Carré Victoria, MONTREAL.



Evidemment
**C'EST AUSSI UN
 SPECIFIQUE
 CONTRE LE
 GONOCOQUE**

LA publication des observations des Drs J. E. Dees et J. A. C. Colston (« J. A. M. A. », 108: 1855, 29 mai 1937) prouvant que la gonorrhée peut être guérie plus rapidement par l'emploi du Prontylin, a suscité le plus vif intérêt. Les cas présentés se rapportent à l'urétrite antérieure et postérieure, aiguë, subaiguë et chronique, à l'adénite inguinale, au rétrécissement urétral, à la vésiculite, à l'épididymite et à la prostatite.

Se basant sur les observations confirmées et les nombreuses expériences encore inédites sur la valeur du Prontosil dans les infections gonococciques, il semble qu'un changement radical dans le traitement de cette autre plaie de l'humanité est imminent.

DOSAGE SCHEMATIQUE EMPLOYE

4 comprimés 4 fois par jour pour les 2 premiers jours	}	Total
3 comprimés 4 fois par jour pour les 3 jours suivants		100-132
2 comprimés 4 fois par jour pour 4 à 8 jours		Comprimés de 5 grains

TOLERANCE PARFAITE. A quelques exceptions près, les doses précédentes ont été tolérées sans inconvénient; des doses initiales plus fortes ont provoqué un léger vertige et de la lassitude, et dans un seul cas, de la fièvre et de la sulfhémoglobinémie, qui disparurent en diminuant les doses ou en cessant le traitement.

PRESENTATION. Comprimés de Prontylin de 5 grains et 7½ grains en flacons de 25, 100 et 1,000, poudre purifiée en flacon de 1 once.

Solution stérilisée de Prontosil (2.5 pour cent), ampoules de 5 c.c. en boîtes de 5 et de 50; ampoules de 10 c.c., en boîtes de 5; flacons de 50 c.c. avec bouchon diaphragme en caoutchouc.

PRONTYLIN

Marque de commerce enregistrée au Canada

Marque de **SULFANILAMIDE**
 p-Aminobenzènesulfonamide

COMPRIMES POUR INGESTION

Prix avantageusement réduit



PRONTOSIL

Marque de commerce enregistrée au Canada

Disodium 4-sulfamido-phényl-2-azo-7-acetyl-amino-1-hydroxynaphtalene 3,6-disulfonate.

SOLUTION POUR INJECTION

Présentée en flacon de 50 c.c.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Maison de confiance du médecin

NEW YORK, N. Y.

WINDSOR, ONT.

Bureau et Laboratoires: Windsor, Ont.



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.

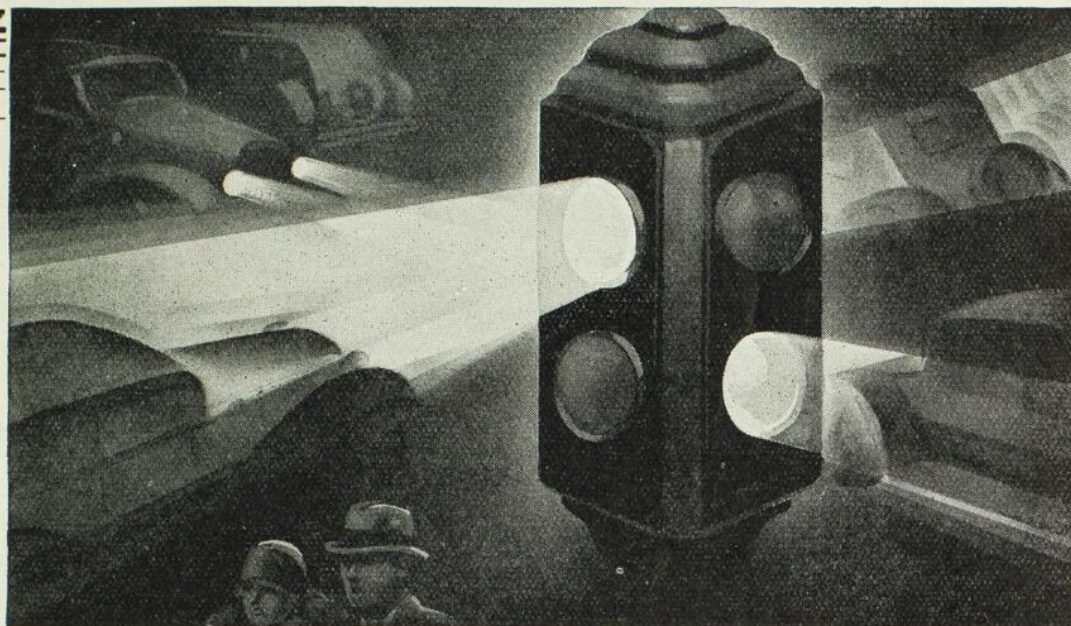
PRESCRIRE

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.



Green Light... **RED LIGHT**

Lumière verte . . . **LUMIÈRE ROUGE**

A PPLIQUER les freins, enlever les freins. Lumière verte, lumière rouge, lumière verte. Des millions de voitures sur la route demandant une vigilance continue. Des piétons surgissant de partout. Vous, comme médecin, savez ce qu'une journée à conduire une voiture est pénible et énervante. Les céphalées sont fréquentes — et souvent chroniques.

Avez-vous déjà accordé un réel essai à Bromo-Seltzer comme analgésique? Il s'est montré un vainqueur sûr de la douleur. Sa rapidité d'action est un facteur qui mérite votre attention. Les composants de Bromo-Seltzer sont mélangés dans des proportions scientifiquement synergiques comme analgésique, sédatif et stimulant léger de l'activité mentale. Les citrates produisent l'effervescence carbonique et combattent l'acidité.

Tournez la lumière verte sur Bromo-Seltzer. Vous pouvez le recommander avec confiance à vos patients pour le soulagement de la douleur.

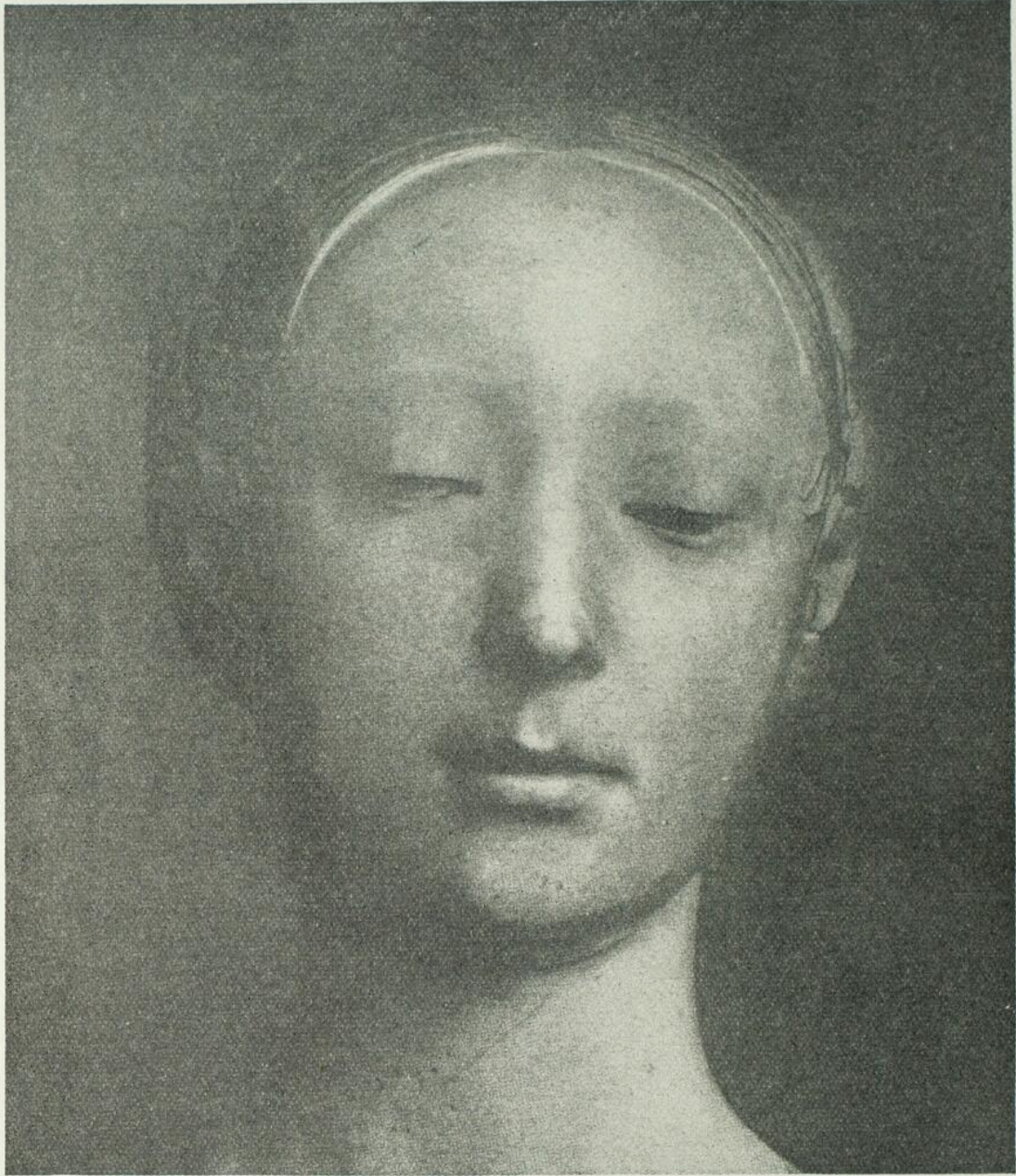
*Des échantillons et de la littérature
seront envoyés avec plaisir.*

BROMO-SELTZER LIMITED
TORONTO CANADA



Francesco Laurana - Marbre

Princesse de Naples



SOUVERAINEMENT

c a l m e

le SÉDOBROL "ROCHE"

les dyspepsies gastro-intestinales, névroses, excitations.

Bouillon sapide et délicieux en boîtes de 30 tablettes

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL



PIPÉRAZINE



MIDY

“ANTI-URIQUE TYPE”

2 à 4 cuillerées à café par jour.

Laboratoires MIDY, 67 Avenue de Wagram, PARIS.

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

NEUROTROPHOL BYLA

Tonique Nervin à base

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

SURMENAGE — EPUISEMENT — NEURASTHENIE

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

SPLENARMONE BYLA

Reconstituant général, à base

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

ANEMIES — CONVALESCENCE

(AMPOULES et SIROP)

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA, PARIS

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



Votre patient exige un
SOULAGEMENT RAPIDE



Vous exigez une action
ANTISEPTIQUE PUISSANTE

La
METAPHEDRINE N° 99
vous donne la réponse idéale

La Métaphédrine pour inhalations s'est montrée souveraine pour soulager et arrêter le développement des simples rhumes, de la rhinite hypertrophique, des infections du nez et des sinus ainsi que de la fièvre des foins. Elle contient du Métaphène 1:2500 en combinaison avec de l'éphédrine à 1% en solution dans une huile minérale douce.

Le Métaphène, même dans les plus grandes dilutions, détruit rapidement les microbes pathogènes communs. Il n'est pas toxique, n'irrite pas les muqueuses et ne coagule ni le sérum ni l'albumine des tissus.

La principale propriété de l'éphédrine réside en son pouvoir de rétracter les membranes muqueuses avec peu ou pas d'irritation; de cette façon sont assurés l'aération et le drainage des sinus.

La Métaphédrine se trouve dans toutes les pharmacies.

Flaconnage: 1 oz, 4 oz, et 16 oz.

LABORATOIRES ABBOTT LTÉE
388, RUE SAINT-PAUL OUEST, MONTREAL

BULLETIN

1938

La fusion de « Bulletin de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord » avec l'« Union Médicale du Canada » est un fait nouveau. L'« Union Médicale du Canada » devient, par cette réorganisation, avec le concours du Bulletin, l'organe officiel de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

Les Directeurs de ces deux grandes Revues de médecine ont cru qu'il était opportun, dans l'intérêt général et celui, primordial, de notre importante Association médicale, au double point de vue scientifique et économique, de conjuguer leurs efforts en vue de créer l'unité de pensée et d'action parmi les groupes français de médecins disséminés dans l'Amérique du Nord.

L'« Union Médicale », notre plus ancienne Revue de médecine au Canada, s'offrait d'assumer cette tâche avec les Directeurs du Bulletin, en s'autorisant d'une tradition qui compte plus de soixante-six années d'existence ininterrompue et d'inlassables activités. Nous continuerons, ainsi, de servir une Association Médicale que nous avons contribué à fonder, à maintenir et à stabiliser depuis 1902.

Nous réalisons, en même temps, le rêve du fondateur de ce journal : Rhéaume; c'est-à-dire une publication mensuelle pour tous les médecins de langue française de l'Amérique du Nord.

A moins d'une telle entente, basée sur des concessions mutuelles, cela était irréalisable. Nous avons fait cette tentative en comptant sur la collaboration de toutes nos bonnes volontés et nos compétences, qui sont nombreuses mais disséminées. Une Revue Médicale mensuelle est notre seul terrain de ralliement dans l'intervalle des congrès.

Notre nouveau Bureau de direction comptera donc, à l'avenir, parmi ses membres, des délégués des principaux districts de la province de Québec et d'Ontario, tandis que nous aurons des membres correspondants dans le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Ecosse, les provinces de l'Ouest, la Nouvelle-Angleterre et la Louisiane. Nous allons compléter incessamment l'organisation définitive de notre Bureau.

Nous aurons, aussi, en France, un correspondant officiel qui tiendra nos lecteurs au courant du mouvement médical français.

Le docteur P. Desfosses, secrétaire de « La Presse Médicale », a bien voulu nous offrir son active collaboration à la demande, toujours spontanée, du professeur Sergent, notre nouveau membre d'honneur à Paris. Nous les en remercions tous deux, et nos lecteurs nous en sauront gré.

Nous pouvons, aussi, compter sur l'important concours de notre éminent collègue, de Genève, le Professeur Roch, dont les sympathies canadiennes nous sont bien connues.

Il est bien entendu que nous allons coopérer étroitement avec l'Association dans l'organisation des Congrès, dont nous publierons les rapports et les discussions dans le plus bref délai possible.

En conclusion, l'« Union Médicale du Canada » devient, avec le Bulletin, l'organe de toute la profession médicale française de l'Amérique du Nord et non celui d'un groupe, quoi que l'on en dise.

Nous comptons sur l'appui et l'encouragement de tous.

Notre Revue n'est pas une entreprise commerciale, c'est une idée, une tradition, un « status » de la médecine française en Amérique du Nord que nous nous efforcerons de perfectionner au fur et à mesure des progrès accomplis dans nos différents centres.

203303

Le Bureau de Direction,

Albert LeSAGE,
Rédacteur en chef.

R.-E. VALIN,
Directeur de l'A.M.L.F.A.N.

MÉMOIRES

SUR LA PRÉSENCE DE CELLULES ARGENTAFFINES DANS LES KYSTES PSEUDOMUCINEUX DE L'OVAIRE

Par P. MASSON,

Professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine
de l'Université de Montréal.

Tout chirurgien connaît les kystes pseudomucineux de l'ovaire. Il est donc inutile d'insister sur leurs formes uniloculaires, multiloculaires ou « solides », en réalité microkystiques.

Ce qui les caractérise avant tout, c'est la consistance filante de leur contenu, due à la présence d'une substance glaireuse, muqueuse, différente de la mucine et nommée pour cette raison, *pseudomucine*, par Hammarsten.

Tandis que la mucine vraie est précipitée de ses solutions aqueuses par l'alcool et par l'acide acétique, la pseudomucine est précipitée par l'alcool, mais non par l'acide acétique.

La structure de ces kystes est simple.

Ils comportent un revêtement épithélial monostratifié formé de cellules caliciformes, qui repose directement sur une lame conjonctive.

Tantôt la surface interne du kyste est mince, plane et lisse. Tantôt elle semble épaisse et inégale. Cela tient à ce que le revêtement se plisse et surtout à ce qu'il forme un nombre considérable de tubes de même longueur, pressés les uns contre les autres. Ces tubes sont à peu près parallèles entre eux et perpendiculaires à la paroi conjonctive, au contact de laquelle ils se terminent par un cul-de-sac.

Chaque tube est isolé de ses voisins par une cloison conjonctive mince émanée de

la paroi. Il a donc la structure d'une glande tubuleuse.

Sur les coupes perpendiculaires à leur surface, ces revêtements peuvent donner l'impression d'une structure papillaire qui ne résiste pas à un examen réfléchi. Les



FIG. 1

Kyste entéroïde à revêtement intestinal typique.
Revêtement d'une large cavité.

Cellules à plateau strié, cellules caliciformes. Au centre de la figure une cellule argentaffine reconnaissable aux granulations noires entassées dans son pôle basilaire.

kystes pseudomucineux simples ne contiennent jamais de papilles véritables, constituées par une saillie conjonctive en doigt de gant recouverte par un épithélium. Ils ne sont donc pas papillaires, mais glandulaires. La présence de papilles vraies dans

un kyste pseudomucineux est un indice de malignité.

Les colorants des mucines teignent plus ou moins intensément les calices de chaque cellule et le contenu des kystes.

La nature et l'origine des kystes pseudomucineux sont discutées depuis les débuts de l'histopathologie. En fait, comme Virchow l'avait remarqué, l'épithélium qui les caractérise n'a rien qui permette de le rattacher à un élément normal de l'ovaire.

Pourtant, on a d'abord tenté de le rapporter à des constituants modifiés de l'ovaire.

C'est ainsi que Böttcher admettait qu'ils provenaient de cordons de Pflüger ayant subi la transformation muqueuse.

Förster (1865), puis Rindfleisch (1878) pensaient qu'ils résultaient d'une dégénérescence colloïde du stroma ovarien.

Gottschalk les fit dériver des follicules de de Graaf.

D'autres crurent démontrer leur origine müllérienne (Kossmann) ou wolffienne. J'ai été de ces derniers.

Depuis longtemps pourtant, Hanau, puis Bland-Sutton avaient proclamé leur *nature intestinale* et leur *origine térétoïde*. La plupart des pathologistes s'étaient justement rangés à son avis.

Voici les *arguments morphologiques* invoqués en faveur de cette idée.

Le revêtement des kystes est comparable à celui du gros intestin, mais beaucoup plus simple puisqu'il ne comporte d'ordinaire que des cellules mucipares. Il s'ordonne en glandes qui ressemblent à des glandes de Lieberkühn.

Souvent, les kystes pseudomucineux ne sont pas seuls présents dans un kystome ovarien: un kyste dermoïde et parfois un téréatome complexe leur sont associés.

Tout porte donc à croire, lorsqu'un kystome est purement pseudomucineux, qu'il a pour origine un téréatome plus complexe dont, seul, l'épithélium endodermique a persisté et s'est développé. Les kystes pseudomucineux seraient donc des téréatomes à développement unilatéral.

Lecène et Bierry (1923) ont tenté de démontrer la réalité de ce fait par un *argument physiologique*.

Le liquide obtenu par macération des parois de deux kystes pseudomucineux dédoublait le saccharose et contenait par con-



FIG. 2

Même préparation, autre région.
Fond d'un tube glanduliforme.

Cellules cylindriques sans plateau. A gauche, deux cellules de Paneth dont la région supranucléaire est remplie de grains de sécrétion (colorés en rouge dans la préparation). Un peu à droite du milieu, une cellule argentaffine.

séquent de l'invertine très active. Or l'invertine est un ferment intestinal.

Plus tard, (1927 à 1929) Tachibana a montré que tous les kystes ovariens, pseudomucineux, ciliés ou séreux, contiennent divers ferments digestifs, mais que les kystes pseudomucineux sont incomparablement plus riches que les autres en invertine.

La présence d'invertine très active dans le kyste pseudomucineux est un argument important en faveur de leur nature endodermique et, par conséquent, de leur origine tératoïde, mais il n'est pas absolument décisif puisque d'autres kystes ovariens, très différents, en contiennent aussi, mais en proportion moindre.

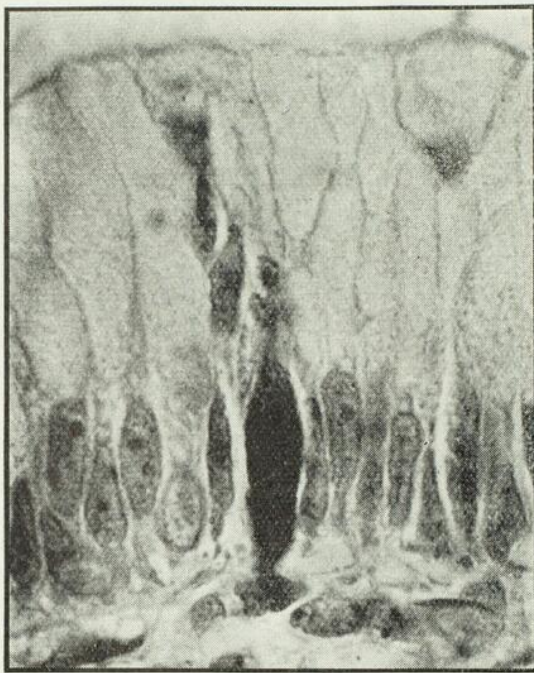


FIG. 3

Kyste pseudomucineux multiloculaire. Epithélium d'une large cavité. Revêtement formé par des cellules caliciformes. Au milieu, une cellule argentaffine.

D'un autre côté, si ces kystes sont réellement endodermiques, il peut paraître singulier que leur épithélium ne se différencie que sous une seule forme alors que l'endoderme est capable de maintes autres différenciations.

Le revêtement intestinal, pour ne parler que de lui, comporte non seulement des cellules caliciformes, mais des cellules à plateau strié, des cellules argentaffines, à granulations réductives basilaires et, seulement au fond des glandes de Lieberkühn,

des cellules de Paneth, reconnaissables aux boules de sécrétion qui remplissent leur pôle superficiel.

Les kystes pseudomucineux ne contiennent-ils jamais ces habitants constants de l'épithélium intestinal?

Dans un cas de kyste pseudomucineux multiloculaire, j'ai observé toutes ces formes épithéliales, si parfaitement typiques que les préparations microscopiques pour-

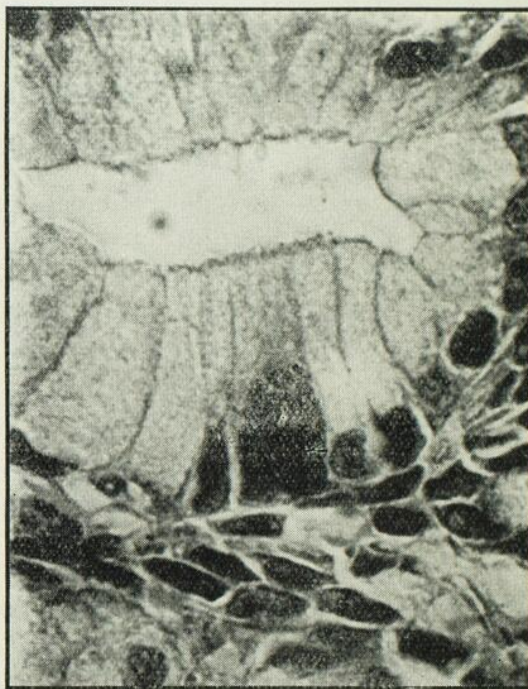


FIG. 4

Même préparation. Autre région. Epithélium d'un tube glanduliforme. Revêtement caliciforme. Au milieu, une large cellule argentaffine. La moitié inférieure de son noyau est masquée par les granulations noires.

raient être utilisées dans une démonstration d'histologie normale.

A la vérité, cette observation était tout à fait exceptionnelle et sans valeur générale. Les techniques histologiques courantes avaient largement suffi pour montrer les cellules mucipares, les cellules à plateau strié et les cellules de Paneth, mais, pour compléter mes investigations, j'avais recher-

ché le 4^e élément caractéristique de l'épithélium intestinal, la cellule argentaffine, par la technique spécifique: immersion des préparations dans le nitrate d'argent ammoniacal, et je l'avais trouvé.

Cette constatation m'a donné l'idée de rechercher les cellules argentaffines dans les kystes habituels, à revêtement purement mucipare, au moins en apparence.

Le résultat a dépassé mon attente.

Ayant argenté les coupes d'une trentaine de kystes pseudomucineux, j'ai trouvé dans la plupart d'entre eux, mêlées aux cellules mucipares, des cellules argentaffines typiques.

Leur nombre varie grandement avec les tumeurs et avec les régions d'une même tumeur. Dans certains cas elles abondent et se voient dès le premier coup d'œil. Dans d'autres, il faut les rechercher avec soin.

D'une manière générale, elles sont beaucoup plus abondantes dans les kystes à revêtement épais, tubuleux que dans les kystes à paroi mince et lisse. Ceci n'a rien de surprenant. Dans l'intestin normal les cellules argentaffines sont toujours isolées, disséminées, et séparées les unes des autres par de très nombreuses cellules non argentaffines. Il en est de même dans les kystes et plus le nombre de cellules épithéliales contenues dans un champ de microscope est

grand, (régions glandulaires des kystes) plus grand doit être le nombre des cellules argentaffines et plus facile leur découverte.

En fait les quelques cas (5) où je n'en ai pas trouvé étaient tous des kystes lisses à vastes cavités. L'étude de coupes sériées aurait peut-être permis d'en découvrir. Je n'ai pas eu le loisir de pousser plus loin mon enquête.

Une recherche de même ordre sur des kystes séreux papillaires est restée constamment négative.

Je pense donc que l'on peut ériger en loi la présence de cellules argentaffines dans l'épithélium des kystes pseudomucineux.

Or si l'on sait que les cellules argentaffines sont présentes dans tous les revêtements d'origine endodermique (à l'exclusion des revêtements respiratoires): estomac, intestin, et leurs glandes, canaux biliaires extra-hépatiques, canal de Wirsung, et glandes prostatiques, et qu'elles n'existent que là, on en vient à la conclusion que leur présence dans un épithélium est une preuve de sa nature endodermique. *On doit donc admettre sans réserve que les kystes pseudomucineux sont endodermiques.*

Cette preuve légitime entièrement le nom de *kystes entéroïdes* que Lecène leur a donné et confirme leur origine térétoïde.



LA HERNIE DIAPHRAGMATIQUE ET L'ÉVENTRATION DIAPHRAGMATIQUE

Par le Professeur A. LAQUERRIÈRE et le Docteur D. LÉONARD,
Electro-radiologistes de l'hôpital Notre-Dame.

Les malformations du diaphragme étaient connues autrefois, mais on les découvre beaucoup plus souvent depuis que l'on pratique des examens radiologiques.

Le diaphragme est une cloison séparant le thorax de l'abdomen; il est constitué à la périphérie par des fibres musculaires et à son centre par une aponévrose. Il est traversé par trois orifices, l'un à droite (passage de la veine cave inférieure) deux médians (en arrière le passage de l'aorte, un peu plus en avant le passage de l'œsophage). L'orifice œsophagien, le seul qui nous intéresse, est constitué par le pilier droit et le pilier gauche du diaphragme, mais ces piliers sont renforcés, le droit envoie un véritable faisceau qui vient s'ajouter au pilier gauche, et du gauche se détache une bandelette qui se superpose au pilier droit; c'est l'entre-croisement de cette bandelette et de ce faisceau qui forme en arrière la limite de l'orifice œsophagien.

Cette structure explique que même quand il est distendu au point de laisser passer des viscères, l'orifice garde tout de même une certaine puissance de ses bords, ce qui étrangle et fait souffrir les viscères herniés.

Le diaphragme peut laisser passer les viscères abdominaux par des hernies congénitales, par des hernies se produisant spontanément et progressivement, ou enfin par des hernies suites de traumatisme. Ces viscères sont soumis à l'intérieur du ventre à des pressions qui deviennent importantes en cas de suralimentation et surtout de tympanisme gazeux. Ils ont alors une tendan-

ce naturelle à s'échapper. Si, comme cela est arrivé souvent avec les projectiles de guerre, il se produit une solution de continuité traumatique, les viscères sous-diaphragmatiques font hernie dans le thorax au point traumatisé qui peut être quelconque. S'il n'y a pas eu de traumatisme, il peut exiger une région où les fibres du diaphragme se laissent distendre et écarter; mais cela est exceptionnel et le plus souvent la hernie se fait à travers l'orifice œsophagien qui manque de solidité; néanmoins cet orifice, nous l'avons dit, gardera le plus souvent une certaine tonicité qui déterminera un étranglement plus ou moins marqué et des troubles des viscères herniés au niveau de leur passage à travers le diaphragme. Retenons pour l'instant qu'il existe des hernies diaphragmatiques et que ces hernies ne doivent pas être confondues avec les éventrations sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

*
* *

Cliniquement ces hernies diaphragmatiques peuvent ne se traduire par aucun symptôme et être une trouvaille au cours d'un examen radiologique pratiqué pour une autre cause. Elles peuvent aussi donner lieu à un tableau clinique qui tantôt fait pencher pour une affection digestive tantôt donne à penser à une affection cardiaque et tantôt mélange les symptômes des deux origines.

A) *Symptômes d'aspect digestif.* — Le malade présente une douleur épigastrique

commençant rapidement après l'ingestion d'aliments; (elle est en général calmée par la position horizontale qui relâche le diaphragme et fait cesser les phénomènes irritatifs causés par la striction de l'orifice); il a des vomissements fréquents, abondants, (mais ces vomissements sont surtout muqueux et s'accompagnent d'hypersécrétion salivaire).

B) *Symptômes d'aspect cardiaque.* — Après le repas se produisent de la dyspnée, de la cyanose, ou bien des douleurs précordiales pouvant s'irradier dans le bras gauche; il existe aussi une tachycardie plus ou moins accentuée; mais tous ces signes ont pour caractère d'apparaître à l'occasion d'ingestion d'aliment et de disparaître après vomissements.

On voit donc qu'un interrogatoire précis du patient peut permettre de penser au diagnostic réel. Ajoutons qu'il est un signe très important: il existe très souvent de la dysphagie, mais cette dysphagie est paradoxale, elle est moins accentuée pour les masses d'une certaine taille, que pour les bouchées bien mastiquées; Trémolières, Tardieu et Caquot¹ qui insistent sur ce phénomène, estiment qu'il est dû à ce que le péristaltisme œsophagien exerce mieux son action pour franchir le diaphragme sur les objets d'une certaine taille.

Les troubles d'ailleurs ne sont pas constants, ils se produisent par périodes à la suite de facteurs divers intéressant soit la digestion (repas trop copieux), le système nerveux (émotion, surmenage), la circulation générale (changement de température); puis après un temps de souffrance, plus ou moins durable, tout rentre dans l'ordre jusqu'à une nouvelle série de crises.

Les *signes physiques* sont variables suivant l'importance de la hernie; ils peuvent

être nuls avec une hernie de petite taille; avec des hernies plus étendues, on trouvera de la matité thoracique si les viscères sont remplis d'aliments, de la sonorité ou du tympanisme avec diminution ou absence du murmure vésiculaire, si leur contenu est gazeux, on pourra trouver pour une réplétion aérique considérable, des bruits amphoriques, du bruit d'airain, du tintement métallique. S'il y a à la fois des gaz et du liquide, des bruits hydroaériques, pouvant faire penser à un hydropneumothorax, mais qui souvent s'accompagneront de borborismes ou d'un bruit de glouglou rythmé par la respiration ou par les pulsations cardiaques et qui pourront inviter à croire à une bilocution gastrique. En somme la clinique peut très souvent, à la condition que l'examen soit minutieux, mettre sur la voie du diagnostic, mais c'est la radiologie qui tranche la question.

*
* *

L'examen aux rayons X peut donner des aspects très divers:

Tantôt seul l'estomac est en cause, avec ou sans une petite partie du duodénum. Il peut être en totalité dans le thorax; il est alors plicaturé, enroulé sur lui-même, comprimé et présente des aspects inattendus dont le plus fréquent est une apparente division en poches multiples présentant chacune un niveau liquide et une poche à air.

Il peut aussi n'être qu'en partie dans le thorax et être biloculaire; le plus souvent c'est la grosse tubérosité qui est sous-diaphragmatique et le fond de l'estomac avec tout ou partie du duodénum sont intrathoraciques; dans d'autres cas, c'est la portion cardiaque qui est sus-diaphragmatique. Enfin il arrive, dans les cas dits par brièveté congénitale de l'œsophage qu'il n'y a plus à proprement parler de grosse tubéro-

1. *Presse Médicale*, 21 février 1934: « Le diagnostic de la hernie diaphragmatique de l'estomac. »

sité, l'estomac prend la forme d'une poire, son extrémité supérieure s'enfonce dans le thorax, la partie sus-diaphragmatique est symétrique et l'étranglement au niveau de l'hiatus est à peine marqué.

Il arrive aussi que l'estomac soit en place mais que la hernie soit constituée par une partie du côlon et même que cette partie du côlon passe à droite du cœur et se dessine à la base droite.

Enfin, dans des cas plus accentués, on peut constater que la presque totalité du côlon et une partie du grêle sont dans le thorax (comme dans un très beau cas publié par Pierre Duval où le cœcum était au-dessus de la clavicule gauche), ou même que la hernie est constituée par tout ou partie de l'estomac, par une portion importante de l'intestin et par la rate. Il y a lieu évidemment de se demander si dans ces cas, il ne s'agit pas d'agénésie du diaphragme, plutôt que d'une hernie.

*

* *

Le *diagnostic radiologique différentiel* ne peut se faire que grâce au repos et au lavement baryté.

En effet les images anormales soit gazeuses, soit liquides peuvent être confondues avec:

Les kystes gazeux du poumon qui en certains cas ont une taille telle qu'ils pourraient être pris pour un estomac anormalement situé dans le thorax;

le pneumothorax et l'hydropneumothorax: quand ces affections se présentent avec leur aspect le plus habituel, il y a peu de chance d'erreur; mais un pneumothorax cloisonné par des brides et présentant des niveaux liquides irréguliers peut en imposer au premier abord pour une image de viscère abdominal.

Dans ces cas, l'introduction de substance opaque dans l'estomac ou dans le côlon

permet de voir si le contenu normal de l'abdomen est bien à sa place, ou si au contraire il est passé dans le thorax.

Il faut aussi penser à d'autres anomalies: une anse de côlon peut s'interposer entre le foie et le diaphragme droit. En cas d'image aérienne boudinée de la base droite, il faudra toujours rechercher si l'on voit, au-dessus du côlon, le mince liséré de la coupole diaphragmatique, puis voir par lavement comment se fait le remplissage de l'anse suspectée, ce qui permettra le plus souvent de se rendre compte de sa situation sus ou sous-diaphragmatique.

Il faut penser aussi à des affections rares: le diverticule œsophagien épiphénique donne une petite tache œsophagienne souvent avec bulle d'air juste au-dessus du diaphragme; l'estomac est alors de forme normale et sa grosse tubérosité présente l'aspect habituel, la dilatation de l'antra cardiaque de l'œsophage qui est un élargissement sous-diaphragmatique de la portion terminale de l'œsophage, le diverticule paracardiaque de l'estomac. Pour ces deux derniers, l'image anormale est manifestement sous-diaphragmatique.

Comme on le voit, grâce à l'opacification le diagnostic est le plus souvent chose aisée. Cependant il est des cas difficiles: d'abord on peut mal distinguer la coupole diaphragmatique et se demander si celle-ci étant anormalement élevée (éventration) la partie supérieure de l'estomac n'est pas restée abdominale. Dans le doute, on utilisera la manœuvre de Chilaïditi et la compression abdominale qui peuvent élever le contenu gastrique, lui faire mieux dessiner la poche la plus élevée et accentuer la biloculation. D'autre part, il existe une hernie occulte de l'hiatus; une petite partie seulement de l'estomac est ectopée. Akerlung recommande alors de faire l'examen dans des positions diverses; la hernie peut

être réduite en position debout mais la grosse tubérosité est déplacée vers la ligne médiane, elle correspond alors au *centrum tendineum* du diaphragme qui se déplace peu par la respiration, les mouvements inspiratoires et expiratoires de l'estomac sont moins étendus que normalement. En position couchée, en comprimant l'abdomen, on fait apparaître la poche sus-diaphragmatique ou on augmente son volume; la position de Trendelenburg a les mêmes résultats.

*

* *

Qu'il nous soit permis de citer deux observations:

I. Un homme de 44 ans bien portant jusque-là est pris brusquement le 29 avril 1934, dans la soirée, de violentes douleurs du thorax gauche avec gêne cardiaque et respiratoire; un médecin fait le diagnostic de pneumothorax spontané; le 30, le patient est admis à l'hôpital Notre-Dame. On constate une sonorité tympanique du champ pulmonaire gauche avec, à la base, une matité très variable selon la position; le cœur est fortement dévié.

L'examen radioscopique (nous n'avons pu prendre sur ce sujet moribond qu'un cliché mauvais en raison de l'état précaire du patient) montre un cœur passé à droite de la ligne médiane, une trachée très déviée: le poumon gauche présente à sa base une opacité à limite supérieure tout à fait imprécise; à sa moitié supérieure une clarté semblable à celle d'un pneumothorax limité; en haut, au niveau de la clavicule, par un mince liséré hémicircférentiel qui peut être la paroi d'un estomac distendu, ou la paroi d'une anse colique également distendue; une bande claire sur la base droite paraît une anse de côlon tympanisée. Le malade ne peut absorber que très peu de substance opaque; celle-ci montre une dilatation sus-diaphragmatique de l'œsophage, se continuant dans l'abdomen par un trajet sinueux, filiforme, irrégulier, contourné; au bout de quelques instants, il y a du baryum dans une poche gastrique sous-diaphragmatique, mais l'état du malade force à interrompre l'examen sans avoir pu rechercher la limite supérieure de l'estomac.

Le lendemain, la dyspnée, la tachycardie et les autres troubles augmentèrent; le malade mourut comme on le transportait d'urgence à la salle d'opération. L'autopsie permit de constater une hernie trans-

diaphragmatique contenant des anses coliques et la plus grande partie de l'estomac; mais cette partie de l'estomac présentait une vaste perforation par ulcère, et la base du thorax était remplie d'aliments, ce qui explique l'imprécision des contours de l'opacité radiologique de la base.

II. Le second cas concerne un nouveau-né prématuré de 8 mois $\frac{1}{2}$, qui dès la naissance présente de la cyanose et de la dyspnée; il est admis le 1er jour (en novembre 1937) à l'hôpital Notre-Dame. L'examen montre un tympanisme du thorax gauche avec disparition du murmure vésiculaire, un ventre moins saillant que normalement, et le service de pédiatrie de l'hôpital Notre-Dame nous l'envoie avec le diagnostic de hernie diaphragmatique. La radiographie montre sans contestation possible des images de viscères abdominaux remplis de gaz dans la totalité du champ pulmonaire gauche avec déviation du cœur. Le poumon droit est plus sombre que normalement (compression). L'enfant meurt au bout de quelques heures et l'autopsie, pratiquée par le Dr Bernier, montre une hernie diaphragmatique contenant l'estomac, le côlon, une partie du grêle et la rate.

Voici donc deux cas qui montrent la variété de la symptomatologie et de la tolérance. Dans le premier il a été nécessaire qu'un ulcère de l'estomac se perfore pour qu'un sujet de 44 ans se rende compte pour la première fois d'une anomalie thoracique, dans l'autre, c'est dès la naissance que les troubles sont si nets que le diagnostic clinique peut être porté avant l'examen radiologique.

*

* *

Dans l'*éventration diaphragmatique* contrairement à la hernie, le diaphragme ne présente pas de solution de continuité; mais il est constamment anormalement élevé. Trémolières, Tardieu et Caquot² proposent au lieu du terme *éventration*, du Dr Cruveilhier, celui de *mégadiaphragme* innové par Bard. Il s'agirait en effet de l'allongement anormal idiopathique d'un hémidiaphragme dans tous ses diamètres,

2. *Loco citato.*

d'une descente incomplète du diaphragme avec nanisme du poumon. Cette affection d'origine congénitale se développe lentement, évolue indéfiniment et peut être tolérée pendant très longtemps sans que le sujet remarque rien.

Mais après un certain temps d'évolution se produisent des symptômes qui ressemblent aux symptômes surtout cardiaques de la hernie diaphragmatique. Le cœur peut être refoulé lorsqu'il y a hernie très développée; mais il l'est toujours et parfois considérablement dès que l'éventration est un peu marquée, il en résulte donc une gêne de l'organe central de la circulation, gêne qui peut devenir beaucoup plus considérable à la suite des repas. L'estomac n'est pas alors déformé, il est simplement surélevé; le problème du diagnostic se résume à bien voir le fin liséré formé par la coupole. Certains auteurs préconisent l'excitation faradique du nerf phrénique qui détermine la contraction en masse du diaphragme au-dessus des organes abdominaux en cas d'éventration et l'étranglement du collet en cas de hernie.

Pour certains, il existerait dans l'éventration un mouvement de balance respiratoire entre les deux diaphragmes, il n'existerait pas pour les autres.

En somme, le seul signe précis consiste dans la non-déformation de l'estomac et dans la constatation d'un liséré prolongeant en dedans et en dehors la connexité du pôle gastrique supérieur.

*

* *

Mais l'ascension du diaphragme peut être due à d'autres causes.

L'aérogastrie et l'aérocolie quand elles sont considérables déterminent une surélévation très marquée du diaphragme avec refoulement du cœur et troubles cardia-

ques. Il ne faut pas exagérer en pathologie gastrique le rôle de l'aérophagie, qui durant un temps a tenu une place beaucoup trop grande; mais il est cependant indispensable de savoir que quelquefois elle peut atteindre un tel degré qu'elle met la vie en danger.

Durant la guerre, j'eus une fois à examiner l'estomac d'une religieuse qui se présentait avec l'aspect cachectique d'une cancéreuse avancée; le seul fait d'avaler une bouillie barytée la fit tomber en syncope, je la laissais au repos, mais au bout d'un quart d'heure quand je la remplaçais sous l'écran elle s'évanouit à nouveau. Je fus d'accord avec sa supérieure, qui l'accompagnait, pour estimer qu'il était sans intérêt de savoir où était son cancer et qu'il n'y avait qu'à la laisser mourir en paix. Tout ce que j'avais pu constater c'est qu'elle avait une poche à air formidable avec déplacement du cœur. Or deux mois après je rencontrais par hasard le confrère qui me l'avait envoyée et lui demandais s'il avait pu, avant la mort de la patiente, savoir où siégeait la lésion. Il me répondit «elle n'est pas morte, et elle recommence à faire la classe; elle a engraisé de 10 kilogs. C'est vous qui lui avez sauvé la vie. Je vous l'avais envoyée, parce que sa cachexie me faisait penser à un cancer que je ne pouvais localiser. Vous m'avez dit qu'elle avec une poche à air gastrique formidable. Je lui ai fait la leçon, je suis arrivé à lui apprendre à ne plus avaler d'air et elle est parfaitement bien portante.»

Le diagnostic de l'ascension du diaphragme par aérocolie ou aérogastrie se fera grâce à la constatation du tympanisme viscéral.

Le diaphragme se surélève aussi dans la paralysie du phrénique, que cette paralysie soit provoquée artificiellement dans un but thérapeutique ou qu'elle soit due à une

compression exercée à la partie supérieure du thorax par des néoformations soit tuberculeuses, soit néoplasiques ou qu'elle soit consécutive à une névrite tuberculeuse du phrénique. Le diagnostic différentiel peut être très difficile pour ceux qui admettent le phénomène de Kinbock dans l'éventration. Pour ceux qui ne l'admettent pas il est au contraire facile: dans l'immense majorité des cas de paralysie, le diaphragme se laisse remonter par la poussée des viscères abdominaux comprimés à chaque inspiration par la descente de l'autre diaphragme, si le mouvement de balance n'existe pas dans l'éventration, ce seul signe tranche la question.

Enfin, dans certains cas, la pleurésie diaphragmatique seraient capables de paralyser le diaphragme et de déterminer son ascension. J'avoue que pour ma part, j'ai vu dans les pleurésies l'immobilisation du diaphragme mais non son ascension. Je pense donc qu'il s'agit de faits très rares et je me demande si dans les cas cités il n'y avait

pas en même temps une lésion haute ou une névrite du phrénique expliquant son inhibition. En tout cas, comme une pleurésie peut se produire chez un sujet atteint d'éventration, il faudrait avant de se prononcer sur le mécanisme de cette ascension avoir des examens antérieurs à la pleurésie.

*
* *

Il nous a paru utile d'attirer l'attention sur la hernie et sur l'éventration diaphragmatique. Ce sont des affections rares; mais si la hernie traumatique a été très fréquente pendant la guerre, la pratique du temps de paix a montré qu'elles étaient cependant plus fréquentes qu'on ne le pensait; quand elles causent des troubles, il faut que le médecin pense à elles et sache qu'elles ont un tableau symptomatologique permettant au moins de les soupçonner quitte à demander au radiologiste de confirmer le diagnostic.



RECUEIL DE FAITS

CANCER DU POUMON

Deux observations personnelles.

Par J.-E. DUBE,

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

Obs. No 1. — Nejeeb A., syrien, 53 ans, agent d'affaires, entré à l'Hôtel-Dieu le 29 décembre 1936.

A son arrivée, le malade était oppressé et légèrement cyanosé. Température 101.3°, pouls 120, respiration 44, tension artérielle 102/65.

J'avais vu ce malade à ma consultation quelques jours auparavant, le 24 décembre, alors qu'il venait me consulter pour une toux qui durait déjà depuis quelque temps, et une forte douleur à l'épaule droite irradiant à tout le bras et datant de trois mois environ. Il prétendait que cette douleur était survenue après s'être exposé à des courants d'air pendant les grandes chaleurs de l'été. La mobilisation de l'articulation de l'épaule était très douloureuse.

Antécédents héréditaires: Rien à noter.

Au point de vue personnel, jamais de maladies graves, grand buveur de café turc et fumeur de cigarettes, 25 par jour.

Le malade avait encore assez bonne apparence, bien qu'accusant une perte de poids de 14 livres. Poids 156 au lieu de 170 livres quelques mois avant.

Il se plaignait de céphalée et d'une sensation de grande faiblesse. Tension artérielle 125/75; pouls 88.

Gros ganglion mobile et peu douloureux sous le maxillaire gauche. Rien à l'arrière-gorge; dents cariées au maxillaire inférieur gauche, pyorrhée, haleine fétide.

A l'examen: Présence de râles humides avec sibilances à la base droite, sans matité. Thorax un peu affaissé sous la clavicule, même côté, avec respiration bronchique et absence de râles. A gauche, région postérieure, matité tiers moyen du poumon avec diminution des vibrations de la respiration, léger souffle et bronchophonie. Gros râles humides à la base. Matité aortique et de l'aire cardiaque augmentée. Pas de lésions valvulaires, léger dédoublement du premier bruit avec rares extra-systoles.

Rien à noter au foie, estomac, rate et intestins. Pas d'œdème.

A la scopie: Aorte élargie avec gros cœur. Sommet droit s'éclairait mal à la toux. On voyait dans le pou-

mon gauche, région pré-ventriculaire, une partie assez bien délimitée du parenchyme mal éclairée et de forme arrondie, du volume d'une orange, que l'on put voir ensuite plus facilement à la radiographie, faite au moment de cet examen.

Urines: normales.

B. W.: négatif.

Cinq jours plus tard le malade rentra à l'hôpital sous observation. Les symptômes pulmonaires parurent s'amender après quelques jours de repos. Les râles disparurent complètement, mais la matité persista quand même à la région moyenne du poumon gauche, tel que constaté antérieurement.

Une deuxième radiographie, faite le 4 janvier 1937, à l'Hôtel-Dieu, montra une plage pulmonaire avec nodules disséminés dans la région moyenne du poumon gauche.

Les deux radiographies montraient des traînées fibreuses au sommet droit, vestiges probables de tuberculose ancienne cicatrisée.

Une radiographie de l'articulation scapulo-humérale droite, faite le 7 janvier, donna les renseignements suivants:

«L'articulation scapulo-humérale est nette.

La tête de l'humérus est très raréfiée.

Il y a une soufflure extrêmement suspecte au trochiter.»

(Signé) L.-E. Pariseau.

Cet ensemble de signes cliniques pulmonaires, avec radiographies, nous fit songer, au début, soit à un foyer d'hépatisation, ou à un abcès pulmonaire, ou à une lésion tuberculeuse, ou à un cancer du poumon.

Vers le 9 janvier il n'y avait plus trace du ganglion sous-maxillaire gauche.

Après diminution des râles pulmonaires et la chute de la température, vers la même date, l'idée d'un cancer pulmonaire sembla présenter des probabilités, surtout si on tenait compte de l'extrême faiblesse du malade, de la persistance d'une inappétence continue et d'un amaigrissement progressif.

Vers le 24 janvier il s'affaiblit considérablement et mourut dans le coma le 4 février.

L'autopsie donna les renseignements suivants:

« Epithélioma cylindrique, d'origine bronchique, de la région hilare du poumon gauche.
Métastases ganglionnaires péri-trachéo-bronchiques.
Métastases osseuses, l'une de l'humérus droit, épi-physe supérieure, l'autre du fémur. Fracture spontanée du fémur.
Métastases rénales multiples.
Dilatation du cœur droit. Sclérose du myocarde.
Tuberculose fibro-caséuse du sommet droit avec symphyse de la plèvre. Congestion et œdème des bases pulmonaires. »

(Signé) J.-L. Riopelle.

Obs. No 2. — Jérémie L., 43 ans, peintre, entré à l'Hôtel-Dieu le 19 mars 1937, lit 138, salle Saint-Joseph. Ce malade était envoyé par son médecin pour épanchement pleural gauche.

A la mi-janvier un autre médecin avait fait les mêmes constatations après examen radiographique. Le malade alors toussait et crachait beaucoup et se plaignant de dyspnée avec malaise à la région précordiale et sensation de pesanteur dans le dos, du même côté. Ce sont ces mêmes troubles qui existaient encore lorsqu'il fut hospitalisé.

Il est intéressant de noter qu'en 1935, il eut un épisode pulmonaire caractérisé par de la toux et de l'expectoration purulente et malodorante qui dura environ un mois. Il s'agissait probablement d'un abcès du poumon, avec ou sans bronchectasie, qui pouvait être la conséquence de bronchites répétées depuis 15 ans. Cependant, en avril 1936, au cours d'un examen médical, rien d'anormal, nous dit le malade, ne fut constaté à ses poumons. C'est en novembre 1936, début de sa dernière maladie, que le patient, atteint d'une grippe, commença à tousser et à expectorer. Ces symptômes augmentèrent jusqu'au 9 janvier 1937, alors qu'un médecin diagnostiqua un épanchement pleural gauche.

Sa première femme est morte de tuberculose pulmonaire.

Sa deuxième femme est encore vivante et bien portante. Il n'a jamais fait d'excès alcooliques et fume modérément. Poids habituel 155 livres; à son entrée poids 125 livres. Tension artérielle 115/70; pouls 96; température 100.3°.

Pas de lésions au cœur. la pointe bat dans le 5^e espace.

Hémithorax gauche: amplitude respiratoire diminuée, absence de vibrations avec matité sur toute la hauteur du poumon, en arrière. Un peu de sonorité de la partie antéro-externe du même côté. Murmure vésiculaire diminué en arrière dans les deux tiers supérieurs, aboli dans le tiers inférieur.

Rien de particulier au poumon droit.

Le 20 mars 1937: première ponction exploratrice à la base du poumon: négative.

Le 21 mars 1937: deuxième ponction à la partie moyenne: liquide franchement purulent. Résultats de l'analyse: pus présence; streptocoques nombreux.

Le 25 mars 1937: Le Dr Hingston enleva de la plèvre 500 c.c. de pus épais, jaune pale, et environ 200 c.c. de pus mélangé de sang. L'analyse du pus décéla la présence de streptocoques nombreux.

La température qui était de 100.1° continua ainsi jusqu'au 9 avril, puis redescendit à la normale le 10, alors que le même chirurgien pratiqua une pleurotomie avec résection costale et pose d'un drain. Le malade fut très soulagé.

Nouvelle poussée fébrile les 15 et 16 avril. Le 20, fièvre à 102°, le 21, 103°; la température varia entre 102° et 103° jusqu'au 26 avril alors qu'elle descendit au-dessous de la normale et resta ainsi jusqu'à sa mort, survenue le 30 avril.

L'autopsie, pratiquée par le Dr J. L. Riopelle, donna les résultats suivants:

« Epithélioma sténosant malpighien de la bronche souche gauche avec infiltration néoplasique du hile; abcès multiples du poumon, pneumonie chronique et pachy-pleurite. Le plus gros des abcès pulmonaires drainé par l'orifice de costotomie. Métastase infarctoïde du rein droit. Thrombo-endocardite, (petit thrombus sessile, face ventriculaire d'une des sigmoi-aortiques). Thrombophlébite suppurée des membres inférieurs. Thrombose des veines iliaques externes et des iliaques primitives, jusqu'à la bifurcation de la veine cave. »

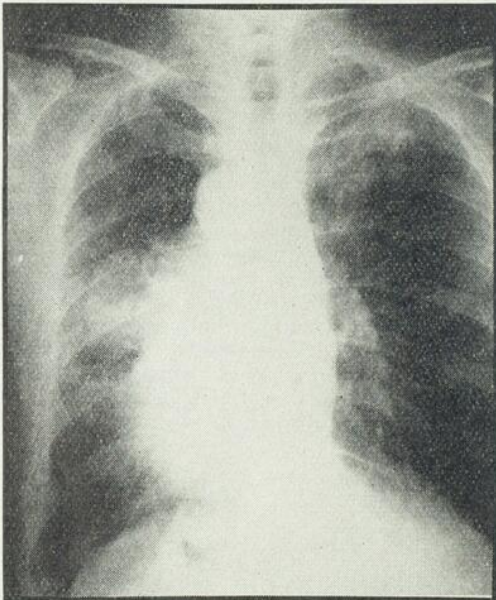
(Signé) J.-L. Riopelle.

Ces deux observations présentent des particularités cliniques qu'il est bon de faire ressortir. Dans les deux cas, le cancer intéresse la bronche souche du poumon gauche.

Dans la première observation, l'autopsie montre des métastases multiples du même poumon, du cœur, du rein ainsi que du système osseux.

Dans la deuxième observation, le cancer s'est généralisé aux ganglions du médiastin, au cœur et aux veines iliaques. Le cancer a, en plus, provoqué la formation d'abcès multiples en obstruant la bronche souche et en facilitant l'infection de l'arbre bronchique.

Dans l'observation No 1, le diagnostic d'un cancer du poumon put être fait grâce à la scopie et à la radiographie. C'est déjà un point d'acquis qui nous force à conclure que la scopie et la radiographie sont indispensables chez les malades qui toussent, avec crachats négatifs, même après plusieurs analyses. Il nous est déjà arrivé de diagnostiquer un cancer du poumon chez une femme âgée considérée comme tuberculeuse. Il y avait infiltration pulmonaire et caverne constatées à l'auscultation, à la scopie et à la graphie, mais l'expectoration



abondante était restée négative après plusieurs analyses. L'autopsie, d'ailleurs, confirma ce diagnostic. Or, chez nos deux malades, l'expectoration ne présente jamais de bacilles de Koch à l'analyse.

A cette première constatation clinique nous aurions dû songer à la bronchoscopie, avec biopsie, qui est appelée à rendre des services immenses dans le diagnostic des affections pulmonaires, si nous faisons plus souvent appel aux spécialistes qui la pratiquent, car dans le cancer du poumon, plus

encore que dans le cancer des autres organes, le diagnostic doit être très précoce si l'on veut que le malade bénéficie de la chirurgie pulmonaire.

Voici, en résumé, ce que MM. C. Lambret, H. Malatray et J. Driessens disent sur l'étape clinique du cancer du poumon, dans leur volume intitulé: «La Chirurgie du Cancer du Poumon» — page 14 et suivantes. (Masson & Cie, Paris, 1936):

«Le cancer du poumon n'est caractérisé par aucun signe clinique pathognomonique, permettant à lui seul de mettre sur le chemin du diagnostic.

Signes fonctionnels: Variables dans leur mode d'apparition et leur acuité, ils n'ont en général qu'une valeur diagnostique assez faible, du fait de leur banalité; par contre, l'étude attentive des modalités de certains d'entre eux peut apporter des renseignements importants sur l'extension du néoplasme.

Douleurs thoraciques: Pas toujours constantes. Elles peuvent se manifester de façon très diverse.

Dyspnée: Signe proprement respiratoire, elle se rencontre dans 75% des cas (Huguenin, Chevalier-Jackson, Carlson, Tudor Edwards). Rarement précoce et véritablement aiguë, elle est le plus souvent tardive et progressive.

Si, brusquement, elle s'intensifie, obligeant le malade à cesser toute occupation, si elle s'accompagne de cyanose, de turgescence des vaisseaux cervicaux et de tirage sus-sternal, elle est la traduction clinique la plus sûre de l'envahissement du médiastin par le processus néoplasique.

Expectoration: Elle peut être simplement catarrhale, due à une irritation bronchique chronique, elle est d'ordinaire mucopurulente par infection secondaire du foyer néoplasique

Hémoptysie: Elle est fréquente dans le cancer du poumon et l'on peut même dire que sa répétition est plus habituelle que dans la tuberculose.

Signes généraux: Ce sont ceux que l'on rencontre fréquemment dans tout cancer et qui traduisent à la fois l'intoxication à point de départ néoplasique, l'extension considérable de la tumeur, la généralisation même. L'amaigrissement semble assez fréquent et surtout précoce, d'autant plus net que le sujet est plus jeune. L'asthénie est un symptôme presque constant évoluant de pair avec le précédent. La cachexie est généralement rare, même à un stade avancé de l'affection, et surtout n'atteint jamais ce degré que l'on rencontre dans les tumeurs malignes du tube digestif, par exemple. La fièvre est un signe tardif, correspondant à l'installation des germes d'infection secondaire. Elle est signalée dans presque toutes les observations de néoplasmes pulmonaires très évolués.

SIGNES PHYSIQUES:

Forme circonscrite: C'est la variété chirurgicale par excellence et, malheureusement, sa traduction clinique est des plus frustes.

Forme pleurétique: Épanchement pleural de la grande cavité, plus ou moins abondant. La ponction exploratrice systématique ramène alors un liquide sero-sanguinolent ou franchement sanglant dont l'examen histologique permettra quelquefois de mettre en évidence des îlots de cellules cancéreuses.

Forme massive ou infiltrante: Elle se traduit par un syndrome de condensation pulmonaire manifeste: matité limitée, découpée, parfois suspendue, abolition totale du murmure vésiculaire, souffle avec bronchophonie et pectoriloquie aphone.

Forme médiastino-pulmonaire: Elle se caractérise par le syndrome de compression médiastinale, avec ses éléments bien connus: œdème en pélerine, dyspnée, cyanose, circulation collatérale, dysphagie, matité sternale ou para-vertébrale.

Indications opératoires, d'après les mêmes auteurs, page 52 du même ouvrage:

En résumé: l'étude de la valeur des différents signes des néoplasmes pulmonaires, envisagée du point de vue de l'opérabilité, nous permet de poser les indications opératoires suivantes:

Il faut opérer:

1° les cancers reconnus à la radiographie, comme peu étendus et parfaitement circonscrits;

2° les cancers à forme nettement lobaire;

3° les cancers relativement circonscrits dans lesquels le pneumothorax a été possible.

Il ne faut pas opérer:

1° les cancers avec adénopathies extra-pulmonaires même sus-claviculaires;

2° les cancers avec épanchement pleural;

3° les cancers à forme massive paraissant cliniquement avoir envahi la paroi ou le médiastin;

4° les cancers chez des malades trop âgés ou trop amaigris, ou porteurs d'une tare organique, surtout cardio-vasculaire;

5° les cancers s'accompagnant d'hyperthermie.

On peut opérer:

1° les cancers à forme massive, dont la propagation pariétale ou médiastinale reste douteuse même à la radiographie;

2° les cancers à forme relativement cir-

conscrite, dans lesquels le pneumothorax n'a pas été possible.

En effet, c'est dans ces derniers cas, cas limites, que la décision reste la plus difficile à prendre. Malgré tous les examens pratiqués, l'opérabilité reste douteuse.

Nous devons conclure de l'étude clinique de nos deux observations et des enseignements judicieux de MM. Lambret, Malatray et Driessens, rapportés ci-dessus, qu'il

est nécessaire d'ajouter la scopie et la graphie, ainsi que la bronchoscopie, avec biopsie, à l'examen clinique des malades dont les lésions pulmonaires n'ont pas fait leur preuve soit par l'analyse des crachats, pour la tuberculose pulmonaire, ou un ensemble clinique précis comme dans la pneumonie, la pleurésie, la bronchiectasie et toutes autres manifestations pulmonaires à évolution bien définie.



CONTRIBUTION AU PROBLÈME DES "LIPODYSTROPHIES INSULINIQUES"

Cas personnel de lipo-atrophie après une cure insulinique de 4 ans.

Par Anselme LÉGER,

Professeur de pathologie médicale à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

En dehors de l'hypoglycémie, accident parfois mortel, il survient au cours de traitement par l'insuline, entre autres incidents, des lipodystrophies (hyperplasies ou atrophies) qui constituent de véritables outrages à l'esthétique. Fort rares, heureusement, ils se rencontrent surtout chez des femmes et des enfants. Sur 47 cas réunis par Gellerstedt: 19 enfants, 25 femmes, 3 hommes.¹

Formations lipomateuses dans les formes hyperplasiques; fibrose dans les formes atrophiques, dans l'un comme dans l'autre cas l'évolution se poursuit sans douleur, sans réaction inflammatoire. « On voit, dit Marcel Labbé (parlant des atrophies), dans la région où les injections d'insuline sont pratiquées, une dépression de la paroi, sans altération de la peau, due à une disparition du tissu cellulo-graisseux, comme si l'insuline en avait amené la digestion. »²



FIG. 1

Vue de face. Affaissement du capitonnage graisseux sous-cutané.

Formule prudente « comme si l'insuline en avait amené la digestion » et qui pose le problème pathogénique, problème fait, pour le moment, d'hypothèses que l'on peut ramener à trois.

1° — Digestion locale de la graisse, action hormonale de l'insuline qui contiendrait des ferments lipolytiques (des faits ont cependant été rapportés en dehors de tout traitement insulinique) et admettant une susceptibilité particulière.

2° — Processus d'irritation locale due à certaines impuretés contenues dans l'insuline (des faits seraient survenus à la suite d'injections d'insulines purifiées).

3° — Processus d'irritation locale par le traumatisme même de la piqûre (fonte graisseuse traumatique, paniculite traumatique).³

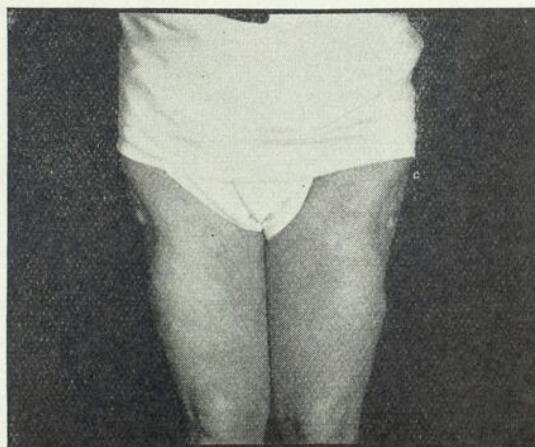


Fig. 2

Vue de côté — droit et gauche.

1. N. Gellerstedt: *Endocrinologie*, juin 1932. Leipzig.

2. Marcel Labbé: *Traitement du diabète sucré*.

3. Rosenberg et Berliner: *Weiner Klinische Wochenschrift*, vol. 49, n° 41, 9 octobre 1936.

Pour ma part, je n'ai jamais vu avant l'ère insulinienne, des dystrophies comme celles qui font le sujet de cette contribution, et, cependant, si le traumatisme de la piqûre peut être invoqué, c'est bien chez les narcomanes, qui, sans aucune des précautions aseptiques même ordinaires, usent bien davantage de l'aiguille que les diabétiques. Pareil usage de l'aiguille, chez les narcomanes, aurait dû fournir un cortège de faits aux cliniciens. Or, les encyclopédies médicales⁴ et les dictionnaires médicaux antérieurs à la découverte de l'insuline ne font aucune mention des lipodystrophies. La première communication faite à ce sujet date du 30 avril 1926 par Depisch. Comment expliquer par le traumatisme la fréquence de ces accidents chez la femme et l'enfant; comment expliquer les manifestations à distance en dehors du lieu de la piqûre? A la joue par exemple.⁵

A mon humble avis, l'hypothèse du traumatisme par la piqûre se trouve ainsi infirmée, de même celle qui attribue ces lésions aux impuretés de l'insuline étant automatiquement éliminée, il reste l'hypothèse de digestion locale due à l'action hormonale de l'insuline: «les graisses brûlant au feu des hydrates de carbone contenus dans les tissus et dans les vaisseaux avoisinants.»

Mais ce qui importe avant tout, c'est d'éloigner pareilles dystrophies ou de tâcher d'y remédier quand elles existent. Marcel Labbé propose la solution suivante au problème: «Si l'on cesse de faire des injections d'insuline au même niveau, le tissu cellulo-graisseux se répare au bout de quelques mois. Les injections faites en une autre région ne produisant pas fatalement les mêmes effets.» Dans le cas illustré, le

temps nous dira si la réparation doit se faire: les dégâts sont tels, qu'espérer une réparation paraît vain.

Peut-on ajouter aux mesures soi-disant curatives et prophylactiques énoncées par Labbé?

1° — Non seulement «cesser de faire des injections d'insuline au même niveau» mais changer, d'une injection à l'autre, de région. Aux membres supérieurs à divers niveaux, de là aux membres inférieurs, à la paroi abdominale, aux flancs, etc., pour revenir après avoir fait le tour aux membres supérieurs et recommencer le cycle en l'étendant, en durée, le plus longtemps possible.

2° — Donner, même par voie intramusculaire, à la moindre menace, sans oublier que le muscle n'est pas complètement à l'abri de pareilles dystrophies.

3° — Tout patient menacé, ayant à sa main un médecin, trouverait peut-être profit à employer la voie intraveineuse, malgré ses inconvénients. En effet, par la voie intraveineuse, on jette immédiatement une dose massive dans la circulation; les diabétologues cherchent tout autre chose, i. e. les moyens de ralentir la résorption et de prolonger son action.

Que penser de l'avantage, dans ces cas, des injections de protamine-insuline? elles permettent d'espacer les doses? Mais l'action digestive des ferments lipolytiques n'a-t-elle pas plus de chance de s'exercer, vu la présence prolongée, dans les tissus, de cette forme d'insuline?

En dehors du fait qu'il s'agit d'une femme, âgée de 34 ans et traitée depuis 4 ans, rien d'autre, dans l'observation clinique du cas rapporté, n'ajouterait à cette contribution au problème pathogénique et thérapeutique que pose les dystrophies insulini-ques.

4. P. M. C. Sajous.

5. Strausky: *Wiener Medizinische Wochenschrift*, vol. LXXX, janvier 1930.

L'UTILISATION DU FERMOIR ÉCLAIR DANS LE RAPPROCHEMENT DU BORD DES LÈVRES DE CERTAINES PLAIES

Par Léon GÉRIN-LAJOIE, F. R. C. S. (C.),

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal,
Chef-adjoint au service de gynécologie de l'hôpital Notre-Dame.

L'histoire de notre malade est banale et n'aurait rien d'original dans l'application du traitement, si ce n'eût été une complication post-opératoire, en l'occurrence une congestion pulmonaire grave avec bronchite, qui a amené une éventration.

Madame R. S... se présente à l'Hôpital le 9 août 1937 pour des troubles génitaux caractérisés par des douleurs inguinales, des hémorragies et de la leucorrhée. L'examen révèle une métrite cervicale considérable, d'aspect bourgeonnant, nodulaire, faisant penser à un épithélioma. La biopsie est toutefois négative. Il y a également des annexes kystiques. Aussi nous contentons-nous de conseiller à la malade une électro-coagulation du col. Celle-ci est faite le 27 août à l'aiguille, sous anesthésie générale afin d'obtenir une bonne destruction non seulement du museau de Tanche mais de tout le col interne.

Les jours qui suivent l'intervention sont sans incidents; cependant à la dixième journée, la malade se remet à saigner et l'interne de service est forcé de faire un tamponnement vaginal pour arrêter l'hémorragie. Celle-ci revenant au bout de vingt-quatre heures, le tamponnement dut être renouvelé. L'examen montre un col encore bourgeonnant en voie d'élimination; nous attendons quelques jours en prescrivant à la malade des hémostatiques toujours dans l'espoir que les hémorragies finiront par arrêter. Notre attente est vaine, la malade saigne tous les jours et trois semaines après l'électro-coagulation la biopsie reste encore négative à l'épithélioma. Devant l'état d'anémie qu'accuse notre malade nous conseillons une intervention plus drastique: l'hystérectomie.

La malade accepte et nous intervenons le 28 septembre 1937. L'hystérectomie sub-totale devient pratiquement une hystérectomie totale du fait que le col électro-coagulé le fut si complètement, que la thérapie atteignit et dépassa même le col utérin et se rendit en certains endroits jusqu'à l'isthme. A cause de la gravité

de l'intervention et de l'ouverture du vagin, on laissa en place un drainage à la Mickulicz.

La patiente qui jusqu'alors avait fait une convalescence ne se compliquant que d'anémie, pris mal la deuxième anesthésie et dès le lendemain de l'interven-

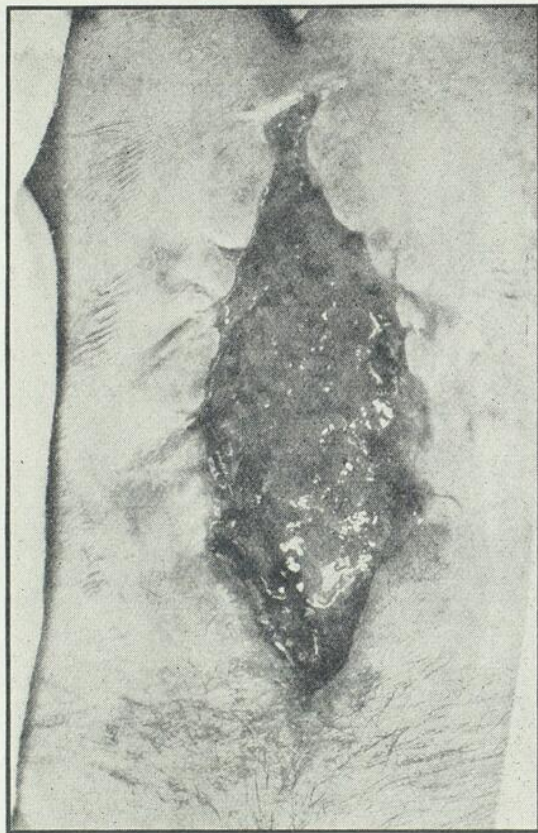


Photo No 1

Aspect de la plaie 15 jours après avoir appliqué le fermoir pour la première fois. A noter l'aspect irrégulier et déchiqueté des bords de la plaie.

tion, elle fut prise de quintes de toux, qui allèrent en s'aggravant jusque vers la sixième journée, et présenta des crachats hémoptoïques nous faisant croire pour un moment à un début de pneumonie.

Suivant la technique préconisée par M. J.-L. Faure, les mèches furent retirées graduellement, dans les jours qui suivirent; les agrafes, à la huitième journée, le sac, à la dixième journée et les points à la onzième journée. A la douzième journée la malade fut prise d'une quinte de toux plus forte qu'à l'ordinaire et la plaie s'ouvrit du haut en bas, non seulement les tissus cutanés et cellulaires mais aussi les tissus musculaires et péritonéaux étant dissociés. Bref, les intestins et l'épiploon s'étaient fait un jour à travers la paroi.

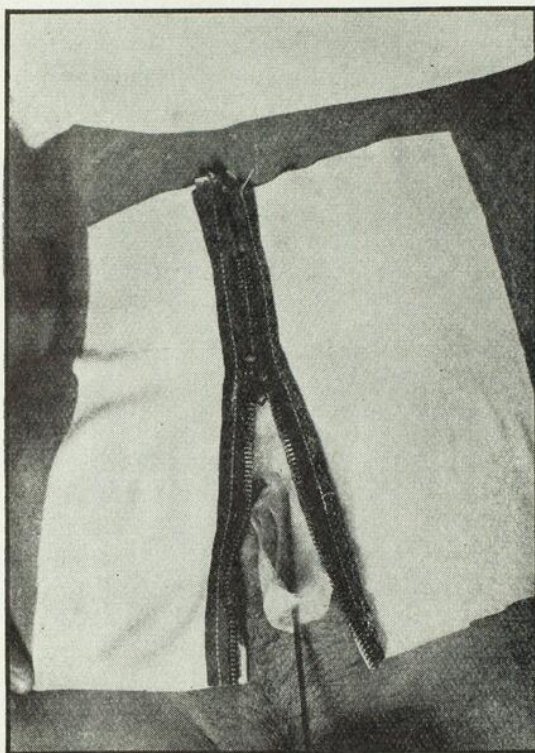


Photo No 2

Le ferموir entr'ouvert permet un pansement facile sans désunir complètement la plaie.

Le matin même, je repris la paroi, en un seul plan, et la malade retourna à son lit. Malheureusement le sur-lendemain la gangrène se mit de la partie, les bords de la plaie se séparèrent, et les crins eurent beau jeu pour couper à travers ces tissus suppurant, dévitalisés. On institua immédiatement une vaccination à l'aide du vaccin polyvalent de l'Institut Pasteur, qui eut les plus heureux résultats. L'évolution gangréneuse s'arrêta.

Des diachylons larges n'eurent pas raison des muscles grand droit, et dix minutes après leur mise en place, et malgré le port d'une bande abdominale très

serrée l'intestin se faisait jour à travers les diachylons et les bords de la plaie.

Il me vint à l'idée d'utiliser le ferموir éclair. Aux bords de coton furent cousus à la machine à coudre (le faufileage n'étant pas assez fort) deux bandelettes de diachylon de quatre pouces de large et sur toute la longueur du ferموir. Celui-ci, ouvert, on appliqua le diachylon en bordure de la plaie d'un côté puis de l'autre côté. Durant le pansement une aide tenait constamment l'abdomen de la malade, qui ne cessait de tousser et d'expectorer, la position couchée étant indispensable à la bonne mise en place du ferموir.

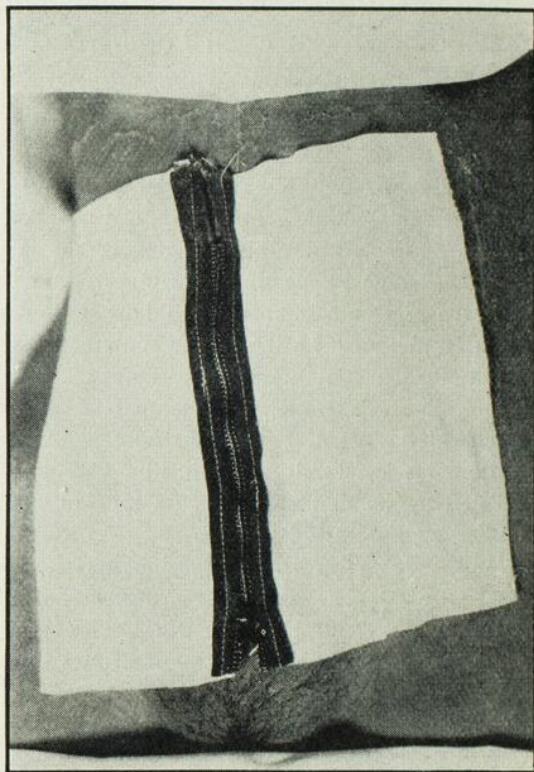


Photo No 3

Le ferموir en place et fermé. Le diachylon, que l'on peut utiliser de différentes largeurs suivant le plus ou le moins d'obésité des malades, agit comme un véritable corset.

Nous installâmes des compresses vaselinées dans la plaie pour protéger les intestins, et en un geste simple il nous a été facile de fermer notre nouvel appareil. La malade se sentit immédiatement soulagée et supportée et toussa à son aise sans crainte et sans retenue. Il fut aisé dans la suite d'ouvrir le ferموir jusqu'à la moitié pour faire les pansements nécessaires et les irrigations. Au début nous renouvelions l'appareil

tous les deux jours; la suppuration diminuant, nous distancions jusqu'à cinq jours et une semaine, le renouvellement de tout l'appareil. A la 33^{ème} journée

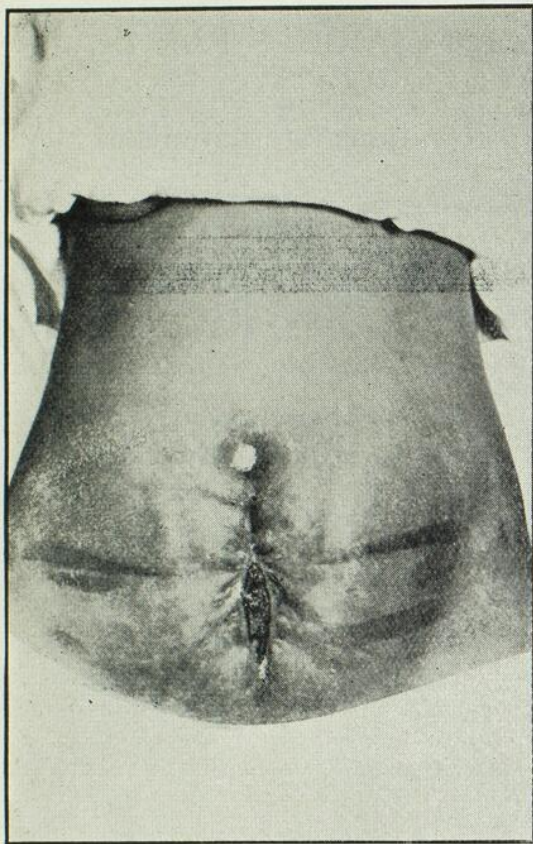


Photo No 4

Etat de la plaie 36 jours après le début.

nous enlevions définitivement le fermoir. Aujourd'hui la plaie est complètement fermée, la malade se lève et circule.

L'idée de l'utilisation du fermoir éclair n'est pas nouvelle mais, croyons-nous, il n'a

été utilisé jusqu'ici qu'à titre préventif. De fait, nous relevons dans la littérature l'article publié par le Docteur O. de Muth, de Vancouver, dans le « Canadian Medical Association Journal » du mois de décembre 1934¹.

Un symposium sur la désunion des plaies présenté à une réunion du « New York Surgical Society » le 8 novembre 1933 et reporté dans « Annals of Surgery » de janvier 1934, avait jeté un certain émoi dans l'esprit d'un bon nombre de chirurgiens. Aussi afin de prévenir la désunion des plaies De Muth a-t-il imaginé de se servir du fermoir éclair. L'appareil qu'il propose est évidemment plus élaboré que le mien; il offre l'avantage d'attirer et de soutenir les tissus sous-cellulaires, aponévrose et muscle grand droit.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir guéri notre malade, car il persiste un léger écartement des muscles droits. Cependant, dans les circonstances nous sommes satisfaits d'avoir réussi à amener une union des bords de la plaie à un moment où l'état général de la malade était des plus déplorable et susceptible de complications plus graves si nous n'avions pas utilisé l'appareil de fortune que nous avons imaginé.

1. O. De Muth: « An improved wound support and dressing. » *Can. Med. Ass. Journ.*, vol. 31, n^o 6, déc. 1934, p. 659.



REVUE GÉNÉRALE

DU TRAITEMENT DES INFECTIONS AIGÜES PAR LE CARBONE INTRAVEINEUX

Revue de la question à la faveur d'observations internationales

Par Eugène SAINT-JACQUES,
Professeur à l'Université de Montréal,
Lauréat de l'Académie des Sciences de Paris.

Dans un récent article sur la question, paru dans *le Monde Médical* d'avril 1937, nous terminions en disant: « Ce n'est que d'une expérimentation généralisée que sortira la lumière définitive, et c'est sur l'apport bienveillant de tous qu'une méthode nouvelle verra son mérite réel ou imaginaire reconnu. »

Voyons donc ce que l'étranger a apporté de contribution à l'appui de l'efficacité du C. I. V. contre les infections aiguës. Le témoignage de collègues étrangers a souvent plus de poids aux yeux des timides. Nous n'avons qu'à nous louer de la collaboration et de la bienveillance étrangères qui ont eu l'obligeance de nous faire tenir, de pays aussi variés que souvent lointains et inattendus, le résultat de leur expérimentation clinique. Particulièrement sommes-nous reconnaissant à M. Auguste Lumière, de Lyon, pour ses recherches biologiques dans le but d'éclaircir certains aspects incertains de la question et pour ses contributions à la *granulothérapie*; à M. Menetrel, pour son intéressante thèse (1936) où sont consignées tant de recherches expérimentales et d'observations cliniques; à MM. Touraine et Demarez, et tant d'autres, à me faire tenir leurs résultats cliniques.

Je choisis parmi des quantités d'observations cliniques quelques-unes qui éclairent la question d'un jour nouveau.

Infection généralisée à culture sanguine positive au streptocoque hémolytique:

Le Prof. Roy Fraser, professeur de bactériologie à Mt. Allison University, Can., par lettre du 23 fév. 1935, nous faisait part des faits suivants:

Attaque sévère d'infection streptococcique, à point de départ pharyngien avec extension rapide aux poumons; très haute température.

Culture sanguine pour le streptocoque hémolytique, peu nombreux, et streptocoque non hémolytique de Green, très nombreux.

Haute température vespérale.

Reçoit C. I. V.

Lendemain matin: température normale. Le soir, haute température: 2^e C. I. V.

Le 3^e jour, température du matin: normale; température du soir: 38.3 (101): 3^e C. I. V.

Chute définitive à la normale. Deux autres carbones pour assurer son maintien, soit donc un total de 5 C. I. V. de 5 c.c.

Et le malade survit à sa complication pulmonaire et fait une rapide convalescence.

Le Prof. Fraser ajoute: « Nous savons combien faibles sont les chances de survie dans un tel cas d'infection streptococcique à culture sanguine positive. »

Le Prof. Thorek, de Chicago, nous fait tenir l'observation clinique suivante d'un autre cas de septicémie généralisée guéri aussi par le C. I. V.

OBS. 185. Miss L. R. W., 33 ans, Wassermann positif, développe un furoncle à la fesse d'abord. Bientôt appa-

raît de l'œdème à la cuisse où se développe un abcès que l'on ouvre. L'autre cuisse fait de même. Bientôt un quatrième abcès apparaît au dos. En face de cet état septicémique avec haute température à 38.3 et 39.3 (101-103) et hyperleucocytose graduellement ascendante (25,000 puis 33,000), on essaie tous les traitements sans succès. Au courant des effets bienfaisants du carbone — qui avait rapidement éteint une cholécystite aiguë chez une de ses malades de soixante-quinze ans, le professeur Thorek commence le C. I. V. Il en donne 14 injections, une chaque jour, de 5 c.c. qui arrêtent la formation de nouveaux abcès dès la première injection et sauvent définitivement la malade qui jusque-là allait dépérissant.

Le cas que voici, bien que des nôtres, est si probant que nous croyons bon de le citer.

Obs. 183. Jeune maman de quinze ans, Mme C. V., accouche chez elle le 6 septembre 1934. Elle arrive à l'hôpital le même jour, très infectée, avec température à 38.3 (100.3). Le 9, expulsion de reliquats de placenta. Température oscille entre 38.3 et 40 (101 et 104). La malade reçoit alternativement vaccins, Iodoseptine, Septicémine, Propidon, sans résultats.

Le 11, il lui est fait un abcès de fixation à la térébenthine.

Le 13, nous voyons la malade pour la première fois. Temp. 40.2 (104.3). Faisons donner C. I. V. 5 c.c.

Le 14, temp. 38.3 (101); et dès lors un C. I. V. chaque jour.

Le 17, le laboratoire rapporte que les urines donnent du *coli-bacille*.

Le 19, le sang donne une culture positive au staphylocoque.

La température, bien que plus basse, oscille encore.

La malade reçoit en tout 11 C. I. V. Le 15, l'hémoculture est négative. L'état général est excellent. La température est à 37-37.5. Encore du coli dans les urines.

Le 20, la malade, debout, est en excellent état général et retourne bientôt chez elle; l'urine ne contient plus que de rares coli, rapporte le laboratoire.

On guérit parfois d'une culture sanguine même positive avec des moyens variés, mais ces cas sont rares. L'auto-hémothérapie en réclame quelques cas à son crédit. Ainsi Raybaud et Cousin rapportent, en mars 1934, dans *le Marseille Médical*, un cas de

septicémie à culture sanguine au staphylocoque qui développa des abcès multiples et successifs et finit par guérir, mais après cinq mois et demi.

Nous avons là, sur nos fiches, six cas de septicémie à culture sanguine positive que le C. I. V. a guéris.

Pendant que nous sommes sur le chapitre des *infections puerpérales*, citons, parmi les nombreux cas personnels guéris et qui furent rapportés, ces deux-ci, du Dr V., de Saint-H.:

Obs. 132. Mme G., 31 ans, secondipare. Dilatation lente. Accouchement au forceps. Cinq jours durant, tout va bien. Sixième jour, frisson, temp. 40.5 (105). Pouls 130. Douleurs aux deux fosses iliaques.

Septième jour, temp. (a. m.) 40, (p. m.) 41.2. Reçoit C. I. V. 5 c.c. qui, durant 8 jours, sont répétés matin et soir — nous le soulignons — et le Dr V. sauve sa malade.

Obs. 133. Dr V. Mme T., 28 ans. Fausse couche de six mois, provoquée. Pertes hémorragiques qui deviennent malodorantes.

Le deuxième jour, grand frisson. Température 39-40 (102-104).

Avortement. Placenta avec placards verdâtres. La température monte à 40.5.

Elle reçoit C. I. V. 5 c.c., et en 5 jours la température touche la normale et y demeure, et tout rentre dans l'ordre.

Toutes nos malades affectées de fièvre puerpérale ont bien évolué sous l'influence du C. I. V.

La *phlébite* survenant au cours d'une infection puerpérale est raccourcie dans son évolution, par le C. I. V., qui semble prévenir les complications et permet la marche plus tôt. Tel cas de phlébite simple qui se lève et marche au 20e jour, et telle autre malade affectée d'une phlébite double est debout et marche au 33e jour, rapportons-nous dans un mémoire à l'Académie de Médecine (8 octobre 1935).

Que dire du C. I. V. dans la *furonculose* et l'*anthrax* ?

Le Dr Gray, du Nigeria, en souffrait d'une manière chronique, nous écrit-il, disant: «La furonculose dans notre climat humide et chaud est une de nos bêtes noires: très fréquemment rencontrée. J'ai tout essayé, mais avec des résultats peu heureux.» Il emploie le C. I. V. sur lui-même et s'en guérit radicalement, et nous écrit: «Les furoncles n'ont plus de terreur pour moi ni mes malades. J'en ai eu de très grands succès.» Et il rapporte le cas compliqué suivant:

Une dame européenne se présente à nous avec des furoncles multiples du cuir chevelu et un *panaris au doigt*, qu'il faudra inciser demain, lui dis-je. En attendant, je lui donne un C. I. V. de 5 c.c. Le lendemain toute douleur au doigt a disparu et les furoncles sont moins douloureux. Une deuxième injection fait disparaître les furoncles, et il ne fut plus question d'inciser le panaris.

«Ma réputation comme guérisseur de la furonculose s'étend», ajoute-t-il avec humour. Depuis lors, il emploie le C. dans son milieu tropical avec des succès de plus en plus encourageants.

Anthrax.

Nous n'opérons plus les anthrax et préférons les guérir sans intervention.

Obs. 184. Le Dr L. rapporte que M. B., 50 ans, se présente avec un anthrax à la nuque et refuse toute intervention. Il reçoit 9 C. I. V. et au 3^e jour la douleur a disparu et il guérit sans autre traitement.

Le Dr D., Montréal, nous fait voir une jeune dame qui présente à la nuque un beau placard d'anthrax grandeur d'une pièce de cinq francs ou d'une piastre américaine, rouge, douloureux, où pointent des cratères purulents. Nous conseillons le C. I. V., et 5 lui sont donnés de 5 c.c., ce qui la guérit et la sauve de toute intervention.

Le C. I. V. guérira-t-il tous les cas de furonculose? Nous avons tendance à le croire, s'il est donné à doses appropriées.

Nous l'avons essayé sur nous-même pour une furonculose, avec un résultat aussi rapide que satisfaisant.

*
* *

Le C. I. V. est merveilleusement effectif, et rapidement, dans les affections aiguës infectieuses de la bouche et du voisinage.

Les *périostites* d'origine dentaire consécutives aux extractions se calment vite sous l'effet du C.

Nos collègues ont tort de laisser souffrir leurs malades pris d'*amygdalite aiguë*, alors que le C. I. V. les soulage si rapidement.

Le Dr Ménétrel (v. sa thèse) fait une angine phlegmoneuse. L'amygdale droite est volumineuse. Dysphagie et aphonie depuis deux jours. Un spécialiste propose une injection de Propidon ou de bactériophage dans l'amygdale, ce qui eût été intolérable. Connaissant déjà l'efficacité du carbone, M. s'en fait donner 3 cc. à 6 p.m.; la température est à 40.5.

Quatre heures plus tard la douleur est déjà moindre, la température est descendue à 38.2, et il peut dormir.

Le lendemain matin la guérison est complète, sans ouverture du phlegmon, et la température est à 37.1. M. reprend le même jour son service hospitalier.

Stomatite ulcéro-membraneuse.

Obs. 222. Mme Jos. A. fait de la pyorrhée depuis longtemps et arrive à l'hôpital avec une stomatite ulcéro-membraneuse labio-gingivale qui exhale tellement d'odeur qu'elle doit être isolée des autres malades. Le début remonte à 15 jours. Elle fait en plus une poussée de paramétrite à droite, à l'arrivée. Le 22 novembre, la température est à 38.5. La malade ne peut manger et peut à peine parler. Avec trois carbones la température tombe à la normale le 27, en même temps que les croûtes et membranes disparaissent rapidement. Le 5 décembre la bouche est guérie. Le 10, tout est parfait et la douleur au bas-ventre est disparue. Elle quitte l'hôpital, guérie.

Parotidites aiguës.

Dans la *Presse Médicale* du 28 nov. 1934, nous en rapportons cinq cas rapidement guéris par le C. I. V. En voici un, typique:

OBS. 112. M. J. A. fait d'abord une amygdalite aiguë avec température oscillant entre 37 et 38. Le 24, parotidite commençante. Le 25, elle s'affirme. Température 38.4. La malade reçoit *un seul* carbone. Le 26, la température est immédiatement tombée à la normale, où elle persiste, en même temps que le gonflement parotidien disparaît rapidement.

On sait la gravité que peuvent revêtir parfois les parotidites surtout post-opératoires: toutes nos malades en guérirent, et encore une récemment:

OBS. 370. Mme F. D., 22 ans, opérée pour un kyste ovarien et appendicite le 23 avril. Tout à coup, le 5 mai, signes de parotidite, température à 38. C. I. V., 5 c.c. Le 7 mai, température à 38. Reçoit C., 5 c.c. Le 11, la température est à 39. Reçoit un troisième C. de 5 c.c.

En trois jours la température est descendue à la normale, y demeure, et la guérison opératoire se fait *per primam* et sans complication.

Le Dr Montet en rapportait plusieurs cas à la Soc. Méd.-Chir. d'Indochine, le 13 septembre 1935: « J'ai obtenu, disait-il dans le « Répertoire médical » de *la Clinique*, la disparition de la tuméfaction, des douleurs et de la fièvre dès les premières injections de C. I. V. » Et il ajoutait: « Si cette méthode nouvelle pouvait mettre ces malades à l'abri des orchites et des ovarites comme des complications méningées parfois rencontrées, elle mériterait d'être employée systématiquement. »

N'oublions pas que les parotidites, par leurs complications testiculaires et ovariennes, sont causes fréquentes de stérilité. Le C. I. V. est là pour les prévenir.

Les bienfaits du C. I. V. dans les affections buccales aiguës deviennent graduellement de plus en plus connus.

Rappelons-nous l'opinion de Tanret: « Il n'est point de médicament vraiment actif qui, de loin en loin, ne rencontre des individus hypersensibles; et si leur administration s'accompagne de quelques phénomènes

tapageurs, ce n'est pas une raison pour jeter sur eux un discrédit immérité. »

Et Martinet ajoutait: « L'hypersensibilité, l'hypersusceptibilité d'un sujet à l'endroit d'une drogue déterminée, bien loin d'en contre-indiquer l'emploi, l'indique au contraire, mais à des doses réellement homéopathiques progressivement relevées jusqu'à action physiologique: c'est une des méthodes les plus sûres de la thérapeutique médicamenteuse, à condition d'y appliquer une dosimétrie rigoureuse. » Conseil si éminemment pratique.

Les Drs V. D. Branden et Plissier, de Bruxelles, le savent et emploient le C. dans six cas dont ils rapportent les observations cliniques détaillées dans *le Bulletin de la Société Belge d'Oto-Rhino* de nov. 1936.

Voici l'histoire de l'un de leurs malades:

Il s'agit d'un *phlegmon péri-amygdalien* qui soulève la moitié gauche du voile du palais avec œdème de la glotte. Grosse adénite cervicale. Tête immobilisée par la douleur. Souffre depuis 8 jours. Alimentation impossible. Température 39.9. Sang: 10,000 leucocytes.

Reçoit C. I. V., 5 c.c.

Le lendemain, 12 déc., douleur très atténuée. Leucocytose à 13,000. (Nous savons que l'hyperleucocytose est un résultat de défense par le C.) Encore C. 5 c.c.

Le 13, l'état général s'améliore décidément. Gorge normale, douleur disparue. Le malade mange et boit. Pas d'opération.

Le 16, il est renvoyé guéri.

Ces spécialistes rapportaient ainsi six cas où le C. I. V. a été uniformément effectif, et concluaient ainsi:

« Signalons la concordance dans l'évolution et les résultats obtenus chez ces malades: diminution rapide de la température le lendemain du C. après une légère ascension durant les heures qui suivent l'injection. Atténuation de la douleur qui en 24 heures permet l'alimentation. L'œdème disparaît généralement le lendemain. »

Pourquoi laisser souffrir nos malades de la gorge quand on peut les soulager si faci-

lement. Voilà un traitement à la portée de tout praticien.

Cette montée de la température consécutivement à l'injection n'est pas régulière et est due à une idiosyncrasie individuelle que nous ne saurions expliquer. Mais en même temps, notons que l'expérience clinique nous a enseigné que les cas où la température subit une haute montée, parfois accompagnée de frisson, sont ceux-là où l'économie réagit le plus énergiquement et où la guérison s'affirma le plus rapidement.

Si vous craignez cette réaction, commencez par une première dose de 3 c.c., puis montez immédiatement à 5 ou 6 c.c. qui peuvent être donnés chaque jour et même matin et soir, comme nous l'avons fait souvent.

Voilà donc que le C. I. V. a prouvé aux mains de cliniciens divers son efficacité, et rapide, dans les amygdalites aiguës et les parotidites, et les auteurs précités (Branden et Plissier, de Bruxelles) terminent en disant: « Si nous donnons au C. une place si importante dans notre thérapeutique anti-infectieuse, c'est qu'il n'a aucune contre-indication, qu'il est facile d'emploi, qu'il est rapide dans ses effets, qu'il est de même inoffensif: ce qui tout ensemble le recommande au premier rang. »

Pourquoi ne pas les imiter et empêcher nos malades de souffrir bien inutilement.

Puisque nous en sommes à la tête, signalons l'efficacité du C. I. V. dans les *thyroïdites aiguës infectieuses*.

Elles naissent généralement au cours d'une infection à tendance généralisatrice, comme en témoigne cette observation.

Obs. 344. Mme E. P., 29 ans, vient de faire sa troisième fausse couche successive il y a huit jours. Quelques jours plus tard, apparaît de la douleur au bassin et bientôt apparaît au côté droit du cou une

tuméfaction. Il ne s'agit pas d'adénite cervicale. La douleur augmente. Les mouvements de la tête deviennent de plus en plus douloureux.

Le 14 mars, nous voyons la malade. Temp. 38.2. Cou très douloureux. Nous lui faisons donner 5 c.c. de C. I. V.

Le 15, température à 37. La tuméfaction et la douleur sont fort diminuées. C., 5 c.c. Dès lors, la température demeure à la normale. Le 22, elle est toujours normale, et la tuméfaction fond comme par enchantement.

Autre observation clinique. Il s'agit ici d'une *iritis rhumatismale*. On en sait la douleur intense et sa résistance à la médication. Voyons ici combien rapide et effectif fut le C. I. V.

Obs. 849. Le Dr Guertin, ophtalmologiste, voit cette malade, qui souffre intensément depuis trois jours. Pas de spécificité. Wassermann négatif. Sa température oscille entre 38.5 et 39.5. Il donne un C. I. V. En 36 heures, nous rapporte-t-il, les douleurs sont disparues avec la chute de la température, qui demeura à la normale. Pas d'autre médication.

Soulignons qu'un des triomphes du C. I. V. est dans les infections staphylococciques et leurs complications. Il est merveilleusement curateur dans la *furunculose*.

Tant de cas de furunculose ont été traités et guéris de divers côtés, que son efficacité ici ne saurait être mise en doute. Nous l'avons employé sur nous-même avec un heureux résultat.

La Société Médicale de Denver, Etats-Unis, avait porté à son programme le traitement de la furunculose. Les Drs Prey et Foster, ayant appris les heureux effets du C. en de tels cas et l'ayant largement expérimenté à leur tour, en rapportent plusieurs cas de guérison. Ainsi:

Obs. 346. Plusieurs furoncles à la fesse suivis d'un autre à la face avec réaction locale intense. L'œil gauche est presque fermé. C. I. V., 5 c.c. 24 heures plus tard, le furoncle s'affaisse, l'œdème est entièrement disparu de même que la douleur. En 48 heures,

le furoncle a pratiquement disparu. L'amélioration immédiate fut vraiment étonnante, disent-ils.

Ils rapportent encore un cas de furonculose à récidive qui leur arrive avec 18 furoncles disséminés aux creux axillaires et ailleurs. Le C. I. V. fit tout avorter et disparaître.

Un M. G. se présente à nous il y a quelques mois (OBS. 348) avec 25 à 30 petits furoncles disséminés dans les cheveux, à la nuque, qu'il traîne depuis plus d'un an, ayant essayé sans succès tous les traitements.

Deux C. font arrêter et sécher ces clous; avec le troisième, ils disparaissent et deux autres assurent la permanence de la guérison.

Les *furoncles de la face*, dont nous causions plus haut, sont généralement graves, souvent mortels. Soest en signalait la haute mortalité récemment encore dans la *Deutsh. z. f. Chir.*, septembre 1936. La complication qui en signe la gravité est la thrombose veineuse de voisinage. Deux cas entrés dans notre service hospitalier moururent le lendemain de leur arrivée, l'un avec des symptômes cérébraux de méningite, l'autre avec une néphrite aiguë hémorragique.

La simple énumération des cas de furonculose guéris dont les collègues canadiens et étrangers nous ont fait part serait d'une énumération trop longue. Qu'il suffise d'affirmer que la furonculose rebelle est parfaitement guérissable par le C. I. V., par qui veut bien simplement l'employer.

L'érysipèle.

Du service d'Ibrahim Pacha, du Caire, nous parvient la remarque que dans l'érysipèle le C. I. V. ne paraît pas effectif plus que d'autres traitements, et il nomme la marque de Carbone qu'il a employée. Cette marque a donné des déboires à plus d'un: choc, réaction grave, etc.

Il convient d'insister encore sur l'importance absolue d'un Carbone *approprié* et bien préparé. Toutes les marques sur le

marché pharmaceutique ne sont pas également appropriés et partant efficaces.

OBS. 354. *Erysipèle de la face et du cuir chevelu.* Le Dr G., de Sainte-Scholastique, nous rapporte ce cas où le processus s'était rapidement étendu à toute la face et au cuir chevelu. Temp. 40 et 40.3 (104 et 105). Reçoit un premier C. de 5 c.c. Le lendemain, temp. à 37.2 (99). Deuxième carbone. Le surlendemain, la température est à la normale, y persiste et tout guérit vite.

Les Drs Touraine et Menetrel (Paris) rapportent dans *le Bulletin de la Société de Dermatologie* un cas d'érysipèle grave de la face.

La température s'éleva rapidement pour toucher, le 3 juillet, 40. Le malade reçoit 3 c.c. de C. seulement.

Le 4, la température est à 38. Nouveau C. de 3 c.c.

Le 5, la température est descendue à 37. Par surcroît de prudence et bien que cliniquement guéri, il reçoit encore 3 c.c. de C.

Le Dr V., de Saint-H., traite au C. I. V. un cas d'érysipèle, alors qu'un autre traité au sérum guérit beaucoup plus lentement.

Le Dr G., de Longueuil, est appelé auprès de Mme X., âgée de 42 ans: érysipèle de la joue gauche. Temp. 40.3 (105); malade très affaiblie. Refuse toute alimentation, que d'ailleurs elle vomit. Elle reçoit un premier C. de 3 c.c. à 5 heures p. m.

Le lendemain, température à près de 38. Pouls 110. Sensation de mieux. Deuxième C. de 3 c.c., ce qui est une bien petite dose.

Le troisième jour, la température est à 37.1. Rougeur et tuméfaction sont disparues. La douleur a diminué dès la première injection.

Menetrel, dans sa thèse, p. 123, en rapporte onze cas très heureusement traités et signale que « dans l'érysipèle le C. I. V. est remarquablement efficace et a toujours montré une défervescence rapide de la température en même temps qu'il arrêta l'extension de l'infection et la disparition de l'œdème en 24 heures. »

Ces guérisons rapides et complètes et plusieurs autres dans notre fichier ne concordent pas avec l'affirmation de Neuber

(*Wiener K. Woch*, janvier 1936) « qu'il y a peu de médication vraiment efficace de l'érysipèle ». Il utilise de préférence le sérum de convalescent, qu'il est plutôt difficile de se procurer. Pourquoi ne pas employer le C. I. V., qui a fait ses preuves et est si inoffensif. C'est ce que signalait encore Gonzales et Steingard in *La Prensa Med. Argentina* de Buenos Aires, février 1936.

Cette observation clinique si probante, nous la devons à la gracieuseté de notre collègue de l'hôpital Sainte-Justine, le Dr Favreau, dont on connaît le sens clinique.

Erysipèle géant malin.

Obs. 377. M. H., 49 ans, vieux foyer d'ostéite sur fracture du tibia infectée depuis 8 mois, retard de consolidation, esquille éliminée. Phlébite grave en février 1936.

Mai 1936, poussée fébrile subite à 40 (104); 12 hrs plus tard, placards rouges et douloureux au côté externe de la cuisse, qui remontent du genou gauche au rebord costal, sur une étendue de 6 par 12 pouces. Peau infiltrée, écarlate, dure et douloureuse. Température 40.3 (105).

Le malade reçoit C. I. V., 5 c.c.

Le lendemain, la température est descendue de 40.3 à 39 (105 à 102). Le soir l'amélioration est manifeste déjà. Deuxième C. de 5 c.c.

Le 3^e jour, temp. 38; l'amélioration se continue. Elle est de 50%. 3^e C. de 5 c.c.

Le 4^e jour, tout va si bien que toute médication est suspendue.

Les *lymphangites aiguës* sont fréquentes, peut-être plus que les érysipèles, et parfois sont si graves. Entre plusieurs, nous choisissons le cas que voici parce qu'il démontre vivement l'effet que nous pouvons attendre du C. I. V.

Cette malade était dans le service du Prof. Labbé, de Paris, malade qui faisait un diabète grave avec gangrène de la jambe. Lymphangite grave de toute la jambe. *Hémoculture positive à un anaérobie*, vérifiée deux fois. Température à 40 avec frisson. Reçoit 6 c.c. de C. I. V. d'emblée.

Le lendemain, les plaques qui s'annonçaient en sphacèle sont en sensible amélioration. La température est à 37 au 3^e jour. Deux hémocultures successives sont négatives. Le petit orteil est éliminé spontanément, mais la malade est vite guérie de sa lymphangite.

Comment ne pas être impressionné de ces résultats si effectifs disant mieux que les haussements d'épaules des incroyants ou le sourire des Thomas qui n'ont pas osé en faire un essai sérieux.

Disons encore une fois qu'il faut employer un carbone approprié, le donner à doses suffisamment élevées, et, s'il le faut, les répéter.

Fièvre typhoïde.

Le C. I. V. est-il effectif ici?

Un seul cas est venu sous notre attention personnelle. Le voici:

Le Dr L. nous fait voir un malade qui arrive de la campagne, Fr. D., Obs. 375. Il souffre d'une céphalée intense qui sera à peine soulagée par de hautes doses d'antipyrine associée au bromure. Pas de pétéchie. Examen du sang demandé.

Le 9 septembre, temp. 39 (102). Ponction lombaire pour soulager la céphalée, tellement elle est intense, et pour éclairer le diagnostic.

Le 12, temp. 39. 1^{er} carbone, 3 c.c.

Le 13, temp. 38.2. Carbone 5 c.c. *Présence d'Eberth dans le sang*. Céphalée cessée.

Le 17, nous revoyons le malade. Temp. 39.3; troisième carbone, 5 c.c.

Le 18, temp. 38.3; 4^e carbone.

Les 20 et 21, température à la normale. Amélioration générale marquée.

Le 22, la température remonte à 39. 5^e carbone.

Le 23, la température est descendue brusquement à la normale où elle demeurera absolument à 36.4.

Les urines ne montrent ni Eberth ni para., ni Koch, mais quelques coli. Et le malade guérit rapidement sans aucune complication.

Olmer et Gascard, de Marseille, rapportaient récemment, dans *le Journal des Praticiens*, 24 avril 1937, les très heureux résultats que leur avait apportés le C. I. V. dans un cas de typhoïde *hypertoxique*.

Pourquoi n'en pas tenter l'essai dans la fièvre typhoïde, et ce, avant d'attendre les complications. Le C. sera-t-il effectif dans tous les cas? Nous ne saurions l'espérer, pas plus que toute autre médication. Mais s'il met le malade à l'abri des complications cardiaques, pulmonaires et rénales, ne serait-ce pas déjà beaucoup gagner?

Les états intestinaux infectieux réagissent favorablement au C. I. V., semble-t-il.

OBS. 28. Ls P., 10 ans, arrive le 22 février à l'hôpital avec une symptomatologie qui fait craindre à son médecin une appendicite aiguë, à cause des malaises abdominaux; mais ces derniers nous font plutôt penser à une typhoïde. Les séro-diagnostic pour la typhoïde et les para. se montrent négatifs. La température est à 39.3. Il y a du malaise abdominal et du ballonnement. Nous lui faisons donner un carbone de 3 c.c. (il a 10 ans). Nous sommes au 22.

Le 24, amélioration sensible.

Le 25, la température est à 37.5. Le 26, elle est normale et y persiste.

Septicémie entérococcique maligne. Endocardite. Pleurésie séro-fibrineuse.

Les Drs J. Picard et Geo. Marquet rapportent dans *le Progrès Médical*, mai 1936, l'intéressante observation suivante. Il s'agit ici d'une septicémie par l'entérocoque, à culture sanguine positive, dont on connaît les aspects cliniques variés autant que la ténacité de résistance.

G., 23 ans, berger, arriéré mental, Wassermann négatif, travaille sur une ferme. Il *traîne* depuis quelques jours.

Le 26 septembre, il est alité; temp. 39-39.6. Rate percutable. Selles fétides et abondantes. Les médecins pensent à une typhoïde.

Le 3 octobre, séro-diagnostic négatif, mais *le sang donne une culture pure de cocci mobiles* qui prennent le Gram, et que des recherches poursuivies montreront être de l'entérocoque.

On institue le traitement par la Septicémine.

Le cœur manifeste bientôt de la défaillance, ses bruits devenant de plus en plus assourdis. Il y a de

la cyanose. Le pouls est imperceptible. On laisse la Septicémine pour l'Electrargol. La température oscille entre 38 et 39. *Seconde hémoculture positive à l'entérocoque.*

Les articulations manifestant des malaises, on remplace l'Electrargol par le salicylate de soude durant 17 jours. Un épanchement pleural apparaît qui donne de l'entérocoque.

L'état cardiaque, malgré toniques, stimulants, ne s'amende pas, l'état général s'aggrave, les selles demeurent fétides. L'épanchement pleural s'accroît et donne 500 c.c. d'un liquide vert rempli de cocci. Pas de coli dans les urines.

Au 45^e jour, le malade halette. Nouvelle ponction.

En désespoir de cause, disent les auteurs, on tente le C. I. V. On commence par 3 c.c., puis 5 c.c. On attend une issue fatale. La température persiste haute: 39-40. Mais après le 6^e carbone, la température tombe brusquement à la normale. L'épanchement pleural donne encore 300 c.c.; ce sera le dernier. Et dès lors le malade se relève rapidement et guérit.

Et les auteurs de conclure: « Chez notre malade le C. I. V. parut agir comme « pyrétologique » et fixateur des toxines. (Le Prof. Fraser l'avait déjà signalé.) La longue évolution de la maladie (2 mois), qui ne cédait à aucune médication, faisait prévoir une issue fatale, jusqu'à ce que l'on tentât le C. I. V., dont l'effet nous a paru ici probant. »

* *
*

Puisque nous en sommes aux infections d'origine intestinale, n'oublions pas que le C. est très effectif pour *éteindre les cholécystites aiguës.*

Nous ne disons pas guérir, mais « éteindre » une attaque aiguë. Voici:

OBS. 3. M. Ls V., âgé de 65 ans, souffre de l'estomac depuis 7 ou 8 ans. Crises douloureuses quasi mensuelles. Arrive à l'hôpital le 10, en crise nouvelle. Température 38.2.

Les 11, 12 et 13, mêmes état et température.

Le 14, nous voyons le malade: température 37.4.

Nous faisons donner 3 c.c. de C. seulement.

Le 15, température à 37, cessation des douleurs.

Le 20, opération: vésicule énorme en forme de banane, remplie de muco-pus et de calculs: cholécystectomie. Drainage de 48 heures. Guérison *per primam*. Convalescence apyretique.

Le Prof. Thorek, de Chicago, sauve de l'opération une malade de 75 ans, grâce au Carbone.

Le Dr Viger, de Saint-H., nous rapporte le cas de Mme T., 55 ans, qui avec un passé vésiculaire fait une nouvelle crise. Température 40 (104). Pouls 120. A la suite d'un seul C. de 5 c.c. la douleur disparaît rapidement et, en 3 jours, la température est à la normale et y persiste.

Cholécystite et pancréatite aiguës.

M. O. L., 58 ans, arrive le 1er janvier après-midi. Temp. 38.3. Passé biliaire. Douleur marquée au carrefour biliaire. Les urines contiennent du sucre et le sang montre une glycémie de 2.03.

Le 2 janvier, temp. 38.3. Reçoit 3 c.c. de C. I. V.

Le 3, leucocytose à 13,000 (86-6-6-2).

Le 4, température à 37.

Le 5, la température remonte à 38.3; il reçoit 3 c.c. de C.

Le 6, la température est redevenue normale et y demeure. La douleur est disparue et tout s'amende rapidement. Le malade, se sentant si bien, refuse toute intervention et quitte l'hôpital, bien portant, le 10e jour.

Dans l'*appendicite aiguë*, ne manquez pas de l'employer. Dans des articles parus dans *le Journal Médical de Bordeaux*, juin 1935, et dans *l'Action Médicale de Montréal*, octobre 1935, nous avons rapporté plusieurs exemples cliniques des effets bienfaisants du C. I. V. dans des cas graves opérés.

Celui-ci, venant de l'étranger, a une valeur aussi significative que non douteuse. Cette observation d'appendicite gangreneuse, suivie de complications pulmonaires graves, nous vient encore d'Afrique, du Dr Gray, chirurgien au Nigeria (v. *West African Medical Journal*, octobre 1936).

Européen opéré en moins de 18 heures du début pour appendicite aiguë gangreneuse rétro-cæcale. Durant les quatre premiers jours, tout va bien. Tout à coup, la température monte à 40. Frisson et douleur sous-costale droite. On craint naturellement un abcès sous-phrénique ou une pyelonéphrite. Reçoit un C.I.V. qui améliore nettement l'état du malade et nous en fait donner deux autres, dit-il. Au 8e jour, le malade est debout. Mais le même soir rechute avec mêmes symptômes et reprise de la température. Signes pulmonaires; ponction pleurale qui donne 15 c.c. de liquide clair. On reprend le C.I.V. Huit injections sont données et tout disparaît rapidement avec une convalescence parfaite.

*

* *

Il est toute une catégorie de malades qui ont bénéficié du C. I. V., et ils ouvrent des horizons nouveaux en thérapeutique; ce sont les *maladies infectieuses aiguës des centres nerveux*.

Le Dr Courjon, directeur d'un institut de neuropathologie à Lyon, reçoit à son établissement, en 1936, *vingt-six* malades de 18 à 30 ans qui arrivent en délire aigu avec haute température, urée élevée et montante pour atteindre jusqu'à 10 grammes. Toutes ces malades, traitées par des médications variées, meurent.

C'est alors qu'Aug. Lumière, qui vient d'étudier et expérimenter avec le C. I. V. l'engage de tenter, chez les nouvelles malades qui se présenteront, le C. Deux nouvelles arrivées sont dans le même état. Le C. est essayé et les sauve toutes les deux. Nous sommes informés que depuis lors deux autres encore ont été sauvées. (V. Aug. Lumière: «La lutte contre l'infection» in *le Progrès Médical*, 9 mai 1936.)

Mis au courant de ces faits, le Dr De Bellefeuille, professeur à l'asile de Saint-Jean-de-Dieu, attend un prochain cas pour l'expérimenter aussi et rencontre un beau succès.

OBS. 325. Rapportée par le Dr De B. Jeune femme, arrive à Saint-Jean-de-Dieu dans un état confusionnel typique, nous écrit-il. Hallucinations terrifiantes, le tout survenu à la suite d'une infection puerpérale. Température à 39.3.

4 C. I. V. à deux jours d'intervalle améliorent vite son état. En 8 jours, la lucidité normale est revenue, bien qu'elle ne se rappelle rien de ce qui est arrivé; il y a là une lacune probablement passagère.

Ces cas ne sont pas isolés.

MM. Picard et Marquet rapportent dans les *Annales Médico-psychologiques* de mai 1936 un cas de *délire aigu* d'origine infectieuse chez qui différentes médications avaient été employées sans succès, alors qu'en désespoir de cause, on tenta le C. I. V., qui sauva le malade. Voyons plutôt.

A. B., déjà interné deux fois, est un être primitif et des plus frustes. Subitement, il se montre profondément troublé: agitation, insomnie.

Le 7 mai, l'état mental s'aggrave. Temp. 37.6. Tous les sédatifs sont inopérants.

Le 9 mai, temp. 39 et 39.2, délire aigu.

Le 10, temp. 39.7; on donne de la Septicémine.

Le 11, temp. 39.9; état général de plus en plus grave. Epistaxis. Signe de stupeur et vomissements. Hémoculture négative et séro-diagnostic pour typhoïde et para., négatifs aussi. Ponction lombaire: glycorachie; alb. 0.50.

Le diagnostic d'encéphalite psychosique est porté, avec mauvais pronostic.

En désespoir de cause, on tente le C. I. V., le matin, 5 c.c. Le même jour, le soir, la température est descendue à 38.4.

Le 12, température à 37.5. Le mieux s'affirme, bien que l'inégalité pupillaire persiste. Nouveau C. de 5 c.c.; l'urée est à 0.78. Sang: lymphocytes à 10,540.

Le 13, température 37.4-38; le mieux persiste. La raideur de la nuque et du rachis est diminuée; le malade peut s'asseoir un peu.

Le 15, temp. à 38.6; l'agitation reprend.

Le 16, temp. 40-40.5; retour des signes méningés. Nouveau C. de 5 c.c.

Le 17, temp. 38.6-39. Carb. 5 c.c. Phénomènes parésiques apparaissent aux membres inférieurs.

Le 18, temp. 40-38.2; nouveau C. I. V.

Un abcès de fixation donné en désespoir de cause ne mûrit pas. (Rappelons que c'est ici la règle quand

on recourt simultanément au carbone et à l'abcès de fixation.)

Le 19, amélioration nette qui ira s'accroissant les jours suivants avec la chute de la température. Le malade a reçu 8 C. I. V. de 5 c.c. chacun.

Et les auteurs de conclure:

«Le diagnostic s'imposait. Tout laissait prévoir une évolution rapide vers la mort. Le C. I. V. a semblé, après échec des autres médications, opérer une véritable résurrection en supprimant la pyrexie et en faisant rétrocéder les symptômes nerveux, qui certes allaient s'aggravant.»

*
* *

Si le C. I. V. a des succès bien reconnus dans le traitement des affections staphylococciques (v. Touraine et Menetrel in *Bul. Soc. Derm.*, n° 7, 1934) telles que la furonculose, l'anthrax et les dermatites aiguës infectieuses, il ne réclame pas moins d'efficacité dans les complications dues au gonocoque.

On sait avec quelle fréquence ici l'épididyme et les articulations sont touchées, le C. est ici souverain. N'oublions pas que l'endocarde peut être aussi touché, et désastreusement; nous en avons vu mourir un malade, il y a quelques années.

Dans l'épididymite gonococcique, le C. fait disparaître la douleur et de même la température en moins de 48 heures. Nous avons vu des malades retourner à leurs occupations le lendemain de l'injection. Nous en avons des séries sur notre fichier hospitalier; mais laissons parler les étrangers.

Le Dr Desj. rapporte le cas (Obs. 165) de Em. G., qui arrive dans le service porteur d'une orchite-épididymite aiguë gonoc.

Une heure avant son entrée à l'hôpital, à domicile, la température est à 39. A 2 h. p. m., il reçoit 3 c.c. de C. A 4 h. p. m. température à 37.3. Le lendemain,

elle est normale et y demeure en même temps que la douleur est disparue.

Le Dr Dec. nous fait part du cas (Obs. 166) de G. W., 19 ans, qui souffre d'une orchio-épid. gonoc. Vu le soir, la température est à 39.

Le lendemain, il reçoit 3 c.c. de C.; sa température est à 39 encore. Dès le soir, il a moins de douleur.

Le 3^e jour, température 37.4; reçoit C. 5 c.c. Le soir, la température est normale et la douleur, disparue. Ce fut définitif.

Non moins effectif est le C. I. V. dans les *arthrites aiguës gonococciques*.

Nous en avons traité quelques cas personnels avec résultats parfaits, mais écoutons plutôt des voix étrangères.

Le Dr Menetrel, dans sa thèse, p. 137. Obs. 202, rapporte, entre plusieurs, le cas suivant:

M. M. R., 26 ans. Forte arthrite aiguë de la cheville droite. A la suite de deux C. de 6 c.c., disparition de la douleur et de la rougeur. Le genou droit se prend bientôt et fortement aussi. 8 injections supplémentaires de C. mettent le malade sur pied et il retrouve une marche facile. La température demeure normale.

Le Dr Gray, du Nigeria (v. *W. African Med. Jnal.*, oct. 1936) l'emploie chez un infirmier qui est pris d'arthrite aiguë au poignet droit et à la main. Une seule injection fait disparaître presque complètement la douleur. Deux autres libèrent tout à fait la main.

Peut-être plus intéressants encore sont les cas rapportés par Soreley (v. *Jnal. Royal Naval. Med. Serv.*, janvier 1935) qui a affaire à traiter les militaires. Nous savons avec quelle fréquence ceux-ci y sont sujets à l'infection gonococcique.

Voici le cas compliqué de M. H., 22 ans. Urétrite aiguë gon. Admis à l'hôpital le 13 avril. Les deux genoux sont touchés, ainsi que la cheville, le talon, le métacarpe et les doigts de la main droite. Temp. 38.5. Il est alité et très souffrant avec aspect de fort intoxiqué. Diverses thérapeutiques sont employées sans succès, comme à l'habitude.

Le 1^{er} mai, venant de recevoir du C. demandé, il donne une première injection de 4 c.c. Le lendemain,

amélioration déjà notable aux articulations. Temp. 37, pour la première fois.

Le 3 mai, deuxième C. Le lendemain, les douleurs sont presque disparues.

Les 5, 7 et 9, nouveaux C. I. V. La douleur disparaît complètement; et Soreley ajoute: «L'amélioration fut étonnamment rapide et progressive.» Le 7, il remuait facilement ses articulations.

Le 12, il s'asseyait les jambes pendantes. En 14 jours, le malade était transformé et bientôt marchait à l'aise, et le 12 juillet, il retournait à son service militaire.

Deux autres observations, également probantes, accompagnent celle-ci.

Le Dr P. G., de l'hôpital Sainte-Justine, accouche une femme qui durant sa convalescence développe une arthrite aiguë gonoc. du genou: vive douleur, gonflement et température. Deux C. I. V. de 3 c.c. éteignent la poussée, et la malade, se sentant très bien, insiste pour sortir le 10^e jour. Revue ultérieurement, elle demeure guérie.

On sait la tendance à l'ankylose de ces arthrites gonococciques et combien elles sont douloureuses. Or le C. I. V. fait vite tomber la température et la douleur, libère les articulations et prévient l'ankylose.

*

* *

Il est une série d'affections aiguës qui bénéficient très évidemment du C. I. V.: ce sont les *infections utéro-ovariennes* et la *fièvre puerpérale*.

Nous en avons rapporté plus d'un cas dans nos mémoires à l'Académie de Médecine (30 janvier 1934 et 8 octobre 1935) sur lesquels il est inutile de revenir.

Dans les cas de *phlébite*, il raccourcit la maladie, aide l'œdème à disparaître, semble prévenir les complications, puisque dans un cas de phlébite unilatérale l'état local était si bien amélioré que nous avons permis le lever le 23^e jour, et dans un autre cas de *phlébite double*, la malade se levait et marchait le 33^e jour.

Dans la *Gazette Médicale de France* du 1er avril 1935, nous rapportions quatre cas cliniques de *septicémie à culture sanguine positive*, tous les quatre sauvés par le C.I.V.

Que d'autres états infectieux encore ont bénéficié du C. I. V.: dermatites aiguës infectieuses, zona, érythème polymorphe, lymphangites, colibacillose, et surtout les complications pulmonaires!

Dans les pneumonies, il a à son crédit des résultats fort encourageants, tout comme dans les complications pulmonaires post-opératoires.

Le Fr. A. (notre premier cas de C. — nous ne le donnions alors qu'à dose hésitante) traîne depuis trois semaines des foyers successifs de congestion pulmonaire. La leucocytose est à 18,700 et la température oscille entre 39 et 39.5. Nous donnons un premier C. de 3 c.c. et le lendemain la température est à la normale absolue. Le poumon s'éclaircit rapidement, la température ne laisse pas la normale et il est très tôt sur pied.

Obs. 39. Mlle B., fait un foyer pulmonaire puis une poussée pleurétique. Depuis 8 jours, la température traîne entre 38 et 39.5. Le Dr B. fait donner un C. I. V. Au troisième C., la température est descendue à 37.2 pour tomber, après le 5e C., à la normale et persister avec éclaircissement du tout.

Obs. 273. Le Dr Demarez, Paris, traite un cas de pneumonie post-opératoire. «Etat très grave, dit-il, pronostic très sombre; temp. 39.» Fait donner C., 5 c.c. La température tombe immédiatement à 37.6 et s'y maintient 7 jours pour tomber depuis à 37; et le malade guérit rapidement sans complication.

Obs. 176. Ls B., 15 ans. Arrive le 14 oct., en appendicite aiguë. Temp. 38.3; opération d'urgence.

Le 15, signes de bronchite aiguë: râles, respiration à 28, température à 35. 5.

Le 16, mêmes état et température. Carbone 5 c.c. pour garçon de 15 ans.

Le 18, temp. 37.2 et le 19, elle est normale et y persiste.

Obs. 365. Geo. V., 55 ans. Pneumonie à droite; râles de haut en bas.

Le 3 mars, temp. 39.5-40.

Le 4 mars, temp. 40.2. Le 6 mars, je vois le malade: temp. 39.4. Je fais donner C. I. V., 5 c.c.

Le 7, température à 39.3; fait frisson. Le 8, température à 38.3, le poumon s'éclaircit. Respiration moins rapide. Carb., 5 c.c.

Le 8, température à la normale et y persiste.

Nous pourrions ajouter bien d'autres cas cliniques où le C. fut effectif dans des complications pulmonaires.

Rappelons que le C. I. V. n'est pas spécifique contre telle ou telle affection, mais semble effectif contre à peu près tous les états infectieux. Nous avons déjà signalé qu'il paraissait inactif contre la tuberculose, la maladie de Hodgskin; peu actif contre la maladie de Nicolas-Faivre... Il convient de poursuivre les recherches.

Comment agit le C. I. V. ?

Il est naturel de se poser la question.

1° D'abord, il a été bien établi, entre autres par Aug. Lumière, qu'il augmente la leucocytose en stimulant les polynucléaires et en inclinant la formule d'Arneth vers la droite.

2° Le C. a un effet adsorbant sur les toxines, comme l'a établi le Prof. Roy Fraser, de Mt. Allison University, soit en les fixant ou en les neutralisant.

3° Il stimule les cellules du système réticulo-endothélial où on retrouve les granules de carbone et sur le rôle actif duquel le Prof. Damade, de Bordeaux, a insisté, montrant ses activités au cours des infections.

4° Menetrel a indiqué, à la suite de recherches biologiques, qu'il augmentait la «réserve alcaline du sang».

5° Enfin, Aug. Lumière, intéressé aux possibilités de cette méthode qu'il a appelée la *granulothérapie*, vient de publier les résultats d'une série de recherches et, dans *l'Avenir Médical de Lyon*, mai 1937, signale l'augmentation de la glycémie. Il conclut ainsi: «Nous pouvons donc dire

que la glycémie, après injection de suspension de C., est due à une action sur le système adrénalo-sympathique, et que les différences individuelles de la réaction relèvent de différences de l'excitabilité de ce système.»

6° Enfin, le quotient « sérine-globuline » commence à augmenter peu de temps après l'injection de C. pour atteindre un maximum vers la 6e heure, puis redescendre au point de départ, 24 heures plus tard.»

La *granulothérapie*, ainsi que Lumière a appelé cette méthode nouvelle de traitement, a suscité des expériences en plus d'un pays, comme l'établit une bibliographie aujourd'hui fort considérable. C'est surtout l'étranger qui y a contribué et nous nous en réjouissons, car si l'on est rarement prophète en son pays, l'étranger est plus détaché et en meilleure position souvent pour juger.

Encore faut-il que le Carbone employé soit approprié, d'une finesse voulue de particules, ni trop petites, ni trop grosses, comme l'a signalé Demarez, et dans un milieu de suspension approprié.

Mode d'emploi

Nous ne vasélinons plus ni seringue ni aiguille, mais plus simplement procédons ainsi: après stérilisation de la peau et dilatation des veines du bras, nous chargeons la seringue de la suspension de C., piquons la peau anesthésiée au chlorure d'éthyle et aspirons 2 à 3 c.c. de sang dans la seringue chargée, puis, lentement, injectons le mélange.

Commencez par une première injection de 3 c.c. si vous craignez une idiosyncrasie du patient, puis montez immédiatement à 5 et 6 c.c. (Je viens de donner 8 c.c. à un cas de fièvre puerpérale à très hautes oscillations thermiques.) On a donné plus d'une fois 10 et même 15 c.c. sans inconvénients. Si besoin, répétez matin et soir, et chaque jour, dans les cas graves.

Parfois une réaction générale, dans 2 à 3% des cas. Mais, chose remarquable, ces rares cas qui font une vive réaction sont ceux où la température disparaît le plus rapidement.



LES MALADIES DU NEZ EN PRATIQUE GÉNÉRALE

Par Ulysse FORGET (Fall River).

Le praticien en général est porté à négliger les affections du nez. Est-ce parce que l'on nous en a peu parlé à l'École de Médecine? Est-ce parce que dans nos coutumes, les gens considèrent le «catarrhe» et les «bronches» comme des maladies incurables?

Les maladies du nez sont aiguës, chroniques et anaphylactiques. Parmi les affections aiguës, le coryza aigu est la plus banale de toutes, si banal, que 95% de nos clients ne consultent même pas. Surtout de nos jours avec les annonces de journaux et de la radio, on croit tout connaître et tout enseigner. Tout de même vous serez parfois consulté par un patient qui vous dira: «Docteur, j'ai un mauvais rhume de cerveau depuis 2 semaines.» A cette période, ce n'est plus un coryza banal, si l'on songe que le coryza aigu doit guérir dans une semaine. Ce mauvais rhume est un coryza compliqué d'infection des sinus. Le plus souvent ce sera le sinus maxillaire. Le sinus ethmoïde se prend aussi, mais à cause de sa situation anatomique il se draine facilement. L'ethmoïde est situé au-dessus du cornet moyen: il est donc placé à la partie supérieure du nez. Il est composé d'une vingtaine de cellules. Chaque cellule est munie d'une ouverture de drainage sous le cornet moyen et la base de chaque cellule est placée en haut. C'est ce qui favorise le drainage dans les infections. Le sinus maxillaire est situé à la partie externe du nez. Il forme une grande cavité dont l'ouverture naturelle se trouve entre les cornets inférieur et moyen, par conséquent elle est placée en haut du sinus. C'est ce qui empêche le drainage quand le sinus est infec-

té. L'ethmoïdite se traitera facilement par des pansements locaux d'Argyrol à 15%, suivis de vaporisations d'huiles médicamenteuses. Les huiles du commerce en général contiennent trop de menthol et d'éphédrine. Le menthol est un irritant de la muqueuse nasale, et provoque des hémorragies. L'éphédrine est un vaso-constricteur puissant qui assèche la muqueuse nasale, surtout si le patient s'en sert pendant longtemps. Tout le monde connaît les «fameuses» gouttes «Vicks». Eh bien! quand un malade vous demande pour une épistaxis au cours d'une grippe, demandez-lui ce qu'il a fait avant votre arrivée. Il vous dira presque toujours qu'il s'est servi de «Vicks», cause de son hémorragie. Il est préférable de diluer avec l'albolène liquide ou l'huile d'olive les préparations du commerce, selon la base qui les compose. Un autre détail bien important: recommandez toujours au patient de se moucher sans effort et un côté à la fois. C'est en se mouchant avec effort et des deux côtés à la fois, que le patient pousse l'infection dans les sinus et la trompe d'Eustache, provoquant ainsi des otites et des sinusites. La sinusite maxillaire ne se traite efficacement que par le lavage. Après anesthésie à la cocaïne, on introduit un trocart en-dessous du cornet moyen. Je me sers du trocart Gatewood de New-York, parce qu'il est petit et cause peu de mal au patient. Le trocart mis en place, on le prend à pleine main, afin de ne pas aller trop loin, et avec un peu d'effort, on traverse la paroi osseuse pour entrer dans le sinus. L'eau est ensuite poussée dans le sinus avec une bouteille à poire. Le pus

et l'eau sortent du sinus sous pression, par l'ouverture naturelle. Le diagnostic d'une infection du sinus maxillaire se fait au moyen de la transillumination du sinus. Dans une chambre noire, si l'on place une petite lumière sur la partie inférieure de l'orbite, cette lumière se voit par transillumination au palais. Ou bien si l'on place une lumière dans la bouche du patient, on voit cette lumière à travers les joues quand les sinus sont normaux. Si les sinus sont infectés, on ne voit pas de lumière. La sinusite frontale vient ensuite. Contrairement aux infections des sinus ethmoïdes et maxillaires, qui n'ont peu ou pas de symptômes douloureux, la sinusite frontale fait très mal. Elle se manifeste par une douleur aiguë et soudaine au-dessus des yeux. Cette douleur est causée par le vide qui existe dans le sinus frontal, quand l'ouverture du sinus est bouchée par l'inflammation de la muqueuse. Si les vaporisations de benzédrine ne calment pas la douleur le premier jour, il faut recourir à l'insufflation directe du sinus, avec la canule frontale et le vaporisateur de Dench. Ce vaporisateur s'adapte à la canule frontale et nous permet de traiter directement à l'ouverture du sinus. Ce traitement donne des résultats rapides et définitifs.

Les affections chroniques du nez sont la rhinite atrophique et la rhinite hypertrophique. Les deux coexistent presque toujours avec des troubles chroniques des sinus. Les polypes nasaux sont aussi secondaires aux sinusites chroniques. Enfin, la syphilis du nez, bien que plus rare, existe réellement.

La rhinite atrophique est un amincissement progressif et très lent de la muqueuse nasale. Elle est causée par des troubles chroniques des sinus, qui favorisent la formation de croûtes. L'atrophie s'étend aussi aux cornets, de sorte que lorsqu'on regarde ces

nez, on constate que l'espace libre pour la respiration, est 2 et même 3 fois plus grand que dans un nez normal. Tout de même ces malades se plaignent d'obstruction nasale. Dans la rhinite hypertrophique c'est le contraire. La muqueuse s'épaissit et les cornets se congestionnent au point de boucher le nez complètement. Il est difficile d'imaginer une affection chronique de la muqueuse nasale sans inflammation des muqueuses des sinus, parce que celles-ci ne sont que la continuation de la muqueuse du nez, qui entre dans les sinus par les orifices naturels. Ceci nous amène à parler des sinusites chroniques, dont les symptômes sont très variés. Ce sera une obstruction nasale intermittente; un écoulement plus ou moins abondant: purulent, séro-purulent ou aqueux. Un signe qui manque rarement, c'est l'écoulement rétronasal, surtout quand le patient est couché. Il sentira le besoin de nettoyer sa gorge souvent: il aura une petite toux ennuyeuse, qu'on appellera parfois: toux de cigarettes.

Dans certains cas plus avancés, on aura les laryngites à répétition et la bronchite chronique. Voici le patient qui vous dira: «Docteur, j'ai le «catarrhe», ou j'ai les «bronches.» Voici deux mots, que l'on peut facilement appeler symptômes de sinusite chronique: le «catarrhe», et les «bronches». Un autre symptôme plus rare, mais très important, c'est l'œdème et l'hypertrophie de la luvette. Ne coupez pas les luvettes qui gênent les malades, avant de vous assurer qu'il n'y a pas une sinusite chronique responsable de sa pathologie. Enfin, les polypes nasaux sont aussi une séquelle de la sinusite chronique. Il faut toujours la rechercher dans tous les cas de polypes.

L'anaphylaxie et les affections du nez.

Il y a deux catégories de malades que vous voyez tous les jours. Ce sont les asth-

matiques et ceux qui souffrent de la fièvre des foins. Très souvent, à la base de ces deux maladies ingrates se trouve un sinus infecté. L'asthmatique chez qui vous trouverez un sinus infecté à l'origine de son mal, ne vous oubliera jamais. Il faut examiner les nez des asthmatiques. Mr. R... se présente un jour à nous se plaignant de devenir aveugle. De fait, sa vision était, O.D. 5/200 O.G. 20/200. Après examen complet, je fais le diagnostic de névrite rétrobulbaire, causée par l'infection des deux sinus maxillaires. Il refuse l'opération, parce qu'il a 72 ans. « J'aime mieux être aveugle, dit-il, que de mourir sur la table d'opération. » Après avoir lavé ses sinus pendant 3 mois, il me dit un jour: « Docteur, je suis beaucoup mieux de mon asthme. Je ne fume presque plus de ces cigarettes spéciales pendant la nuit. » Voici donc un cas d'asthme de longue durée amélioré par le traitement des sinus. La maladie anaphylactique du nez par excellence c'est bien la fièvre des foins. Vous en connaissez aussi le traitement spécifique qui guérit 50% des malades et en soulage 90%. Vous vous êtes certainement fait dire par nombre de patients que la fièvre des foins est incurable. Si vous proposez le traitement spécifique, il vous dira très souvent: « J'ai un ami qui a pris ce traitement et ça ne lui a pas fait de bien. » Bien souvent, je n'en doute pas. Comment voulez-vous que les antigènes guérissent certains malades qui souffrent de la fièvre des foins, quand ils ont les sinus remplis de pus. Quand vous êtes consultés par un malade qui souffre de la fièvre des foins, assurez-vous de l'état de sa gorge et de son nez. S'il existe quelque complication de voisinage, corrigez-la, et ce n'est qu'après avoir éliminé les foyers d'infection que vous pourrez traiter et guérir vos malades. Je dirai plus, souvent vous les guérirez en les débarrassant de leurs in-

fections. Car assez souvent, un foyer d'infection agira comme cause provoquante pour déclencher une attaque.

La rhinite vasomotrice est proche parente de la fièvre des foins. De fait les symptômes sont pratiquement les mêmes: fréquents éternuements, écoulement aqueux et abondant du nez, épiphora... Certains malades consulteront pour coryzas fréquents. Un point important de diagnostic différentiel, le malade souffrant de rhinite vasomotrice aura ses symptômes continuellement, tandis que celui qui souffre de la fièvre des foins ne sera malade qu'à certaines périodes du printemps, de l'été ou de l'automne selon le cas. Le diagnostic se fait par les cuti-réactions après avoir éliminé toute pathologie locale. Les substances le plus souvent responsables sont les suivantes: kapok, variété de coton commun qui entre dans la fabrication des matelas et oreillers; les poils d'animaux: cheval, chat, chien, plumes de poulets et d'oies. Certains aliments: blanc d'œufs, blé, tomates, lin...; l'iris qui entre dans la fabrication des poudres de toilette et poudres à dents; les poussières de coton et de maison.

Avant d'instituer un traitement spécifique, il faudra faire une enquête dans le foyer du patient pour éliminer toute cause possible d'irritation. Surveiller surtout la chambre à coucher: oreillers, lit de plumes et matelas. Prescrivez d'emblée le matelas de crin, ne fût-ce que par mesure prophylactique. Il ne suffit pas de se débarrasser de ses favoris: chat, chien, oiseau, il faut encore faire un nettoyage complet, afin qu'il ne reste pas de poils dans les tapis ou sur les fauteuils. Les poudres de toilette à base d'iris sont souvent une cause importante. Beaucoup de dames seront guéries, si vous prescrivez une poudre qui ne contient pas d'iris. Dans les cas rebelles, si les antigènes ne donnent pas de résultats, il

faudra diminuer le volume des cornets inférieurs par la diathermie sous-muqueuse. Ceci diminue les sécrétions et améliore la ventilation du nez.

La syphilis est une autre maladie que vous rencontrerez dans les obstructions nasales. J'en ai eu 2 cas dans 2 ans. L'agranulocytose, plus rare, se voit dans les œdèmes aigus du nez ou de la gorge. Il faut toujours y penser dans les cas sur-aigus.

Le traitement des affections chroniques de nez est assez ingrat, puisque l'on s'attaque à un mal qui dure depuis longtemps. De plus, on a un patient qui croit que son «catarrhe» ou ses «bronches» sont incurables. Il s'y est habitué et il consultera le médecin quand la vie n'est plus supportable. Le diagnostic dirigera toujours le traitement. S'il y a des polypes nasaux, il faut les enlever soit au serre-nœud ou à la diathermie. Si la cloison est assez déviée pour boucher le nez, une sous-muqueuse sera l'opération de choix. Vous pouvez espérer de bons résultats dans la fièvre des foins avec les antigènes, s'il n'y a pas de complications locales surajoutées. Dans les cas douteux, il faut chercher la syphilis. Une malade de 60 ans se présente pour obstruction nasale existant depuis près d'un an. A l'examen, la cloison est droite et les sinus clairs. Le cornet inférieur droit bouche complètement la narine, et ne se rapetisse pas après application de cocaïne. Il est de couleur rouge brun et un pus crémeux suinte tout autour. Le Wasserman de cette patiente est positif. Après 8 injections de novarsénobenzol, elle respire très bien et le cornet a une apparence normale.

La sinusite maxillaire chronique s'améliore beaucoup par les lavages. Mais le curettage de la muqueuse interne est le seul traitement curatif. La chirurgie ne nous donne pas d'aussi bons résultats dans le traitement de la sinusite ethmoïdale, par-

ce qu'au lieu d'avoir une grande cavité à curetter, il y a une vingtaine de petites cavités qui sont difficiles d'accès. Je préfère toujours un traitement prolongé de tampons à l'argyrol, avec vaporisation d'huile médicamenteuse. Evitez l'usage prolongé du menthol et de l'éphédrine, qui conduit facilement à la rhinite chronique. Je donne la préférence à l'huile P. & B. Base, dont le fournisseur est Fougera de New York. Après plusieurs mois de traitement, s'il n'y a pas d'amélioration, il faut drainer par le traitement chirurgical. La sinusite frontale ou céphalée à vide, «Vacuum headaches», se traite par des insufflations de médicaments directement dans le sinus frontal. La préparation de choix consiste en des vapeurs de teinture d'iode, de menthol et d'acide phénique. Ceci donne de très bons résultats dans la sinusite frontale aiguë ou catharrale chronique. Bien des céphalées chroniques sont causées par la sinusite frontale chronique.

Dans toutes les affections des voies respiratoires supérieures, les vaccins spécifiques sont d'une valeur incontestable. Personnellement, je préfère la méthode du Dr George Sanborn de Boston. Il n'emploie que des vaccins de sa propre fabrication, et ils ne sont pas sur le marché. Mais d'après sa propre attestation, les vaccins Sherman sont ceux qui se rapprochent le plus de sa formule. La dose varie avec le malade. Si le cas est aigu, on donnera jusqu'à 2 injections par jour; si le cas est chronique, on donnera une injection tous les 4 ou 5 jours. Il faut toujours commencer avec 1/4 ou 1/3 de c.c. selon la sensibilité du malade, et chez les enfants, par des doses aussi petites qu'un dixième de c.c. Pour la vaccination préventive des rhumes, on donne à peu près 2 c.c. en 4 ou 5 injections. Nous ne voulons pas dire que les vaccins vont empêcher les infections respiratoires complète-

ment. Mais comme le dit le Dr Sanborn, vous éviterez les complications des « rhumes » ordinaires, qui sont: la pneumonie, l'infection des différents sinus, l'abcès des amygdales et les otites aiguës.

Conclusions:

1° Les infections banales des voies respiratoires amènent des complications parfois incurables.

2° Très souvent, les malades qui prétendent souffrir des « bronches » ou du « catarrhe », ont des sinus infectés à l'origine de leurs maux. Ils peuvent être améliorés ou même guéris.

3° On peut empêcher ces complications en instruisant ces malades. Leur montrer que le coryza banal entraîne souvent des maladies sérieuses et doit être traité par le médecin.

4° La fièvre des foins et la rhinite vasomotrice peuvent se guérir par les antigènes, si l'on élimine toute pathologie locale.

5° Les vaccins spécifiques sont très efficaces dans les infections respiratoires banales. 75% des sujets vaccinés sont immunisés et tous sont exempts de complications.



PETITE CLINIQUE

QUELQUES ASPECTS DE LA STREPTO-STAPHYLOCOCCIE CUTANÉE

Par Albéric MARIN.

Les streptocoques et staphylocoques, saprophytes habituels de la peau et des muqueuses, peuvent à la faveur de circonstances diverses (érosions, traumatismes, biotropisme, etc.) donner des lésions cutanées multiples et polymorphes.

Ces pyogènes produiront une longue série de types morbides à localisation épidermique, ostio-folliculaire, folliculaire profonde ou dermique, d'étendue, de distribution et de configuration variées.

Certains syndromes sont, à l'origine, dus au streptocoque seul, mais bientôt le staphylocoque se surajoute à celui-ci. En peu de temps, l'association strepto-staphylococcique est réalisée, qui donnera des manifestations parfois discrètes, d'autres tapageuses, restreintes ou au contraire étendues, de type éruptif unique ou très polymorphes.

Nous ne voulons pas rappeler ici des variétés cliniques bien connues, mais plutôt attirer l'attention sur certaines formes qui s'offrent encore assez fréquemment, isolées, ou associées les unes aux autres, qu'on est porté à confondre avec des dermatoses non infectieuses comme l'eczéma, le pityriasis, le psoriasis, etc.

Voici une malade très démonstrative à ce sujet (Photos I et II) porteuse de lésions nombreuses: ici suintantes, là croûteuses, plus loin squameuses, ailleurs seulement furfuracées. Elles sont distribuées irrégulièrement, de configuration et d'étendue inégales.

« Mademoiselle T., 12 ans, nous est présentée à la consultation externe du Service de Dermato-Syphiligraphie de l'Hôpital Notre-Dame, en novembre 1937, pour une dermatose dont le début est difficile à préciser. Elle aurait depuis des années souffert

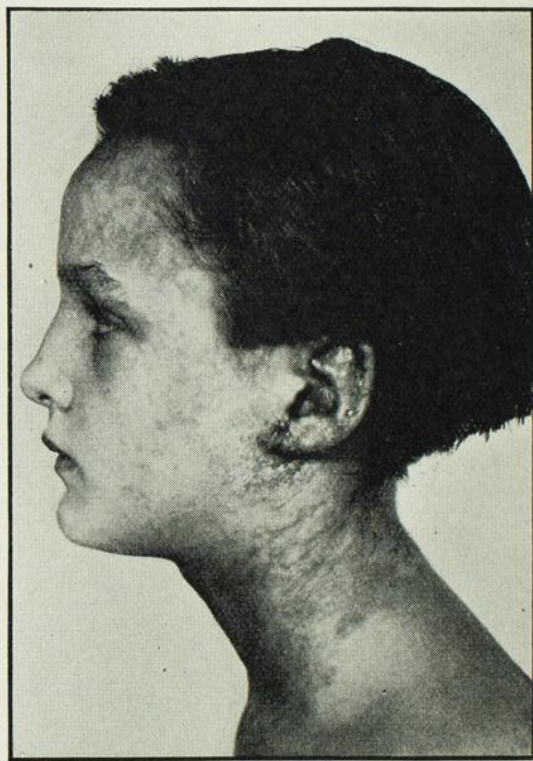


Photo. I

de troubles cutanées à récurrences innombrables. Cependant elle n'aurait jamais été débarrassée complètement de fissures et de rougeur rétro-auriculaires, ni de dartres volantes distribuées çà et là aux joues. Il

lui arrive d'avoir des fissures commissurales, des tournoles aux extrémités, des furoncles cà et là et souvent de la blépharite.

« Depuis environ 4 mois l'activité microbienne s'est exaltée. Des nappes érosives et croûteuses se sont étendues, ont envahi les pavillons en totalité. L'infection, se propageant, a réalisé en quelques semaines le tableau actuel.

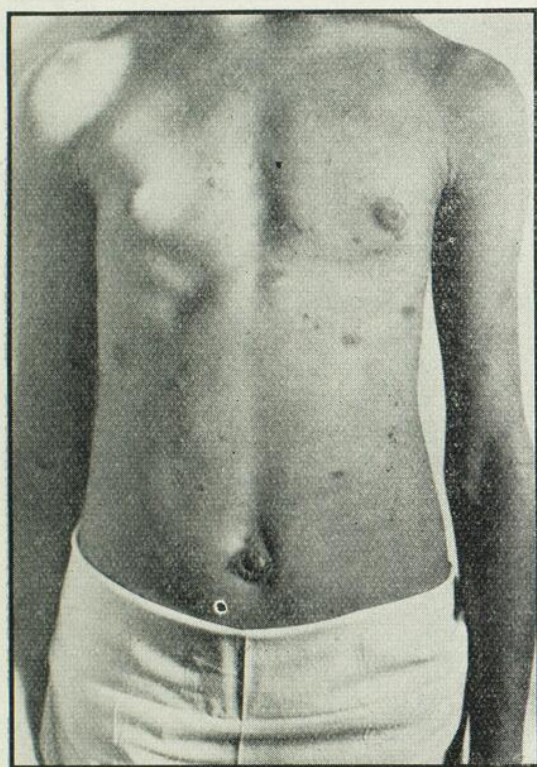


Photo II

« A l'examen, l'on voit: *au cuir chevelu*, des amas de croûtes très épaisses, rugueuses, qui le recouvrent presque en entier. Les cheveux sont agglutinés à leur base et en-glus. Sous cette carapace se trouvent des plages purulentes.

« *Les oreilles* (plus exactement les deux faces des pavillons) sont rouges, œdématisées, parsemées de croûtelles. Le maximum d'intensité siège au sillon rétro-auriculaire d'où essaime l'infection. Nous constatons

qu'aux joues celle-ci a changé d'allure. On n'y voit guère qu'un état furfuracé de la peau, sous forme de taches arrondies ou polycycliques.

« *Au cou*, plus particulièrement aux régions latérales, c'est-à-dire plus rapprochées des foyers infectieux primitifs, nous voyons de nombreux éléments rouges, secs et squameux, quelques-uns irréguliers, d'autres arrondis en forme de médaillons. Très abondants et très accusés au collier ils deviennent plus discrets, plus petits et plus rares *au tronc*. Ils y sont disséminés sans ordre jusqu'aux flancs où ils s'estompent en un pityriasis simplex. *L'ombilic* est atteint d'impétigo. Les *grands plis*, (aisselle, aines, sillon interfessier) sont rouges et suintants. »

Ainsi donc cette malade présente un impétigo du cuir chevelu, consécutif à un intertrigo rétro-auriculaire, qui de plus a été le point de départ du pityriasis de la face, du cou et du tronc et de lésions croûteuses des grands plis et de l'ombilic.

De façon intermittente, elle a souffert dans le passé de blépharite, de perlèche, de tournole, de furonculose, dont elle s'est débarrassée, mais toujours en conservant, quoique de façon atténuée, cet intertrigo. C'est de ce repaire microbien ancien qu'essaimèrent, à plusieurs reprises, différentes attaques infectieuses, des manifestations diverses et bruyantes de la même souche bactérienne.

C'est, chez cette enfant, un ensemble typique de strepto-staphylococcie cutanée qu'il est ici facile d'individualiser.

D'autres sujets pourront en présenter des aspects plus discrets et moins rebelles (intertrigo et dartres, intertrigo et impétigo du cuir chevelu, etc.) mais le plus souvent l'étiologie en sera décelée par la persistance d'intertrigo de tel ou tel pli, par l'état furfuracé de la face ou parfois du tronc, par l'éclosion incessante de folliculites éparses,

par l'apparition éventuelle de perlèche, de blépharite, de tournoies.

Ces lésions répondent bien à un traitement antiseptique léger. En quelques semaines celui-ci fera disparaître une éruption qui trainait depuis des mois, voire des années, parce que la nature en avait été méconnue, qu'on la traitait par des émoullients, des laxatifs, des désensibilisateurs, des régimes alimentaires sévères.

*
* * *

Un autre aspect de cette strepto-staphylococcie est celui que Gougerot a appelé la dermo-épidermite strepto-staphylococcique. Le plus fréquemment celle-ci apparaît après une effraction du tégument. La plus minime solution de continuité peut en être le point de départ. Une fracture ouverte, une plaie contuse, une excoriation, un emplâtre, ou bien un furoncle, un impétigo, un ulcère variqueux sont autant de portes d'entrée. Une cause adjuvante souvent notée est le «traumatisme médicamenteux». Des applications répétées de topiques violents (teinture d'iode forte, pommades hautes en corps irritants) provoqueront de l'exfoliation épidermique qui favorisera l'envahissement des régions voisines.

Ainsi tout autour d'un furoncle, d'une plaie infectée en voie de guérison ou même guérie apparaît une altération de l'épiderme qui s'étale insensiblement et finit par couvrir un territoire important.

Aux membres cette éventualité est fréquente. Ceci s'observe encore après avoir enlevé un plâtre qui a été laissé quelque temps en place. On aperçoit alors sur le bras ou la jambe une plaque eczématoïde, se propageant d'une petite plaie contuse que l'appareil recouvrait. C'est ce que l'on appelait «eczéma paratraumatique». C'est en réalité une dermite à pyocoques.

Cette dermo-épidermite est facile à reconnaître en dépit de son polymorphisme. Elle s'offre à l'inspection sous la forme d'un grand placard ovalaire ou polycyclique, dessinant des festons à larges contours. Cette nappe est rouge, ici sèche, là suintante, ailleurs squameuse, plus loin croûteuse. Sa progression en est centrifuge. Elle s'annon-



Photo III

ce par un ourlet squamo-croûteux, à bords curvilignes. Ceux-ci présentent du clivage épidermique.

Enfin à distance l'on retrouvera d'autres lésions de nature microbienne incontestée, comme celles que nous avons vues dans le premier type. L'étude de la photo III illustre bien cette variété.

« Il s'agit ici d'un malade, qui à la suite d'une légère blessure du tiers moyen de la jambe, traitée par de multiples applications de teinture d'iode forte, a vu apparaître et s'étendre une nappe eczématoïde par endroits, impétigineuse ailleurs, qui finit en quelques semaines par recouvrir la totalité du membre. Les contours festonnés du bord inférieur où le décollement épidermique est très net sont hautement caractéristiques. »

*

* *

Nous n'insisterons pas davantage, mais nous rappellerons seulement qu'il faudra

songer à la strepto-staphylococcie non seulement en présence de ses signes évidents (impétigo, sycosis, intertrigo, perlèche, etc.) mais encore devant des lésions plus vagues, pityriasiformes ou eczématoïdes, (dartres, eczéma paratraumatique) qu'on a accoutumé de rattacher à d'autres causes.

La notion de leur nature microbienne nous incitera de tenter un traitement antisiphilitique léger qui donnera l'heureuse surprise de faire disparaître rapidement une dermatose qui jusque-là semblait vouloir s'éterniser.



CIRRHOSE HYPERTROPHIQUE BILIAIRE DE HANOT

Une observation clinique ⁽¹⁾

Par Jean LeSAGE,

Chef de clinique en gastro-entérologie à l'hôpital Saint-Luc.

Depuis les travaux princeps de Requin, en 1846, de Todd en 1857, d'Hayem en 1874 et surtout de Hanot en 1875, qui lui laissa son nom, la cirrhose hypertrophique biliaire a essuyé la critique d'un grand nombre de cliniciens et d'anatomo-pathologistes, dont les uns ont tenu à l'assimiler à une des formes de la cirrhose portale en lui niant son entité propre, et dont les autres ont continué d'en admettre l'entité anatomique en apportant des faits à l'appui de cette thèse.

Nous sommes partisans de cette dernière doctrine et nous avons voulu exposer une observation de plus à cet effet, démontrant que, malgré sa rareté relative, cette maladie possède des caractères tout à fait distinctifs que les épreuves de laboratoire les plus modernes peuvent, à leur tour, aider à mettre en évidence.

Observation

Le 22 septembre 1937, madame T. C., âgée de 50 ans, est admise à l'hôpital Saint-Luc pour un ictère généralisé avec anorexie et amaigrissement très prononcé depuis quelques mois.

Cet ictère remonte à décembre 1935, moment où il apparut aux conjonctives oculaires pour se généraliser dans la suite à tous les téguments. Graduellement, celui-ci progresse, tandis que la coloration conserve sa teinte normale et que les urines prennent une teinte acajou. Le prurit est total, fréquent, par crises.

Depuis mai 1936, cet ictère n'a pas régressé un moment.

Son poids a sauté de 192 à 146½ livres. Par contre, l'abdomen a augmenté de volume.

(1) Travail du Service de Médecine de l'hôpital Saint-Luc, présenté à la séance du 27 octobre 1937, de la Société de Gastro-entérologie de Montréal.

Elle accuse aussi des palpitations, une dyspnée d'effort, un œdème des membres inférieurs, mais ces signes sont sans importance à côté de son histoire digestive: c'est une ancienne polyphage ayant abusé des graisses et de leurs succédanés.

Elle raconte un éthylisme modéré, c'est-à-dire une absorption de whisky difficile à estimer.

La constipation était de règle. Actuellement, les urines sont foncées et les selles jaunes pâles.

Ménopausée à 45 ans après un passé assez lourd. Voici le bilan de ses 7 grossesses:

1. Le premier, un accouchement prématuré à six mois et demi.
2. Le deuxième, un nouveau-né mort de rougeole.
3. Le troisième enfant vit en bonne santé.
4. La quatrième grossesse échoue en fausse couche à 4 mois et demi.
5. Les 5e, 6e et 7e enfants sont vivants et en bonne santé.

Pour un accident subi au genou gauche à l'âge de six ans, elle fut soumise au traitement d'un rebouteur et en resta infirme. Opérée à 17 ans sans succès, au même genou. A vingt ans, amputation de la jambe, rendue nécessaire.

Aucune autre maladie.

A l'examen, outre l'ictère généralisé, d'un jaune profond, on note aux paupières supérieures, des taches de xanthélasma.

La langue est saburrale, entourée d'une pyorrhée alvéolo-dentaire très accusée.

Au cœur, un souffle meso-systolique constant, se propageant vers la base.

Aux poumons, submatité des deux bases, sans râle.

L'abdomen est très volumineux et l'on perçoit deux masses distinctes situées dans chaque hypocondre semblant rouler sous la paroi abdominale.

Pas de circulation collatérale.

Le foie est d'une hauteur de 27 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

La rate, le 10 octobre, est d'une hauteur de 33 centimètres et d'une largeur de 15 centimètres.

Ces deux organes sont durs, lisses et absolument indolores.

La percussion des flancs et des fosses iliaques, même en position déclive, ne révèle aucune matité. On n'a pas la sensation de flot; le signe de Bard.

Aux membres inférieurs, œdème des chevilles de légère intensité.

Dès le début, on procède à toute une série d'exams de laboratoire.

Le 23 septembre, l'examen des urines dénote de très fortes traces d'albumine, une densité à 1020, avec présence d'urobiline et de pigments biliaires.

Le 23 septembre l'urée sanguine est de 0 gramme 25. La glycémie de 1 gramme 16.

Le 23 septembre le temps de coagulation de 8 minutes, le temps de saignement de 9 minutes, la rétractilité du caillot 35 minutes.

Le 24 septembre la cholestérinémie est de 4.05 grammes.

Le 15 octobre l'épreuve de Van den Berg montre une réaction directe retardée de 4.4 unités et une réaction indirecte rapide de 1.6 unité.

Le 15 octobre un tubage duodéal ramène le résultat suivant:

	Bile A	Bile B	Bile C
Couleur	jaune citrin	jaune d'or	jaune citrin
Réaction	alcaline	alcaline	alcaline
Cholestérine	négative	négative	négative
Pigment biliaire	indosable	indosable	indosable

Les cultures de la bile B contiennent du colibacille.

Le 20 octobre la formule sanguine est de:

Hémog.	45%
G. R.	2,900,000
G. B.	5,400
V. G.70
P.	72
L.	26
G. M.	0
P. E.	2

Le 21 octobre l'épreuve de la galactosurie montre l'élimination suivante:

Volume des urines	Concentration
55 c.c.	Absence de sucre
340 c.c.	" "
600 c.c.	" "
1250 c.c.	" "
Totaux: 2245 c.c.	

Le 23 octobre le foie a une hauteur de 32 centimètres.

La rate est de 42 x 15.

Donc augmentation nette de ces deux organes.

Discussion

Nous voici donc en présence d'une héto-splénomégalie avec ictère sans signe de rétention fécale, précédée de longue date,

par de vagues troubles digestifs dus à une polyphagie. Ethylisme à peine notable. Jamais aucune crise douloureuse. Absence de tout ascite.

L'hémogramme est celui d'une anémie secondaire légère du type hypochromique.

L'index bilirubimétrique est élevé de même que la cholestérinémie.

Le tubage duodéal ramène des liquides très pauvres en éléments biliaires dosables.

Par contre, la galactosurie provoquée dénote une excellente diurèse, un certain degré d'opsiurie, mais une fixation presque totale du galactose par la cellule hépatique. Il reste donc une proportion élevée de parenchyme hépatique sain en fonction.

*

* *

Avec quelles autres maladies ou syndromes hépatiques pouvons-nous établir un *diagnostic différentiel*?

Les splénomégalies primitives ou isolées n'étant plus en jeu, nous passons en revue les tableaux cliniques ayant quelque analogie avec celui-ci:

I. La cirrhose portale?

Mais alors l'ictère n'est-il pas plus léger, plus fugace, la splénomégalie de petit volume, le foie en quelque sorte clouté, l'ascite considérable, à un stade aussi avancé?

II. Le diabète bronzé ou « hémochromatosis » des Anglo-Saxons?

Voilà bien encore une cirrhose hépatique avec pancréatite scléreuse, mais la rate y demeure indemne, la pigmentation des téguments y est toute spéciale, souvent formée de taches bronzées et bientôt apparaît une glycosurie.

III. Les ictères par obstruction hautes ou cholédociennes?

Ici, absence complète de toute crise douloureuse, la température est normale et la rate nettement énorme, l'évolution si prolongée...

IV. Il ne peut s'agir non plus ni d'un *kyste hydatique*, d'un *ictère catarrhal* prolongé, d'un ictère hémolytique, ni d'une spirochétose ou d'une malaria; notre malade ne présente aucun signe qui nous permette de nous attarder à une syphilis viscérale, et il ne nous reste, semble-t-il, à éliminer, à la fin, que le *syndrome de Banti*.

Il est vrai qu'il existe une similitude apparente entre certaines formes de la cirrhose hypertrophique biliaire et le syndrome de Banti, telles ces cirrhoses hépatiques métasplénomégaliqes du type Gilbert et Chauffard et tant de cas d'anémie splénique, mais quelles différences encore!

Si dans les deux cas, les splénomégaliés se révèlent primitives, et évoluent durant une deuxième période, associée à une cirrhose biliaire avec ictère, quand même, l'ascite, dans la maladie de Gilbert et Chauffard demeure absent et la cirrhose biliaire d'un volume tellement moindre. Ici, l'ictère date de 2 ans et cette cirrhose biliaire se montre antérieure à la splénomégalie.

Aussi, demeurons-nous fidèle à notre diagnostic du début. Nous avons bien affaire à une cirrhose hypertrophique biliaire du type Hanot.

Sans doute, manque-t-il à la malade de notre observation plusieurs des caractères de la description classique: l'histoire ne relève pas de troubles dyspeptiques accusés anciens, ni d'épisodes fébriles. A l'examen on ne trouve pas d'hippocratisme des doigts, ni d'ostéo-arthropathie.

Un oubli du Service nous fait regretter l'absence d'un examen coprologique qui aurait, avec plus de force, éliminé les lésions de la série pancréatique. Bref, la malade est bien vivante, elle nous a fui, et l'autopsie nous échappe encore, voire même les preuves opératoires, visuelles, avec prélèvement de la petite pièce hépato-pathologique, telle que si élégamment pratiquée

chez le Prof. Fiessinger, par ses collaborateurs Albot et jadis Thiébaud, mais nous caressons l'espoir que l'on acceptera comme éléments de preuves suffisantes les traits sémiologiques que nous avons reproduits.

Il est intéressant de relever les chiffres élevés de la bilirubinémie sanguine, qui est de 4.5 unités (réaction directe) et de 1.5 unité (réaction indirecte), correspondant en tous points à la teinte jaune foncée très prononcée de l'ictère, de règle dans ces cas.

Par ailleurs, la *galactosurie provoquée* offre des sujets de méditations: comme il arrive, avec les foies, dont la cirrhose, si avancée soit-elle, n'a pas encore entamé la majeure partie du parenchyme, la diurèse d'une part demeure normale ou élevée, quoique retardée, et l'élimination du galactose ingéré est quasi nulle, fixé qu'il est par la cellule hépatique. En l'occurrence, la diurèse de notre malade est de 2245 c.c. et la concentration urinaire du galactose, nulle. Et ceci ne peut mieux refléter l'image pathologique et le jeu des fonctions hépatiques, tel que l'ont si bien illustré le Professeur Fiessinger avec ses anciens élèves G. Albot et F. Thiébaud. On n'a, entre autres, qu'à relire l'Obs. XIX du livre de F. Thiébaud pour s'en convaincre.

Les résultats de ces deux tests chez nous ressemblent de bien près à ceux de cette observation.

*

* *

L'image pathologique?

Plus loin, je cite: « Les espaces portes sont légèrement scléreux ainsi que la capsule de Glisson. Mais la néoformation conjonctive prédomine » — on peut ajouter l'abondance des néo-canalicules biliaires — « de beaucoup au niveau même de la trame réticulée du lobule, réalisant une réticulose intense ».

« On note une réaction inflammatoire interstitielle considérable. Elle atteint les lacunes lymphatiques des espaces portes qui sont infiltrés modérément de mononucléaires... » Dans les capillaires: volumineuses cellules de Küpffer...

« *Les altérations des cellules hépatiques sont manifestes; mais, caractère primordial de ces hépatites chroniques intérieurement, elles sont parcellaires et n'atteignent pas la généralité des travées, comme le font les altérations dégénératives grossières des hépatites aiguës.* »

A la longue, la sclérose s'accroît et les espaces portes sont notablement élargis. Les cellules mononucléées augmentent ainsi que la mitochondriolyse et la réticulose. Des nodules se développent en plein espace porte, mais les altérations propres aux cellules hépatiques sont peu accentuées.

« Il n'existe cependant aucune preuve de la nature mécanique ou angiocholitique de l'ictère » dont sont atteints ces malades.

Et « il est permis de se demander si l'on ne doit pas interpréter ces lésions de la façon suivante: Maladie hépato-splénique avec hyperpigmentogenèse et légère hépatite; la surcharge et le surmenage pigmentaire du foie entraînent toute une série de modifications morphologiques par irritation biliaire »...

Ces constatations elles-mêmes, à l'encontre de la théorie pathogénique d'une infection non reconnue d'origine ascendante par voie duodénale, puis cholédo-cienne, nous rendent partisans plutôt de la théorie de l'infection intrahépatique par voie descendante, d'origine hématogène, sorte de toxémie ancienne à évolution lente touchant à la fois la rate et le foie dans ses réseaux canaliculaires intrahépatiques.

Le pronostic est sombre. La maladie se montre incurable, inéluctable. Cependant,

l'évolution est lente et s'échelonne sur une période de plusieurs années.

Le repos, le climat sec peuvent prolonger le malade, mais comme il arrive souvent, une maladie intercurrente peut l'emporter, telle la pneumonie, l'érysipèle...

Le traitement médical doit permettre à ces malades une diète plus généreuse que dans les cirrhoses portales. Le choix de l'eau à boire est important, car celle-ci a été fréquemment incriminée. On supprimera la viande comme règle, tout en la permettant. On laissera tout ce qui est atoxique: le lait, les œufs, le pain, le beurre, les céréales, le poisson.

On y adjoindra la prise de calomel à la dose de 1/20 à 1/40 de grain 3 fois par jour, le sulfate de magnésie, l'urotropine...

Les extraits hépatiques et spléniques, concentrés, obtiennent un effet opothérapique adjuvant.

Le traitement chirurgical

Recommande certaines interventions et en prohibe d'autres.

Ainsi les splénectomies ne semblent pas avoir d'influence sur l'évolution de la maladie.

Par contre, une cholécystostomie, un drainage biliaire externe pratiqué dans 17 cas d'une statistique générale colligée par Greenough (cas de Terrier, de Guillot compris) a grandement soulagé 13 cas de ce total. L'effet est supérieur s'il s'agit d'une bile infectée.

BIBLIOGRAPHIE

1. — François THIEBAUT, *Epreuves biologiques dans les ictères*. Préface du Prof. N. Fiessinger, chez Masson et Cie, Paris, 1932.
2. — Sir HUMPHREY, ROLLESTON and John W. McNEE. *Diseases of the liver, gall-bladder and bile-ducts*. MacMillan and Co., London, 1929.



MOUVEMENT MÉDICAL

GLYCÉMIES-FRONTIÈRES (1.20 gr. au litre) ET HYPERGLYCÉMIES PROVOQUÉES

Par Armand GRATTON,

Assistant au dispensaire des maladies de la nutrition de l'hôpital Notre-Dame.

Que le laboratoire soit utile et même nécessaire à la clinique, cela ne fait plus de doute; mais là où il y a discussion, c'est lorsqu'il s'agit d'interpréter des résultats douteux ou voisins de la normale. Dans ces cas, avant de porter jugement et afin d'éviter des erreurs parfois graves, il faut tout d'abord donner préséance à la clinique, bien entendu, mais il faut aussi vérifier les conditions dans lesquelles ces examens ont été faits, car un examen de laboratoire ne vaut que par la technique suivie. Il ne faut pas lui faire dire plus qu'il signifie, mais quand la technique a été bien suivie, on peut, tout de même, en tirer des conclusions pratiques et parfois de tout repos. Et ceci est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit de diabète, en ne considérant ici que la glycémie. (Nous laissons de côté, à dessein, les autres examens.) Dans cette maladie, en effet, le laboratoire nous est d'un grand secours tant au point de vue traitement que diagnostic.

Il est admis, aujourd'hui, par la plupart des auteurs, que l'idéal dans le traitement du diabète, c'est de chercher à maintenir la glycémie le plus près possible de la normale. Or quelle est-elle la glycémie normale? C'est précisément ici qu'il peut y avoir discussion surtout s'il s'agit non pas de traitement, mais de diagnostic du diabète. Evidemment qu'un diabétique sous traitement ait une glycémie de quelques centièmes de plus ou de moins que la nor-

male, cela n'a pas une importance capitale, mais tout autre est le problème, si l'on est en présence d'un patient atteint de furonculose, d'anthrax, d'ulcères variqueux, d'obésité, ou devant subir une opération quelconque et que le laboratoire nous donne une glycémie à 1. gr. 20 au litre par exemple. Que signifie alors cette glycémie? Le patient est-il diabétique ou non? Il est important en effet de dépister un diabète latent et de le traiter, car alors un traitement approprié (régime et insuline) aide énormément à la guérison du malade et lui épargne des complications parfois fatales. C'est donc la question des glycémies-frontières qui se pose et pour la résoudre, il faut se rappeler les faits suivants qui nous éclaireront grandement.

Tout d'abord, si l'on consulte les auteurs qui font autorité dans la matière, l'on verra que la grande majorité s'accorde à fixer le taux de la glycémie normale chez un individu à jeun depuis 12 à 18 heures de 0.90 à 1.10 gramme au litre de sang. Les conditions nécessaires pour établir cette glycémie normale sont les suivantes:

1° *Il faut que le malade soit à jeun depuis 12 à 18 heures.* Ceci est important, car si la prise de sang a lieu après le déjeuner ou un repas quelconque, il est évident que la glycémie sera haute et vice versa, si le malade jeûne ou vomit depuis quelque temps et que la glycémie revient normale ou presque; il faudra en tenir compte, car

il se pourrait fort bien que dans des conditions normales, la glycémie aurait été élevée au point d'indiquer un état diabétique.

2° *Le sang obtenu pour l'examen doit l'être par ponction veineuse*, car d'après les recherches, le sang artériel contiendrait environ 6 mg. de plus de sucre que le sang veineux.

3° *La glycémie doit être faite immédiatement après la prise de sang* ou pas plus tard que dans les 2 heures qui suivent, si l'on y ajoute de l'oxalate de chaux ou du fluorure de sodium, afin d'éviter la glycolyse. Le Dr Bertrand et Mr Riopel (du laboratoire de l'hôpital Notre-Dame) dans une série d'expériences, il y a trois ans, nous ont suffisamment démontré l'effet de la glycolyse pour qu'il soit nécessaire d'y revenir; cependant à ce sujet, il serait bon d'avertir le personnel chargé d'apporter les tubes de sang au laboratoire de l'importance de le faire vite et immédiatement après la prise de sang.

Ces conditions étant bien remplies, une glycémie normale devrait être dans les limites de 0.90 à 1.10 gr. au litre. Si, au contraire, la glycémie est de 1.10 et surtout de 1.20 à 1.30 gr. au litre, devons-nous en conclure au diabète? Pas nécessairement, car il y a plusieurs autres facteurs que le diabète qui peuvent élever la glycémie. Que faire alors? En premier lieu, s'il n'y a pas urgence, il faudra répéter la glycémie après avoir vérifié les 3 conditions posées plus haut, afin de contrôler les erreurs qui auraient pu se glisser au laboratoire même pendant les manipulations. S'il est impossible de répéter la glycémie ou si une seconde glycémie revient avec le même résultat, il faudra alors vérifier les points suivants:

1° *Le sexe du malade*: On sait que les menstruations peuvent faire monter tout

aussi bien qu'abaisser le taux du sucre sanguin. Par conséquent, il est prudent de ne pas faire de diagnostic basé sur une glycémie faite chez une femme pendant ses menstruations.

2° *Le régime suivi par le patient, les jours précédant la glycémie*, peut influencer beaucoup sur le taux du sucre sanguin. Si le patient est soumis à un régime totalement dépourvu d'hydrates de carbone ou s'il s'est abstenu de manger pendant un ou deux jours, une glycémie-frontière pourra faire soupçonner un état diabétique. De même des vomissements modérés, de la diarrhée, une injection d'insuline quelque temps avant la prise de sang ou de l'exercice physique et du travail musculaire intense peuvent faire baisser le taux de la glycémie au voisinage de la normale et cacher un état diabétique. Si, au contraire, le malade a reçu du sérum glucosé en injection intraveineuse ou sous-cutanée, s'il a mangé quelques heures auparavant, s'il a eu des vomissements prolongés ou de la diarrhée intense, la concentration du sucre sanguin pourra augmenter dans le sang, par différents mécanismes, sans pour cela qu'il y ait diabète. Il ne faudra pas oublier non plus que l'anesthésie au chloroforme et à l'éther, le choc opératoire, les infections telles que grippe, pneumonie, anthrax. etc. font monter la glycémie.

3° *Il faut éliminer les maladies des glandes endocrines* intéressant surtout la thyroïde et la surrénale qui élèvent la glycémie. De même faudra-t-il s'assurer si le malade prend des médicaments tels que de l'adrénaline et des extraits thyroïdiens qui augmentent, eux aussi, la glycémie.

4° *L'état d'esprit du malade n'est pas à négliger* non plus: une violente émotion, un choc, une grande crainte, une mauvaise nouvelle font monter la glycémie.

5° *Le poids du malade par rapport à sa taille est important*: un obèse avec une glycémie-frontière a plus de chance d'être diabétique qu'une personne de poids normal.

6° Enfin il est évident qu'il faudra tenir compte des autres examens de laboratoire tels que métabolisme basal, analyse des urines (glycosurie) etc.

Voilà les principales conditions qui influencent la glycémie. Supposons maintenant comme il arrive souvent, que toutes ces données ont été vérifiées et éliminées, et que le patient a une glycémie variant de 1.20 à 1.30, est-il diabétique ou menacé de l'être? Evidemment, une glycémie faite une demi-heure et une heure après le repas ou une épreuve d'hyperglycémie provoquée pourraient répondre à cette question d'une manière assez satisfaisante, mais s'il y a urgence ou s'il est impossible de faire immédiatement une épreuve d'hyperglycémie provoquée, quelle devra être notre attitude en face d'une glycémie-frontière? On devra surtout penser au diabète, car l'expérience nous enseigne qu'une courbe d'hyperglycémie positive sera obtenue dans plus de la moitié de ces cas. A preuve, le tableau suivant publié il y a quelques années par I. M. Rabinowitch et qui parle par lui-même:

Rapport entre la glycémie à jeun et le type (positif ou négatif) de courbe d'hyperglycémie provoquée

Glycémie initiale (au litre)	Hyperglycémies provoquées		
	Nombre total	Positives	Pourcentage
de 1.21 à 1.25	421	272	64.6
1.26 à 1.30	236	191	80.9
1.31 à 1.35	198	173	87.3
1.36 à 1.40	125	121	96.8
1.41 à +	366	365	100.

De notre côté, nous avons voulu vérifier l'exactitude de notre affirmation et comparer nos résultats avec le tableau précité. Nous avons donc relevé toutes les courbes d'hyperglycémie provoquées faites dans no-

tre service où la glycémie initiale était de 1.10 gr. et plus et nous n'avons retenu que celles où la courbe a été franchement positive, éliminant ainsi tous les cas douteux, et parant en même temps à toutes les attaques auxquelles est en butte non sans raison quelquefois, l'épreuve d'hyperglycémie provoquée.

Voici nos constatations:

Hyperglycémies provoquées faites dans le service des maladies de la nutrition (hôpital Notre-Dame)

Glycémie initiale (au litre)	Hyperglycémie provoquée		
	Nombre total	Positives	Pourcentage
I de 1.10 à 1.20	39	14	35.9
II 1.21 à 1.25	27	16	59.5
III 1.26 à 1.30	6	3	50
IV 1.31 à 1.35	7	3	42.9
V 1.36 à 1.40	10	7	70
VI 1.41 à +	16	14	87.5

En comparant ces deux tableaux, on remarque les faits suivants:

1° Dans notre catégorie III et IV, le pourcentage serait sûrement plus élevé, si le hasard nous avait donné un plus grand nombre de cas à examiner.

2° Dans chacune de nos catégories, notre pourcentage serait probablement égal à celui du Docteur Rabinowitch, si nous avions pu disposer d'un aussi grand nombre de cas que lui.

3° Malgré le nombre restreint de cas examinés dans notre service, la proportion des courbes hyperglycémiques franchement positives, surtout dans la catégorie I et II, est suffisamment élevée, pour qu'il vaille la peine, en présence d'une glycémie-frontière, de penser au diabète ou dans le doute de traiter le malade comme tel jusqu'à plus ample informé.

Et l'expérience clinique confirme amplement notre point de vue. Combien de malades souffrant d'antrax, cataractes, ulcères variqueux, eczéma, opérés dont les plaies s'infectent ou guérissent mal, et présentant une glycémie-frontière (faite absolument

dans des conditions normales) chez qui un régime approprié et de l'insuline ont complètement changé l'évolution de la maladie. Par ailleurs, d'autres malades ne présentant que des symptômes vagues n'en sont pas moins des diabétiques en puissance qui, laissés à eux-mêmes, évolueront vers le diabète grave et ses complications. Le cas suivant illustre bien notre pensée.

Il s'agit en résumé d'un malade, monsieur T. D. (Dossier n° 8050-33), 64 ans, hospitalisé à l'hôpital Notre-Dame en février 1933 pour une douleur au talon gauche. A l'examen clinique, il présente de l'artério-sclérose prononcée et des oscillations fortement diminuées aux deux membres inférieurs. Pas de glycosurie. Glycémie à jeun = 1.35 au litre. Le repos au lit et un régime contenant 182 gr. d'hydrates de carbone, 45 gr. de graisses et 63 gr. d'albumines, sans insuline, l'améliorent suffisamment pour qu'il obtienne son congé, mais ce malade à domicile, ne tarde pas à abandonner notre régime et à manger à sa guise. Il revient à l'hôpital en décembre 1933 avec, cette fois, une escarre à la jambe gauche, mais sans présenter de glycosurie et avec une glycémie à 1.25 au litre. Par acquit de conscience nous lui faisons une épreuve d'hyperglycémie provoquée qui donne les résultats suivants:

Grammes	A jeun	Minutes après ingestion de 100 gr. de glucose			
		30	60	120	150
au litre	1.25	2.38	2.70	2.38	1.81
Glycémie	0	2.	12.	11.	6.
Glycosurie					

Cette fois-ci, pour permettre la guérison de sa plaie, il a fallu en plus du régime lui donner 5 unités d'insuline matin et soir. Il retourne à domicile sans insuline, mais avec le même régime qu'il s'empresse d'abandonner d'ailleurs.

Il revient à l'hôpital en août 1934 pour un ulcère trophique de la jambe droite; le

malade présente alors des traces de sucre dans ses urines et une glycémie à 1.20 gr. au litre avec toujours le même régime et la même dose d'insuline, et des traitements appropriés (bottes à la pâte d'Unna). Cet ulcère nécessite 144 jours d'hospitalisation avant de guérir. Nous avons alors perdu le malade de vue pendant 2 ans et il nous arrive en juillet 1937 avec une gangrène diabétique de la jambe gauche accompagnée cette fois d'une glycosurie de 37 grammes au litre et d'une glycémie à 2.24 gr. au litre. Il a fallu lui amputer la jambe et il est mort en asystolie 5 jours après l'opération. Il nous avait avoué n'avoir suivi aucun régime depuis 2 ans. Par conséquent, si nous analysons ce dossier nous voyons clairement qu'au début nous avons pu contrôler ce malade par le régime seul, sans insuline, mais que toutes les fois qu'il a négligé de suivre nos avis à domicile, il a dû se faire hospitaliser de nouveau pour des troubles diabétiques et artério-sclérotiques de plus en plus graves et difficiles à contrôler et qui l'ont conduit insensiblement à la gangrène, à l'amputation et finalement à la mort. Et pourtant ce malade, 4 ans auparavant, ne présentait qu'une glycémie-frontière, sans glycosurie. Nous sommes convaincus que ce malade, étant relativement jeune (64 ans, lorsque nous l'avons vu au début), s'il avait suivi nos conseils, serait encore vivant et aurait évité ces complications malheureuses. Et il n'a pas été le seul dans cette situation; nous pourrions citer plusieurs cas analogues, mais nous ne voulons pas allonger inutilement cet article et nous croyons avoir insisté suffisamment sur l'importance de bien interpréter une glycémie-frontière.

Par conséquent, en résumé, en présence d'une glycémie-frontière, c'est-à-dire au voisinage de 1.20 gr. on doit toujours être très prudent avant de rejeter le diagnostic de

diabète. Au contraire, on doit y penser, vérifier les conditions dans lesquelles la glycémie a été faite, analyser les facteurs qui ont pu la modifier en plus ou en moins, s'en rapporter à l'état clinique du malade et en cas de doute, surtout s'il s'agit d'un cas de chirurgie, ne pas hésiter, jusqu'à plus ample informé, à **traiter** ce malade comme un diabétique léger par un régime approprié et même avec des petites doses d'insuline, quitte à vérifier plus tard le diagnostic par une épreuve d'hyperglycémie provoquée.

BIBLIOGRAPHIE

- Israel S. KLEINER: *Blood Sugar*, « Piersol's Cyclopedia of Medicine », Vol. VI.
- I. M. RABINOWITCH: *Diabetes Mellitus*, The Mac-Millan Co., 1933.
- F. M. ALLEN: *Studies Concerning Glucosuria and Diabetes*, Boston 1913.
- E. P. JOSLIN: *The Treatment of Diabetes*, Lea and Febiger, Philadelphie, 1928.
- L. SIGORET et Ch. LIGNAC: *Clinique et Laboratoire*, No 5, 30 mai 1937.



VARIÉTÉS

UNE PAGE D'HISTOIRE

Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec ⁽¹⁾

Par le Docteur Joseph GAUVREAU.

De Bruxelles et de Montréal, en même temps, on me fait l'honneur de me demander quelques précisions sur la loi et les règlements qui régissent présentement le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, au Canada. Permettez que d'une pierre il soit fait deux coups, et que mon étude devienne, si ce n'est pas trop de prétention, quelque peu utile à l'Ordre projeté en Belgique, et profitable aux confrères canadiens.

Chez nous, c'est le petit nombre des médecins qui s'intéressent à la gouverne de leur profession. Absorbés par leur enseignement dans les universités, par leurs services dans les dispensaires et les cliniques, ou pris par le souci quotidien de la besogne à abattre et de la famille à nourrir, nos pauvres esculapes sacrifient ce qu'ils estiment d'importance seconde. Trop restreint, aussi, le nombre de ceux qui eurent assez de loisirs pour confronter les textes, fouiller les revues, et se rendre aptes à discourir de lois et de règlements, sans risque d'erreur notoire. C'est là le meilleur privilège d'un vieux fonctionnaire en retraite, et c'est à ce privilège, sans doute, que je dois la bonne aubaine de vous faire part de ces notions incomplètes, rédigées en toute bonne foi, sans la moindre arrière-pensée. Rendre témoignage à la vérité et être quelque peu utile: c'est tout le programme d'au-

jourd'hui et de demain, pour qui a usé sa vie, assez bellement d'ailleurs, au service d'une profession qu'il a exercée et servie, avec dévouement et amour, au delà de quarante ans. Vous ne serez pas sans remarquer comme je suis peu prolige des textes: c'est qu'ils ne sont plus à ma portée, et que j'écris de mémoire. Les données historiques, cependant, sont assez exactes. Les réflexions qui les accompagnent sont tout à fait personnelles, et elles ne prétendent nullement à l'infaillibilité. Elles peuvent et doivent être révisées. Elles le seront sûrement un jour, par quelque autorité supérieure à la mienne. Mais ce sera déjà un bienfait pour la profession, semble-t-il, que d'avoir suggéré un tel sujet d'étude.

Le Collège des Médecins a pris le soin de préciser, dans le préambule de la loi qui l'incorpore, ses raisons d'être, l'esprit qui l'anime. Ces raisons sont au nombre de trois:

1. « Régler la pratique de la médecine et de la chirurgie;
2. « Rendre plus efficace et plus respectable la profession médicale;
3. « Punir ceux qui pratiquent sans licence. »

Régler, de façon professionnelle, l'exercice de la médecine, afin de protéger, par une loi publique, la santé publique; rendre plus efficace et plus respectable la profession qui, jusque-là, n'en était pas une; et punir les coupables, c'est-à-dire ceux qui voudraient, à l'avenir, exercer la médecine,

1. Respectueusement dédié au Dr Daubresse-Morelle, chef de service à l'Institut Chirurgical de Bruxelles, secrétaire général du Collège des Médecins de Belgique.

sans se conformer aux règles prescrites par la loi reconnue et la déontologie admise: voilà tout l'esprit de la loi de 1847. La loi de 1909 n'en a pas d'autre. Sans doute, dans l'une et l'autre loi, des pouvoirs additionnels sont octroyés; mais on les a considérés d'ordre si secondaire, qu'on n'a même pas voulu les invoquer dans le préambule explicatif. Ces détails sont très importants et fort significatifs, à qui veut s'inspirer de l'esprit moral de notre constitution.

Le terme « Collège » ne doit pas se prendre ici au sens obvie, alors qu'il signifie une maison d'éducation; mais au sens juridique, en conformité avec le droit civil et la signification qu'il avait au moyen âge, c'est-à-dire un corps social ayant le droit de posséder. Nous l'avons hérité de l'Angleterre qui l'avait reçu de la Normandie, avec Guillaume le Conquérant.

La loi qui régit le Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec au Canada, date de 1847. Plusieurs fois amendée, elle fut totalement refondue en 1909. Telle quelle, elle est le résultat d'une suite d'actions et de réactions qui prirent corps ou s'annihilèrent avec elle. La période qui s'étend de 1847 à 1909, peut être considérée comme la période de « thèse ». Un quart de siècle, 1909 à 1934, en fut l'« antithèse ». La « synthèse » est probablement commencée.

Pour comprendre l'esprit de cette loi, il faut savoir que l'exercice de la médecine ne fut nullement contrôlé, sous le régime français, au Canada. Après la cession du Canada à l'Angleterre, en 1760, les gouvernements provinciaux, à diverses époques, émirent des permis d'exercer la médecine, à certaines conditions. Pour obtenir ce permis, il suffisait généralement d'avoir été, pendant trois ou quatre ans, le valet de pied d'un médecin quelconque. Quelques médecins avertis, venus d'Oxford ou de

Cambridge, contrôlaient la médecine auprès des bureaucrates et des militaires. Les populations civiles, citadines et rurales, devaient se contenter des secours médicaux fournis par des valets de pied reconnus légalement médecins (*licenciés* comme on dit chez nous) ou des charlatans — presque aussi bons que les *licenciés* — qui affluaient dans les centres populeux ou qui parcouraient les campagnes, à la façon des bohémiens.

Notre Collège des Médecins fut fondé, contre le gré de la seule Faculté de Médecine qui existait alors dans la province du Bas-Canada — au lendemain de la création de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal — et à la veille de la fondation de l'Université Laval, à Québec. Ces trois circonstances de faits font mieux comprendre le souci des législateurs de l'époque, en train d'édifier notre corporation. Ils prévoyaient les conflits d'autorité qui devaient nécessairement surgir, au sein d'une corporation dans laquelle seraient englobés universitaires diplômés d'Oxford, de Cambridge et de McGill, valets de pied et charlatans licenciés. Légalement, ils donnaient un joug à la seule Faculté de médecin déjà existante au pays; ils museaient les ambitions de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, qui songeait plus à augmenter le nombre de ses élèves qu'à parfaire son enseignement; enfin, ils dictaient les cadres légaux de toute faculté, notamment de la Faculté de médecine de l'Université Laval, en voie de formation. Pour atteindre ces fins, le gouvernement du Bas-Canada crut bien faire — et il fit bien — en faisant du Collège des Médecins et Chirurgiens une corporation fermée, autonome, seule chargée de définir les conditions de l'étude et de l'exercice de la médecine, seule autorisée à faire subir les examens de compétence professionnelle,

avec en plus, des pouvoirs disciplinaires pour maintenir hautement le sentiment de l'honneur parmi ses membres, le droit de posséder, d'acquérir et d'administrer, de supprimer le charlatanisme, où qu'il se trouve, et les charlatans, à quelque catégorie qu'ils appartiennent.

C'est cette loi de 1847 qu'on est convenu d'appeler « la Grande Charte » des Médecins du Québec, dont le défaut capital — il convient de le signaler tout de suite — était de rester encore soumise au bon vouloir du gouvernement qui conservait le privilège, nécessairement abusif, de pouvoir l'obliger, par des lois particulières ou générales, à accepter dans ses cadres des médecins étrangers, ou des nationaux favorisés de la politique, mais en marge de la loi générale. Là, encore, où le bas blessait, dans cette grande Charte, c'est qu'à une corporation de cent quatre-vingts membres à peine, elle donnait, pour sa régie, trente-six gouverneurs, et que l'on crut bien faire, par la suite, en augmentant ce nombre jusqu'à quarante. Le nombre de ses officiers, divisés en deux groupes, était aussi considérable, tous éligibles au second degré, à date fixe, c'est-à-dire non permanents et remplaçables, au gré des gouverneurs élus, tous les deux ou trois ans. Pas n'est besoin de rappeler qu'à la faveur de ces défauts, non signalés de prime abord, dont il aurait été facile de disposer s'ils l'eussent été, et malgré tant de prévoyance et de si catégoriques pouvoirs par ailleurs, les conflits et les chocs en retour ne se firent pas attendre, suscités, la plupart du temps, par des mécontentes de clans ou des jalousies de tribune.

A tour de rôle, les Facultés ne purent concevoir tant d'autorité accordée à un corps professionnel, dont la grande majorité des représentants ou des délégués ne pouvaient être que des médecins de districts, étrangers à l'enseignement. C'était

pour elles, à certains points de vue, une humiliation que de se voir dicter par le Collège des Médecins un programme d'études. Le raisonnement pouvait être valable pour l'unique Faculté de médecine de l'Université McGill, la seule existante en 1847, déjà fort bien organisée par des professeurs de carrière appelés d'Angleterre ou d'Ecosse, mais qui ne pouvaient prodiguer l'enseignement qu'à la minorité anglaise du pays. Le raisonnement ne valait pas pour les Ecoles de médecine, anglaises ou françaises, qui se multipliaient nombreuses mais primaires, non plus que pour les Facultés à créer. Pour celles-ci, comme pour le public, ce fut une véritable sauvegarde, confirmée par le temps.

A quoi dut s'occuper le Collège des Médecins durant le premier demi-siècle de son existence? Son rôle, il faut bien l'admettre, fut d'une passivité étonnante. Issu de la démocratie démocratisante et décentralisatrice par nature, ce Collège ne semble songer qu'à partager son autorité! Les comités au sein desquels on ne pense ordinairement qu'à se faire des concessions mutuelles, se multiplient à l'envie, sans jamais rien régler définitivement. D'abord, il fut la chose exclusive des Anglais qui s'en servirent avec discrétion, selon leurs intérêts, sans jamais molester la majorité qui consent à tout.

Ce fut la période des loyaux compromis et des petits bouquets de muguet, de part et d'autre. Les programmes édictés par le Collège furent mis en force, au petit bonheur des Facultés et des Ecoles.

Celles-ci ne se souciaient que fort peu des permis d'exercer pour leurs élèves, qui, une fois diplômés universitaires — toutes les Ecoles de médecins sont affiliées à une Université — s'en allaient pratiquer dans les campagnes, d'où ils déguerpissaient vers les Etats-Unis, au premier mouvement d'autorité de la part du Collège des Méde-

cins, qui n'était pourtant pas très sévère, ayant presque toujours une raison de fermer les yeux. Si celui-ci insistait, cependant, le jeune docteur en marge de la loi qui tenait à demeurer au pays, trouvait invariablement, à bon compte, moyen de faire régulariser sa situation par une loi d'exception, issue de la législature du Bas-Canada, ou de la Législature provinciale après 1867.

Vint même un temps où ces lois d'exception furent presque la loi générale. De décade en décade, la Législature en adoptait une pour couvrir tous les irréguliers de l'époque. C'est ainsi que, successivement, nous eûmes, entre autres, comme lois d'exceptions généralisées, les lois dites: *Loi Parent*, *Loi Roy*, *Loi Taschereau*, *Loi Gouin*, etc.

Entre 1847 et 1909, le Conseil de discipline, s'il était créé, n'a jamais fonctionné, ou si peu souvent, que les procès-verbaux n'en font pas mention. Ce qu'il y a de certain, c'est que les actes dérogatoires à l'honneur professionnel n'étaient pas encore définis; que l'on a commencé, dès 1847, à discuter de la définition de la dichotomie, et que la formule n'en a été trouvée que longtemps après la loi amendée de 1909. Ah, le bon temps! Mais pendant ce temps-là, la passivité faisait son œuvre. La majorité prenait conscience de sa force. Les Anglais se désintéressaient, petit à petit, de l'administration du Collège des Médecins. Les Canadiens français émergeaient au premier rang, et avec les Rottot, les Lachapelle, les Simard et les Normand, ce Collège devint essentiellement nôtre. Maîtres absolus du terrain, sans aucune espèce d'opposition possible, si ce n'est dans la stricte légalité, il était loisible aux Canadiens français, à l'esprit latin, de reprendre la tâche et de l'élaborer à nouveau, selon leurs vues essentielles, mais en tenant compte, toujours, de tout ce qu'il y a de

bon et de pratique chez leurs alliés, les Anglo-Canadiens. Ce fut l'œuvre des médecins du Québec, au commencement de ce siècle.

Au préalable, il convenait d'établir un bilan, de constater les défauts de la grande Charte, afin d'y remédier. Du point de vue « affaires », l'administration du Collège des Médecins, de 1847 à 1900, fut un désastre. La caisse était vide, et une vérification de comptes, abandonnée en cours de route, se soldait par un déficit de plus de treize mille dollars. Les Universités n'avaient accepté le joug qu'à leur corps défendant. Elles se désintéressaient du programme légal de l'étude de la médecine. Dans les Facultés, on commençait bien à ne plus admettre à l'étude de la médecine que ceux qui étaient en règle avec le Collège des Médecins, parce que l'émigration aux Etats-Unis n'était déjà plus de mise, à cette époque; mais comme le vent soufflait dans toutes les voiles, on s'apitoyait, maintenant, sur les exigences minima du programme légal, et l'on faisait de la propagande à l'américaine, en promettant de multiplier les cours, d'augmenter les cliniques, ce qui n'était sûrement pas mal à propos, et l'on poussa le zèle et l'amour de la science jusqu'à augmenter, avant la lettre, les années d'études du stage universitaire, jusque-là conforme à la loi. En somme, sans verser dans le pessimisme, on peut dire que le principe de décentralisation de l'autorité et de l'administration, mis en pratique à la faveur de la loi de 1847, conduisait à l'anarchie. Pour faire subir les examens professionnels, dans les diverses institutions d'enseignement médical, le Collège avait créé la charge d'*assesseur*: malheureusement, la fonction ne fut jamais à la hauteur de ce que ce mot désigne. Pour supprimer l'exercice illégal, le Collège avait mis sa foi en chacun des quarante et un gouverneurs, pour leur district respectif.

Ce n'était qu'exceptionnellement qu'un charlatan était traduit en cour de justice. Tout se réglait à l'amiable dans le bureau privé du gouverneur. Si, par hasard, un charlatan était condamné à l'amende, les frais judiciaires, par un tour de force, ou autrement, dépassaient de beaucoup l'amende perçue, et ces frais, il va sans dire, étaient à la charge du Collège, en dépit de son gain de cause. Les attributions des officiers n'étaient pas définies par règlements, ou si peu, que ceux-ci étaient ignorés, même par les titulaires. Nombreux, les officiers n'habitaient pas la même ville. Quand le Registraire était à Montréal, le secrétaire habitait Québec, un autre les Cantons de l'Est, et le Trésorier, auquel les secrétaires et le Registraire transmettaient les deniers perçus, était souvent introuvable. Nulle part, le Collège des Médecins n'avait un bureau permanent. Après plus de soixante années d'existence, il n'y avait, comme références officielles dans le bureau du Registraire, que l'Index des médecins pratiquants, et encore un grand nombre, soit par négligence, soit par désintéressement, soit par impossibilité légale, ne s'étaient pas présentés à l'appel. En 1900, sur douze cents médecins, plus de deux cents exerçaient encore sans licence.

Enfin, la multiplication des comités d'études qui n'étudiaient rien, était devenue une charge fort lourde à supporter.

Pourtant, la loi de 1847, dans son ensemble, était excellente. Elle mérite assurément le nom de « Grande Charte » dont l'a qualifiée l'enthousiasme des premiers jours. Elle conférait tous les privilèges essentiels et nécessaires à l'autonomie parfaite de la profession, si le gouvernement ne s'était implicitement réservé le droit d'intervenir dans ses affaires, chaque fois qu'un partisan politique le réclamait. La faillite de son application ne doit, semble-t-il, être attri-

buée qu'à deux causes non prévues, impossibles à prévoir, avant son application:

- 1) Le défaut d'autorité suprême.
- 2) Un organisme administratif décentralisé.

Comment reconquérir l'autorité suprême?

Quel principe nouveau instaurer dans l'administration?

Ces deux buts ne pouvaient guère se poursuivre que conjointement, et pour les atteindre, l'on commença par substituer, dans les esprits d'abord, dans la pratique ensuite, le principe de centralisation au principe de décentralisation. Cela ne se fit pas sans peine ni sans efforts soutenus, efforts qui s'effectuèrent surtout de 1904 à 1909. Il fallait convaincre la profession des changements radicaux qui s'imposaient, dans l'administration surtout. Une campagne de presse et de conférences s'ouvrit. Tous les meilleurs esprits étant du même avis — le Président du Collège remplissait, à cette époque, comme aujourd'hui, les fonctions de Doyen d'une Faculté de médecine — il fut facile d'amener l'opinion générale à réclamer le principe de centralisation dans tous les domaines, c'est-à-dire, la diminution du nombre des gouverneurs, leur élection à des époques plus éloignées, une seule assemblée générale annuelle, la centralisation administrative dans un bureau unique, un seul officier permanent responsable, et enfin, la chose la plus importante de toutes, à part le conseil de discipline bien organisé, la création d'un bureau central d'examineurs, conjointement avec les Universités. C'est ce qu'opéra la loi de 1909.

La chose essentielle qu'il fallait au préalable obtenir, ce que la loi de 1847 ne sanctionnait malheureusement pas, précisément parce qu'elle n'en disait rien, c'était l'autorité suprême en matière professionnelle.

Jusque-là, il était loisible à la Législature d'intervenir dans nos affaires, sans notre consentement, de sa propre initiative, d'où ces multiples lois d'exception dont j'ai parlé. Heureusement, le premier ministre du temps, sir Lomer Gouin, qui avait succédé à l'auteur de la loi Parent, comprit la gravité et la nécessité de notre réclamation. Il en profita pour faire décréter qu'à l'avenir aucune loi d'exception pour faire admettre un candidat à l'étude ou à l'exercice d'une profession quelconque ne pourrait être considérée par la Législature, sans le consentement préalable de la profession intéressée.

Du coup, c'était l'abrogation nécessaire de toutes les lois d'exception, à date. La voie était libre. La profession médicale était enfin maîtresse de ses destinées.

De consentement unanime, par ailleurs, le principe de centralisation des pouvoirs étant admis comme base essentielle de la loi et des règlements futurs, on se mit résolument à l'œuvre de la refonte de la loi de 1847, quitte à rédiger, plus tard, après l'adoption de la loi nouvelle par la Législature, les règlements qui, nécessairement, en découleraient, pour la gouverne générale de nos membres et la régie des divers organismes.

Et voici, maintenant, ce que la loi de 1909 a sanctionné.

Le gouvernement de la profession est légalement connu sous le nom de: *Le Bureau provincial de Médecine*.

De quarante et un qu'ils étaient, la loi nouvelle ou ses amendements ultérieurs ont réduit le nombre des gouverneurs à vingt et un, élus tous les quatre ans.

Un *bureau exécutif*, composé du Président, de deux vice-présidents et du registraire, siège, à demande, pour les affaires courantes, et fait rapport de toutes ses acti-

tivités à l'assemblée générale annuelle des gouverneurs.

Trois comités permanents: *Des créances, de législation*, et celui *des sages-femmes*, se réunissent aussi, sur convocation du président, et font un rapport annuel à l'assemblée générale.

Il n'existe qu'un seul *officier permanent*, le registraire (mot canadien pour signifier le cumul des charges de secrétaire, d'archiviste et de trésorier), responsable au Président et à l'Exécutif.

Le Conseil de discipline est bien organisé et fonctionne à demande. C'est un puissant et salubre organisme d'épuration professionnelle.

Un *bureau d'affaires*, tenu par le registraire et ses subalternes est, en permanence, ouvert au public, à Montréal.

La lutte contre les charlatans se poursuit sur une base d'affaires, les dépenses encourues pour l'administration de ce département ne devant, autant que possible, jamais dépasser le montant des amendes perçues.

Chaque médecin paye d'avance, une *contribution annuelle* de six dollars.

L'année fiscale commence le 1er juillet.

L'assemblée générale a lieu le dernier mercredi de septembre, alternativement à Québec et à Montréal.

Les examens d'admission à l'étude de la médecine sont placés sous la surveillance immédiate du Bureau provincial de médecine qui nomme des examinateurs compétents ad hoc, pris dans l'enseignement secondaire, et non parmi les médecins.

Les examens professionnels sont du ressort du *Bureau central d'examineurs* et sont les mêmes que ceux subis pour l'obtention des degrés universitaires.

On ne discute plus de *l'autorité suprême* de la profession: c'est le Collège des Médecins et Chirurgiens qui la détient, par le

Bureau Provincial de médecine. Le président du Collège a la préséance sur tous les autres médecins de la province, y compris les Doyens des Facultés. C'est le protocole reconnu.

Les universités n'admettent plus comme étudiants en médecine que ceux qui sont en règle avec le Collège des médecins. Celui-ci exige un diplôme de bachelier ès-arts enregistré, ou un examen couronné de succès devant le Bureau Provincial de médecine.

Au bureau du registraire, depuis la toute première heure, s'accumulent, nombreuses, précieuses et instructives, des *archives* particulières à l'histoire de la médecine et à la déontologie appliquée, de façon à conserver intactes et vivaces les traditions, les usages et les coutumes du Bureau, et à les mettre à la portée de tous.

Chaque médecin a son *dossier personnel* où s'accumulent les fiches qui le concernent, depuis son admission à l'étude de la médecine jusqu'à sa mort. Ce dossier n'est généralement accessible qu'à l'Exécutif, mais cette prétention n'est pas unanimement admise. Elle fut l'occasion de procès mouvementés, au cours desquels la discrétion du Bureau fut confirmée, ce qui n'a pas eu pour effet de rallier toutes les opinions.

Les Sociétés médicales sont subventionnées par le Bureau aux fins d'obtenir, une ou deux fois par année, des conférenciers de choix.

Les médecins âgés et nécessiteux touchent un cachet mensuel d'importance.

Enfin, après vingt-cinq années de service, le registraire peut être mis à sa retraite. C'est mon cas, et c'est aussi pourquoi il m'est agréable de vous renseigner sur le fonctionnement de cette loi de 1909, à laquelle j'ai été si intimement attaché durant un quart de siècle, de 1909 à 1934. Depuis cette dernière date, par les circonstances de

la vie et la volonté des hommes, *je suis mort*, je veux dire que, retiré à l'écart, sans me désintéresser de ce qui m'a toujours été très cher, je ne suis plus au centre de l'action, et j'ignore même ce qui se passe au bureau provincial de médecine. D'autres sont venus. Des vents divers ont soufflé. Des horizons nouveaux se dessinent. C'est le perpétuel mouvement des choses humaines. Mes renseignements s'arrêtent donc à 1934. Pour les compléter, je ne saurais être plus au point qu'en résumant, ici, quelques extraits d'un rapport inédit que, quelques mois après mon départ, je transmis au Bureau provincial de médecine.

Ce rapport, assez explicite, parle surtout des résultats administratifs issus de la loi de 1909. C'est ma meilleure façon de vous renseigner.

Sous divers titres que je conserve, voici ce que disait ce rapport:

Le coutumier du Bureau

En temps normal, je n'aurais jamais quitté le poste de confiance que j'ai si longtemps occupé, sans faire une revue générale des grandes lignes de l'administration, et je me serais fait un plaisir et un devoir d'initier, personnellement, mes successeurs, aux tâches ardues qui leur incombent. Les circonstances ne m'ont pas permis d'accomplir ces ultimes devoirs. Heureusement pour la profession, j'avais laissé, à l'usage de mes successeurs, un volumineux manuscrit intitulé *Le coutumier du bureau*, à l'aide duquel n'importe quel comptable averti peut, du jour au lendemain, remplir l'office de Registraire, au point de vue administratif.

Le 7 juillet 1909, selon les prescriptions de la loi nouvelle, je prenais, seul, la charge du Bureau. Je devenais le premier jalon du nouveau régime de centralisation, l'unique cheville ouvrière de l'administration centrale, faisant place au régime de décen-

tralisation qui existait depuis 1847, c'est-à-dire depuis soixante-douze ans. Du jour au lendemain, un seul homme en remplaçait quatre: le registraire, les deux secrétaires, français et anglais, et le secrétaire-trésorier. Nous avons comme bureau, au n° 55 de la rue Saint-François-Xavier, à côté de l'église Notre-Dame, deux petites pièces donnant sur le jardin Saint-Sulpice. Les archives étaient contenues dans un coffre en bois dur, de la dimension d'une valise ordinaire. J'avais un ameublement évalué à \$85.08, une caisse de \$180.25 et un excédent de comptes courants sur l'encaisse de \$3,406.41. Je dus commencer par escompter le billet du Collège, endossé par le Président Normand et moi-même tenus personnellement responsables, pour le montant de \$4,000 afin de payer les comptes dus et avoir la paix. Le Collège n'avait alors aucun crédit. Il était inconnu. Je prêtai le serment d'office dont ne font mention ni la loi, ni les règlements, sur une formule spécialement rédigée par le Dr Normand. Je jurai, en somme, d'être, avant tout, et par-dessus tout, un homme de devoir.

Je me demande, aujourd'hui, si j'ai toujours été fidèle à mon serment. Une chose certaine, c'est que je ne l'ai jamais oublié. Ma profession, sans beaucoup me connaître, me rendait alors un immense service. Par conviction et par reconnaissance, avec la plus grande sincérité, je jurai de lui être fidèle.

Je tiens à vous dire tout de suite qu'il fut entendu, dès la première heure, que la position de Registraire serait permanente, en dépit de son élection au second degré, décrétée par la loi. Il fut compris encore que le Registraire ne serait responsable qu'au Président, à l'Exécutif et à l'Assemblée générale des Gouverneurs; qu'il devait s'abstenir de prendre part aux discussions professionnelles; et qu'il devait être d'une

discrétion absolue sur toutes les affaires du Bureau, en dehors des assemblées générales des Gouverneurs. Enfin, il lui était interdit de prendre aucune initiative sans consulter l'Exécutif. Nous sommes demeurés souverainement attachés à ces directives de fond.

Je n'ai jamais insisté pour faire décréter la permanence de la position de Registraire, ayant constamment été élu par acclamation en 1910, 1914, 1918, 1922. Ce n'est qu'à partir de 1926 que ma position fut, par d'autres, convoitée.

Lutte contre les charlatans

En ce temps-là, bien plus encore qu'aujourd'hui, l'on attachait une très grande importance à la lutte contre les charlatans, qu'en vertu de la Grande Charte de 1847 jusqu'à la loi de 1909, tous les médecins avaient le droit de poursuivre ou de... protéger.

C'est une erreur fondamentale, maintes fois prouvée, que de tenter de poursuivre à outrance les charlatans, et d'entasser cause sur cause contre eux. Les seuls résultats obtenus jusqu'ici, par cette ligne de conduite, furent de leur faire une publicité au détriment des médecins; de leur susciter des sympathies au détriment de la profession, au sein des classes populaires, et courir le risque de lois en leur faveur.

Frais d'investigations. Amendes perçues.

Pour notre part, nous avons toujours essayé d'administrer le département des enquêtes préalables aux actions intentées, sur une base d'affaires, c'est-à-dire que nous avons essayé de ne jamais dépenser en enquêtes au delà du montant des amendes perçues. A ce sujet, le tableau ci-dessous fera davantage comprendre la situation recherchée et obtenue, puisque le montant des amendes perçues, au cours des derniers vingt-cinq ans, a dépassé de \$4,062.24, le montant dépensé en frais d'investigations.

Frais d'investigations		Amendes perçues	
1910	\$ 51.00	1910	\$ 380.57
1911	229.70	1911	647.00
1912	635.00	1912	573.00
1913	833.85	1913	912.10
1914	1,074.00	1914	690.60
1915	1,142.80	1915	1,537.85
1916	758.00	1916	1,333.65
1917	640.00	1917	718.00
1918	1,105.50	1918	970.00
1919	1,115.00	1919	1,570.00
1920	650.00	1920	830.88
1921	520.00	1921	975.00
1922	1,005.00	1922	2,315.00
1923	1,188.00	1923	1,500.00
1924	480.00	1924	750.00
1925	1,457.67	1925	1,292.65
1926	1,725.00	1926	1,374.00
1927	2,424.25	1927	3,590.15
1928	7,898.50	1928	10,763.30
1929	5,659.35	1929	2,246.60
1930	860.00	1930	589.60
1931	150.00	1931	1,315.00
1932	475.00	1932	737.00
1933	1,060.00	1933	921.61
1934	862.00	1934	428.30
	<hr/>		<hr/>
	33,999.62		38,961.86

Plus brillant que réel

Ici, il ne faut pas se fier aux apparences. L'année où nous avons perçu le plus fort montant d'amendes est 1928. Le montant perçu cette année-là, en amendes, fut \$10,763.30. Et cependant, cette même année, le surplus des revenus sur les dépenses ne fut que \$1,424.01.

En 1930, 1931, 1932 et 1933, nous recevons strictement au système de prudence, et tâchons d'équilibrer le montant des frais d'investigations avec le montant des amendes perçues. Nous touchons alors aux plus hauts surplus du dernier quart de siècle, soit \$5,210.44 en 1930; \$7,018.36 en 1931; \$7,586.49 en 1932; et \$6,164.03 en 1933.

A quoi cela tient-il? A deux causes qu'il faut bien connaître, bien surveiller et dont il faut constamment se défier: les frais judiciaires toujours élevés même pour la partie qui gagne, et les « test cases » des charlatans qui laissent s'accumuler les causes contre eux et qui, un moment donné, en appellent aux cours supérieures d'un jugement d'une cour inférieure. Cet appel suspend toutes les procédures dans toutes les causes, et

quand le dernier jugement de la plus haute cour est rendu, nos témoins sont disparus de la scène! C'est l'épilogue de la course aux charlatans entre 1926 et 1930, à laquelle nous n'avons pas consenti personnellement.

Les frais légaux, durant cette période, se sont élevés à \$10,323.68. Et encore faut-il reconnaître que notre Procureur d'alors, l'honorable M. Paul St-Germain, aujourd'hui juge de la Cour d'Appel, nous fit une substantielle remise d'honoraires sur trois cents causes et plus, intentées contre mon gré, et abandonnées faute de témoins.

Surplus presque constant

Il est rare, croyons-nous, de rencontrer une institution qui puisse se vanter de n'avoir eu qu'un seul déficit durant l'espace de vingt-cinq ans; et encore, le seul déficit que nous constatons autour de l'année 1915, était dû au fait que nous avions présenté un *bill* à la Législature.

Constatez, plutôt, par le relevé que voici:

Revenus et déboursés			
Année	Surplus	Année	Déficit
1910	\$ 244.96	1910	
1911	2,678.60		
1912	2,059.62		
1913	1,444.64		
1914	240.36		
1915		1915 Législature	\$2,285.06
1916		1916 Législature	176.56
1917	70.20		
1918	1,910.27		
1919	25.75	1919 Législature	
1920	7,027.39		
1921	163.80	1921 Législature	
1922	4,499.01		
1923	112.56		
1924	2,476.58		
1925	1,321.02		
1926	296.02	1926 Législature	
1927	411.87	1927 Législature	
1928	1,424.01		
1929	3,429.61		
1930	5,210.44		
1931	7,018.36		
1932	7,586.49		
1933	6,164.03		
1934	359.76		
	<hr/>		
	56,175.35		
Moins déficit .	2,461.60		
Surplus des re-			
venus	53,713.73		

Fonds de secours

Qu'est-il advenu de cette somme de \$53,713.73, qui représente le montant du surplus des revenus sur les déboursés ordinaires, durant vingt-cinq ans?

D'abord, nous avons payé toutes les dépenses extraordinaires ordonnées par les assemblées générales.

Puis, sur résolution de l'assemblée générale des Gouverneurs, nous avons constitué un fonds de secours pour les médecins âgés et nécessiteux.

Le 1er juillet 1934, ce fonds était représenté par des valeurs globales de tout repos, au montant de \$23,700.00, et nos successeurs ont dû trouver une encaisse bancaire d'au delà de \$8,000.00. Nous avons donc remis au Bureau provincial de médecine des valeurs en espèces pour au delà de \$32,000.00.

Qu'advient-il de cette réserve? « Il ne faut qu'un briquet pour brûler une ferme. Il faut, il a fallu des années pour la bâtir ». N'empêche qu'en notre pays, rien n'a été fait de plus pratique, par aucune profession, que cette économie de longue haleine, dans l'unique but de venir en aide à ses membres.

*
* *

Et maintenant, qu'ajouterais-je de plus explicite?

Si la conquête définitive de l'autorité et le principe de centralisation furent, pour le Collège des Médecins, les piliers d'une meilleure administration durant un quart de siècle, il ne faut pas croire que les succès qui en furent les résultats s'obtinrent sans contradiction ni sans coup férir.

Il est encore trop tôt pour étaler au grand jour le récit des luttes qui s'effectuèrent à ciel ouvert ou derrière les coulisses. D'ail-

leurs, les tenants de ces luttes, encore tous vivants, à peu d'exceptions près, n'aimeraient guère à se contempler eux-mêmes à travers l'histoire. Pour les uns et pour les autres, ce serait un spectacle par trop pénible. On ne va pas à la guerre sans qu'il en coûte; et il est de mise, une fois la paix conclue, que les combattants d'hier soient plutôt discrets... aujourd'hui.

Tout de même, pour éclairer la route, il faut bien admettre que si l'autorité et le principe sont saufs, ils ne le sont pas intégralement. La première a reçu bien des crocs en jambe, et le second branle un peu sur ses bases. A maintes reprises, l'autorité a dû s'imposer aux institutions et aux hommes, et souvent être confirmée par les tribunaux civils. D'autre part, l'administration s'est passablement dissociée, partagée, répandue, éparpillée dans des à côtés très prometteurs au début, mais dont la somme de travail et les résultats ne sont pas encore appréciables. La loi n'a pas été changée, et les règlements fort peu; mais on leur a fait rendre tout ce qui pouvait compromettre le principe centralisateur, pour ne parler que de celui-là, en attendant que le fait accompli puisse justifier une loi et une réglementation nouvelle. Là est le danger, si danger il y a d'innover dans le sens de la décentralisation.

Il nous a fallu une expérience de soixante-douze ans, de 1847 à 1909, pour constater que le principe de la décentralisation est incompatible avec la bonne gouverne d'une profession comme la nôtre. Le médecin est essentiellement conservateur. Il faut qu'il le soit, puisque la longévité est à sa charge. Mais ses nombreux insuccès, autant sinon plus que les progrès de la science, lui commandent parfois de changer ses méthodes. C'est ce qu'il a fait pour sa profession en 1909. A-t-il été déçu, cette fois? Et quand bien même il le serait, en conformité avec

ses habitudes d'expectation prolongée, n'est-ce pas encore trop tôt pour s'adapter à une méthode nouvelle qui, en l'espèce, ne serait qu'une méthode surannée?

En terminant, posons une question, hardie peut-être, mais nécessaire au complément de notre pensée.

« L'honneur professionnel » qui n'a rien de commun avec ce que l'on appelle les « intérêts professionnels », a-t-il toujours été la norme souveraine de nos gouvernants? Dans le rôle essentiellement spirituel et salvateur de la gouverne d'une profession aussi sacerdotale que la médecine, n'a-t-on pas, parfois, entremêlé des motifs issus davantage de l'intérêt que de l'honneur? N'a-t-on pas oublié que le matérialisme, si atténué soit-il, n'est pas capable de fonder une morale ni de procurer un autre but à l'existence que la satisfaction des appétits? N'a-t-on pas méconnu que le bonheur du médecin dépend de sa conscience et non pas de son groupement? La « conscience de classe » ou de « groupement » n'est qu'une allégorie sociologique. N'aurait-on pas, par ci, par là, confondu les termes, entremêlé les idées? Et pour être à la page des revendications actuelles, n'a-t-on pas mis en oubli que ce qui importe, à l'heure présente, beaucoup plus que sa restauration économique, c'est la restauration des valeurs spirituelles de notre profession?

C'est l'un des traits permanents de l'histoire des institutions que des erreurs y sont commises pour qu'il en sorte un plus grand bien. C'est l'expérience qui enseigne l'erreur. Où qu'ils se trouvent, les hommes sont toujours identiques à eux-mêmes. Avec la meilleure bonne foi, à leur insu, pour être agréables ou sympathiques aux autres, ils confondent souvent ce qui tient de l'esprit avec ce qui tient de la matière. Et dans les temps troublés et mornes que nous traversons sans même en prévoir l'issue, est-il

étonnant que les médecins les plus avertis, sans abandonner leur idéal, se penchent avec compassion sur leur profession aux abois, menacée d'être englobée par l'État, si déjà, pratiquement, cela n'est fait, dans certains domaines de la pratique courante?

Certes, il est à souhaiter que notre Bureau provincial de médecine, autorité suprême et incontestable de la profession, s'autorise des pouvoirs qu'il a de sauvegarder les intérêts matériels de ses membres; mais encore ne faudrait-il pas que ce souci impérieux obnubile ou entrave ses obligations plus impérieuses encore, relativement à l'honneur professionnel et à l'indispensable surveillance disciplinaire de ses administrés.

Les médecins canadiens qui se sont toujours distingués par un esprit incomparable d'altruisme puisé aux sources fécondes et charitables de leur christianisme et de leurs traditions professionnelles — en opposition au laïcisme qui, de la Russie, a pénétré chez nous comme ailleurs — sauront bien trouver la formule conciliatrice. Déjà, conscientes de l'incompatibilité qu'il y a pour l'autorité suprême de leur profession de défendre à la fois l'« honneur » et les « intérêts », les Sociétés Médicales, filiales du Collège des Médecins ou du moins occasionnellement sustentées par lui, s'organisent pour les combats du terre à terre, désireuses de laisser champ libre à l'autorité constituée, pour la poursuite de l'idéal commun. C'est un commencement de solution.

Fasse le ciel qu'aux jours de calme et de prospérité, tous ensemble, administrés et gouvernants, profitant de l'expérience acquise, à l'œuvre et à l'épreuve, complètent la « synthèse » que présentement ils forgent, ou recommencent à nouveau la « triade » constructive de leur destinée.

MÉDECINE PRATIQUE

DYSPEPSIE

1. Antisécréteur et évacuant:

Teinture de belladone } ââ 5 c.c.
Teinture de jusquiame }
Sirop de codéine, q. s. p. 90 c.c.
Une cuillerée à café dans un peu d'eau après
les deux principaux repas.

Ou bien:

Poudre de feuilles de belladone . . . 1 centigr.
Bicarbonate de soude op. 80 "
Magnésie calcinée op. 20 "
Pour un cachet No 20. — Un après les deux
principaux repas.
Extrait de belladone }
" de jusquiame } ââ . . . 1 centigr.
" de cannabis indica }

Ou bien:

Poudre de réglisse, q. s. p. 1 pilule
Une à deux pilules à la fin des 2 repas.

Ou bien:

Sulfate neutre d'atropine 1 centigr.
Glycérine à 28° 3 c.c. 5
Eau distillée 1 c.c. 5
Alcool à 95° 10 c.c.
X à XXX gouttes par jour.

STIMULANTS DE LA SECRETION ACIDE ET ACTIVITE MUSCULAIRE

1. Bicarbonate de soude 0.50 centigr.
Un cachet une demi-heure avant les repas.
2. Acide chlorhydrique 1 c.c.
Eau distillée 100 c.c.
Une cuillerée à thé dans un grand verre à vin
d'eau après chaque repas.

3. Les amers:

- a) Teinture de quinquina
" " condurango
" " gentiane
" " colombo
" " quassia amara
" " noix vomique

Mélanger deux ou plusieurs de ces teintures
à donner à la dose de X à XV ou XX
gouttes dans un grand verre à vin d'eau
une heure avant chaque repas.

- b) La strychnine 1/60 grain au 1 milligramme
avant les deux principaux repas.
- c) La pepsine — 0.50 centigr. à 1 gramme au
milieu des repas.

L.

ANALYSES

MEDECINE

Anastase LANDAU et Włodzimierz HEJMAN (de Varsovie). — **Traitement de l'ulcère gastrique et duodénal par des injections intraveineuses de bromure de sodium et de sulfate d'atropine.** « Presse Médicale », 20 octobre 1937, p. 1468.

Les auteurs ont voulu, par leur méthode, s'attaquer, avant tout, à l'élément douleur, seul indice de l'aggravation ou de l'amélioration, sans négliger le saignement, la défense musculaire et la modification de poids.

Il n'y a qu'un signe sûr de processus ulcéreux en évolution: la niche; sa présence témoigne de l'évolution de l'ulcus, sa disparition indique l'amélioration anatomique.

Les auteurs, sans négliger la médication classique par le bismuth, l'alumine, les graisses et les alcalis, croient qu'on peut obtenir d'excellents effets en s'attaquant au système nerveux et ils relatent des cas particuliers où ils ont obtenu d'excellents résultats par l'addition, aux méthodes, du bromure de sodium et du chloral per os.

Quelle serait, selon eux, l'action du brome dans le traitement de l'ulcus rond? Sous l'influence du bromure de sodium et du chloral on voit disparaître la douleur et la sensibilité à la pression, et souvent aussi les vomissements et le saignement, mais ce traitement n'a aucun effet sur la cicatrisation de l'ulcère. Dans les cas qui ont résisté à l'action de l'histidine, ces auteurs se sont arrêtés aux injections intraveineuses de bromure de sodium (10 c.c. à 10 pour cent) et de sulfate d'atropine (1 milligramme). L'association du bromure de sodium avec le sulfate d'atropine a paru, selon eux, unir l'action centrale du brome et l'action périphérique de l'atropine, paralysant ainsi les facteurs qui s'opposent à la guérison de l'ulcère.

Les auteurs rapportent plusieurs observations où l'échec des traitements classiques a été suivi de guérison au bout de 30 à 40 jours par le traitement au bromure de sodium et à l'atropine. Dans un cas il s'agissait d'un ulcère calleux résistant à tout traitement. A la suite de neuf injections d'atropine et de bromure les pigments sanguins disparaissent, l'état général s'améliore et le malade a pu se croire guéri au bout d'un certain temps. Il en est ainsi à peu de chose près

dans deux autres observations très détaillées rapportées par les auteurs. Ils rapportent même que dans un cas il y eut régression quasi complète de la niche. Ils concluent que les injections intraveineuses de bromure de sodium et d'atropine exercent l'action suivante: 1° inhibition par le bromure de sodium du système nerveux central et des excitations qui en naissent; 2° action de l'atropine sur les terminaisons du nerf vague dans la muqueuse gastrique et duodénale. L'action combinée du bromure de sodium et de l'atropine, introduits par voie veineuse, fait sortir le système végétatif de son déséquilibre. Le seul inconvénient accusé par le malade serait une sécheresse de la bouche. Les auteurs injectent en même temps 10 c.c. d'une solution de bromure de sodium à 10 pour cent et un milligr. de sulfate d'atropine.

LeSAGE.

Karel HERFORT. — **Le métabolisme des acides aminés dans les ulcères gastro-duodénaux.** « Presse Médicale », 13 octobre 1937, p. 1436.

L'auteur publie les résultats qu'il a obtenus à la suite de recherches poursuivies en vue de connaître le mécanisme de l'action des acides aminés dans les ulcères gastro-duodénaux. Les acides aminés, introduits dans la thérapeutique en 1933, par Aron et Weiss, pour le traitement des ulcères gastro-duodénaux, ont jusqu'ici fait leurs preuves. La dérivation du suc duodénal dans les parties terminales de l'iléon chez le chien est suivie bientôt de cachexie, de lésions de la muqueuse gastro-duodénale et d'ulcères semblables à ceux observés chez l'homme. Si on injecte à ces animaux 1 c.c. d'une solution à 5 pour cent, d'acide aminés par jour, durant 15 à 20 jours, on remarque que les douleurs et les lésions disparaissent peu à peu. Il s'agit de savoir par quel mécanisme agissent les acides aminés, en particulier l'histidine.

Aron et Weiss croient que les ulcères sont dus à une carence en acides aminés. D'autres affirment que l'histidine agit en produisant une action analgésique sur le système végétatif. Plusieurs croient que son action favorable est due à l'alcalinisation du chimisme cellulaire vicié, car nous savons que l'histidine est une combinaison fortement alcaline et qu'elle exercerait une action anti-spasmodique dans les zones atteintes.

Nous savons, d'autre part, que les albumines des aliments, dissociés dans l'intestin en acides aminés, sont résorbés sous cette forme dont une partie passe dans la grande circulation, tandis qu'une autre partie est emmagasinée dans le foie, formant des réserves utiles pour couvrir les besoins énergétiques.

L'auteur a recherché la teneur en acides aminés du sang veineux dans 100 cas d'ulcères gastriques et duodénaux. Tous ces malades furent soumis, pendant 10 jours avant les recherches, à un régime sans viande. On a trouvé une teneur en acide oscillant entre 5.7 et 7.2, sans aucun rapport avec la localisation ou l'ancienneté de l'ulcère.

Des recherches, avec la même méthode, faites sur 30 personnes qui ne présentaient aucun trouble, ont donné les mêmes chiffres: 5 et 8 milligrammes pour cent. Ce qui frappe dans toutes ces recherches c'est la stabilité des chiffres, quels que soient les cas observés et la méthode employée en général.

D'autre part, en saturant les malades avec de La-rostidine (5 c.c. d'une solution à 4%) le taux des acides aminés; quinze, trente, soixante et cent vingt minutes après saturation, fut identique à celui obtenu à jeun. Les auteurs ont pu, dans un grand nombre de cas, se convaincre de l'effet thérapeutique merveilleux de l'histidine dans les cas d'ulcères gastriques et duodénaux; mais l'auteur de ce travail diffère d'avis avec Aron. Il attribue l'action de l'histidine à un effet sédatif, en se basant sur les faits suivants: rapide disparition des douleurs, bons résultats thérapeutiques dans les gastrites et les troubles gastriques non ulcéreux, même avec de petites doses dans les cas où les troubles du métabolisme peuvent provoquer des ulcères peptiques.

Pourquoi l'histidine a-t-elle une action sédatrice sur l'ulcère gastrique plus rapide, plus efficace et plus fréquente que sur l'ulcère duodénal. L'auteur ne peut pas répondre à cette question.

En résumé, il explique l'action de l'histidine par son influence sédatrice et non par une thérapeutique de substitution des troubles métaboliques produits par des acides aminés, que l'auteur n'a jamais trouvé parmi les 100 cas d'ulcères gastriques et duodénaux ci-dessus décrits.

LeSAGE.

A. DUMAS. — **La maladie hypertensive et les syndromes d'hypertension qui doivent en être distingués.** « Journal de Médecine de Lyon », 20 septembre 1937, p. 493.

L'auteur fait une mise au point importante sur ce problème si complexe de l'hypertension, en démon-

trant l'existence d'une maladie hypertensive, comme entité autonome, qu'il ne faut pas confondre avec les syndromes hypertensifs divers qui venaient compliquer cette question.

La maladie hypertensive et son aspect clinique.

1. *Etiologie:* Cause inconnue, mais voici les conditions d'apparition:

a) Autour de la quarantaine chez la femme, ou vers le climatère chez l'homme, parfois avant cependant, sous forme d'hypertension solitaire qui évoluera peut-être vers les autres stades de la maladie, et qui de ce fait en représente la première phase.

b) Facteur familial assez important: le sujet sera un membre d'une famille de vasculaires, c'est-à-dire qu'on rencontrera dans ses antécédents des cas d'apoplexie, angine de poitrine, souvent coïncidence de diabète et d'obésité, et par conséquent facteur diathésique qu'on tend à admettre de plus en plus.

2. *Evolution:* 3 phases.

a) Phase d'hypertension solitaire.

b) La phase organique, la moins connue: marquée par symptômes rénaux identiques à ceux de la néphrite hypertensive. Cette phase apparaît d'autant plus précocement et est plus vite dépassée que le sujet est plus jeune.

c) La phase d'involution tensionnelle, c'est le déclin de l'hypertension, ou l'insuffisance tensionnelle, avec apparition de déficit central moteur ou intellectuel. Cette phase sera amenée soit par la déchéance de l'appareil endocrino-sympathique, soit par une maladie aiguë avec fièvre, ou encore l'apparition en sera influencée par conditions de climat, de surmenage, etc.

3. *Pathogénie:* l'hypertension est due dans la maladie qui nous occupe à une hypertonicité vasculaire, objectivable par l'examen du fond de l'œil, en rapport avec un hyperfonctionnement de l'appareil endocrino-sympathique, où le rôle important paraît revenir à la surrénale malgré le peu de résultat obtenu avec la splanchnectomie et la surrénalectomie.

4. *Diagnostic* de la maladie hypertensive: facile si on a l'ensemble de l'évolution, mais très difficile à une phase quelconque.

a) A la phase d'hypertension solitaire, sujets plutôt jeunes, avec hypertension et quelques symptômes accessoires comme céphalées, crampes, etc., et un signe très important: une hypertension dans l'artère rétinienne et des images de spasmes sur les artères de la rétine avec parfois de légers exsudats, et un pointillé hémorragique. De plus les patients ressentent malgré le traitement une espèce d'anxiété, qui les portent à aggraver leur état par des régimes restrictifs grâce auxquels

après quelques années leur état général devient moins bon, leur pression maxima se maintient à peu près, mais la minima ne cesse de progresser.

b) Puis apparaissent les signes d'organicité, élargissement de l'aorte, légère hypertrophie cardiaque, albuminurie, hyperazotémie, et ici il devient difficile de faire le diagnostic avec la néphrite hypertensive, si on voit pour la première fois un malade à ce stade, sans renseignements sur son état tensionnel antérieur. Chez les jeunes où la maladie hypertensive, de même que la néphrite hypertensive infectieuse brulent les étapes, les erreurs sont parfois inévitables à défaut d'anamnèse, mais chez les sujets âgés porteurs de la maladie hypertensive l'albuminurie est moins importante, l'azotémie moins élevée, et à ce stade-ci la pression artérielle a plutôt tendance à baisser, contrairement à ce qui se passe dans la néphrite hypertensive.

Anatomie pathologique: Dès le début, il y a un substratum anatomique et c'est un phénomène compensateur pour quelque déficience ou hyperfonctionnement vraisemblablement des glandes vasculaires sanguines; mais à ce stade, il n'y a pas moyen actuellement de décrire de lésions anatomiques ou histologiques. C'est encore le fond de l'œil qui donne les meilleurs renseignements.

Aux stades suivants progressivement se marque l'atteinte de l'appareil cardio-vasculaire, sous forme d'artério-sclérose, perceptible surtout au fond de l'œil, mais s'étendant partout, réalisant au rein les lésions du rein vasculaire, sclérosant, puis calcifiant assez précocement l'aorte qui au début ne manifeste que de l'hyperpulsabilité. Le cœur s'hypertrophie et on le constate au moment où apparaissent l'albuminurie et l'hyperazotémie: cela signe irrémédiablement la réalité de l'hypertension évolutive progressive, d'où l'importance de pratiquer un orthodiagramme. Les hémorragies viscérales par mauvais état des artères se produisent assez tardivement et les symptômes de troubles circulatoires de début sont plutôt en rapport avec des spasmes artériels.

Les lésions rénales sont précoces. Elles sont d'autant plus marquées que la maladie a évolué plus longtemps; mais elles sont sans rapport avec la hauteur de la tension.

Traitement: Malheureusement l'A. donne peu de précision: renvoie là-dessus au livre de Roch, de Genève. Signalons la thérapeutique endocrinienne, l'importance de la médication vasodilatatrice, en évitant les régimes restrictifs inutiles et nuisibles. Mais ce sont là choses illusoire ou tout au moins purement symptomatiques, mieux vaudrait surrénalectomie ou splanchnectomie précoces. Thyroïdectomie pourrait

dans certains cas donner des résultats.

Syndromes hypertensifs susceptibles de simuler la maladie hypertensive.

Ce sont l'hypertension d'origine syphilitique, la néphrite hypertensive, l'hypertension de la ménopause et certaines hypertensions transitoires des jeunes de quelque nature qu'elles soient.

I. *Hypertension d'origine syphilitique:* Il y a des cas bien évidents quant au rôle de la syphilis dans l'hypertension, par la présence de lésions cardio-rénales d'allure syphilitique. Ailleurs, seule l'hypertension existera.

L'A. envisage 3 cas.

a) *L'Hypertension solitaire* — sans lésions décelables, mais B. W. positif ou infection avouée, attribuée à une atteinte ancienne de l'appareil cardio-vasculaire engendrant des angiospasmés, ou plutôt à des poussées d'hypersympathicotomie ou d'hyperthyroïdie.

b) *Hypertension d'origine latente:* Ici sujet plus âgé, infection pas connue ou inavouée, alors il faut un interrogatoire plus serré pour reconnaître par exemple parmi les symptômes subjectifs les signes d'aortite ou de coronarite qui éclaire le diagnostic, et un examen objectif méticuleux pour trouver des lésions dont la solution et le caractère suggèrent la nature syphilitique.

II. *Néphrites et hypertension:* La néphrite vasculaire n'est qu'une manifestation secondaire et tardive de la maladie hypertensive, mais il y a des néphrites aiguës ou sub-aiguës qui s'accompagnent d'élévation tensionnelle, tantôt transitoire régressant avec l'infection rénale, parfois continuant d'évoluer, et on a une néphrite hypertensive.

Il peut avoir assisté au début de la maladie pour affirmer la néphrite hypertensive, dont l'étiologie est le plus souvent infectieuse, mais l'infection reste de type banal et difficile à préciser. A la suite de la dite infection apparaît l'albuminurie et la tension s'élève. Chez les jeunes sujets on peut voir se manifester des troubles oculaires importants longtemps après l'extinction de l'infection, la néphrite continue à évoluer avec l'hypertension et son cortège d'accidents.

L'A. rapporte deux observations pour mettre en valeur le rôle primitif du rein dans certains syndromes hypertensifs.

III. *Hypertension de la ménopause.* Elle est connue depuis longtemps; s'accompagne de sensation de déséquilibre circulatoire, avec congestion du visage, crampes, céphalées et concomitance d'apparition d'obésité; se rencontre aussi chez l'homme à l'époque du climatère. Evolue rarement et se fond en définitive avec l'hypertension due à l'athérome chez les sujets âgés. Elle peut aussi disparaître une fois l'équilibre endo-

crinien rétabli; de toutes façons, reste généralement tolérée et ne s'accompagne pas de retentissement sur l'appareil cardio-réno-vasculaire.

IV. *Hypertension des jeunes sujets*: Parfois troublante tant au point de vue diagnostic que thérapeutique, car elle peut être transitoire, ou le premier stade de la maladie hypertensive, avec éréthisme cardiaque, sans signes rénaux. Il faut compléter les examens et observer; on pourra alors être attiré vers un diagnostic d'hyperthyroïdie ou de neurose hypertensive, où comme toujours le fond de l'œil sera une source de renseignements précieux pour éliminer la maladie hypertensive, destinée à évoluer.

Si l'observation suivie nous fait assister à des poussées hypertensives greffées sur l'état d'hypertension constante, il faudra penser à l'épinéphrome, ce qui forcera l'indication de la surrénalectomie la plus précoce possible.

Léopold MORISSETTE.

G. R. DORE, R. DELESCOURT et CALLEGARI. — **Trois cas d'érythémie.** « Bull et Mém. de la Soc. Méd. de Paris », n° 29, 15 nov. 1937.

Rapportant ces trois cas d'érythémie de *Vaguez*, les auteurs notent la rareté et la difficulté du diagnostic de cette affection. Le tableau clinique est décevant. Ier cas:

Mr. B..., 25 ans, marinier, présente un facies cramoiisi avec varicosités du cou et des oreilles. Les extrémités sont cyanosées et les membres inférieurs sont couverts de varicosités: l'abdomen est intact.

Deux frères ont, comme lui, un facies cramoiisi et sa mère, jusqu'à la ménopause, avait un facies très coloré.

Pneumonie à 18 ans et durant cinq ans navigation sous-marine sans aucune gêne.

Cœur normal. Tension artérielle: 150-75.

Albuminurie constante sans cylindrurie.

Système nerveux et psychisme normaux.

Langue sale. Appétit conservé. Foie légèrement hypertrophie.

Rate assez volumineuse; percutable sur 10 cm.

IIIème cas:

Mr. C..., 46 ans, présente un facies rouge écarlate avec varicosités du cou et des oreilles. Les mains sont cyanosées, mais le tronc et l'abdomen sont intacts. Depuis quatre ans, il accuse des troubles digestifs, de la dyspnée, des palpitations de la tachycardie, des douleurs dans les membres, de la céphalée, des vertiges et bouffées de chaleur.

A l'examen: Clangor aortique, T.A. 210-40; foie hypertrophié, rate à peine percutable; tremblement digital, réflexes tendineux normaux, anisocorie, caractère irascible irritable, diminution de la mémoire surtout pour les chiffres.

IIIème cas:

Mme F..., 53 ans, malade depuis 6 ans; angoisse, sensation de plénitude dans la tête, bouffées de chaleur paraissant l'inciter à l'action, douleurs dans les membres, sensibilité de l'abdomen, vomissements post-prandiaux fréquents. Aucun trouble de la marche, aucun vertige mais volubilité exagérée et plainte constante. La face est plus teintée que d'habitude, mais sans exagération. Légère cyanose des oreilles et rares varicosités des joues.

A l'examen: Cœur normal, T.A. 180-90; troubles digestifs; douleurs post-prandiales; foie hypertrophié et douloureux; splénomégalie très importante; albuminurie (0.10 gramme); angoisse, douleurs dans les membres, sensation d'étouffement.

LABORATOIRE

Cas	T. de S.	T. Co.	Irr. caill.	F. sanguine	
				G. B.	G. R.
I	5'	7'	nil	6,250	7,407,000
II	6'	10'	nil	9,125	6,450,000
III	7'	10'	nil	14,000	6,975,000

Formule leucocytaire:

Cas	Neutro.	Eosino.	Mono.	Lympho.	Promyélo.
I	70%	1.0%	6.0%	10.0%	13.0%
II	73%	1.0%	4.0%	22.0%	—
III	68%	0.5%	6.5%	17.5%	7.5%

Dans les trois cas les symptômes classiques ne sont pas tous présents: l'érythrose est presque absente dans le IIIème cas; la splénomégalie est à peine marquée dans le IIème; les signes cardiaques sont inconstants dans le Ier et le IIIème; les troubles nerveux sont absents dans le Ier; la polyglobulie et l'irrtractilité du caillot sont constantes.

Donc rien de moins classique que le tableau clinique de la polyglobulie essentielle; seuls les troubles hématologiques forment un caractère fondamental essentiel.

Arthur RICHER.

Maurice MOUCHOTTE. — **Les indications du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux.** « L'Avenir Médical », sept.-oct. 1937.

Quels sont les ulcères à opérer? L'auteur les classe en deux catégories:

1. — les ulcères simples, rebelles au traitement médical;

2. — les ulcères compliqués: a) les ulcères perforés; b) les ulcères qui saignent; c) les ulcères sténosants; d) les ulcères calleux, ceux qui s'accompagnent d'adhérences et ceux qui sont suspects de dégénérescence.

A) Pour ce qui est des ulcères simples, il y a trois éventualités: 1. — si malgré le régime, les pansements gastriques, les anti-spasmodiques, l'ulcère continue d'évoluer, il vaut mieux opérer: il est en perpétuelle menace de perforation;

2°. — les ulcères où les phénomènes douloureux n'ont pas complètement cessé malgré le traitement le plus strict, nécessitent l'opération;

3°. — l'ulcère réagit bien au traitement mais le malade ne veut pas ou ne peut pas suivre son régime. Il est indiqué d'opérer. Quand doit-on alors opérer? A froid, en dehors de toute crise, en période d'apyrénie, alors que la formule leucocytaire est normale. Quelle intervention choisir? L'auteur préconise la gastrectomie qui: a) supprime la lésion ulcéreuse; b) met à l'abcès de la dégénérescence cancéreuse. L'auteur insiste sur le fait qu'on a exagéré la gravité de cette opération et publie des statistiques à cet effet.

B) Pour ce qui est des ulcères compliqués:

1°. — les ulcères perforés: intervention d'urgence d'autant plus efficace qu'elle sera plus précoce, que le chirurgien se contentera de faire l'essentiel et qu'enfin le processus ulcéreux semblera vouloir s'arrêter d'évoluer, après l'intervention.

2°. — les ulcères qui saignent: trois possibilités: a) ulcère, avec de petites hémorragies accompagnant la crise évolutive; intervention après échec du traitement médical; b) l'ulcère à forme hémorragique: remonter l'état général par de petites transfusions et pratiquer, si le malade peut la supporter, une gastrectomie, sinon faire une gastro-entérostomie; c) l'ulcère à forme anémiante due aux hémorragies répétées: transfusion massive et intervention.

C) Pour ce qui est enfin des ulcères calleux, des ulcères sténosants, il faut toujours intervenir. Les modalités d'intervention varient avec la nature des lésions, leur étendue, leur siège et la résistance du sujet; par crainte du cancer, il est préférable de toujours tendre vers la résection.

Yves CHAPUT.

Philippe MARRE. — **Pleurésies purulentes aiguës. Formes cliniques et traitement.**
« L'Avenir Médical », novembre 1937.

Les pleurésies purulentes sont, soit primitives, soit secondaires à une septicémie ou à des lésions pulmo-

naires dont l'existence contre indique l'acte opératoire. L'auteur insiste sur la valeur diagnostique de la ponction exploratrice. Après un bref rappel symptomatologique, l'auteur distingue cinq modalités cliniques:

a) *Pleurésies à streptocoques*: Le pronostic est fonction de la résistance du sujet, de la date d'intervention et de l'allure clinique. Il recommande le traitement médical adjuvant et la pleurotomie vers le dixième ou quinzième jour. Pleurotomie avec drain de petit calibre; lever précoce et exercices respiratoires commencés tôt après l'intervention. Ne pas intervenir, si le malade présente de la cyanose ou de la dyspnée persistante, non en rapport avec une défaillance cardiaque.

b) *Pleurésies à pneumocoques*: Intervention précoce. Il n'y a pas d'intérêt à temporiser. Pleurotomie large, à thorax ouvert.

c) *Pleurésies à anaérobies ou putrides*: Opération d'urgence. Pleurotomie large avec résection costale et lavage au Dakin.

d) *Pleurésies traumatiques*: Précoces, elles sont de très haute gravité en dépit de l'intervention précoce; tardives, elles guérissent bien par la pleurotomie. Il ne faut opérer qu'en cas de purulence franche, car opérer un hémithorax avec hyperthermie est néfaste.

e) *Pleurésies tuberculeuses aiguës*: Elles sont, en générale, des pleurésies surinfectées à staphylocoques. Ponction exploratrice diagnostique. Elles évoluent vers l'empyème et la fistule pleurale.

Principes généraux de l'intervention:

La pleurotomie large est la méthode de grande sécurité pleurale et la pleurotomie à minima est la méthode de grande sécurité vitale.

Soins post-opératoires:

Pansements faits tous les jours. Rechercher s'il y a rétention pleurale. Commencer les exercices respiratoires le lendemain de l'opération. Faire lever le malade précocement; quand on marche, on respire. Réduire progressivement le drainage et le supprimer, quand le pansement n'est plus souillé, quand il n'y a plus d'hyperthermie et quand le poumon est revenu à la paroi: radioscopie post-opératoire.

Complications post-opératoires:

Rétention pleurale;
Broncho-pneumonie (pronostic très sérieux);
Ostéite costale;
Oblitération du trajet pariétal;
Persistance de la suppuration.

Yves CHAPUT.

CHIRURGIE

Alain MOUCHET. — **Quelques réflexions sur la gastrectomie dans l'ulcère gastroduodénal.** « Paris Médical », 24 juillet 1937, p. 81.

Les considérations de l'auteur portent sur l'anesthésie, la technique et le fonctionnement de l'estomac opéré. Certains ont tenu l'anesthésie générale responsable des broncho-pneumonies post-opératoires par hypersécrétion des voies respiratoires supérieures et disparition du réflexe tussigène. Cependant de nombreux chirurgiens démontrèrent que l'anesthésie locale n'influence pas le nombre des complications pulmonaires.

On a voulu alors expliquer les phénomènes pulmonaires post-opératoires par une toxicose liée à la désintégration des albumines. Cette hyperpolypeptidémie agirait soit par un mécanisme voisin de l'allergie, soit par action irritative. Ajoutons comme facteurs de la réduction de la capacité vitale du poumon, la possibilité d'embolies, aseptiques pour les uns, septiques pour les autres.

On a cherché par ailleurs à démontrer l'intervention du système nerveux dans la genèse des complications pulmonaires: l'excitation du pneumogastrique détermine, en effet, des troubles bronchopulmonaires tels que accélération du rythme, broncho-constriction, broncho-sécrétion, vasodilatation pulmonaire. Le chirurgien doit donc éviter toute manœuvre brutale déclanchant des réflexes gastropulmonaires, voire même faire un blocage à la novocaïne au niveau du cardia, dès l'ouverture du péritoine avant toute manœuvre opératoire. De toute façon, quelle que soit l'anesthésie, le blocage des réflexes vagues s'impose au cours des gastrectomies, si l'on veut éviter les complications pulmonaires.

La technique constitue un deuxième problème. En effet, l'intervention sur l'ulcère du duodénum comporte parfois des difficultés considérables. La libération du duodénum est souvent très pénible surtout si l'ulcère siège près du « genu superius ». Et pourtant si l'on veut fermer correctement le bout duodénal, il faut avoir suffisamment d'étoffe et pouvoir réaliser plusieurs plans de suture ou d'enfouissement. Quel que soit le procédé de suture employé, ce qui importe, c'est la perfection des sutures.

En somme, dans la gastro-duodénectomie, le point essentiel c'est d'obtenir en aval de l'ulcère l'étoffe nécessaire pour bien fermer le moignon. L'auteur préconise le procédé dit de « Gastrectomie par hémisection ». On sectionne d'abord verticalement la partie facile-

ment accessible de l'estomac pour réséquer ensuite successivement de gauche à droite le segment pyloro-duodénal, et de droite à gauche le segment corporéal.

Dans les ulcères haut situés de la petite courbure, le procédé de Toupet semble avoir la priorité: ses trois points caractéristiques sont: 1. la gastrotomie préalable qui, fixant la limite supérieure de l'ulcère, permet une résection minima de l'estomac; 2. la section gastrique au ras de l'ulcère; 3. la suture inversante à points séparés reconstituant la petite courbure de haut en bas.

Le dernier point envisage les résultats de la gastrectomie. On a parlé beaucoup du fonctionnement moteur et sécrétoire du moignon gastrique, mais on connaît peu le retentissement de la gastrectomie sur le sang. En 1931, Ivy, Morgan et Farrel signalèrent la possibilité d'anémies après gastrectomie. On reconstitua expérimentalement chez le chien des anémies hypochromes très intenses.

Cependant les statistiques les plus récentes sont plus optimistes et ne tendent pas à faire considérer dans les décisions opératoires, les conséquences sanguines de la résection gastrique. L'anémie secondaire peut facilement être guérie alors que les résections trop récentes nuiraient bien davantage aux intérêts du malade.

J. R. BOUTIN.

John MORLEY. — **Traitement de l'ulcère peptique non sténosant.** « British Medical Journal », 14 août 1937, p. 312.

Alors que l'obstruction mécanique requiert le secours du chirurgien, on tend de plus en plus à utiliser le traitement médical en présence d'un ulcère non sténosant. La diète joue ici le principal rôle et l'emporte sur les alcalins habituels dans la neutralisation de l'hyperchlorhydrie. D'après l'auteur, le traitement à l'histidine ne serait en réalité qu'une forme de psychothérapie et serait appelé à disparaître bientôt.

Le traitement approprié de l'ulcère duodénal non sténosant est, de prime abord, d'ordre médical: repos au lit dès le début et hygiène alimentaire strictement observée. Si pour des raisons d'ordre social, ce régime de vie est impraticable ou si la cure médicale n'apporte pas le succès désiré, alors on peut avoir recours à la chirurgie. Les autres indications de l'intervention du chirurgien dans l'ulcère duodénal sont l'hémorragie grave et la perforation.

Une gastro-entérostomie simple est insuffisante, si l'on veut prévenir le retour d'une hémorragie. Il faut de plus exciser l'ulcère par une gastrectomie intéressant la première partie du duodénum.

Lorsque l'examen clinique ne relève pas une histoire d'hémorragie, quelle serait la meilleure intervention, s'il faut recourir à la chirurgie? Gastro-entérostomie postérieure ou gastrectomie? La première méthode serait suivie d'une récurrence d'ulcère gastro-jéjunal dans 10% des cas; elle serait réservée aux ulcères sténosants. Aujourd'hui, on préfère, semble-t-il, la gastrectomie, plus dangeuse il est vrai dans des mains moins expérimentées, mais susceptible d'apporter un meilleur résultat.

Quant à l'ulcère gastrique, il faut toujours craindre sa transformation en tumeur maligne et se fier à la clinique, de préférence aux Rayons X. Si l'ulcère siège dans la région pylorique, on doit intervenir, car c'est le siège d'élection des carcinomes. La gastro-entérostomie simple n'est pas une intervention suffisante dans l'ulcère gastrique, de même qu'une simple excision de l'ulcère. La récurrence dans ces cas est fréquente. La gastrectomie partielle constitue le procédé de choix.

L'auteur termine en préconisant une gastro-entérostomie suivie d'une gastrectomie dans le traitement de l'ulcère gastro-jéjunal.

J. R. BOUTIN.

J. W. BUDD et Frank J. BRESLIN. — **Tumeur mixte maligne de la paroi thoracique. (Carcino-osteogenic sarcoma.)** « The Am. Journ. Cancer. », vol. XXXI, n° 2, octobre 1937, pp. 207-211.

Femme de 59 ans. Tumeur du volume d'une cerise, d'apparence encapsulée et mobile, située dans le tissu cellulaire sous-cutané, à 35 cm au-dessous du tiers moyen de la clavicule droite. Début, il y a une vingtaine d'années. Accroissement marqué au cours des derniers mois. Ablation. Guérison. Aucun signe de récurrence 4 ans après l'intervention. L'examen histologique révéla un sarcome ostéogénique coïncidant avec un épithélioma (carcino-osteosarcoma).

Les pièces furent soumises à Ewing, à Mallory et à Masson. Le premier fut d'avis qu'il s'agissait d'un cancer mammaire typique, à forme quiescente, (?) avec métaplasie osseuse bizarre du stroma. Mallory pencha pour un adénome intracanaliculaire, avec formations calcaires, dans lequel un épithélioma et un sarcome ostéogénique avaient simultanément pris naissance. Masson identifia 1°) l'épithélioma glandulaire, 2°) le sarcome ostéogénique et 3°) des plages intermédiaires où il a des raisons de croire à la transformation directe de l'épithélioma en ostéosarcome.

Le travail est accompagné de quatre microphotographies dans le texte et ne comporte pas de bibliographie.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Elle rappelle des tumeurs complexes de la parotide déjà signalées par Masson et elle pose de nouveau le problème de la malignité histologique en regard de la malignité clinique dans certaines tumeurs mixtes.

G. PINSONNEAULT.

GYNECOLOGIE

BROUHA et HINGLAIS. — **Diagnostic de la grossesse par la réaction de Brouha-Hinglais-Simonnet.** « Gynécologie et Obstétrique », t. 24, n° 1.

B. et H. soulignent l'action particulière qu'exerce l'urine des femmes enceintes sur le tractus génital des souris mâles. Partant de ce principe, les expériences ont porté sur un nombre total de 1,223 animaux tant avec l'urine des parturiantes, qu'avec l'urine de femmes non gestantes.

Principe de la réaction.

Dès le début de la grossesse apparaît dans les urines des femmes enceintes, une hormone issue probablement de l'hypophyse (lob. ant.) et qui agit intensément sur le tractus génital des animaux mâles, (souriceaux).

Chez les souris impubères, cette substance déclenche la puberté: chez les animaux pubères elle hâte l'évolution du phénomène. Le choix des souris est un facteur absolument essentiel. Ils doivent être impubères où ne pas avoir dépassé un certain stade de maturité sexuelle.

1. Evolution de la puberté. — La sécrétion testiculaire chez le souris a pour témoin le développement progressif des vésicules séminales. En suivant la croissance de ces glandes, on peut suivre l'installation de la puberté, et juger de l'état de maturité sexuelle plus ou moins avancée.

En résumé la puberté se déclenche (souriceau) aux environs du 38ème jour de la naissance. Si on pèse les vésicules séminales de ces animaux, on constate qu'il existe une relation nette entre ce dit poids et l'âge de l'animal. A 38 jours, la vésicule séminale pèse en moyenne 4.47 milligrammes.

2. Relation entre l'âge des animaux et leur poids corporel. — B. et H. ont déterminé le poids d'un nombre de souris d'âge connu, élevés et nourris dans les mêmes conditions. L'expérience a démontré que des animaux d'un même âge peuvent peser des poids différents; par conséquent si la relation est nette entre l'âge de l'animal et le poids de ses vésicules séminales, elle est tout a fait inconstante entre le poids des animaux et celui de leurs vésicules séminales.

Degré de spécificité de la méthode.

a) Urines de femmes non enceintes normales, injectées à 310 animaux non pubères. — Aucun animal ne présentait, après sacrifice, les caractères de la puberté.

b) Urines de femmes non enceintes malades, injectées à 95 animaux. — Aucun animal ne présentait de réaction, même douteuse, au niveau du tractus génital.

c) Urines de femmes enceintes normales ou malades. — (injection à 791 animaux). Tous ont reçu, pendant 10 jours consécutifs, une injection quotidienne de 0.3 c.c. d'urine. Ils ont été sacrifiés entre le 30ème et le 40ème jour de leur existence. Tous ont donné une réponse positive.

N. B. — Dans ces expériences, les vésicules séminales ont été pesées; à 38 jours, dans cette dernière catégorie elles pesaient en moyenne 62.9 milligrammes.

Application pratique.

1. Avec des urines toxiques, pour éviter tout choc chez l'animal, ce qui est rare, on les dilue avec la moitié du volume de sérum physiologique, puis on les filtre sur bougies.

2. On peut réduire à 6 jours la durée de l'expérience avec des résultats aussi nets. Technique. — 2 animaux de 4 semaines: une ou deux injections de 0.3 c.c. tous les jours pendant quatre jours. Les animaux sont sacrifiés au sixième jour.

Résultats.

A) En l'absence de grossesse. — Réaction toujours négative.

B) Après fécondation. — Réaction toujours positive et rapidement: 8 jours après la première menstruation manquante, dans beaucoup de cas.

C) Après accouchement. — Réaction devient négative entre le 4ème et le 8ème jour.

D) Rétention de fœtus mort. — Réaction négative après un délai très variable.

E) Grossesse extra-utérine. — Réaction toujours positive.

F) Môle hydatiforme. — Réaction positive aussi longtemps que la môle est vivante.

Raymond SIMARD.

William C. DANFORTH (Northwestern University Medical School). — **La tuberculose du col utérin (Tuberculosis of the cervix).** « Annals of Surgery », vol. 106, n° 3, septembre 1937, pp. 407-412.

C'est une lésion très rare: 4 cas sur 15,000 admissions dans un service de gynécologie dépendant de l'Université de Pennsylvanie. Le nombre de cas étudiés dans la littérature dépasse la centaine. Elle se présente sous quatre formes: la forme ulcéreuse, la forme papillaire

qui ressemble à l'épithélioma, la forme miliaire, col hypertrophié, parsemé de petits tubercules et la forme interstitielle qui est constituée par une gomme unique.

Dans 75 à 80% des cas, la tuberculose du col est associée à la tuberculose du tractus génital supérieur. Les symptômes sont généralement peu marqués; les pertes de sang, en particulier, sont discrètes ou absentes.

La méthode de diagnostic la plus sûre et la plus pratique est la biopsie. Le traitement de choix est l'hystérectomie totale quand la condition de la malade le permet. L'examen des poumons est de première importance.

L'auteur rapporte un cas personnel traité et guéri. Excellente bibliographie.

G. PINSONNEAULT.

HYGIENE

A. BECLERE. — **Influenza. Revue générale. Le rôle respectif du bacille de Pfeiffer et du virus spécifique dans l'influenza humaine.** « La Presse Médicale », n° 67, p. 1203. 1937.

Description des quatre phases par lesquelles a passé le problème de la pathogénie de la grippe épidémique ou influenza: découverte du microorganisme B. hemophilus influenza ou Bacille de Pfeiffer; délimitation du rôle étiologique de ce bacille; recherches expérimentales sur les animaux de laboratoire; étude expérimentale du rôle respectif du bacille de Pfeiffer et du virus spécifique dans l'influenza humaine.

La gravité et les dangers de l'influenza épidémique proviennent non pas de l'agent causal, le virus spécifique, mais du bacille de Pfeiffer avec lequel il vit en symbiose, de l'intoxication par les toxines de ce bacille, de sa prolifération à la surface de la muqueuse des voies respiratoires, de sa propagation jusque dans les plus fines ramifications bronchiques et des pneumonies lobulaires qui en sont la conséquence, parfois même de son passage dans la circulation sanguine et de ses métastases en divers organes. Par ailleurs, d'autres microbes, saprophytes, pneumocoques, streptocoques, etc., peuvent associer leur action à celle du B. de Pfeiffer.

Sylvio ROCH.

H. GOLDE. — **Influence des arsénobenzols sur la toxine diphtérique.** « Comptes rendus Soc. Biol. », 1937, 125, p. 863.

Les doses faibles d'arsénobenzols (0.0005 à 0.01 gr. par c.c.) inactivent assez rapidement (après deux heu-

res à la température du laboratoire) au p H 9 à 9.5 les solutions concentrées (1/1 à 1/10e) de toxine diphtérique. Cette inactivation est nettement réversible (pour le sulfarsénol) ou très peu (pour le salvarsan) par l'élimination de l'arsénobenzol et de l'alcali au moyen de dialyse. Il s'agit donc de la formation d'un complexe réversible entre la substance et la toxine, car les substances réductrices (quirhydrone, pyrocatéchine) alcalinisées, ou l'alcali seul, inactivent la toxine moins intensément (dans les solutions au dessus de 1/10e), plus lentement et la réaction n'est pas réversible.

Le salvarsan, dont les deux groupes amino sont libres, exerce sur la toxine une action plus marquée (se manifestant même dans le milieu acide ou neutre) et plus difficilement réversible que le sulfarsénol et le néosalvarsan, dont au moins un groupe amino est bloqué. Ce groupe joue donc un rôle important dans l'action des arsénobenzols sur la toxine.

Ces résultats expliquent peut-être l'observation clinique sur l'action thérapeutique des arsénobenzols dans la diphtérie toxique et parlent en faveur de l'application locale du salvarsan en solution alcaline.

Sylvio ROCH.

P. LEPINE et V. SAUTTER. — **Essais expérimentaux sur la valeur pratique des vaccins antirabiques phéniqués.** « Annales de l'Institut Pasteur », 1937, 59, p. 39.

De leurs expériences pratiquées sur des lapins qui ont reçu la dose uniforme de 30 c.c. de vaccin en quinze jours et qui ont été éprouvés suivant des modes particulièrement sévères, les auteurs ont pu tirer les conclusions suivantes:

1° Les lapins vaccinés par la méthode des moelles desséchées avec le vaccin suivant la progression utilisée à l'Institut Pasteur de Paris (où ce vaccin montre depuis douze ans une efficacité de 100 p. 100 dans la protection de l'homme), ont été protégés dans la proportion de 35 p. 100 contre l'infection rabique.

2° Les lapins vaccinés avec les vaccins phéniqués (renfermant selon les cas de 2 à 4 fois plus de matières protéïdiques) ont été protégés contre l'infection rabique dans la proportion globale de 61.7%.

3° Parmi les lapins vaccinés au moyen des vaccins phéniqués, ceux qui ont reçu un vaccin préparé au taux de 5% de matière cérébrale phéniquée à 1% atténuée à 20, ont été protégés dans la proportion 77.7%.

4° Les vaccins phéniqués renfermant un pourcentage de matière cérébrale inférieur à 5% ont montré une efficacité notablement réduite, mais restant le plus souvent supérieure à celle des vaccins aux moelles desséchées.

5° Les vaccins phéniqués à 5% atténués pendant vingt-quatre heures à la température de 20-22°, ont la même innocuité et paraissent en outre plus efficaces que les vaccins au même taux atténués à la température de 37° lorsque ces vaccins sont frais: ils sont notablement plus actifs lorsque ces vaccins ont été conservés un certain temps.

Le vaccin antirabique le plus efficace parmi ceux essayés dans les conditions précitées, est par conséquent un vaccin préparé selon la formule de Fermi, en émulsionnant aux taux de 5% les cerveaux de lapins rabiques (virus fixe, souche Pasteur) dans l'eau physiologique phéniquée à 1%; utilisable après vingt-quatre heures d'atténuation à la température de 20-21°, et pouvant être conservé à la glacière pendant deux mois sans diminution notable de son efficacité.

Sylvio ROCH.

M. MAGARA et K. ADUKATA. — **L'immunisation antitétanique et antidiphtérique du nouveau-né et de l'enfant par la vaccination des femmes enceintes au moyen de l'anatoxine.** « Comptes rendus Soc. Biologie », 1937, 125, p. 782.

Les auteurs démontrent que l'inoculation de l'anatoxine tétanique pratiquée à intervalle d'une semaine à des femmes enceintes ne détermine l'apparition d'antitoxine dans le sérum des nouveaux nés en quantité suffisante que dans 20 p. 100 des cas. Par ailleurs, cette vaccination, faite à intervalle d'un mois, a été effective dans la totalité des cas.

L'inoculation de l'anatoxine diphtérique, faite également à intervalle d'un mois, a produit des résultats analogues. D'autres expériences accomplies dans le but d'expliquer l'immunité contre la diphtérie chez les enfants avant l'âge de six mois, ont permis aux auteurs de constater que l'antitoxine passe de la mère à l'enfant par la voie transplacentaire; que le taux de cette antitoxine chez l'enfant diminue très vite et, le plus souvent, a disparu vers l'âge de six mois et, enfin, qu'il est impossible d'immuniser les très jeunes enfants contre la diphtérie par l'injection d'anatoxine.

Sylvio ROCH.

PHTISIOLOGIE

L. JULLIEN, M. SIEUR et DUBREY. — **Le contrôle clinique et bactériologique de la radioscopie systématique.** « Revue de la Tuberculose », octobre 1937, p. 917.

Les auteurs mettent en juste place la valeur de la radioscopie en tirant les conclusions sur l'étude de

400 sujets militaires vus à l'armée en trois ans. La radioscopie systématique (R. S.) est un moyen très efficace de dépistage de la tuberculose, mais elle a des défaillances. On ne peut en toute sécurité nier la tuberculose sans l'absolue négativité des trois sources d'un diagnostic précis: clinique, bacilloscopie, radiologie. Chacun de ces trois éléments n'a de valeur, séparément, que s'il est positif.

La radioscopie systématique ne protège pas à elle seule contre la tuberculose. L'ensemble du syndrome de la tuberculose au début et les études bactériologiques sont souvent plus révélateurs que la scopie. Celle-ci, répétée souvent, peut toutefois faire voir des ombres avant l'apparition de signes cliniques et avant la bacilloscopie.

Jean-Philippe PAQUETTE.

Etienne BERNARD et Paul LAFOSSE. — **Sur l'insuffisance de la prophylaxie de la tuberculose dans les collectivités d'enfants.** « Revue de la Tuberculose », juillet 1937, p. 812.

A la Société d'Etudes sur la Tuberculose, séance du 12 juin 1937, les auteurs rapportent les observations de quatre sujets tuberculeux contagieux. Une enquête a suivi le dépistage de ces cas et a démontré les conséquences désastreuses de la promiscuité des enfants avec les tuberculeux.

La première observation est celle d'une jeune fille, aide et surveillante dans un orphelinat. Elle eut jusqu'à 60 enfants sous ses soins. (Enfants de 5 à 12 ans). L'enquête révèle que 34% des enfants ont une cuti-réaction positive, et que 3 ont été envoyés sous observation médicale.

Une deuxième jeune fille venait d'obtenir un emploi semblable dans un « préventorium! » Le dépistage l'a empêchée d'entrer en fonction.

Une troisième, institutrice, refuse de se mettre au repos. Elle est momentanément perdue de vue.

La quatrième observation, malheureusement la plus démonstrative, est celle d'un instituteur. Il enseigne en 1932. L'armée le réforme à cause de ses poumons, en 1933. Il se marie en 1934 avec un mauvais état général. En 1936, accentuation des symptômes. En mars 1937, il est mis sous traitement; pronostic mauvais.

L'enquête démontre que ce porteur de bacilles (15 par champ en mars 1937) a été un semeur de tuberculose. L'enfant de sa sœur (chez laquelle il passe l'été 1936) meurt en février 1937 de méningite tuberculeuse. A l'école, trois de ses élèves sont mis au repos et un autre meurt de méningite tuberculeuse au début de 1937. De plus, les cuti-réactions des élèves de cette

classe sont positives dans la proportion de 90%, alors que la moyenne des autres classes est normale, soit 30%.

Pour terminer, les A. émettent le vœu d'être appuyés par la Société sur la recommandation; 1°. de l'examen périodique complet avec cliché radiologique de toutes les personnes vivant au sein des collectivités d'enfants; 2°. la pratique systématique et renouvelée de la cuti-réaction chez tous les enfants vivant en collectivité. La comparaison des moyennes de positivité aiderait à dépister le foyer contaminateur, enfant ou adulte.

Jean-Philippe PAQUETTE.

NEURO-PSYCHIATRIE

Gaetano BOSCHI. — **Les traitements dia-céphalo-rachidiens.** « Presse Médicale », n° 83, 16 octobre 1937.

Admettant que la production artificielle de méningites aseptiques favorise les échanges vaso-rachidiens et facilite l'effraction de la barrière pio-arachnoidienne, B. a traité de nombreux malades par sa méthode *dia-céphalo-rachidienne*. Il a décrit quatre modalités d'application de cette méthode: 1. la simple ponction lombaire appliquée dans le but d'intensifier le drainage; 2. la provocation d'une méningite aseptique par la réinjection intra-rachidienne du 1. c.r.; 3. la provocation d'une méningite aseptique par l'injection lombaire de phénol-sulphonephthaléine; et 4. la provocation de méningite aseptique par l'eau bidistillée suivie d'auto-hémothérapie. Les diverses techniques de l'auteur, les diverses dilutions du sang pour l'auto-hémothérapie sont détaillées dans cet article auquel nous renvoyons le lecteur qui voudrait confirmer ou infirmer les postulats de B.

En suivant rigoureusement la technique qu'il préconise, B. croit la méthode relativement anodine. Il a traité de la sorte des scléroses en plaques, des scléroses latérales amyotrophiques, des chorées, des paralysies faciles, des névralgies du trijumeau, des arthrites chroniques et même des psychoses.

Les contre-indications qu'il souligne sont tous les états qui peuvent diminuer assez gravement la résistance du sujet, notamment les cardio-néphropathies.

Nous sommes assez sceptiques devant cette thérapeutique assez *omnibus*. Nous la signalons aux lecteurs de l'*Union* parce qu'elle s'adresse à des états chroniques pour lesquels notre arsenal thérapeutique est fort réduit. Nous croyons que sa pratique exige le milieu hospitalier.

Jean SAUCIER.

SOCIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Séance du 30 novembre 1937

Tenue à l'hôpital Notre-Dame

Président: M. Albéric MARIN.

1. Résection de cancer gastrique: fistule duodénale post-opératoire

M. L. BLAGDON.

C'est l'histoire d'une femme âgée de 38 ans, chez qui l'examen clinique et radiologique révélait l'existence d'une tumeur dans la région pyloro-duodénale. L'opération consista en une gastrectomie large de l'estomac, comprenant toute la petite courbure, le pylore et la 1ère portion du duodénum: Bilioth 1; nettoyage ganglionnaire et drainage par tube.

Remarques: 1°. Ce cas démontre l'avantage de la résection. Celle-ci prend de plus en plus le pas sur la gastro-entérostomie même dans les ulcères simples; et les récurrences s'avèrent moins nombreuses. Il est d'ailleurs difficile pour le chirurgien de faire le diagnostic, au moment même de l'intervention, entre un cancer ulcéré et une ulcère cancérisé. 2°. L'envahissement ganglionnaire n'est pas une contre-indication à l'exérèse large, même s'il y a métastase, car souvent l'adénopathie est simplement inflammatoire. 3°. La fistule duodénale est souvent due à une faute de technique.

Discussion. M. B.-G. Bourgeois est aussi d'avis que la fistule duodénale est due à une technique défectueuse. M. J.-E. Dubé demande comment se fait la distinction entre un cancer ulcéré et un ulcère cancérisé. M. Simard répond à cette question: « Dans le cancer ulcéré, dit-il, on trouve des cellules épithéliomateuses sur tout le pourtour de la tumeur et aussi dans le fond, tandis que dans le cas d'un ulcère cancérisé, il ne s'en rencontre pas dans le fond, seulement en certains points.

Ectasie duodénale

MM. L. BLAGDON et L.-H. GARIÉPY.

M. Gariépy rapporte l'histoire d'un malade présentant des symptômes évidents à la fois de diabète et d'ulcère de l'estomac. Glycémie: 1.62 à jeun. Après un traitement assez prolongé de ces deux affections, on

décide d'intervenir lorsqu'une radiographie révèle une dilatation du duodénum, vraisemblablement liée à un obstacle mécanique. L'opération montre une ectasie énorme du duodénum, avec cholécystite et péricholécystite, et un pancréas dur et hypertrophié au point de faire songer à la possibilité d'un cancer de cet organe. Fait intéressant à noter: l'intervention est suivie d'une guérison du diabète, évidente à l'absence du sucre dans le sang et dans les urines, et à la tolérance parfaite pour les hydrates de carbone.

Discussion. M. Blagdon reconnaît une origine mécanique à l'ectasie du duodénum, cependant il ne croit pas à l'existence d'un cancer du pancréas. M. Simard voit une relation de cause à effet entre le diabète et la duodénite. M. B.-G. Bourgeois se demande si le diabète n'a pas une cause mécanique, tenant soit à l'obstruction du passage des sécrétions pancréatiques dans le duodénum, soit au reflux dans le pancréas des liquides duodénaux. M. J. LeSage dit avoir déjà vu ce malade et constaté à la radiographie une image typique d'ulcère duodénal: il croit que l'obstacle mécanique est une bride. M. Jutras souligne l'extrême fréquence de l'ectasie duodénale, qui est le plus souvent d'origine mécanique; il ajoute qu'il se passe peut-être, dans cette région de la 4ème portion du duodénum, quelque phénomène s'apparentant au spasme du pylore, d'où l'intérêt, dans ces cas, de la médication anti-spasmodique. M. Smith rappelle la coïncidence fréquente de l'ulcère duodénal avec la stase.

Typhoïde et appendicite

Diagnostic à l'aide du laboratoire

M. A. BERTRAND.

Le diagnostic différentiel de la typhoïde et de l'appendicite aiguë comporte certaines difficultés que la clinique et le laboratoire ne peuvent pas toujours surmonter, dans le cas surtout où les symptômes manquent de caractéristiques et où les formules sanguines donnent des réponses anormales, inattendues. Tel était le cas pour une malade observée par M. Bertrand. Il s'agit d'une infirmière présentant des troubles intestinaux pouvant en imposer indifféremment pour une typhoïde ou une appendicite aiguë. Cependant, la formule sanguine, par sa leucocytose à 8,000 et sa polynucléose à 66%, faisait rejeter le diagnostic d'appendice

aiguë. D'autre part, le sero-diagnostic, trouvé faiblement positif, pouvait être influencé par une vaccination antérieure subie par la patiente. Or, comme la maladie paraissait s'aggraver et la douleur se localiser au côté droit, l'hypothèse d'une appendicite neurogène fut soulevée. La malade est opérée, et l'on trouve un appendice libre dans l'abdomen avec un peu de réaction locale. L'examen histologique de la pièce révèle que « l'extrémité de l'appendice est oblitérée et renferme de nombreux nerfs. Dans la région perméable existe une hyperplasie des nerfs de la muqueuse avec nombreuses cellules argentaffines ». Ceci confirmait le diagnostic. M. Bertrand signale la fréquence des lésions nerveuses de l'appendice, auxquelles il faut penser chaque fois que la formule sanguine ne concorde pas avec les signes cliniques de l'appendicite. Somme toute, la formule sanguine dans les appendicites n'est jamais indifférente: élevée, elle confirme le diagnostic d'appendicite aiguë, normale, elle est une forte présomption en faveur de l'appendice neurogène.

Discussion. M. B.-G. Bourgeois s'informe si la malade avait de la fièvre. Sur ce, M. Simard répond qu'il y a ordinairement de l'hyperthermie dans l'appendicite neurogène et le syndrome peut en imposer pour une appendicite aiguë, d'où l'intérêt de la formule sanguine et l'indication d'interpréter une leucocytose normale comme un signe de neuro-appendicopathie. M. Mousseau est d'avis que les examens de sang tranchent habituellement bien la question du diagnostic différentiel de la typhoïde et de l'appendicite aiguë.

A propos des hernies diaphragmatiques

MM. A. LAQUERRIERE et D. LEONARD.

(Cette communication est publiée *in extenso* dans l'« Union Médicale », numéro de janvier).

Neuro-appendicopathies

M. L.-C. SIMARD.

Il y a cinq ans, M. Simard a publié une statistique anatomo-clinique des appendices enlevés à l'hôpital Notre-Dame, de 1927 à 1931. Il insistait alors sur la fréquence des lésions nerveuses — neuro-appendicopathies — (51.77%) trouvées dans les appendices enlevés pour appendicite chronique, et dans les appendices enlevés au cours de laparotomie (30.94%). Depuis un an, M. Simard a fait l'examen systématique de l'extrémité distale de l'organe, où les lésions aiguës et nerveuses sont les plus fréquentes.

Il présente une statistique analogue à la précédente des appendices enlevés dans les cas cliniques d'appendicite chronique (55.5%) et dans les appendices enlevés

au cours de laparotomies, (36%), est encore plus grande.

M. Simard accompagne sa présentation d'une projection de microphotographies en couleurs.

Discussion. M. B.-G. Bourgeois ne met pas en doute l'existence de l'appendicite neurogène, cependant il faut convenir que l'appendicectomie ne guérit pas toujours les troubles de cette affection; cela tient peut-être à ce fait que les névromes trouvés dans l'appendice se rencontrent également dans les autres parties du gros et du petit intestin. M. Simard dit être aussi de cet avis. M. J.-U. Gariépy se demande si les névromes dépendent des nerfs de la vie de relation ou des plexus sympathiques, et peut-être le vaso-spasme est-il à l'origine de nombreux troubles lésionnels ou fonctionnels des tissus. M. Simard concède qu'il y a aussi des lésions nerveuses du sympathique et qu'il faut en tenir compte. M. Lefrançois admet que l'appendicite neurogène peut expliquer les symptômes chroniques de la fosse iliaque droite mais pas nécessairement les symptômes aigus, et les uns et les autres ne commandent pas la même urgence; il serait peut-être prématuré de répandre ces notions dans le public avant qu'elles soient parfaitement mises au point. M. Simard répond emphatiquement que tout ce qu'il veut c'est éveiller l'attention des médecins et des chirurgiens et faire en sorte qu'ils poussent leur examen clinique plus à fond. M. J. LeSage croit que c'est sur les signes cliniques qu'il faut avant tout se baser, et qu'il y a intérêt à instituer un traitement médical prolongé avant de songer à intervenir radicalement. M. J.-A. Mousseau se demande s'il y aurait intérêt à enlever systématiquement l'appendice au cours des interventions pratiquées dans l'abdomen, et de rechercher si la lésion nerveuse existe.

Un film radio-cinématographique des appareils digestifs et urinaires, présenté par M. J.-E. Gendreau.

Albéric MARIN, *Président*,

G.-A. SEGUIN, *Secrétaire*.

Séance du 14 décembre 1937

Tenue à l'hôpital de la Miséricorde

Président: M. Albéric MARIN

Travaux scientifiques:

Toxémie gravidique

M. H. SANCHE.

Il est question ici des toxémies gravidiques apparaissant dans les deux derniers mois de la grossesse, car elles sont habituellement graves et commandent un

traitement particulier: l'interruption de la grossesse. Et M. Sanche rapporte deux cas qui illustrent bien la question.

Mme D. 31 ans, primipare, présentait au huitième mois les symptômes de toxémie suivants: céphalée, vomissements répétés, rétinite albuminurique, amaurose, œdèmes généralisés, hypertension à 260-140, albuminurie à 5 grammes. Devant la gravité de son état, on décide de pratiquer une césarienne. L'intervention est suivie presque aussitôt d'une disparition complète de tous ces signes, la pression descend à 142-95; seule l'albuminurie persiste, indiquant que le rein reste touché.

Mme B. 38 ans, multipare (7ème grossesse), hypertendue à 220-110, albuminurique (9 grammes), avec tous les signes d'une grave toxémie. L'accouchement, provoqué au huitième mois au moyen de bougies de Krause, se fait heureusement. Peu après, la pression tombe à 140-90, l'albuminurie à 0.75. Depuis, la patiente a même subi une autre grossesse, laquelle a évolué le plus normalement du monde.

Remarques: Dans l'un et l'autre cas, l'accouchement provoqué s'imposait comme la seule mesure obviant au danger immédiat tant pour la mère que pour l'enfant, car la toxémie sérieuse et prolongée provoque plus d'accidents graves que l'éclampsie même. Le pronostic immédiat dépend de l'intensité et surtout de la durée de la toxémie, ainsi que de l'état antérieur de la malade. Le pronostic éloigné doit toujours être réservé; il y a habituellement aggravation dans le cas de lésions rénales préexistantes, et dans le cas contraire persistent une albuminurie et une hypertension qui compromettent les grossesses futures. En somme, l'interruption de la grossesse semble constituer le traitement de choix si l'on en juge par la rétrocession rapide et la disparition quasi complète de tous les signes, plus alarmants les uns que les autres, de la toxémie gravidique.

Discussion. M. Gérin-Lajoie demande si le chirurgien a fait une dilatation du col avant la césarienne. M. Sanche répond dans l'affirmative, et ajoute qu'il n'y a pas eu rétention, mais lent écoulement des lochies.

Infection puerpérale

M. S. LANGEVIN.

M. Langevin débute en disant que dans 20% des cas le médecin est responsable de l'infection puerpérale, et que la proportion des décès chez les infectées

est de 36%, dont un tiers d'hémorragie et le reste de toxémie. Puis il traite des causes de l'infection.

1. Infections endogènes. Les patientes portent en elles-mêmes leurs propres germes (foyers d'infections: dents, amygdales, voies aériennes et digestives; foyers locaux: glandes de Bartholin et du col, salpingites, etc.). 2. Infections hétérogènes. Avortement incomplet, rétentions, placenta prævia (où la responsabilité médicale ne peut être invoquée), versions, applications de forceps, en somme des interventions que le médecin est forcé de faire; déchirures. Le manque d'asepsie ou le simple défaut de propreté de la part de l'infirmière, du mari ou de la patiente même. L'organisme en état de réceptivité: rupture prématurée des membranes et ensemencement du liquide amniotique, hémorragies, etc. Les portes d'entrée sont ou bien physiologiques (lochies, débris placentaires, ou bien traumatiques, et ce sont les déchirures, et tout particulièrement celles du col utérin que le médecin songe rarement à réparer alors que l'accès de ce col est rendu facile après l'accouchement.

Peut-on prévenir l'infection puerpérale? Oui, d'abord en évitant d'infecter les portes d'entrée tant physiologiques que traumatiques; puis en se gardant de précipiter l'accouchement même si l'on se croit justifié de le faire, la pituitrine ayant le grand inconvénient de provoquer une intertie utérine qui ne peut que favoriser les rétentions; enfin en reconstituant la masse sanguine et en relevant la pression artérielle, au moyen de sérum artificiel et surtout de la transfusion sanguine qu'il y a intérêt de pratiquer le plus tôt possible, sans attendre, comme on le fait trop souvent, que la patiente soit à la dernière extrémité.

Discussion. M. Gérin-Lajoie croit aussi à l'efficacité des petites transfusions sanguines de 100-150 c.c. pratiquées dès le début; la méthode est simple, les donneurs nombreux. Il se demande si la réparation du col, au sein de tissus œdématisés, ne prédispose pas à une rupture future de l'utérus. M. Langevin dit qu'il n'en a pas observé de cas, car la déchirure, si elle est suturée aussitôt, guérit par première intention et la cicatrice reste souple. M. Lamarche est d'avis que l'infection puerpérale se rencontre davantage dans la classe pauvre que dans la classe riche, et que la faute peut être imputée au rôle néfaste que jouent des soi-disant infirmières (qui croient que Lister est le nom du fabriquant de la Listerine). M. Langevin avère qu'une classification pratique des infirmières s'impose; il parle du rôle des privations et du danger des hémorragies, à l'origine de l'infection puerpérale dans la classe pauvre.

Présentation d'un film en couleurs

par M. J. CHAMPEAU.

C'est au sujet d'un accouchement par forceps dans la présentation occipito-iliaque-droite-postérieure, au cours duquel M. Champeau a pratiqué une épisiotomie. Il raconte les péripéties de cet accouchement; il note certaines complications telles que la procidence du cordon, l'asphyxie bleue de l'enfant, son état de mort apparente qui nécessita une injection intra-cardiaque d'adrénaline.

Discussion. M. J. Fortier se demande si la procidence du cordon n'est pas due à l'application du forceps. M. Champeau opine qu'elle dépend plutôt d'un défaut de l'accommodation de la tête dans le bassin, ainsi qu'il arrive souvent dans les OI DP. M. Guilbeault veut savoir pourquoi l'injection d'adrénaline a été pratiquée, étant donné que l'asphyxie bleue dépend de la compression de la tête fœtale. M. Champeau répond que ce fut l'extrême faiblesse des battements cardiaques, et non l'asphyxie, qui commanda ce traitement. M. Clermont remarque que l'asphyxie peut être due à l'anesthésie générale, et que l'administration de certains analgésiques tels que le nembutal en est parfois responsable. M. Champeau dit se servir de l'Ortal Sodium à la dose de 6 capsules de 1½ grain et n'avoir jamais eu d'ennuis.

**La mortalité infantile dans les Crèches
ses causes; moyen d'y remédier**

M. Paul LETONDAL.

A la suite de la communication de M. Letondal, dans laquelle il est question de l'infection comme cause première de la mortalité élevée dans les Crèches et de la nécessité d'un isolement plus parfait des nourrissons, M. Guilbeault dit être tout à fait de l'avis de son confrère. Il ajoute que l'insuffisance du personnel infirmier représente le plus grand inconvénient, qu'une infirmière ne devrait pas avoir sous sa garde plus de 4 ou 5 enfants normaux, et que c'est grâce à ces avantages matériels que l'on n'a pas enregistré un seul cas de coriza, depuis deux ans, à la clinique du B.C.G. M. Groulx se dit chargé d'une mission de la part du Chef du Service de la Santé. Il félicite M. Letondal, ainsi que les autorités religieuses et les médecins de l'hôpital pour le zèle qu'ils apportent à l'amélioration des conditions tendant à assurer de plus en plus la survivance et le maintien de la santé chez les nourrissons. M. Descoteaux souligne les avantages du port du masque, notamment pour les infirmières en charge des

nouveaux-nés et des enfants enrhumés. Ce masque devrait être porté continuellement.

Puis, à la suggestion du rapporteur, la Société Médicale émet le vœu suivant, proposé par M. Letondal et secondé par M. Guilbeault:

« Attendu que la mortalité infantile dans les Crèches, malgré les progrès accomplis, est encore trop élevée;

« Attendu que les causes de cette mortalité ne sont pas les troubles digestifs mais les infections;

« Attendu que ces infections sont contagieuses et épidémiques;

« Attendu que l'isolement précoce individuel des nourrissons infectés est la seule méthode prophylactique qui ait fait ses preuves;

« Attendu que la réalisation de cette méthode nécessite des transformations importantes dans la construction de nos Crèches;

« Il est proposé par le Dr Paul Letondal et secondé par le Dr Albert Guilbeault que la Société Médicale de Montréal, réunie en assemblée régulière le 14 décembre 1937 à l'Hôpital de la Miséricorde, adopte sous forme de vœu la résolution suivante:

« Que les pouvoirs publics favorisent dans le plus bref délai possible, au moyen d'octrois, cette évolution dans l'organisation matérielle de nos Crèches;

« Que copie de cette résolution soit envoyée aux autorités religieuses de nos Crèches, à l'hon. ministre de la Santé et au maire de Montréal. »

La résolution est adoptée à l'unanimité.

Allocution du président

M. Albéric Marin, président sortant de charge, remercie les membres de la Société de la confiance qu'ils lui ont accordée et de l'intérêt qu'ils n'ont cessé de manifester au cours de l'année tant par leur présence que par l'excellence de leurs communications. Il félicite le Dr Gérin-Lajoie de son élévation à la présidence, reconnaît que nul mieux que lui ne saurait diriger les destinées de la Société. Il a un mot aimable pour le secrétaire-trésorier général, dont le zèle et l'initiative, dit-il, ne peuvent être mis en doute.

Puis il procède à l'élection des Officiers pour 1938.

Dr Léon Gérin-Lajoie, *Président*
Dr Georges Migneault, *Vice-Prés.*
Dr G.-A. Séguin, *Sec.-Trés. Général*
Elus à l'unanimité.

SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE

Séance du 12 novembre 1937

Tenue au Royal Edward Institute

Présidence de A. LAMARCHE

Le premier rapporteur est le Dr E. S. HARDING qui traite « Shock in pneumothorax — Illustrative cases. »

Le Dr Harding dit combien lui et ses confrères du Royal-Edward sont heureux que les membres de la Société de Phtisiologie aient tenu leur assemblée à leur Institut.

Quels sont les accidents pouvant survenir au cours du PNX?

Fischberg (Montépin) dit qu'il n'a jamais eu de décès au cours de l'institution d'un PNX ou d'une réinsufflation, mais qu'il en a déjà observé un cas en Europe.

Un rapport de Chicago veut que sur 16,000 insufflations, 16 cas de « shock » ont été observés, mais pas de morts immédiates. Deux décès sont survenus après 36 et 90 heures. Un résumé de trois ans, soit 54,000 insufflations, montre seulement 28 cas de « shock ». Il s'agit donc d'un phénomène rare.

A l'Institut Royal-Edward, le Dr HARDING dit avoir été plus malchanceux, ayant eu 6 cas de « shock ». En réalité, sur ces cas de « shock », deux peuvent bien ne pas être considérés comme tels, vu que les malades étaient déjà moribonds lorsque le PNX fut amorcé.

Des 4 autres cas, deux moururent sur la table, et deux n'eurent qu'un « shock » passager. Ceux-ci eurent tous les symptômes d'une embolie gazeuse, et au bout d'un temps court, tout rentra dans l'ordre.

Des 2 cas qui moururent sur la table, au contraire, la mort fut instantanée.

Le Dr Laurier demande si les malades étaient en position couchée. Oui.

La discussion du « shock opératoire » revient au Dr J. C. Meakins.

Pour lui, le terme « surgical shock » au cours du PNX ne veut rien dire. En réalité, il s'agit d'un « shock » identique à celui qui peut survenir au cours d'une ponction veineuse ou d'une paracenthèse quelconque. Il s'agirait tout simplement d'une perturbation nerveuse vagotonique qui peut être déclenchée par un facteur émotif, tel la peur et qui produit la mort instantanément. Ce qui semblerait confirmer cette théorie, c'est que l'autopsie des malades n'a jamais rien montré. Par contre, lorsqu'au cours d'une insufflation les mala-

des présentent des signes cérébraux sans succomber, on doit attribuer ceux-ci à une embolie gazeuse, les symptômes sont alors de courte durée, et le malade revient à la santé après quelques malaises passagers. Le Dr Mason a eut trois cas intéressants. Dans le premier cas, le malade fit de l'œdème pulmonaire aigu. Celui-ci ne pouvait sûrement pas être attribué au « shock pleural » car il ne survint que trois quarts d'heures après l'insufflation du malade, la mort du malade fut rapide.

Le deuxième cas a présenté des troubles jacksonniens avec contraction des muscles respiratoires. Le 3e cas, au cours d'une thoracocentèse, le malade fut paralysé durant 15 minutes.

En discussion, le Dr McDermott demande s'il y a un traitement préventif et curatif de ces supposés « shock pleural ».

Pour le prévenir, il suggère de ne jamais insuffler un malade lorsqu'il est nerveux, ou lorsqu'il vient de manger.

Le Dr Meakins dit qu'au point de vue traitement, lorsqu'il s'agit d'une embolie gazeuse, il n'y a rien à faire excepté surveiller le malade.

Le Dr Cudihy est de l'avis du Dr Mason que l'on devrait abandonner le terme « shock pleural » comme étant inexact.

Le deuxième rapporteur est le Dr P. N. McDermott qui traite du sujet: « The advisability of PNX in children. »

On considère la tuberculose comme étant une maladie qui s'attaque au tissu pulmonaire parenchymateux. Il y a deux types d'infection: primaire chez l'enfant, et secondaire chez l'adulte. La forme primaire est habituellement bénigne. Les enfants présentent peu ou pas de symptômes, le traitement est à peu près nul. Mais sur tous les enfants qui ont une réaction positive à la tuberculine, 3,5% évoluent vers des formes adultes de tuberculose avant qu'ils aient atteint l'âge de 15 ans. Ce sont ceux-ci qui nous intéressent. La mortalité chez eux est très élevée, de 60 à 90%. Mais ces enfants présentant des lésions secondaires de tuberculose n'accusent pas la même symptomatologie que chez l'adulte. Le Dr McDermott présente ensuite une série de films radiographiques de quelques malades avec leur histoire.

Comme conclusion, il dit que lorsqu'on traite ces malades par le PNX, on doit toujours se souvenir que l'on a affaire à un enfant. Si règle générale, ceux-ci sont moins appréhensifs que les adultes, il est par contre plus facile de les rendre craintifs. L'air injecté doit l'être plus lentement et en plus petite quantité. Mais avant d'instituer le PNX, il faut d'abord être sûr qu'il s'agit d'une forme adulte de tubercu-

lose. Il faut savoir quand celle-ci commence, et une fois constatée, amorcer le PNX immédiatement. Les résultats, si on compare les cas traités par PNX avec les non traités, sont très encourageants. Alors que chez ces derniers, la moralité était de 60 à 90%, chez les traités par PNX on voit le taux de la mortalité à 40 et 30% selon certaines statistiques.

Le Dr Jarry prend la parole pour confirmer ce qu'a dit le Dr McDermott. Il est d'avis que l'on devrait faire la réaction à la tuberculine chez tous les enfants dans les écoles afin de faciliter le dépistage, car il ne faut pas oublier que les signes physiques trouvés à l'examen sont loin d'être en rapport avec l'étendue des lésions mises en évidence par la radiographie.

Le Dr Vidal dit qu'aux Etats-Unis le dépistage de la tuberculose chez l'enfant est mieux faite qu'ici. Tous les enfants sont radiographiés. On devrait suivre leur exemple, ou, pour le moins faire une radiographie des suspects. Cela nous permettrait de trouver des cas qui pourraient être traités heureusement.

Le travail suivant est celui du Dr H. E. McDermott et intitulé: « Minimal lesions and efficient treatment. »

Il pose le problème suivant: « Quel traitement instituer lorsqu'on se trouve en présence de lésions minimes, et quand faire le PNX lorsqu'il y a lieu dans ces cas? »

Il est très rare que l'on voit les malades lorsqu'ils ne présentent encore que des lésions minimes. Le Dr McDermott présente ensuite une série de cas avec radiographies, ces malades ayant été vus au début de leur maladie, mais chez qui le PNX ne fut institué qu'après expansion des lésions. Ces malades auraient dû recevoir leur PNX dès les lésions constatées, ou était-il justifiable d'attendre?

Le Dr Robertson dit que le PNX est fait dans le but de reposer le poumon. La cure peut lui donner un certain repos mais insuffisant. Au point de vue économique, la cure simple coûte cher. L'état social de l'individu la rend difficile aussi. Il semble bien que pour assurer le repos pulmonaire maxima au malade, le traitement de choix est de faire le PNX immédiatement la lésion constatée, et en faire ainsi des malades ambulants. Il se peut que de temps à autre un poumon sain soit collofé, mais ce risque est trop minime pour y attacher de l'importance.

Le Dr Cudihy se dit plus conservateur que le Dr Robertson. Une fois une lésion minime trouvée, ces malades devraient être observés étroitement, et radiographiés tous les mois. S'il n'y a pas de symptômes, attendre pour faire le PNX que ceux-ci apparaissent, ou que la radiographie montre une extension des lésions.

On procède ensuite à la mise en nomination de l'Exécutif de la Société de Phtisiologie pour l'année 1937-1938.

Président: Dr A. Lamarche; Vice-Président, Dr Mason; Secrétaire-Général: Dr A. M. Cholette; Secrétaire des Sciences: Dr O. Manseau; Adjoint: Dr F. Hébert; Trésorier: Dr Millette.

Le Dr A. Lamarche demande ensuite au Dr Dubé de dire quelques mots à nous tous qui avons été ses élèves.

Le Dr Dubé rappelle les débuts de la campagne contre la tuberculose, de la formation de la première ligue anti-tuberculeuse à Montréal, et les débuts de la Société de Phtisiologie. Il félicite le Dr A. M. Cholette de son dévouement pour la Société, et dit combien il espère que la collaboration entre les médecins de langue anglaise et ceux de langue française devienne encore plus étroite.

La séance est terminée à onze heures.

Omer MANSEAU, M. D.
Secrétaire des Séances.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE MONTRÉAL

Séance du 25 mai 1937

Présidence: Prof. J.-E. DUBE.

La flore microbienne du tube digestif
Dr Gaston GOSSELIN.

(Cette communication paraîtra ultérieurement dans *l'Union Médicale.*)

Discussion:

Le Professeur LeSAGE demande au conférencier s'il a de l'expérience avec le bactériophage, à quoi M. Gosselin répond qu'il n'en a pas mais qu'il serait d'un précieux secours, d'autant plus qu'il existe une espèce pour chaque bacille.

Il explique ensuite que la constipation et les péri-iscrites existent avant l'opération et sont dues à la présence de colibacilles déterminant une inflammation de la paroi par suite de coudure.

M. J.-A. MOUSSEAU: dans les obstructions hautes, n'existe-t-il pas, outre une auto-digestion avec lésion de l'intestin grêle, une toxicité dont l'importance est aussi grande? N'y aurait-il pas des prélèvements à pratiquer?

M. A. JUTRAS: dans les obstructions intestinales, on constate radiologiquement une accumulation de gaz dans les segments au-dessus de l'obstacle. Il ne

s'agit pas simplement de fermentations locales ou de déglutition d'air, mais vraisemblablement d'une exomose gazeuse par gêne circulatoire.

M. GOSSELIN: il serait difficile d'expliquer la présence des gaz par la mauvaise absorption des glucides qui sont absorbés tels quels. Si ces gaz persistent, c'est qu'il y a une action bactérienne surajoutée. Si les pH change c'est qu'il y a des bactéries en abondance.

M. A. JUTRAS: dans certaines affections rénales on trouve aussi des gaz intestinaux en abondance. Il paraît difficile de leur attribuer pour origine une fermentation bactérienne.

M. J.-A. MOUSSEAU: l'intestin ne se défend-il pas selon son tonus, de sorte qu'une atonie entraînerait une accumulation de gaz?

M. DESROSIERS se défend d'ouvrir une parenthèse sur l'étiologie de l'ulcus duodénal et à ce propos il se demande s'il n'existe pas des relations entre la chlorhydrie et la production des streptocoques. De telles constatations plaideraient en faveur de la théorie chimique et infectieuse de l'ulcère.

M. GOSSELIN soutient qu'une modification de l'équilibre acidobasique peut expliquer l'aérocologie. Il pense que hyperchlorhydrie et streptocoques dans l'ulcus peuvent être pure coïncidence.

M. Albert LeSAGE pense que la sténose spasmodique précède et cause l'ulcus, ce qui supprime la théorie infectieuse.

M. FAUTEUX: l'ulcus n'est pas d'origine infectieuse puisqu'il fut observé dans des cas d'atonie avec achlorhydrie.

Il existe en tous cas un danger à intervenir dans les cancers gastriques parce qu'ils sont souvent infectés.

Il faudrait s'entendre sur les termes d'ulcus superficiel ou ulcère rond. A celui-ci il faut conserver son étiologie et ses caractères. Dans les obstructions hautes, il se produit une dilatation de la muqueuse suivie d'un rétrécissement de calibre intestinal avec ischémie. Les déchets muqueux sont résorbés par les lymphatiques et par la voie veineuse. La virulence est d'autant plus forte, plus grande que les produits absorbés sont plus massifs.

Le tractus duodénal n'est pas stérile. Une preuve réside dans le fait qu'une suture est plus dangereuse au duodénum et que si elle n'est pas parfaite, elle détermine la péritonite.

Il y a tout intérêt à étudier la flore du côlon, son acidité, son alcalinité, les débris alimentaires, etc. On peut faire varier la flore intestinale et modifier le pH en un mois.

M. Le FRANÇOIS voit aussi un danger d'infection dans les manœuvres sur le duodénum; il préfère les sutures sur le jéjunum et l'iléon, moins septiques.

M. DUBE soulève la question des régimes et constate les effets favorables obtenus par des régimes carnés dans les pyélonéphrites, sans doute parce que la viande augmente l'acidité sanguine et urinaire.

Il demande pour terminer à M. Gosselin si les glucides sont acidifiants à quoi il est répondu que les glucides se transforment en acides lactique et butyrique qui sont alcalosants.

Résultats obtenus avec la poudre de pomme dans les diarrhées

Dr Henri BARIL.

Après avoir rappelé que la thérapeutique par les pommes remonte à 1630, alors que Hiéronymus et Bock vantaient leurs qualités dans la cuisine et dans la pharmacie, le conférencier dit qu'en 1928 Hieller redécouvrit leur valeur curatrice dans la diarrhée infantile.

A partir de 1933, l'auteur a pu obtenir de la poudre de pomme du Dr Georges Baril aux Laboratoires de l'Université de Montréal. Les avantages de la poudre sont nombreux particulièrement en ce qui concerne l'administration aux tout-petits. Henri Baril a ainsi traité 37 nourrissons âgés de moins de 10 mois et atteints de gastro-entérite grave avec 27 succès dans les 48 heures.

Sur 10 insuccès, il compte 5 cas de débilité congénitale; les 5 autres malades sont morts de bronchopneumonie ou de méningite à pneumocoque.

Les facteurs invoqués pour expliquer l'effet thérapeutiques des pommes dans les diarrhées sont: 1° les acides taniques, maliques, etc.; 2° les sucres et les amidons; 3° la cellulose; 4° les vitamines A, B, C; 5° la pectine.

M. BARIL attribue la prépondérance à la pectine qui soumise à l'action de la pectinase se décompose et donne des produits très hydrophiles et mucogènes.

Pour démontrer l'efficacité de la poudre de pomme, le Dr Baril cite quelques observations.

(Le travail a été publié *in extenso* dans *l'Union Médicale du Canada*, Tome LXVI, No 8, août 1937, page 841.)

M. FAUTEUX soutient que l'action du pectinum est semblable à l'action des poudres de pomme.

M. DESROSIERS demande pourquoi on met de côté les pépins et la pelure. Est-ce à cause de l'arsenic qu'ils contiennent?

M. BARIL répond qu'en Allemagne, on prépare les poudres sans les pépins. Au Canada, on les prépare sans la pelure, précisément à cause de la présence d'arsenic et d'acide cyanhydrique.

M. MOUSSEAU s'informe si on traite indifféremment par ce procédé, les diarrhées avec température et les diarrhées sans fièvre.

M. DUBE déclare avoir obtenu d'excellents effets avec les poudres dans le traitement des colites. Les tuberculeux diarrhéiques en bénéficient aussi. On connaît également dans ces cas, les bienfaits du jus de tomate associé à l'huile de foie de morue ou l'action du jus d'orange. Ces mêmes substances agissent aussi très bien dans la gastro-entérite infantile.

M. DESROSIERS rappelle que les pommes vertes provoquent des coliques sans doute parce qu'elles sont ingérées en totalité.

M. BARIL prétend que les pommes vertes sont aussi utiles que les pommes mûres mais elles paraissent plus difficiles à faire accepter.

Jean LeSAGE, Secrétaire.

J. A. MOUSSEAU, Président.

Séance du 28 octobre 1937

Tenue au Cercle Universitaire

Présidence: Professeur agrégé J.-A. MOUSSEAU

Discours du Président

Messieurs,

J'éprouve un grand plaisir à vous exprimer ma gratitude pour l'honneur que vous m'avez fait en m'élevant à la présidence de notre Société.

En prenant possession de ce poste, mon premier devoir sera d'adresser mes remerciements et les vôtres au Prof. Dubé, qui pendant trois ans, a bien voulu conduire les destinées de cette Société dont il avait été le fondateur. Vous avez apprécié son aménité, son grand tact, son dévouement et son autorité paternelle et douce dans la conduite de nos débats; je ne pourrai mieux faire que de m'inspirer de son exemple. Sa ponctualité fut admirable, car jamais, au cours de ce long règne, le vice-président que j'étais, n'a eu l'occasion d'occuper le fauteuil présidentiel.

Puissé-je l'imiter? Mais en cas de défaillance, je demanderai secours à votre nouveau vice-président M. le Dr Mercier Fauteux, dont vous connaissez l'assiduité et les réflexions toujours judicieuses.

Je m'en voudrais bien d'oublier d'adresser nos sincères remerciements à M. le Dr Jean LeSage, le secrétaire sortant de charge, pour toute la peine qu'il s'est donnée, pendant trois ans, à préparer le programme des séances et à rédiger de façon parfaite nos procès verbaux.

Messieurs et chers collègues, je fais appel à la collaboration de vous tous pour maintenir les traditions de prospérité de la Société de Gastro-Entérologie de Montréal.

Cette prospérité doit être envisagée sous son aspect matériel et sous son aspect scientifique. Je ne veux pas

pour l'instant m'arrêter aux seules considérations spirituelles.

Beaucoup de médecins attachés ou non à l'Université et aux hôpitaux, éprouvent le besoin de me demander, à l'occasion d'une rencontre dans la rue ou dans un corridor, ce qui se passe à la Société de Gastro-Entérologie.

A ceci je veux répondre par une brève récapitulation des faits.

L'Histoire de notre société est courte parce qu'elle n'existe que depuis trois ans; mais elle marche sur ses deux jambes qui ne sont pas arquées. Elle s'est constituée en 1933 à l'instigation du Prof. Dubé et d'un groupe studieux.

Des séances ont été tenues régulièrement chaque mois depuis notre fondation. Pour tenir ces séances, nous avons fait appel à toutes les spécialités: radiologie, chirurgie, pédiatrie, physiologie, parasitologie, biochimie, anatomie pathologique, etc. Ceci assura la variété et l'intérêt des travaux, la chaleur et la loyauté des discussions, la compréhension mutuelle des divers travailleurs qui contribuent à la pratique et au progrès de la gastro-entérologie.

Composée au début, d'un nombre plutôt restreint de membres, notre Société voit son importance numérique s'accroître chaque année. Mais, là n'est pas encore le principal élément de sa force. Elle s'impose surtout par la qualité de son travail. C'est grâce à cela qu'elle a l'honneur d'être favorablement connue chez nous et à l'étranger.

C'est ainsi que lors de la fondation de la Société Internationale de Gastro-Entérologie, au cours du Premier Congrès International de Gastro-Entérologie tenu à Bruxelles en août 1935, notre Société a été agréée comme base du Comité National et c'est ainsi que votre serviteur, désigné pour vous représenter en ces circonstances, a figuré parmi les plus grandes personnalités du monde médical.

Messieurs, s'il a fallu aux Européens 66 années de travaux constants pour faire reconnaître la Gastro-Entérologie comme une spécialité importante; si des pays comme la Belgique, l'Espagne, l'Italie, pour ne citer que ces pays-là, n'ont réussi à former leur société de Gastro-Entérologie que depuis 1928-1933-1934, ne trouvez-vous pas que la Société de Gastro-Entérologie de Montréal a raison d'être fière de sa naissance et de son état actuel.

Reconnaître les difficultés cliniques, diagnostiques et thérapeutiques des affections de l'appareil digestif, c'est faire appel à la collaboration de tous, médecins, chirurgiens, radiologistes, pédiatres, biochimistes, anatomo-pathologistes. Ce n'est pas à proprement parler,

fragmenter la médecine; c'est essayer d'aller plus loin et c'est pourquoi nous ne devons pas nous arrêter.

Notre courte histoire est une promesse d'avenir. Ce que nous avons accompli, n'a encore rien révolutionné; mais, nous avons la conviction d'avoir réussi et l'espoir de faire mieux. Je compte à la fois sur la persévérance des anciens et sur l'effort de nouvelles recrues, comme vous pouvez compter sur mon dévouement tout entier.

Travaux:

Première communication

Essai de classification des affections gastro-intestinales de la première enfance.

M. Paul LETONDAL.

Après avoir fait un exposé critique des différentes classifications des affections gastro-intestinales de la première enfance, conclut que, seule une classification clinique, ayant comme point de départ l'observation du malade, peut être utilisable pour la pratique. Aussi la classification proposée par le professeur Marfan est celle qu'il convient d'adopter et de conserver. Elle a comme point de départ une remarque issue de l'observation clinique; en présence d'un nourrisson atteint de troubles digestifs, il est toujours possible de dégager le symptôme fonctionnel prédominant, en d'autres termes, de dire s'il s'agit d'un vomisseur, d'un constipé ou d'un diarrhéique. Et c'est pourquoi il est avantageux pour la pratique de diviser les affections gastro-intestinales de la première enfance en: 1) *affections à prédominance de vomissements*; 2) *affections à prédominance de constipation*; 3) *affections à prédominance de diarrhée*¹.

Discussion:

M. DESROSIERS demande s'il n'est pas des circonstances où on pourrait employer l'expression *gastro-entérite secondaire*.

M. LETONDAL répond que seule la gastro-entérite dysentérique est une entité anatomo-clinique définie. Le diagnostic de gastro-entérite sans autre spécification ne signifie rien et conduit à une thérapeutique aveugle.

M. Jean LeSAGE demande si les diarrhées d'été ne constituent pas un groupe spécial.

M. LETONDAL s'en tient à sa classification, autrement on constate la tendance à appliquer systématiquement la diète hydrique qui fait maigrir sans guérir.

M. Jean LeSAGE s'enquiert si la colite ulcéreuse aiguë existe chez l'enfant.

(1) Ce travail paraîtra *in extenso* dans notre numéro de février.

M. LETONDAL croit que la colite ulcéreuse aiguë chez l'enfant répond aux stades avancés de l'entérocolite dysentérique.

M. MOUSSEAU veut savoir si l'on trouve chez les nourrissons l'équivalent des colopathies muco-membraneuses de l'adulte avec signes radiologiques, etc.

M. LETONDAL insiste sur le fait qu'on ne trouve de lésion anatomique que dans la colite dysentérique.

M. MOUSSEAU félicite le rapporteur au nom de l'assemblée.

Deuxième communication

Cirrhose biliaire ou maladie de Banti?

M. Jean LeSAGE.

(Paraît dans *Union Médicale*, janv. 1938).

(Ce travail est publié au complet dans le présent numéro).

Discussion:

M. DUBE observe en ce moment dans son service une femme qui présente un foie et une rate augmentés avec ictère foncé, ascite, selles colorées, pus et pigments biliaires dans l'urine, petite lésion mitrale et très peu d'œdème. Il se croit en présence d'une cirrhose biliaire hypertrophique malgré la négation de cette entité par Masson et d'autres.

M. LEFRANÇOIS, qui a examiné à deux reprises la malade sur demande de M. LeSage, préfère le diagnostic de cirrhose biliaire à celui de maladie de Banti. Il a vu les selles et croit qu'il y passe assez de bile pour mettre en doute l'opportunité d'un drainage chirurgical. Si la splénectomie trouve des indications dans la soi-disant maladie de Banti, elle ne semble pas devoir rendre service dans le cas discuté, vu l'état du foie.

M. Albert LeSAGE raconte qu'il a traité, il y a 20 ans, une femme d'âge moyen souffrant d'une cirrhose hypertrophique biliaire qui procédait par crises avec subictère ancien, selles non décolorées, urobiline dans l'urine et cholécystographie négative. Il a fait pratiquer une cholécystotomie: il y eut une abondante sécrétion par la fistule qu'on ferma après cinq mois. Cette patiente a toujours été en bonne santé depuis lors, M. LeSage accepte la cirrhose hypertrophique biliaire comme entité clinique; il la croit secondaire à l'infection intestinale. Le drainage biliaire précoce offre des chances de guérison.

M. DESROSIERS se demande si au lieu d'incriminer le foie et la rate dans le cas discuté, on ne devrait pas mettre en cause le pancréas. L'âge, l'amaigrissement, le caractère des selles, etc, lui suggèrent

la possibilité d'un cancer de la tête du pancréas avec compression gênant l'excrétion biliaire et troublant la circulation hépato-splénique.

M. JUTRAS rappelle que le cancer du pancréas, assez avancé pour obstruer les voies biliaires et produire une hépato-splénomégalie, donne des signes radiologiques.

M. FAUTEUX s'informe de la circulation artérielle et veineuse chez la malade de M. Dubé. On pourrait peut-être chercher de ce côté l'explication de certains phénomènes observés.

M. DUBE admet que sa malade présente une insuffisance mitrale mais trop légère pour expliquer l'hypertrophie du foie et l'ascite.

M. Jean LeSAGE ne pense pas qu'il s'agisse d'un néoplasme du pancréas à cause de la durée trop longue de l'évolution: deux ans. D'ailleurs, la glycosurie et l'hyperglycémie qu'on trouve dans les transformations néoplasiques du pancréas font ici défaut. L'exploration radiologique a été refusée.

M. MOUSSEAU félicite l'auteur de la communication et souligne l'intérêt des discussions de ce genre.

Troisième communication

L'électro-radiothérapie des affections gastro-intestinales

O. DUFRESNE.

Résumé. — Quelques notions physiques des courants électriques et des radiations électro-magnétiques en gastro-entérologie sont indispensables pour éviter de faire courir des risques au patient.

De même faut-il connaître les principales propriétés physiologiques de ces divers agents pour pouvoir choisir parmi eux, celui qui convient le mieux au cas particulier à traiter.

Les affections inflammatoires et les troubles fonctionnels du système gastro-intestinal bénéficient pour un certain nombre de cas de la physiothérapie, soit symptomatique, soit même curative.

Il faut savoir que la thérapeutique actuelle des maladies digestives ne relève plus seulement de la médecine et de la chirurgie, mais aussi de l'électro-radiologie.

(Ce travail paraîtra ultérieurement *in extenso* dans l'*Union Médicale du Canada*.)

Discussion:

M. LAQUERRIERE rappelle que vers 1902, il entreprit avec Delherm une série de travaux électrothérapeutiques sur le tube digestif et en particulier, sur les constipations rebelles. Sur 150 malades traités, il obtint avec les courants galvaniques et faradiques un fort pourcentage de guérisons. Les examens radiologiques

révélèrent plus tard la raison des échecs. Il signale aussi les brillants résultats de l'électro-radiothérapie sur les adhérences récidivantes post-opératoires et cite des exemples.

Contre les hémorroïdes, la thérapeutique possède actuellement de nombreux moyens: chirurgie, injections sclérosantes, électro-coagulation, mais l'électrothérapie garde ses indications. Il cite, comme exemple, un porteur d'hémorroïdes sphacelées que la méthode de Doumer guérit en quelques séances.

M. FAUTEUX veut savoir par quel mécanisme l'électricité guérit le cardiospasme et comment la diathermie agit sur la périoduodénite puisque la chaleur appliquée à la peau produit de la vaso-constriction dans la profondeur. En ce qui concerne les adhérences, leur disparition n'a pas été démontrée chez les quelques malades qu'il a fait traiter à l'Institut du Radium.

M. JUTRAS remercie M. Fauteux de lui avoir fait confiance; mais il estime que les malades auxquels il est fait allusion sont trop peu nombreux pour tirer des conclusions. Il est certain que des adhérences anciennes, très fibreuses, résistent à la radiothérapie; celle-ci n'influence que les lésions congestives et en particulier, les éléments lymphatiques et nerveux. L'électrothérapie est symptomatique; on ne peut exiger d'elle qu'elle fasse fondre une corde fibreuse aussi rapidement que le chirurgien l'enlève; elle n'agit pas sur les brides congénitales; de toute manière il faut l'appliquer pendant longtemps, si l'on désire des résultats.

M. DUFRESNE répond à M. Fauteux que la faradisation atténue le cardiospasme, par épuisement de la fibre musculaire. Sur les lésions fibreuses il pense que la radiothérapie exerce une action solvante. La diathermie produit de la chaleur non seulement à la surface de la peau, mais surtout en profondeur, et c'est ainsi qu'elle peut ramollir les adhérences.

M. LAQUERRIERE rappelle ses travaux avec Delherm chez Gosset concernant la prophylaxie des adhérences post-opératoires au moyen de la radiothérapie. Celle-ci est surtout efficace sur les adhérences jeunes, mais elle rend aussi service sur les formes anciennes; exemple: une invalide qui put reprendre ses chasses à courre. Les vieilles brides pourront être opérées avec succès si l'on a soin d'irradier l'abdomen avant leur récurrence, c'est-à-dire, aussitôt que possible après l'intervention.

M. DUBE rapporte un cas opéré 4 fois sans succès par Rhéaume et que les agents physiques ont guéri. Il cite un aphorisme du Prof. Bourgeois: « Pour réduire les adhérences il faut réduire les opérations ».

ASSEMBLÉE SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME

Séance du 9 novembre 1937

Présidence de Henry GARIEPY

Contribution au problème des « Lipodystrophies insuliniques »

Cas personnel de lipo-atrophie après une cure
insulinique de 4 ans

A. LEGER

(Cette communication paraît comme article original.)

Discussion:

Le Dr L.-H. GARIEPY souligne la rareté de ces cas. Il rappelle un cas analogue rapporté dans le « Canadian Medical Association Journal » par Rabinovitch. Ce dernier, pour vérifier le bien-fondé de la pathogénie de la fonte des tissus graisseux par une lipose insulinique, a fait agir de l'insuline concentrée sur du tissu graisseux et jamais il n'est parvenu à reproduire cette fonte graisseuse. Aussi adopte-t-il la pathogénie du traumatisme et rejette-t-il celle de la lipose. Il s'agit d'une paniculite traumatique qu'on rencontrerait chez ceux dont les piqûres sont données sur des surfaces trop restreintes.

Il croit que si les malades se piquaient sur quatre zones différentes alternativement et que si chaque injection avait au moins un demi-pouce de distance, ils éviteraient peut-être ces troubles.

En ce qui concerne les injections intraveineuses pour l'administration de l'insuline dans ces cas, je me demande si on doit les suggérer, je n'en vois pas la fin pratique. Je ne pense pas non plus que la protamine-insuline pourrait éviter ces accidents.

Le Dr Léger aurait-il utilisé la voie endo-veineuse pour l'administration de l'insuline?

Dr A. MARIN. Il existe un fait troublant dans la pathogénie des lipodystrophies insuliniques par l'irritation locale causée par la piqûre: dans le Service de Dermato-Syphiligraphie où l'on donne des injections intramusculaires de bismuth, de tryparsamide, etc., en très grande quantité, il n'a jamais été constaté de ces lipodystrophies.

De plus, les injections sont presque toujours données dans la fesse, par conséquent au niveau de surfaces assez restreintes. Par conséquent ce fait met en doute la pathogénie du traumatisme par piqûre. Il aurait été intéressant de faire l'expérience de contrôle en injectant de l'eau distillée ou du sérum chez cette malade pour voir si elle aurait présenté de ces lipodystrophies.

Dr L.-H. GARIEPY. L'action du traumatisme n'est pas la seule qu'il faille invoquer; elle doit seulement l'être au même point que celle qu'on invoque dans les néoplasmes des fumeurs de pipe, il faut invoquer une question de terrain.

Dr A. LEGER. En effet les lipodystrophies insuliniques sont très rares. Le cas du Dr Rabinovitch semble bien analogue à mon cas; il faut remarquer que ces accidents ne surviennent que chez des sujets présentant une sensibilité personnelle particulière. Il y a des cas de lipodystrophies encore plus rares, ce sont ceux qui surviennent à distance de la piqûre: par exemple, fonte de la boule graisseuse de Bichat.

Si Rabinovitch n'a pas reproduit ces lipodystrophies dans ses expériences, c'est qu'il n'a pas piqué assez longtemps: il faut piquer longtemps et il faut une sensibilité personnelle. Quant à l'insuline protamine, son action locale étant plus prolongée, les résultats devraient être plus désastreux encore. Je n'ai suggéré la voie intraveineuse que comme pis-aller chez certains malades ayant l'avantage d'avoir régulièrement un médecin auprès d'eux.

Le Dr Marin soulève justement un point sur lequel j'ai insisté. Ces lipodystrophies ne sont pas mentionnées avant l'ère insulinique, pourtant, les injections hypodermiques se pratiquent depuis près d'un siècle et jamais on n'a mentionné de ces dystrophies, même chez les morphinomanes.

L'expérience de contrôle à l'eau distillée ou au sérum pour être valable devrait être continuée quatre ans, au moins chez la malade que je présente.

Glycémies frontières (1.20 gr. au litre) et hyperglycémies provoquées

Armand GRATTON

(Cette communication paraît comme article original.)

Discussion:

Sur la demande du Dr Grignon, et avec l'assentiment de l'Assemblée, le Dr Gratton inscrit au tableau noir les courbes normales et pathologiques des épreuves d'hyperglycémie provoquée.

Dr C.-E. GRIGNON: L'épreuve d'hyperglycémie provoquée ne permet pas de « tirer au clair » la question des glycémies frontières ou limites. Il existe des courbes intermédiaires dues à des troubles surrénaux, hypophysaires, thyroïdiens, etc.

Le Dr Gratton reprend dans son article une idée de Marcel Labbé que de plus en plus on tend à abandonner.

Actuellement Joslin et d'autres nombreux diabétologues pensent qu'il n'y a pas de rapport entre l'hyperglycémie provoquée et la tolérance du malade. On

retrouve en effet des courbes exagérées dans les diabètes légers et d'autre part des courbes presque normales dans des diabètes sérieux. Par conséquent, il ne faut pas se baser sur l'épreuve d'hyperglycémie provoquée pour établir la gravité d'un diabète.

Le Dr GRATTON insiste sur les nombreuses erreurs de laboratoire dont il faut se méfier au cours de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée et en particulier sur la glycolyse. Il est entendu que la technique doit être suivie très rigoureusement et il faut éviter de faire mal au patient, car une frayeur peut amener une décharge d'adrénaline et modifier la courbe. Le Dr Gratton dit qu'il faut traiter comme des diabétiques les cas d'eczéma, les états infectieux, etc., dont la glycémie est une glycémie frontière. Je pense qu'il ne faut pas étiqueter ces malades comme des diabétiques vrais, il peut ne s'agir que d'états transitoires chez qui l'insuline pourrait donner des accidents même à petite dose. De plus chez certains malades adynamiques en état d'infection, l'insuline peut même aggraver l'état par accidents cardio-vasculaires.

Mon opinion personnelle sur l'étude du comportement de ces malades vis-à-vis des hydrates de carbone, c'est qu'on doit les placer dans des conditions qui se rapprochent le plus possible de la normale. Il vaudrait mieux leur donner par exemple 100 grammes d'Hydrates de carbone, 20 grammes de graisses et 21 grammes d'albumines et étudier leur courbe de glycémie. De cette manière, on peut avoir de meilleurs renseignements que par la prise de 100 grammes de glucose. Au point de vue pratique, ces épreuves d'hyperglycémies provoquées sont onéreuses, soit pour le malade, soit pour l'hôpital. Contentons-nous d'une glycémie deux heures et demie après le repas. Le diabète en effet se caractérise, en plus de l'hyposécrétion insulinaire, par le retard de l'insulino-sécrétion; par conséquent si la glycémie est plus élevée que la normale à ce moment, on conclura au diabète.

Dr LEGER: Il ne suffit pas que le malade soit placé dans de très bonnes conditions, il faut aussi que la technique de l'épreuve soit bien faite. Cette technique ne semble pas parfaitement établie: certains auteurs suggèrent 100 grammes de glucose, d'autres cinquante, les uns donnent du glucose anhydre, les autres du glucose cristal; certains auteurs donnent 1 gr. 50 environ de glucose par kgr de poids du malade. De plus, certains font boire le malade, d'autres non. Peut-on discuter sur la valeur des chiffres quand les diabétologues ne sont pas encore d'accord sur la technique.

Dr L.-H. GARIEPY ajoute comme autre cause d'erreur: la rapidité d'absorption par le tube digestif. En effet, chez les gastro-entérostomisés il existe une courbe

spéciale due à la rapidité d'absorption du glucose. Dans le cas d'un malade qui fait un spasme du pyllore, l'absorption n'est certainement pas la même que chez le malade dont le pyllore est béant et le métabolisme du sucre doit certainement en être affecté.

Dr GRATTON fait remarquer qu'il a choisi le sujet des glycémies frontières justement parce qu'il prête à discussion. Mais ce n'est pas au point de vue de l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée qu'il a présenté son travail. Et pour éviter cette confusion, il n'a précisément choisi que des courbes franchement positives, éliminant d'emblée et à dessein les courbes douteuses et anormales.

Son but était d'attirer l'attention sur la question des glycémies frontières, c'est-à-dire les glycémies à un gramme 20 et la grande proportion de courbes d'hyperglycémie provoquée franchement positives obtenues dans ces cas.

Il faut toujours vérifier dans quelles conditions ces glycémies ont été faites.

L'épreuve d'hyperglycémie provoquée dans ces cas, si elle est pratiquée sérieusement et qu'elle donne une courbe normale, doit faire conclure à l'absence de diabète.

Pour répondre au Dr Grignon, les malades à glycémies-frontières qui présentent une grande plaie guérissent beaucoup plus vite s'il leur est administré de l'insuline. Il en est de même chez les malades opérés pour cataracte, à condition, bien entendu, que les doses d'insuline soient appropriées.

Technique électropyréothérapique

Albéric MARIN et Yves CHAPUT

Appareil à ondes courtes.

Lit de bois.

Sommier non métallique.

Câble d'induration étalé sur le matelas. Ce câble est recouvert d'un autre mince matelas de feutre, sur lequel est étendu un sac de couchage imperméable. Ce sac possède un dispositif (zip ou fermeture-éclair) qui permet de le fermer de façon hermétique moins l'orifice supérieur pour le passage de la tête du malade. Sur l'un des côtés de ce sac il existe une petite ouverture (à fermeture-éclair) permettant l'usage de l'urinoir, de la bassine, du thermomètre rectal.

Le sujet recouvert d'une serviette éponge, est enfoui dans le sac que l'on referme. Au col, on dispose des serviettes afin de prévenir le refroidissement.

Le malade est préparé à la cure pyréthérapique par (quelques jours auparavant) l'administration de digitaline.

La veille de la séance, Nembuthal.

Le matin même, Nembuthal, Coramine, lavement évacuant.

Léger déjeuner.

Injection médicamenteuse spécifique (Stovarsol, salicylate, etc., selon les cas).

Le malade étant installé, le courant est établi.

De 3 à 5 grammes de chlorure de sodium dans un verre d'eau lui sont donnés et ceci doit être répété à toutes les heures durant toute la séance.

Le malade doit boire abondamment (6-7-9 litres d'eau fraîche durant la séance).

La température rectale et le pouls doivent être pris à tous les quarts d'heure au moins. Aussi le nombre des respirations à la minute.

On élève la température doucement jusqu'à 105°, en environ une heure et demie, deux heures. A ce moment (105°) le courant est diminué d'intensité afin de maintenir la température à ce degré. Et l'on fera varier l'intensité du courant selon les fluctuations de la température du sujet.

Si celui-ci s'agite une autre dose de barbiturique lui est donnée.

Si le pouls devient trop rapide (150), irrégulier ou petit: coramine, oubaïne.

La transpiration doit être profuse. Si la transpiration diminue ou s'arrête c'est que le malade a subi une forte déperdition de chlorure qui peut provoquer le coma. L'injection intraveineuse de sérum hypertonique (20 c.c. à 15%) pare à ce danger.

Si le malade vomit fréquemment il se déshydrate en même temps qu'il perd ses chlorures = sérum physiologique sous-cutané et sérum hypertonique intraveineux.

Enfin, au premier signe d'alerte: interrompre le courant, sortir le malade du sac, serviettes glacées.

La séance dure en moyenne 5 heures, à 105°. Puis le courant est coupé, le sujet reçoit un bain d'éponges qui ramène sa température à la normale dans environ 1½ heure.

Et il est transporté à son lit.

Discussion:

Dr AMYOT. Croit-on encore que la malariathérapie agit simplement par la température élevée qu'elle provoque ou bien s'il ne faut pas incriminer en plus l'action des hématozoaires? Dans ce cas l'hyperthermie par induction peut-elle produire un effet analogue à celui de la malariathérapie?

Dr MARIN: Il est incontestable que la malariathérapie n'agit pas simplement par l'action de la chaleur. L'hématozoaire, à chaque accès, détruit des globules rouges et cette protéine agit par autoprotéinothérapie.

Dans la pyrétothérapie physique, il n'y a que la chaleur qui entre en jeu, et l'organisme ne fait que l'effort nécessaire pour réagir contre cet accès de chaleur.

D'autre part le facteur thermique, ici, étant réglé à volonté, il nous est permis de provoquer des accès aussi souvent que nous le voulons bien.

Jusqu'ici, les faits montrent que la pyrétothérapie physique donne de meilleurs résultats: l'organisme n'est pas infecté, les séances sont provoquées à volonté, et de plus on peut associer en même temps le traitement médicamenteux. Ce que nous ne pouvions pas faire avec la malariathérapie.

On provoque un accès de température chez le malade dont l'organisme est saturé par le médicament, ses méninges sont alors plus perméables et le médicament est mieux absorbé.

Endocardite maligne sub-aiguë

A. DeGUISE et A. RICHER

Histoire du malade: M. Albert..., 27 ans, journalier, entre à l'hôpital le 3 septembre 1937 pour asthénie très marquée, hyperthermie, douleurs dans les jambes (douleurs polyarticulaires). Ces troubles avaient débuté 6 semaines auparavant par de l'anorexie, une sensation de fatigue et de la température, après la cessation d'un écoulement de nature Neisserienne, qui durait depuis 7 semaines.

Antécédents personnels: Rhumatisme articulaire aigu 10 ans auparavant.

Antécédents héréditaires: Rien à noter.

Examen clinique: Aspect général mauvais. Teint: très pâle. Cœur: à la pointe 11 cms. Roulement et frémissement diastolique. Accentuation du premier bruit. Souffle systolique. A la base: double souffle aortique. Poumons: négatifs. Membres: index gauche hypocratique.

Autres examens: Requête en urologie: infiltration du lobe droit. Massage de la prostate et prélèvement. Sécrétion de la prostate: 8-9-37. Neisser nég. Sécrétion de la prostate: 14-9-37. Neisser nég. Formules sanguines:

Date	G. R.	G. B.	H.	P.
4-9-37	4,400,000	30,000	72	79
16-9-37	3,300,000	30,000	58	81
25-9-37	3,250,000	28,000	45	76
30-9-37	3,200,000	30,000	45	80
16-10-37	2,500,000	30,000	42	87

Hémoculture: négative. Azotémie, 0 gramme 38. Glycémie, 1 gramme 26. B. W. négatif.

Analyse des urines: albumine.

Diagnostic clinique: endocardite maligne sub-aiguë.

Traitement:

- 4-9-37 Salicylate de soude: 6 grammes par jour.
 16-9-37 Cesser salicylate.
 21-9-37 Sulfanilamide 2 comprimés 4 fois par jour.
 25-9-37 Cesser sulfanilamide.
 2-10-37 Sulfanilamide 11 journées = 24 comprimés.
Evolution: arrivée: patient anémié et asthénisé température à 101°.
 16-9-37 Patient de plus en plus asthénisé et anémié. To oscille entre 96° et 102°. Les troubles cardiaques restent les mêmes.
 21-9-37 Le patient est à peu près dans le même état.
 25-9-37 Asthénie et anémie progressent. La To est toujours oscillante. Apparition d'un épanchement pleural à gauche.
 2-10-37 La To est toujours oscillante. L'état général est de plus en plus mauvais. Les troubles cardiaques s'accroissent. Hémiparésie gauche à la suite d'embolie.
 6-10-37 Malade semi-conscient. Etat général très mauvais.
 11-10-37 Mort.
 12-10-37 Nécropsie: Endocardite maligne végétante.

Conclusion: Actuellement dans l'endocardite maligne, aucun traitement ne semble avoir donné de résultats satisfaisants; aussi doit-on se demander avec Vaquez si les traitements intensifs préconisés par nombre de thérapeutes ne donnent pas une impulsion nouvelle au processus infectieux.

Pas de discussion.

Double ectropion des paupières de l'œil droit consécutif à une brûlure. Blépharoplastie

J.-N. ROY

Histoire du malade: En février dernier, M. T. L., âgé de 17 ans, vient nous consulter pour un ectropion de ses paupières à droite. Il raconte qu'il a été brûlé sur un poêle à l'âge de 8 mois.

Examen: A l'examen nous constatons un ectropion des paupières supérieure et inférieure de l'œil droit. Il existe en plus un tissu cicatriciel envahissant la joue et la moitié supéro-interne du nez du côté correspondant. Le sourcil a perdu un grand nombre de ses poils comme le malade est en état de lagophthalmie, il y a naturellement de l'épiphora, et de la conjonctivite. La cornée est normale et la vision est excellente sans correction.

Diagnostic: Double ectropion des paupières de l'œil droit consécutif à une brûlure.

Traitement: En présence de ce cas nous libérons soigneusement les paupières, sous anesthésie locale, le 18 février, et faisons une tarsorrhaphie. Nous prélevons ensuite une greffe dermo-épidermique sur le bras pour la paupière supérieure et pratiquons un lambeau pédiculé temporo-frontal pour la paupière inférieure. Suture et pansement au tulle gras. Les suites opératoires sont normales et le malade retourne chez lui. Il revient à l'hôpital le 28 octobre et nous libérons ses paupières avec le résultat que vous avez pu constater. Son œil s'ouvre très bien et il n'y a plus d'ectropion. Il nous reste encore à faire une petite intervention sur le pédicule de la greffe fronto-temporale dans un but esthétique.

Discussion:

Le Dr BLAGDON demande à l'auteur quelques renseignements sur le choix de ses greffes. Il désire savoir en plus, si l'on a suturé le lambeau dermo-épidermique qui a servi à réparer la perte de substance de la paupière supérieure.

En réponse le Dr J.-N. Roy dit que la greffe de Wolff, pour la paupière supérieure, et le lambeau pédiculé temporo-frontal pour l'inférieure, représentaient la méthode de choix dans son cas. Il aurait pu se servir de la greffe de Thiersch, mais étant donné la largeur et la profondeur de la perte de substance après la dissection des paupières, cette greffe aurait donné un résultat moins bon que celui obtenu par la méthode qu'il a employé. D'ailleurs avec le temps, cette greffe de Thiersch a une tendance à se rétracter et à diminuer l'effet opératoire.

Quant aux autres procédés de lambeaux pédiculés pris à distance, ils n'étaient pas indiqués.

Il a suturé la greffe dermo-épidermique, ainsi que le lambeau temporo-frontal, avec de fines aiguilles conjonctivales, et a recouvert ensuite la plaie avec un morceau de tulle gras, avant d'appliquer un pansement légèrement compressif.

Cancérose généralisée issue d'un épithélioma du sein

Alph. BERNIER

Jeune femme de 37 ans dont l'histoire familiale ne présente rien de particulier. Il y a 8 mois elle aurait fait du rhumatisme et il y a 8 mois elle fut opérée pour un cancer du sein, impossible de savoir dans quelle institution.

Elle a eu 4 grossesses, ses 4 enfants vivent.

Elle vient à l'hôpital le 9-6-37, se plaignant d'une grande faiblesse générale, d'un amaigrissement de 15 livres, d'une inappétence marquée. Depuis sa mamectomie en octobre 1936 elle ne s'est jamais remise, et a

ressenti des élancements aux membres, au cou et au thorax. Ces douleurs ne s'accompagnent pas de gonflement articulaire. Ces douleurs s'exagèrent aux mouvements. Palpitations cardiaques. Insomnie continuelle. Transpiration profuse.

Examen clinique: Pupilles en mydriase. Haleine fétide. Muqueuses décolorées.

Cœur: La pointe bat à 8 centimètres 5 dans le 5^e espace intercostal. Tachycardie. Frémissement apical. Bruit de galop. Accentuation du premier temps. Souffle systolique au foyer pulmonaire.

Poumons: Craquement pleural à la base droite.

Rachis: Cyphose dorso-lombaire.

Abdomen: Panicule adipeux épais. Douleur dans la fosse iliaque droite. Foie non hypertrophié. Palpation profonde légèrement sensible.

Membres: Cicatrice opératoire sur le bras gauche. Circulation collatérale aux membres supérieurs. Léger œdème du bras droit.

Seins: Cicatrice de mamectomie droite. Consistance cartonnée du sein gauche.

Diagnostic: Pleuro-pneumonie. Hyposystolie.

Evolution.

10-6-37 Apparition subite d'un point de côté droit sans toux.

12-6-37 Vibrations persistent à droite, abolies à gauche. Bronchophonie à droite, égophonie à gauche. Pectipiloquie aphone gauche. Base gauche: matité, souffle pleural. Base droite: léger souffle broncho-pleural avec râles crépitants à l'inspiration. Respiration soufflante aux deux sommets.

15-6-37 Diminution des signes d'épanchement.

26-6-37 Froissements pleuraux très intenses à la base droite. Disparition du souffle.

7-7-37 Matité et abolition des vibrations sur les trois quarts inférieurs du thorax droit.

Examens de laboratoire: Urine s.p. Azotémie 0.36. Glycémie 1.18. Liquide pleural: lymphocytes et polynucléaires nombreux. Nombreux eosinophiles. Absence de cellules néoplasiques. (Dr Bertrand.)

Graphie pulmonaire. L'opacité de la base droite remonte jusqu'au tiers supérieur. La plage gauche est fortement marbrée et pommelée. Aspect particulier des os.

Autopsie.

La profondeur de la cicatrice de mamectomie est adhérente à la paroi thoracique. Les 3, 4 et 5^e côtes gauches sont fracturées à leur tiers antérieur. (Métastases osseuses.)

Cœur: 220 grammes. Diamètres: circ. 20, long. 9, trans. 10, ant. p. gauche 4½, ant. post. droit 3.

Anneaux: Aorte 6, mitrale 8, pulmonaire 7, tricuspide 10.5. Végétations ténues sur le rebord auriculaire de la valvule mitrale. Endocardite récente.

Poumons: Adhérences au niveau du lobe inférieur gauche. Gauche... 270 grammes. Droit... 220 grammes.

Plèvre droite: On recueille 500 c.c. de liquide.

Poumon droit: Sur la face diaphragmatique du poumon droit on note des travées blanchâtres de sclérose et de nombreux nodules. Atélectasie du poumon droit.

La base droite, à la coupe, présente des îlots scléreux, blanchâtres sur un fond rougeâtre congestif, ressemblant à des îlots de tuberculose productive. (Granulie.)

Le poumon gauche offre les mêmes lésions à sa base.

Rate: 80 grammes. Petit nodule blanchâtre surélevé de la grosseur d'une tête d'épingle.

Taches blanc nacré sur la vésicule biliaire, le sigmoïde et le cæcum.

Les reins n'offrent rien de particulier.

Foie: 1300 grammes. Le foie a une teinte chamois. Aspect graisseux total du foie se rapprochant de l'atrophie jaune aiguë.

Examen histologique.

Cœur: Le myocarde ne présente rien de particulier, mais tous les lymphatiques de l'épicarde, gros et petits sont bourrés de boyaux cellulaires néoplasiques.

Rate: Pulpe blanche réduite, travées conjonctives épaissies. Petite métastase au pourtour d'une travée conjonctive. On rencontre de nombreuses cellules en bague dans le massif néoplasique et des formations pseudo-acineuses.

Rein: Quelques glomérules sclérosés et petites traînées d'infiltration lymphocytaire dans la corticale.

Foie: Espaces porte fortement infiltrés. Surcharge graisseuse considérable diffuse mais surtout prononcée au pourtour des espaces porte.

Poumons: Présentent un aspect solide. Les lymphatiques sont bourrés de masses de cellules néoplasiques quelquefois nécrosées en leur centre.

Les bronches ont une paroi dans laquelle on rencontre des nodules calcifiés et le chorion de ces bronches est rempli de trames minuscules souvent unicellulaires, de cellules néoplasiques où l'on rencontre de nombreuses cellules en bague.

Nodule juxta-vertébral: Magma de boyaux cancéreux.

Métastase costale: Le tissu cancéreux a remplacé presque complètement le tissu osseux qu'on ne retrouve qu'à la périphérie.

Cancérose généralisée issue d'un épithélioma du sein.

Conclusion. Ce cas illustre bien la difficulté qu'il y a souvent dans l'interprétation des signes sémiologiques. Ici, en effet, tous les signes étaient bien ceux d'une pleuro-pneumonie. Mais d'une pleuro-pneumonie qui ne pouvait pas guérir, car les deux bases étaient farcies de masses de cellules cancéreuses.

Discussion:

L.-C. SIMARD: J'ai fait le relevé des cancers du sein à l'hôpital Notre-Dame de 1927 à 1936. Il en ressort un point important, c'est que les femmes consultent pour cancer du sein, au moins, un an après s'être aperçues d'une tumeur à leur sein.

Au point de vue de la technique opératoire, il existe encore des chirurgiens — pas de l'hôpital ici — qui ne pratiquent pas la mamectomie dans les cancers du sein. Or, ne pas faire la mamectomie et l'évidiation des ganglions axillaires est une opération mauvaise dans ces cas.

Dans la Province de Québec la lutte anticancéreuse devrait être organisée. L'Institut du Radium à Montréal et l'Institut du Cancer à Québec sont insuffisants. Il faut faire l'éducation du public et des médecins.

Il faut de plus en plus qu'il existe un Service du Cancer: un « Cancer Unit » à l'hôpital Notre-Dame où l'éducation du public soit faite aussi bien que celle du médecin. Les femmes apprendront à se présenter tôt chez la cancérologue.

Il faut qu'il se fasse ici ce qui se fait en Colombie britannique et en Ontario. Cette question est trop importante pour la négliger.

Cheyne, chez les anglais, nous fait voir par ses statistiques que la radiumthérapie pourrait donner de grands résultats. Cette question du « Cancer Unit », je demande de la mettre à l'ordre du jour de la prochaine assemblée du Bureau Médical.

A. BERNIER: J'abonde entièrement dans le sens des paroles du Dr Simard. Cette Unité anticancéreuse devrait exister déjà depuis quelques années dans notre province.

Abcès putride du poumon compliqué de méningite purulente et traité avec résultat satisfaisant par la sulfanilamide

Henri GELINAS

Malade admis à l'hôpital le 12 juin 1937 pour toux, point de côté, expectoration fétide très abondante. Ces troubles datent du 7 juin. Le 15 mai, extraction sous anesthésie générale de 23 dents. Santé assez médiocre auparavant.

Antécédents personnels: Pneumopathie gauche il y a trois ans et 15 ans.

Examen objectif: Etat général médiocre. Signes de congestion à la partie moyenne du poumon droit: souffle, matité, râles sous-crépitaux, etc.

Réflexes tendineux normaux, pas Argyll Robertson, ni signe de Babinsky.

Azotémie et glycémie normales.

Radiographie: (14 juin 1937). Grande tache sombre à la partie moyenne du poumon droit creusée d'une cavité à niveau liquide.

Diagnostic: Abcès fétide du poumon consécutif à une extraction dentaire.

Traitement: Teinture d'ail. Stovarsol buccal. Emétine; amélioration modérée. Phrénicectomie le 17 juillet 1937.

Evolution: Deux jours avant phrénicectomie apparition d'un état fébrile qui a duré du 15 au 25 juillet. Otite aiguë. Paracentèse le 26 juillet. Ponction lombaire le 28 juillet permet de retirer un liquide séropurulent amicrobien. Kernig positif. Etat délirant. L'état du malade paraît désespéré. On prescrit du Sulfanilamide le 28 juillet. Amélioration depuis graduelle mais lente des symptômes pulmonaires. Le 17 août nouvelle ponction lombaire. Le liquide est encore louche. Pus et polynucléaires. Examen bactériologique négatif. Disparition des symptômes de méningisme.

Wassermann du liquide céphalo-rachidien ++ — à l'antigène cholestérine — Courbes à l'or colloïdal du type paralysie générale. Celle au benjoin est subpositive. Réaction de la globuline positive.

Actuellement l'état général du malade est médiocre — bien que son abcès pulmonaire paraisse en voie de guérison. — Fistule anale. Incontinence des matières fécales. Son état mental est franchement déficient.

Pas de discussion.

Ectopie testiculaire guérie par opothérapie orchitique
(Propionate de testotérone ou Perandren)

C.-E. GRIGNON

G. P..., 12 ans 9 mois.

Antécédents familiaux: Nil.

Antécédents personnels: Accouché à 7 mois d'une mère cardiaque morte un mois après la délivrance. Rougeole, coqueluche. Amygdalectomie à 5 ans. A poussé ses premières dents en temps normal. A parlé et marché en temps normal.

Histoire actuelle: Se présente pour ectopie testiculaire bilatérale, perte d'appétit, constipation, léger amaigrissement et énurésis.

Examen: Sujet maigre, pas d'adiposité localisée. Type eunuchoïde. Poids 57¼ livres. Taille 53½ pouces. (Extrémité inférieure 27½ pouces. Extrémité supérieure 26 pouces). P. A. 120/70. Cœur, poumon, etc.,

normaux. Les testicules sont au milieu du canal inguinal. Il est impossible de les faire descendre par la manœuvre manuelle. Le pénis est un peu petit pour l'âge. Pas d'érection. Urée, 0.37. Glycémie, 1.08. Cholestérol sanguin, 1.73. Urines normales. Selle turcique normale. Métabolisme basal normal.

Diagnostic: Ectopie testiculaire chez un sujet présentant une insuffisance génitale primitive.

Traitement: Le malade a eu du 15 avril au 30 juillet 33 injections de Perandren, contenant chacune 5 milligrammes de propionate de testostérone.

Les testicules sont apparus dans le scrotum autour de la 15e injection et ont depuis continué à se développer.

Le pénis a augmenté de volume, les érections sont devenues possibles, du poil est apparu au pubis, le poids a augmenté de 11 livres, la taille n'a pas encore changé.

En résumé: ectopie testiculaire guérie, développement génital et amorce de puberté.

Considérations. L'ectopie testiculaire est une anomalie qui peut dépendre de plusieurs causes: insuffisance hypophysaire, insuffisance thyroïdienne, insuffisance génitale, primitive, etc.

Il n'y a pas un mode unique de traitement, mais plusieurs modes qui diffèrent suivant le diagnostic endocrinien.

Discussion:

Dr AMYOT: Le syndrome présenté par le petit malade était-il bien dû à une insuffisance testiculaire ou bien ne se serait-il pas agi d'une insuffisance d'une autre endocrine, par exemple d'une insuffisance hypophysaire?

Quels sont les arguments en faveur d'une insuffisance testiculaire primitive?

L.-H. GARIEPY: Le Dr Grignon a publié des cas de cryptorchidie guéris par certains extraits glandulaire. Étaient-ce les mêmes que ceux qu'il a employés ici? Sinon comment conclure.

C.-E. GRIGNON: L'insuffisance génitale peut être primitive du secondaire. Dans le premier cas les malades se présentent avec une morphologie particulière qui n'est pas du tout celle de la série hypophysaire, thyroïdienne, etc.

Le cas présenté est, au point de vue morphologique, le type d'eunuchoïde, par conséquent le type d'insuffisance génitale primitive.

A l'heure actuelle, il existe des tests biologiques pratiqués dans des centres spécialisés, qui permettent de faire un diagnostic précis et reconnaître l'insuffisance glandulaire en cause.

L'an dernier, j'ai publié des cas traités par l'Antruitrin S.

L'Antruitrin S est un extrait de l'urine de femmes enceintes qui contient vraisemblablement des produits gonodotropes. Ce malade présentait l'insuffisance génitale secondaire à l'insuffisance hypophysaire antérieure; ils étaient obèse du type adipo-génital.

Morphologiquement, les insuffisants hypophysaires sont trop grands et trop gros pour leur âge. Les insuffisants génitaux ont de l'asymétrie: leur segment inférieur étant plus grand que leur segment supérieur. Ils ne présentent pas d'adiposité à moins qu'ils ne soient placés dans des conditions de vie spéciale où leurs dépenses soient réduites au minimum et leur alimentation généreuse.

L'extrait d'hormone mâle agit sur les eunuches pour les faire engraisser.

Quant au produit employé, il ne s'agit pas à coup sûr du produit de sécrétion testiculaire normale; certains produits peuvent avoir des actions similaires aux hormones sans être nécessairement des hormones.

L'avenir nous dira si le propionate de testostérone ou « Perandren » employé chez notre malade est bien l'hormone du testicule normal.

Maladie de Morvan familiale

Roma AMYOT

Cette petite malade de 11 ans a été admise à Notre-Dame en septembre 1936 pour lésions inflammatoires du petit doigt de la main droite.

Antécédents familiaux: Deux sœurs plus jeunes ont la même affection. Rien à signaler chez les parents (lignée directe et collatérale). Un frère est en excellente santé.

Antécédents personnels: Coqueluche, rougeole, roséole. Depuis 5 ans, nombreux panaris de l'extrémité des doigts des mains, indolores, évoluant durant le cours de 3-4 mois chacun avec élimination des tissus mous et durs sous-jacents et nécrosés.

Maladie actuelle et examen objectif: Revenue à l'hôpital pour lésions inflammatoires du pied gauche avec suppuration, complètement indolore installée à la suite d'un traumatisme d'une légère intensité.

Cicatrices superficielles à la peau des membres aux régions exposées aux traumatismes: coude, genoux, face antérieure des jambes, face dorsale des pieds. (Une sœur a eu un mal perforant à la face plantaire d'un gros orteil).

Cicatrice étendue d'engelure à la face dorsale des deux pieds.

Lésion, inflammatoire évolutive avec plaie superficielle à la malléole externe gauche.

Peau sèche et écailleuse aux orteils. Troubles trophiques de quelques orteils du pied droit.

Ankylose en flexion de l'auriculaire droit (1re et 2e phalanges).

Amputation de la dernière phalange de certains doigts des mains, qui se terminent en baguette de tambour, avec griffe unguéale; ailleurs déformations et troubles trophiques des ongles.

Gros déficit des sensibilités superficielles, sans dissociation aux pieds, mains, avant-bras et jambes. Sensibilités profondes aux orteils et doigts des mains abolies.

Réflexes tendineux abolis. Réflexes cut-abdominaux normaux. Réflexes plantaires indifférents.

Transpiration profuse des deux mains.

Température des extrémités très basse.

Index oscillométrique profondément diminué aux membres supérieurs, moins atteint aux membres inférieurs.

Rien à la tête.

B. W. du sang négatif.

Pas d'hypertrophie des troncs nerveux.

Commentaires: Maladie familiale intéressant identiquement trois enfants sur 4 d'une même famille.

Cette affection prend l'allure caractéristique d'une maladie de Morvan: panaris analgésiques récidivants.

Le panaris analgésique peut être causé par la lèpre, par la syringomyélie et accroissement par la névrite hypertrophique. La majorité des neurologistes classe dans la syringomyélie les cas de maladie de Morvan qui ne sont pas dus à la lèpre ou à la maladie de Déjerine et Sottas et qui dépendent d'une affection médullaire.

Ici le syndrome est causé par un processus familial, probablement congénital, lié à une lésion médullaire.

Cependant, cliniquement, on ne peut admettre d'emblée qu'il s'agit d'une syringomyélie. L'absence de la dissociation caractéristique des sensibilités superficielles (thermo-analgésie avec intégrité tactile), le défaut d'amyotrophie, l'aréflexie tendineuse généralisée sans aucun signe pyramidal, le déficit incontestable des sensibilités profondes, l'extension dès le début de la lésion aux deux renflements de la moelle, sont loin d'être du domaine de la syringomyélie. D'autre part, la familiarité et le début précoce de l'affection, l'importance primordiale des troubles trophiques renforcent l'hypothèse d'une lésion médullaire d'une autre nature.

Aussi, sans nier absolument la présence d'un processus de syringomyélie, nous avons plutôt l'impression que ce syndrome typique de maladie de Morvan est déclenché par une lésion congénitale étendue symétriquement à toute la moelle, familiale, de nature dystrophique, très lentement évolutive et non associée à de la gliomatose médullaire. Les lésions trophiques

des membres sont l'effet des troubles circulatoires sympathiques et de l'anesthésie qui expose aux traumatismes répétés.

Discussion:

Dr A. LEGER: Demande au Dr Amyot d'insister sur le diagnostic différentiel entre cette maladie et la syringomyélie.

R. AMYOT: J'ai intitulé ma communication sous cette dénomination parce qu'elle est acceptée. Le syndrome que Morvan a décrit en 1883 est superposable à celui de ma malade. Plus tard on reconnut que ces malades présentaient des troubles moteurs et que leur moelle ressemblait à celle des syringomyéliques et petit à petit on crut que la maladie de Morvan était due à la syringomyélie. On sait aujourd'hui que le panaris analgésique peut avoir d'autre origine v.g. la lèpre, la névrite hypertrophique familiale.

Le syndrome de Morvan de notre malade se distingue du tableau clinique de la syringomyélie: il n'y a pas de dissociation des sensibilités, il n'y a pas de troubles de la motricité comme l'atrophie musculaire rencontrée chez les syringomyéliques. De plus, la syringomyélie est rarement familiale. L'extension des lésions se fait généralement très lentement de haut en bas, ou, plus rarement, de bas en haut, contrairement à ce qui s'est passé chez notre malade dont les lésions ont été étendues dès le début de son affection. Par conséquent, cliniquement, il s'agit bien chez notre malade de maladie de Morvan qu'on ne peut pas d'emblée et sans discussion attribuer à la syringomyélie.

Au point de vue anatomo-pathologique la moelle ne serait pas exactement comme celle des syringomyéliques, il s'agirait d'une dystrophie médullaire congénitale atteignant plusieurs membres d'une même famille et non associée à un processus de gliomatose.

Le secrétaire adjoint, Georges HEBERT.

ASSEMBLÉE SCIENTIFIQUE DU BUREAU MÉDICAL DE L'HÔPITAL SAINT-LUC

Séance du 14 octobre 1937

Présidence de Roméo BOUCHER

Un cas de cancer du scrotum

A. LAROCHE

Présentation du malade.

Le Dr LAROCHE fait voir à l'assemblée la plaie bourgeonnante de 4 cm², à la partie latérale g. du scrotum. La biopsie a été faite et il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire.

Le cancer du scrotum ou cancer des ramonneurs est très rare. Il en existe deux formes: la forme ulcéreuse et la forme bourgeonnante. L'évolution du cancer est ici très lente. Comme traitement la radiumthérapie donnerait de bons résultats mais au prix de la fonction testiculaire. Comme traitement chirurgical il faut faire l'émasclation si la lésion scrotale est centrale. Dans le cas présent, comme la lésion est latérale et qu'il n'y a pas d'envahissement du testicule, on fera l'hémi-émasclation avec la radiothérapie ganglionnaire consécutive.

Discussion:

Le Dr Grondin insiste sur le fait qu'en traitant par le radium la lésion cutanée, on détruit les testicules.

Bronchectasie et phrénicectomie

P.-R. ARCHAMBAULT

La dilatation des bronches, contrairement à l'opinion courante, se rencontre assez fréquemment, surtout depuis qu'avec les méthodes d'explorations modernes on peut en faire le diagnostic précis. Laennec en 1818, a le premier fait l'étude de la bronchectasie et en a énuméré avec précision les différents symptômes. La bronchectasie est une maladie généralement incurable compatible quelquefois cependant avec une existence prolongée. De tous les moyens thérapeutiques la phrénicectomie semble donner les résultats les meilleurs. A la suite des médecins roumains Bibicesen et Polatos, le Dr Archambault rapporte un cas de dilatation bronchique ou la phrénicectomie pratiquée par le Dr Bernard a grandement amélioré la situation. Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer l'action heureuse de la phrénicectomie sur la bronchectasie. D'après le rapporteur, la seule ascension du diaphragme ne saurait tout expliquer: Le tarissement des sécrétions broncho-pulmonaires serait dû à l'extirpation des fibres sympathiques qui suivent le trajet du nerf phrénique.

En discussion, le Dr Frappier demande si le rapporteur a déjà envoyé les vaccins. Le Dr Archambault: Oui, mais les malades n'ont pas persévéré.

Quelques semaines à l'Institut Pasteur

A. FRAPPIER

Le Dr FRAPPIER a passé deux mois à l'Institut Pasteur de Paris, dans les services des docteurs Ramon, Salimbeni et Nègre. Il a voyagé deux autres mois en France, en Allemagne, en Europe Centrale et en Italie.

Le Dr Frappier ne peut, en dix minutes, décrire les merveilles scientifiques qu'il a visitées ou étudiées

à Paris, tant à l'Institut Pasteur qu'à l'Exposition Universelle. A son avis, l'Institut Pasteur est encore et toujours à la tête du mouvement microbiologique contemporain, tant à cause du nombre des découvertes sensationnelles qu'on y a faites depuis à peine quarante ans, que du nombre et de la qualité des savants qui y travaillent. Et, de ces savants, le Dr Frappier a particulièrement fréquenté Roux, Calmette, Ramon et Nègre. Il brosse de chacun un portrait rapide. Le Dr Frappier ajoute une note historique sur le domaine de Villeneuve l'Etang, à Garche, où se trouve l'Annexe des sérums de l'Institut Pasteur.

Une complication des traumatismes crâniens, l'anisothermie

T. HOEN

Dans le placher du 3e ventricule, il existe des centres, tuber cinereum et hypothalamus, qui contrôlent la température du corps, par le mécanisme de la transpiration, de la ventilation pulmonaire, etc. Si cette région est lésée, la température du corps devient désordonnée. Elle peut atteindre jusqu'à 107° comme chez deux malades dont le rapporteur raconte brièvement l'histoire et retomber rapidement à 94° sous l'effet du bain glacé qui est le traitement de l'hyperthermie exagérée. Comme dans ces cas, les réflexes végétatifs sont coupés, il ne sert à rien de donner des médicaments comme la coramine et la morphine qui agissent par l'intermédiaire de ces réflexes. Il faut directement contrôler la température du malade par des bains froids ou chauds suivant le cas. Le sérum agit en augmentant la pression intra-cranienne et d'après le rapporteur l'injection intraveineuse d'alcool aurait dans ces cas un effet remarquable.

Le Secrétaire, Charles LAFRANCOIS.

L'ASSOCIATION MÉDICALE FRANCO-AMÉRICAINNE

Précieux organisme

Le deuxième Congrès Annuel de l'Association Médicale Franco-Américaine, tenu à Boston tout récemment, a remporté un brillant succès, grâce au travail des officiers de cette société et en particulier à l'intelligente organisation du Dr Henri E. Gauthier de Woonsocket, secrétaire permanent. Au seul point de vue scientifique, nous pouvons supposer tout le bien que peuvent faire aux membres de la profession médicale ces réunions d'études où des maîtres de la

médecine versent à leurs collègues les secrets de leur érudition. L'existence de ces organismes professionnels dans tous les pays suffit pour justifier les efforts de nos médecins de langue française qui soutiennent leur propre société médicale. Qu'il nous suffise encore de nous réjouir devant cette détermination de leur part à se tenir sur le tout premier plan pour fournir à leur clientèle toujours assurée tous les avantages de la science. En cela, nos médecins nous font honneur et nous font voir qu'ils ne le cèdent en rien au sujet de la haute portée de leur culture.

Mais il y a un autre aspect qui fait d'une telle association un organisme très précieux pour nous, franco-américains. Songeons-nous à l'influence que détient et exerce au milieu des nôtres, le groupe des 600 médecins de langue française de la Nouvelle-Angleterre? Cette force, comme on l'a fait remarquer, mise au service de nos intérêts ethniques, ajouterait puissamment à tous les élans de conservation que nous pouvons déployer.

Le médecin ne joue pas seulement le rôle de guérisseur dans la société. Sans doute, il est par vocation le gardien de la santé, mais en plus des soins qu'il prodigue, sa culture, sa situation sociale, son prestige et son autorité en font une personnalité qui s'impose. C'est à cause de la confiance qu'il inspire, du dévouement qu'il manifeste et de l'intérêt qu'il porte à ses malades, qu'on l'appelle « le médecin de famille », un des beaux titres qu'il puisse désirer. En effet, son admission dans l'intimité du foyer lui permet d'exercer une influence considérable. Ce ne sera pas seulement des douleurs physiques qui lui sont confiées. Que de préoccupations, que d'inquiétude d'ordre moral souvent, que de tragédies intimes lui sont dévoilées. Combien son influence pour le bien sera grande, si double d'un apôtre, il sait alors conseiller, encourager et diriger avec charité. Au cours de notre histoire, bon nombre de nos médecins ont laissé une enviable réputation précisément parce qu'ils étaient de tels bienfaiteurs. C'est encore une source de profonde satisfaction de constater que la presque généralité de nos médecins font honneur à l'esprit chrétien. Nous leur devons de proclamer les services éminents qu'ils rendent à la société. Souvent leurs services ne sont pas connus ou pas suffisamment appréciés, mais ils n'en sont pas moins de précieux ouvriers à qui la société est profondément redevable.

Qui dira jamais toute la gratitude que nous devons à nos médecins.

Et dans le domaine de notre vie française, il est encore agréable de souligner le rôle et l'influence de

nos médecins. Bon nombre de nos œuvres sont dues à leur initiative. La plupart de nos entreprises de survivance reçoivent leur encouragement et bénéficient de leur collaboration. Dans notre vie religieuse, politique et sociale nous les comptons au nombre des plus dévoués. Un bon nombre sont d'admirables chrétiens et de franco-américains remarquables à tout point de vue.

Aussi longtemps que le médecin franco-américain soucieux de la mission élevée qu'il remplit au milieu de ses compatriotes donnera l'exemple de la fierté et de l'amour de sa vie française, nous aurons à nous réjouir. Parfois, il y a lieu de se demander si nos médecins sont assez nombreux. Chose certaine, si nos compatriotes leur donnaient tout l'encouragement qu'ils méritent à cause de leur compétence, et de leur valeur, il faudrait les voir plus nombreux. Chez bon nombre des nôtres, il existe un esprit bien malheureux, celui de préférer toujours l'étranger sous prétexte qu'on y est mieux servi. Et pourtant, pour ce qui concerne nos médecins, nous possédons toutes les compétences désirables et certainement nous pouvons leur faire confiance.

Si nous préconisons un tel appui pour nos médecins, cela suppose que de leur côté ils donnent l'exemple. Il est parfois regrettable de constater que certains de nos professionnels ne se préoccupent pas des devoirs qu'ils ont envers leurs compatriotes et pourtant ils gagnent leur pain avec eux et ils leur doivent l'aisance presque entièrement. Il faut tout de même reconnaître les principes d'équilibre et de compensation. Un professionnel se place donc dans une fausse lumière et ne mérite pas l'encouragement des siens, si sa vie est étrangère aux intérêts qu'il prétend représenter, si ses relations sociales et familiales ne respirent pas l'esprit français, s'il vit de sa race sans en être.

L'Association Médicale Franco-Américaine est donc appelée à rendre de bien précieux services si nous comprenons bien ses objectifs. C'est précisément afin d'encourager toutes ces considérations vitales d'ordre scientifique et social que ses organisateurs ont lié leurs énergies et nous nous empressons de souhaiter les meilleurs succès à une aussi louable entreprise. Un de ses espoirs est d'encourager notre jeunesse à se préparer aux nobles fonctions de la profession. Comme le notait judicieusement le Dr Ubald Paquin, il appartient aux médecins de cette génération de préparer des continuateurs qui auront le culte des valeurs inhérentes au maintien de leur profession et de notre culture française sur ce continent. L'association ne contribuerait-elle qu'à assurer à nos compatriotes la perpé-

tuation du véritable type du médecin franço-américain, qu'elle aurait rendu d'immenses services à notre élément.

Nous osons même espérer que les 600 médecins et chirurgiens franco-américains de la Nouvelle-Angleterre prêteront leur concours à cette association pour la rendre forte, agissante et très utile. Il est certain que notre élite intellectuelle a tout à gagner de coordination des esprits. A mesure que s'allonge la liste de nos associations, nous sentons naturellement grandir l'arbre de notre vie française. Ce n'est donc pas trop de souligner à l'admiration des nôtres cette nouvelle entreprise qui nous ouvre de nouveaux horizons sur les possibilités d'étendre le rayonnement de nos aspirations sur ce continent.

A l'issue de son deuxième Congrès, l'Association Médicale Franco-Américaine a élu ses officiers pour l'année 1937-38: Président Honoraire, le Dr W. C. Rocheleau, Worcester, Mass; Président, le Dr J. D. Milot, Fall River, Mass; 1er Vice-Président, le Dr E. Larochelle, Manchester, N. H.; 2ème Vice-Président, le Dr R. Larochelle, Biddeford, Me.; Secrétaire permanent, le Dr Henri E. Gauthier, Woonsocket, R. I.; Trésorier, le Dr Eugène Beauchamp, Springfield, Mass.

MONTREAL PHYSIOLOGICAL SOCIETY

Séance du 20 décembre 1937

Tension coronarienne et coronariectomie

par Mercier FAUTEUX.

A la séance de la Montreal Physiological Society tenue à McGill lundi le 20 décembre, le Docteur Mercier Fauteux rapportait, dans une note préliminaire, les résultats expérimentaux qu'il a obtenus en chirurgie cardiaque chez le chien.

M. Fauteux, considérant que les modifications tensionnelles qui surviennent au cours des coronarites, de la sclérose coronarienne, de la thrombose coronarienne, sont les facteurs les plus importants pour expliquer les troubles d'irrigation myocardique que l'on observe au cours de ces affections, cherche en agissant sur la tension coronarienne à développer une circulation coronarienne meilleure.

Il a ainsi mis au point une technique chirurgicale qu'il appelle la coronariectomie segmentaire associée à la ligature de la veine satellite. Chez les chiens opérés, il a réséqué le tronc de la branche coronarienne gauche à partir de son origine, immédiatement au-

dessous de la branche circonflexe; les branches émergeant de ce tronc étant minutieusement conservées; dans la même séance opératoire, il a ligaturé la veine satellite de ce segment artériel. Malgré ces résections coronariennes assez étendues, à un niveau où généralement à la suite de ligatures surviennent des accidents immédiats graves, souvent même mortels, tous les chiens ont survécu et cliniquement présentent une apparence de santé normale. Certains de ces chiens furent opérés il y a au delà de trois mois.

Dans une publication prochaine, il sera fait part de l'étude des courbes électrocardiographiques prises au cours de ces expériences, ainsi que de l'étude des sections histologiques pratiquées sur ces cœurs opérés.

JOURNÉES D'ÉTUDES DES RADIOLOGISTES

Pour la première fois dans la province de Québec, l'Association canadienne des radiologistes a tenu les 10 et 11 janvier 1938, à Montréal, ses journées d'études traditionnelles.

Des radiologistes de carrière tant canadiens-français que canadiens-anglais y ont présenté d'importants travaux. Les séances de la première journée eurent lieu à l'Institut du Radium, celles de la seconde journée, à l'Hôpital Général. Ce sont les docteurs Léglius-A. Gagnier et Lloyd Ritchie, tous deux conseillers de l'Association, qui ont préparé ce congrès qui a fait époque parmi nos médecins et nos savants et qui a réuni nombre de personnalités canadiennes venues de l'Ontario et des provinces maritimes.

Voici la liste des travaux qui ont été présentés, en anglais pour la plupart, par les radiologistes dont les noms suivent ainsi que le titre de leurs communications:

Liste des travaux

- Première journée d'étude, à l'Institut du Radium:
 9 h. 15 — Ouverture par l'honorable Albiny Paquette, ministre de la Santé.
 9 h. 30 — *La radiographie médico-légale*, par le Dr L.-A. Gagnier, senior.
 9 h. 50 — *L'organisation syndicale des Médecins français*, par le Dr E. Laquerrière.
 10 h. 15 — *Constataions radiologiques étranges interprétées à la lumière de l'anatomie comparée et de l'embryologie*, par le Dr R. Potvin.
 10 h. 50 — *Utilité de la compression dosée dans l'exploration gastro-duodénale*, par le Dr E. Perron.

11 h. 20 — *Contribution au traitement du cancer du rectum, par la Radiothérapie*, par le Dr E.-P. Grenier.

11 h. 45 — *Le facteur-temps dans les traitements Rœntgénétherapiques administrés il y a quinze ans aujourd'hui, à l'Institut du Radium de l'Université de Montréal*, par les docteurs J.-E. Gendreau et O. Du-fresne.

Midi et demi — Lunch offert gracieusement par la maison Dupuis Frères.

2 h. — Visite de l'Institut du Radium.

2 h. 30 — *Quelques aspects radiologiques en pédiatrie*, par le Dr A. Comtois.

3 h. — *Télérœntgénéthérapie dans les affections des organes hématopœïétiques, et dans certaines autres affections*, par les docteurs G.-E. Gendreau et O. Du-fresne.

3 h. 30 — *Considérations sur les aspects de la maladie osseuse de Paget et des affections voisines*, par les docteurs A. Juras et G. Pinsonnault;

4 h. — *Lipiodobronchographie*, par le Dr J. Gosselin.

4 h. 30 — *Certains aspects radiothérapeutiques du cancer de la bouche*, par le Dr H. Lacharité.

4 h. 50 — *La cinéradiographie des systèmes digestif et génito-urinaire, par le procédé direct de Van de Maele*, par le Dr J.-E. Gendreau.

5 h. 30 — *La radiothérapie dans le cancer du sein*, par le Dr P. Brodeur.

5 h. 45 — *A propos de deux cas de hernie diaphragmatique*, par le Dr E. Laquerrière.

6 h. 30 — Dîner au Cercle Universitaire, offert par la Société canadienne-française d'électroradiologie; l'orateur a été le Dr L. Pariseau.

8 h. — Discussion des intérêts professionnels.

Deuxième séance d'étude à l'Hôpital Général: *Diagnostic de certaines affections de l'estomac et du duodénum; étude radiographique de la base du crâne et des deux vertèbres supérieures; problème du diagnostic pulmonaire; étude radiographique de lésions osseuses; problèmes de fluoroscopie.*

Membres du Comité

Voici la composition du bureau de l'Association canadienne des radiologistes: président, le Dr W.-A. Jones, de Kingston; vice-président, le Dr J.-E. Gendreau, de Montréal; secrétaire, le Dr A.-C. Singleton, de Toronto; conseillers, les Drs C.-W. Prowd, de Vancouver; W.-Herbert McGuggin, de Calgary; C.-M. Henry, de Regina; Digby Wheeler, de Winnipeg; W.-M. Gilmore, de Stratford, représentant l'ouest de l'Ontario; Paul Brodeur, d'Ottawa, représentant l'est de l'Ontario; F.-H. Shannon, de Toronto, représentant le centre de l'Ontario; Lloyd Ritchie, de Montréal, représentant l'élément anglais de la métropole; Léglus-A. Gagnier, de Montréal, représentant l'élément français de la métropole; J.-E. Perron, de Québec; S.-R. Johnston, d'Halifax; A.-S. Kirkland, de Saint-Jean, Nouveau-Brunswick; G.-F. Richards, de Toronto, président du comité de ralliement entre les diverses sections.



NÉCROLOGIE

Le Professeur Dalbis

Nous publierons prochainement des notes plus complètes sur le professeur Dalbis, décédé au mois de novembre 1937, en France.

Ancien professeur de la Faculté des Sciences de l'Université de Montréal, personne n'aima et ne servit mieux le Canada français que Dalbis dont nous avons conservé un si vif souvenir, ainsi que de ses éblouissantes conférences.

Nous reproduisons, à son sujet, et sans plus tarder, un extrait de l'allocution prononcée par le Consul de France, M. Turck, à l'Alliance Nationale, le 1er janvier 1938:

« Le 10 novembre mourait à Montpellier notre compatriote Louis-Janvier Dalbis. Je ne voudrais pas qu'il eût quitté nos rangs sans lui adresser le mot d'adieu auquel lui donnent droit notre affection et notre admiration. Pour courte qu'aura été sa carrière, elle aura été féconde. Docteur en Sorbonne, professeur émérite de l'Université de Montréal, secrétaire général de l'Alliance française au siège social de Paris, président-fondateur de l'Institut scientifique franco-canadien, l'œuvre qu'il poursuivait en particulier depuis plus de dix ans au Canada français est sans conteste de celles dont il était en droit, et nous avec lui, d'être fier.

« Merveilleusement doué, Dalbis était un animateur hors pair. Son activité se dépensait sans compter. De l'administrateur, il avait l'ordre, la lucidité, la droiture, le désintéressement, la suite dans les idées. Les soucis multiples de son entreprise n'altéraient ni sa bonne humeur, ni son entrain, ni la charmante fantaisie qu'il avait dans l'esprit. Ses forces physiques l'ont finalement trahi à l'âge — il avait 56 ans — où d'ordinaire la maturité apporte à l'homme ses plus beaux fruits. Se sachant gravement atteint il refusa de céder aux instances de ses amis qui lui conseillaient de prendre du repos. Décidé à lutter jusqu'au bout, il tint à lire à la séance de clôture du Congrès général de l'Alliance française, à Paris, le 11 juillet dernier, debout, n'y voyant presque plus, le rapport qu'il avait péniblement rédigé, je veux dire en ceignant ses reins des restes de son indomptable énergie. »

Nous nous associons de tout cœur à cet hommage si cordial et non moins véridique à la mémoire de notre cher et ancien ami. Nous le saluons très bas !

LeSAGE.

Le Docteur Jean Lamontagne

1909—1937

A 28 ans, après une longue et douloureuse agonie, notre jeune ami a succombé, malgré sa jeunesse, à un mal qui tient longtemps enchaînée mais ne lâche jamais sa proie. C'est une perte pour sa famille, ses amis, l'hôpital Saint-Luc et l'Université de Montréal. Doué de solides qualités intellectuelles et morales, possédant une belle éducation et une forte instruction médicale, bienveillant autant que dévoué, toujours souriant et de fort belle allure, il pouvait escompter un brillant avenir; mais Dieu avait, déjà, scellé son destin!

Soumettons-nous à cette triste éventualité, mais regrettons-le.

Il emporte dans sa tombe un souvenir ému que ses amis adressent au Dr Aimé Lamontagne, son père, à sa mère éplorée et à sa famille. Nous y joignons celui de l'*Union Médicale du Canada* qu'il lisait assidûment et qu'il aimait comme un ancien aime son Alma Mater.

Pour toutes ces raisons, il apparaît déjà plus grand qu'hier.

La mort ressemble quelquefois à un lever de rideau derrière lequel se dissimule une âme souvent inconnue et qui semble s'iriser dans son vol à travers les espaces infinis!

LeSAGE.

HERTEL LEFÉBURE DE BELLEFEUILLE

Le 7 novembre 1937 mourait à l'hôpital Sainte-Justine le docteur Hertel de Bellefeuille, à l'âge de vingt-neuf ans. Il était le fils du professeur Gaston Lefebure de Bellefeuille, notre distingué aliéniste.

Peu de carrières s'annonçaient plus brillantes que celle de notre jeune collègue. En 1934 il entra comme interne à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu avec l'intention de se spécialiser en psychiatrie. Après un an de travail fécond sous la direction de son père, il partait en septembre 1935 avec sa jeune femme pour continuer ses études dans les centres psychiatriques belges. Il s'embarquait le jour même de son mariage, heureux et confiant dans l'avenir. Il passa une année

là-bas, travaillant plus spécialement à Bruxelles dans le service du professeur Vermeylen, et revint au Canada en 1936. Peu après son retour, il rentrait comme médecin bénévole à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu où il travailla jusqu'à la limite de ses forces; pourtant lorsque nous l'avons vu nous quitter à la fin de l'été personne ne doutait qu'il ne nous revînt au bout de quelques mois de repos. Quelle ne fut pas la douloureuse surprise de tous ses collègues lorsqu'ils apprirent l'aggravation soudaine de son état et sa brusque mort! Hertel était le plus jeune de nous tous et la brièveté de sa vie nous surprenait comme une chose inconcevable.

Hertel de Bellefeuille semblait particulièrement appelé à la vocation d'aliéniste: non seulement il avait le goût des études psychiâtriques qu'il poursuivait méthodiquement, mais il possédait, à un degré émi-

nent, à côté des qualités de sérieux, de bonté, de dévouement qui sont celles du vrai médecin, les petites vertus qui sont indispensables dans un hôpital d'aliénés. Il savait être ferme et conciliant tour à tour, gai, toujours patient jusqu'à l'affabilité. Tous les malades l'aimaient. Son père avait la joie de s'en faire un collaborateur; ses collègues appréciaient son caractère serviable et son urbanité, tous avaient été heureux de le voir revenir travailler avec eux.

La mort imprévisible vient de jeter bas toutes les espérances qu'on pouvait fonder sur lui. A sa femme si brutalement frappée, à son malheureux père, au nom de ses collègues et de ses confrères, nous offrons ce témoignage de notre sympathie et de nos regrets et nous les prions de croire à nos très vives et très sincères condoléances.

Paul LARIVIERE.



NOUVELLES

COMITÉ DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE

Sur l'invitation conjointe du Ministère Provincial de la Santé et de l'Exécutif de l'Association Canadienne Anti-tuberculeuse, des représentants de toutes les institutions hospitalières spécialisées en tuberculose, des représentants des Universités, du Ministère de la Santé, du Service de Santé de la ville de Montréal, furent convoqués pour former un comité de Défense contre la tuberculose.

Les membres élus pour ce comité sont les suivants:

Président honoraire: L'honorable Dr A. Paquette, Ministre de la Santé.

Vice-président honoraire: Le professeur J.-E. Dubé.

Trésorier honoraire: M. Ubald Boyer.

Président: Professeur J.-A. Jarry.

Vice-président: Dr Emile Nadeau, Québec.

Secrétaire-général: Dr Georges Grégoire, Québec.

Trésorier: au choix du secrétaire-général.

Membres: Dr S. Boucher, directeur du Service de Santé de Montréal; Dr J.-G. Wherrett, secrétaire de l'Association Canadienne anti-tuberculeuse; Dr G. Fleming, doyen de la Faculté de Médecine, Université McGill; Dr R. Desmeules, représentant de la Faculté de Médecine de l'Université Laval, Québec; Dr J.-A. Vidal, représentant de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal; Dr G. Mignault, président du Bureau Médical, hôpital du Sacré-Cœur; Dr Hervé Beaudoin, directeur médical du Sanatorium Cook, Trois-Rivières;

Dr R. Foley, épidémiologiste, représentant du Ministère de la Santé.

Ce comité sera incorporé sous l'acte d'incorporation des compagnies de la province de Québec.

Le premier but de ce comité consiste à étudier le problème antituberculeux et agir comme centre d'organisation et comme conseil dans la campagne antituberculeuse de la province. Nous pouvons donc espérer qu'à l'avenir, la direction de la lutte antituberculeuse étant centralisée, toutes les institutions travailleront sous une même direction dans la poursuite du même idéal, scientifique et social: pour le plus grand bien général. Pour atteindre ce résultat, il faut le concours de toutes les bonnes volontés, il faut une amicale collaboration entre les médecins spécialisés et les praticiens, respectant les devoirs et les droits de chacun, il faut, en un mot, de la loyauté et du dévouement toujours pour le plus grand bien de ceux qui sont atteints de cette longue et cruelle maladie.

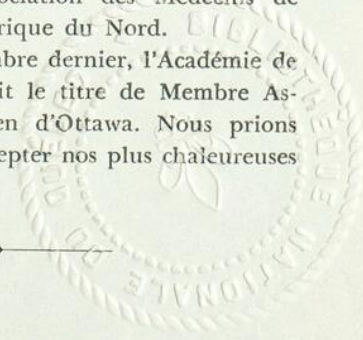
J.-A. VIDAL.

NOS FÉLICITATIONS !

Le Docteur R.-E. Valin, d'Ottawa

Tous nos lecteurs seront heureux d'apprendre l'honneur qui vient d'être conféré au docteur R.-E. Valin, Directeur-Général de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

A sa réunion du 9 décembre dernier, l'Académie de Chirurgie de Paris décernait le titre de Membre Associé à l'éminent chirurgien d'Ottawa. Nous prions donc le Docteur Valin d'accepter nos plus chaleureuses félicitations.



LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

L'assemblée annuelle du Collège fut tenue à Ottawa le 30 octobre dernier. Il y eut rapport sur les examens qui eurent lieu en 1937 et sur l'octroi des diplômes d'agrégés (Fellows).

Des examens écrits eurent lieu sous la surveillance des invigilateurs à Halifax, Québec, Montréal, Toronto, Edmonton et Vancouver.

Les examens oraux et cliniques eurent lieu à Montréal et à Québec.

Il y eut 47 candidats pour l'Examen primaire. 25 furent admis:

James Preston Robb, Westmount; Ronald R. Wilson, Carleton Place, Ont.; Wilbert P. Brien, Windsor, Ont.; Cyril K. Benson, King, Ont.; Macia Campbell (Miss), Toronto; Clarence R. S. Davidson, Woodstock, Ont.; Kenneth G. Greer, Toronto; David W. P. Johnston, London, Ont.; John A. Hildes, Toronto; Stanley M. Hudecki, Hamilton; William K. Kerr, Toronto; George A. Lane, Sault Ste. Marie; David W. Lougheed, Toronto; Robert H. More, Toronto; George O. Watts, Toronto; James G. Watt, Toronto; Allen F. Graham, Toronto; Joseph G. La Salle, Quebec; René Letienne, Quebec; Jacques Turcot, Quebec; Arthur F. Vallée, Quebec; Joseph M. C. Bertrand, Sherbrooke, P. Q.; Paul E. Belisle, Montreal; Wilfrid Gosselin, Amos, Abitibi, P. Q.; Aimé Pelletier, Joliette, P. Q.

Sept candidats se présentèrent à l'examen final dans la Division de Médecine, dont trois furent passés:

Richard Lessard, Québec, P. Q.; Charles B. Rich, Provost, Alta.; Lewis D. Wilcox, London, Ont.

Il y eut 11 candidats à l'examen final dans la Division de Chirurgie, dont les suivants furent passés:

Alexander S. Allen, Kiating, Szechwan; Edmund H. Botterell, Toronto; Stuart D. Gordon, Toronto; Victor O. Mader, Halifax; Ross Robertson, Gravenhurst; William C. Whiteside, Edmonton.

Un agrégat avec distinction fut accordé à Walter Ford Connell, M.R.C.P. (Lond.), 1932, Kingston, Ont., et Ralph Richard Fitzgerald, F.R.C.S. (Eng.), 1933, Montréal, Qué.

Les examens de 1938 seront tenus en octobre. Les examens écrits le seront dans différents centres; les examens oraux et cliniques, à Winnipeg et Toronto, et pour les candidats de langue française, à Montréal et à Québec.

Les officiers pour les prochains deux ans furent dûment élus et instaurés, et les nouveaux membres du Conseil le furent pour quatre ans.

Officiers et membres du Conseil du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada

OFFICIERS: *Président*, Dr George S. Young (médecin), 631 Medical Arts Building, Toronto, Ontario; *Vice-président*, Dr Clifford R. Gilmour (médecin), 275 Dromore Avenue, Winnipeg, Manitoba; *Vice-président*, Dr William E. Gallie (chirurgien), Medical Arts Building, Toronto, Ontario.

EXECUTIF: *Secrétaire honoraire*, Dr Warren S. Lyman (médecin), 292 Somerset Street, Ottawa, Ontario; *Trésorier honoraire*, Dr R. E. Valin (chirurgien), 165 Laurier Avenue E., Ottawa, Ontario.

Le Conseil

MEDECINS: Drs J. A. Bauer, Hamilton; G. L. de Bellefeuille, Outremont, P. Q.; J. G. FitzGerald, Toronto; H. A. Farris, Saint John, N. B.; A. H. Gordon, Montreal; C. R. Gilmour, Winnipeg; W. A. Jones, Kingston, Ont.; H. C. Jamieson, Edmonton; H. S. Little, London, Ont.; K. A. MacKenzie, Halifax; M. P. A. Vallée, Quebec; G. S. Young, Toronto.

CHIRURGIENS: Drs A. T. Bazin, président sortant, *ex-officio*, Montréal; E. B. Alport, Regina; B. G. Bourgeois, Montréal; F. Etherington, Kingston, Ont.; W. E. Gallie, Toronto; J. A. Gunn, Winnipeg; J. S. McEachern, Calgary; J. G. MacDougall, Halifax; F. S. Patch, 1225 Bishop Street, Montréal, P. Q.; W. G. Penfield, Montréal; G. A. Ramsay, London, Ont.; G. E. Seldon, Vancouver; C. Vézina, Québec.

FÉLICITATIONS

Le Dr Jean Grégoire, sous-ministre de la Santé. — Le Dr Adélard Groulx, directeur du service de la Santé de la Cité de Montréal.

L'Union Médicale du Canada et le *Bulletin de l'A. M. L. F. A. N.* sont heureux de présenter leurs plus sincères félicitations aux Docteurs Grégoire et Groulx, confrères de la promotion de 1924 à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, qui viennent d'être promus à des postes d'importance. Nous les prions d'agréer nos vœux de succès dans l'accomplissement de leurs nouvelles fonctions.

LA RÉDACTION.

LUSALDOL

COMBINAISON MOLÉCULAIRE STABLE

de l'ALDÉHYDE FORMIQUE

Bactéricide énergétique éprouvé

et du RICINOLÉATE DE SOUDE

Savon immunisant doué de propriétés détoxiquante et antigénique.

Absence de toxicité et de causticité.

C'est le seul désinfectant qui détruit et fait disparaître les mauvaises odeurs sans y substituer une autre odeur plus ou moins agréable.

Solution:

Pansements des plaies, Accouchements . . . à 1%
 Douches vaginales, leucorrhées, vaginites 1/2 à 1%
 Stérilisation des instruments, Désinfection 1 à 3%
 2 cuil. à thé dans une pinte d'eau == à 1%

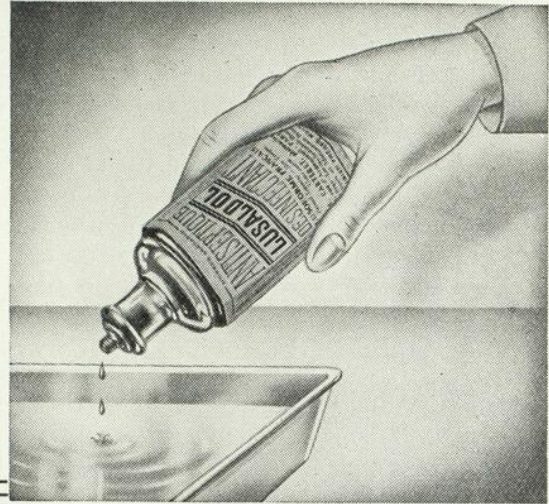
M. CARTERET, Pharmacien
 15, rue d'Argenteuil, Paris, France

Concessionnaires pour le Canada:
 ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL

ANTISEPTIQUE

DÉSINFECTANT

DÉSODORISANT



La NÉO-GASTRICINE

extrait total de muqueuses fraîches d'estomacs de porcs et de veaux de lait, renferme tous les ferments gastriques naturels suractivés par un catalyseur métallique (Manganèse) et additionnés de toniques amers: la Gentiane et le Condurango.

INSUFFISANCE GASTRIQUE
 DIGESTIONS LENTES ou PÉNIBLES
 ANOREXIE — GASTRITE — ULCÈRES
 HYPOPEPSIE HYPERCHLORHYDRIQUE

Son administration permet de rétablir le fonctionnement physiologique de l'estomac.

Dr E. DUHOURCAU, de Cauterets (Hautes-Pyrénées), France.

Concessionnaires: ROUGIER FRÈRES, Montréal.

LES RAYONS X ONT UN NOUVEL USAGE

Un usage relativement nouveau des rayons X au moyen d'une machine qui fait tourner les coins autour des os et photographier une tranche du corps humain à toute profondeur désirée, a été décrit par le Dr S. Moore, Jean Kieffer et le Dr W.-G. Scott, de St-Louis.

Plusieurs des 2,000 radiologistes assistant au 5e congrès international de radiologie ont dit que le travail du nouvel appareil appelé « laminagraphe » était « étonnant et presque incroyable ».

M. Kieffer a ajouté que la nouvelle machine permettait de traiter des tumeurs ou du cancer situés à bonne profondeur; il était pratiquement impossible jusqu'ici de traiter ces excroissances.

LE DOYEN TIFFENEAU

Le 28 octobre dernier, l'assemblée de la Faculté de Médecine de Paris a désigné comme doyen le professeur Tiffeneau, au remplacement du professeur Roussy, devenu recteur de l'Académie de Paris.

Le professeur Marc Tiffeneau est né le 7 novembre 1873, à Mouy (Oise). De 1910 à 1924, il occupa la chaire de pharmacologie et de matière médicale à la Faculté de Médecine; puis, à partir de 1924, il enseigna la chimie aux étudiants du P. C. N., à la Sorbonne. Chimiste remarquable, très estimé pour ses travaux scientifiques, docteur ès sciences, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, le professeur Tiffeneau est membre de l'Académie de Médecine depuis 1927; il a, à plusieurs reprises, représenté la France aux commissions scientifiques de la Société des Nations, notamment pour la standardisation des médicaments et pour la lutte contre les toxicomanies.

A la Faculté, il s'est fait remarquer par la clarté et le caractère pratique de son enseignement, et il a introduit le même esprit dans les travaux pratiques de pharmacologie et de matière médicale. Enfin, sous son impulsion, les recherches de chimiothérapie ont, en ces dernières années, pris un essor remarquable dans le laboratoire de recherches qu'il a créé et qu'il dirige.

À L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal vient de faire des nominations importantes à l'hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville. Le Dr Louis Verschelden, chef de service en maladies du poumon; le Dr Joseph Millet, adjoint; le Dr Gérard Rolland,

affecté au service de la chirurgie thoracique, assistant-chirurgien de l'hôpital; le Dr Marcel Verschelden; le Dr Gaétan Jarry, médecins du dispensaire antituberculeux.

L'ACADÉMIE DES SCIENCES AU PROF. E. SAINT-JACQUES

L'Académie des Sciences a accordé une mention honorable au Prof. Eugène Saint-Jacques (prix Montyon) pour ses travaux sur le carbone. Nous lui adressons nos plus sincères félicitations.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Le Dr Léon Gérin-Lajoie a été élu président de la Société Médicale de Montréal, au cours d'une réunion à l'hôpital de la Miséricorde. Cette société a choisi son conseil pour la prochaine année. Le Dr Georges Migneault, de l'hôpital du Sacré-Cœur, a été élu vice-président et le Dr G.-A. Séguin a été réélu secrétaire-trésorier. Le Dr Albéric Marin, président sortant de charge, a remercié les membres de la société de la confiance qu'ils lui ont manifestée et de la collaboration qu'ils lui ont accordée.

HONNEUR CONFÉRÉ AU DOCTEUR EDW. ARCHIBALD

S. Exc. le comte de Dampierre, ministre de France au Canada, a conféré le degré de docteur en médecine honoris causa de l'université de Paris au Dr Edward-W. Archibald, en l'université McGill, en présence de nombreux professeurs, et de représentants de l'université de Montréal et de la ville de Montréal.

M. Lewis William Douglas, principal et vice-chancelier, a signalé l'heureuse circonstance réunissant dans la même salle les représentants de la ville et des deux universités en présence des représentants de la France, pour honorer un des fils les plus distingués de l'université McGill.

Le comte de Dampierre s'est dit heureux de saluer l'Université McGill, dont la renommée a depuis longtemps traversé l'océan. Rappelant les discours prononcés par sir Edward Beatty et par le nouveau principal lors de sa récente installation, il a affirmé que ces discours contenaient des pensées qui ne peuvent pas ne pas émouvoir des cœurs français.

Thérapeutique Gynécologique

STOVAGINAL

(Pansement sec au Stovarsol)

Pour le traitement de la

LEUCORRHÉE

COMPRIMÉS VAGINAUX renfermant
0 gr. 25 de Stovarsol (acide oxyacétylamino-
phénylarsinique), de l'acide borique et un ex-
cipient spécial à base d'hydrate de carbone.

(En boîte de 20 comprimés)

Littérature détaillée sur demande.

Laboratoires **POULENC FRÈRES** du Canada, Ltée
Distributeurs: **Rougier Frères**, 350, rue Lemoyne, Montréal

Le Dr Archibald a remercié le ministre de France d'abord en anglais, puis dans un excellent français. « Je laisse parler mon cœur, dit-il. Il y a plus de 40 ans, j'ai étudié en France, à l'université de Montpellier. J'étais étudiant en médecine. Même avant cette époque, j'avais conçu une grande amitié pour la vieille France, de sorte que, maintenant, l'honneur que l'université de Paris a bien voulu m'accorder, m'est d'autant plus précieux. Je ne puis dire combien je suis reconnaissant à l'université de Paris. Je vous remercie pour votre bonté personnelle, monsieur le ministre, qui avez bien voulu venir vous-même me remettre les insignes de docteur en médecine « honoris causa ».

INSCRIPTIONS HÂTIVES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ LAVAL

Cent cinq jeunes gens se sont déjà inscrits à la faculté de médecine de l'université Laval pour les cours de première année, qui commenceront en septembre 1938. Evidemment, les Québécois y sont peu nombreux, puisque la coutume veut qu'ils ne s'inscrivent qu'après le baccalauréat de juin. Mais la popularité de la faculté de médecine est telle que l'an passé, on a dû refuser plus de 400 demandes d'inscription venant des Etats-Unis. Aussi, bon nombre de jeunes Américains ont-ils voulu prévenir l'affluence et se sont-ils inscrits longtemps à l'avance.

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTRÉAL

Bureau élu pour 1938: Président, M. Eugène St-Jacques; Vice-président, M. Léon Gérin-Lajoie; Secrétaire général, M. Mercier Fauteux; Trésorier, M. J.-H. Rivard; Secrétaire annuel, M. P. Bourgeois; Archiviste, M. Pierre Smith.

DEUXIÈME CONGRÈS DE L'INSUFFISANCE RÉNALE

Le 2e Congrès de l'Insuffisance rénale se tiendra à Evian du 21 au 24 septembre 1938. Ce congrès, organisé par la Société Médicale d'Evian, aura pour Président le Professeur F. Rathery et pour Vice-Président le Professeur M. Chevassu. Il aura essentiellement pour objet l'insuffisance rénale dans ses rapports avec les diverses maladies d'organes.

Les Rapports prévus, dont la liste détaillée sera prochainement publiée, seront faits par MM. les Prs Ambard (Strasbourg), L. Binet (Paris), Castaigne (Clermont-Ferrand), Chauvin (Marseille), Chevassu, Chiray, R. Debré (avec les Drs Julien-Marie et M.-L. Jammet), N. Fiessinger (Paris), Paul Govaerts (Bruxelles), Lepoutre (Lille), Michaud (Lausanne), Mouriquand (Lyon), Piery (avec le Dr Milhaud) (Lyon), L. Rimbaud (avec le Pr. agr. P. Rimbaud) (Montpellier), M. Roch (avec les Drs E. Martin et R. Junet) (Genève), Henri Roger (Marseille) et Y. Poursines (Beyrouth), par MM. les Prs agr. E. Chabrol, C. Lian (avec le Dr F. P. Merklen), Pasteur Vallery-Radot (avec le Dr M. Derot) (Paris), et par MM. les Drs I. Daniel (Bucarest), P. Froment et Bachman (Paris).

Des communications pourront être présentées, à condition qu'elles se rapportent à l'objet du Congrès et que leurs titres parviennent au Secrétariat Général avant le 15 juillet 1938 au plus tard. Secrétariat Général: Drs E. P. Merklen et M. Derot; Secrétaire adjoint: Dr V. Ballet.

Pour toute demande d'inscription ou de renseignement, s'adresser au *Secrétariat du Congrès*: 138, Avenue des Champs Elysées à Paris 8ème.



ANÉMIES

DÉFICIENCES ORGANIQUES

TREPHONYL

SIROP — AMPOULES BUVABLES

Sérum Hémopoiétique (Hémostyl)**Extrait hépatique de foie fœtal****Suc embryonnaire.**

D'après CARREL, les TREPHONES du SUC EMBRYONNAIRE n'agissent pas en excitant la division cellulaire mais en apportant aux cellules les principes nutritifs indispensables à leur CROISSANCE et à leur MULTIPLICATION.

Durée moyenne du traitement: 18 jours environ

Aucune contre-indication

La dose (1 à 2 cuillerées à soupe) se prend à jeun à distance des repas.

Laboratoires du Dr ROUSSEL, 97, rue de Vaugirard, PARIS.

Agents pour le Canada: **J. EDDÉ Ltée, New Birks Bldg., MONTRÉAL**

PEPTO-KOLA ROBIN

PEPTONATE DE FER ROBIN

GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

NUCLÉARSITOL ROBIN

GRANULÉ - COMPRIMÉS - INJECTABLE**TUBERCULOSE - FIÈVRES PALUDÉENNES****LYMPHATISME - SCROFULE**

R. C. 221839

LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

J. EDDÉ Limitée
Agent

REVUE DES LIVRES

Les régulations hormonales en biologie, en clinique et en thérapeutique. Rapports présentés aux Journées Médicales de Paris Internationales, 1937. Un volume, J.-B. Baillière et Fils, éditeur, Paris.

Le comité directeur des Journées Médicales ont pu obtenir le concours de savants français et étrangers qui ont présenté, à Paris, des exposés synthétiques couvrant tout le champ des connaissances actuelles en Endocrinologie. Ces exposés ont été colligés et réunis en un volume. Ils constituent un symposium de la question, ou encore une synthèse complète et la plus récente de l'Endocrinologie. Ces travaux sont un complément à ceux qui avaient été exposés en 1934 et 1935 dans « The Journal of the American Medical Association » sous les auspices du « Conseil américain de Chimie et de Pharmacie » et qui avaient été également réunis en volume. Nous avons résumé alors ces travaux dans l'« Union Médicale du Canada » pour le bénéfice de ses lecteurs.

Ces initiatives deviennent, à notre époque, un besoin: elles doivent être prises et réalisées par des spécialistes à des intervalles réguliers. Si elles sont utiles à l'égard de tous les domaines de la médecine, elles se font essentielles quand elles ont trait à l'étude des glandes endocrines. Le Professeur Paul Carnot écrit fort pertinemment dans l'avant-propos de l'ouvrage: « les exposés, au nombre d'une centaine, rassemblés dans ce volume... contribuent, par une juxtaposition, une mise au point et une vue d'ensemble sur un des problèmes les plus passionnants, mais aussi les plus mouvants de l'heure. Chaque jour, en effet, apporte sa part, tantôt d'humbles faits, pierres nouvelles au magnifique édifice, tantôt de grandes découvertes qui nous ouvrent brusquement des horizons insoupçonnés. *Aussi ceux qui ne consacrent pas leur vie à cette étude, éprouvent-ils quelque désarroi; ils s'essoufflent à suivre la marche vertigineuse de l'Endocrinologie moderne; ils n'en utilisent trop souvent qu'au petit bonheur des conquêtes thérapeutiques.* » Car l'Endocrinologie est une partie de la Médecine difficilement accessible par le médecin praticien et le clinicien non spécialisé. Elle comporte une part importante d'expériences biologiques et bio-chimiques qui ne peuvent être assimilées et dosées hiérarchiquement par le profane de la médecine. Je devrais même dire qu'elle repose et grandit sur ce terrain ex-

périmental. D'autre part, participante retardataire à l'évolution de la science médicale, elle semble vouloir brûler les étapes, rattraper le temps perdu et même dépasser la progression des autres parties plus vieilles et traditionnelles. Elle prend une telle importance dans le domaine de la physiologie et de la pathologie, qu'elle provoque une véritable révolution des concepts et des dogmes médicaux, qu'elle en ébranle même les assises philosophiques. L'humorisme hippocratique renaît; rajeuni, et transformé, il rejette dans l'ombre les données pathogéniques qui avaient découlé de la doctrine pastorienne. On l'assaisonne à une sauce nouvelle et on le resert par le truchement des découvertes récentes de l'Endocrinologie. Tout cela est cependant de la spéculation, des jeux intéressants, mais trop souvent stériles, de l'esprit raisonneur et édificateur. Ce qui importe et ce qui compte, c'est d'être au courant des connaissances utiles et modernes en glandes endocrines, sur les faits physiologiques et pathologiques d'icelles solidement acquis; c'est d'être instruit de la thérapeutique endocrinienne du moment, selon ses indications importantes, son efficacité circonstanciée et élective, selon les extraits et les voies d'introduction à être employées.

Le volume qui fait l'objet de cette analyse remplit ces « desiderata »; il couvre le champ de l'Endocrinologie moderne. Les questions y sont traitées par des savants éclairés; des exposés, par un ensemble, constituent une somme parfaitement à date des connaissances concernant ce domaine si important et complexe de la médecine moderne. Il devrait être entre les mains de tout médecin praticien et clinicien.

Roma AMYOT.

Précis de diagnostic chirurgical. Publié sous la direction de Ch. LENORMANT. Par Ch. LENORMANT, G. MENEGAUX, J. PATEL, J. SENEQUE, P. WILMOTH. Masson et CIE, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120 boul. Saint-Germain, Paris.

Le Professeur Lenormant et ses élèves, MM. G. Menégaux, J. Patel, J. Sèneque et P. Wilmoth, ont réalisé ce nouveau Précis qui se présente comme un ouvrage didactique avant tout destiné à l'enseignement et à la pratique chirurgicale. Chacun des Auteurs a travaillé avec son tempérament, mais un esprit unique a présidé, celui du Maître, pour lequel rien de ce qu'une

NOUVEAUTÉS ◆ ÉDITIONS BEAUCHEMIN ◆ NOUVEAUTÉS



AUTOUR DU MONDE

RÊVES ET RÉALITÉS D'UN VOYAGE

Description complète des religions, mœurs, coutumes, usages, amusements, (cinéma, danses) de tous les peuples de l'Orient, des Philippines, de la Chine et du Japon. Abondamment illustrée.

Format 9½ x 6¼, 344 pages de texte. 34 pages pleines de gravures. **Couverture imprimée** en 4 couleurs sur les 2 faces tel qu'illustré.

Le seul volume contemporain du genre qui puisse être mis entre toutes les mains.

par
l'abbé J.-C. Baudin

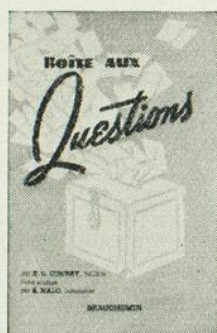
Aumônier du
Mont Saint-Louis

Série des quarante et une causeries données au poste de radio CKAC Montréal.

Prix: **\$2.00**

RÉPONSES DE DIEU AUX INQUIÉTUDES DE L'HOMME LA BOÎTE AUX QUESTIONS

PARAÎTRA
EN FÉVRIER



de **B. L. Conway, c.s.p.**
Traduction et adaptation
par

ADRIEN MALO,
franciscain.

•
**FORMER DES
MILITANTS
À L'ACTION
CATHOLIQUE**

•
L'exemplaire:
\$0.60
\$0.75 franco.

Ce volume contient en ses 448 pages environ, la réponse doctrinale à 1000 questions choisies parmi les 250,000 reçues pendant les trente et une dernières années, au cours de 432 missions de une à six semaines chacune, prêchées en 197 villes de 64 diocèses des Etats-Unis et du Canada: cette tournée avec la grâce de Dieu a fait plus de 6,200 conversions...

Le volume fut traduit en espagnol, en allemand, en flamand; le Père Adrien Malo nous donne la traduction française, la seule autorisée par l'auteur; son expérience du ministère lui a démontré péremptoirement l'actualité de cet ouvrage pour les lecteurs de langue française...

La première édition anglaise a atteint le beau chiffre 2,253,000 copies; la nouvelle édition compte déjà 320,000 copies...

Ce volume rendra de précieux services aux prêtres, aux religieuses et aux religieux, aux étudiants, aux cercles d'études, aux clubs qui s'occupent de questions religieuses, aux conférenciers, aux intellectuels, aux membres de l'Action Catholique, à tous les catholiques qui désirent se renseigner sur leur foi...

Préfacée par les cardinaux Gibbons et Hayes dans son texte anglais, l'édition française porte une magistrale **préface de S. E. Monseigneur Georges Gauthier**, archevêque-coadjuteur de Montréal.

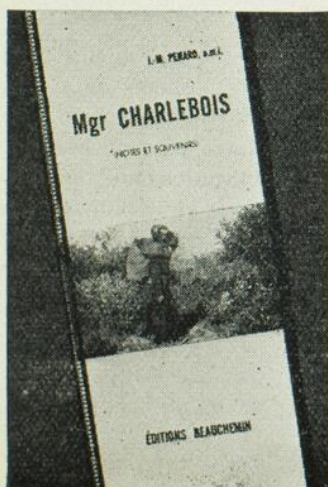
RETENEZ VOTRE EXEMPLAIRE DÈS MAINTENANT

M^{gr} CHARLEBOIS par le R. P. PÉNARD, o.m.i.

Voici la vie d'un missionnaire de plus que l'Ordre des Oblats de Marie-Immaculée a encore donné à notre Eglise canadienne, en ces temps où l'apostolat missionnaire brille avec tant d'éclat dans le monde catholique. La belle figure apostolique de Monseigneur Charlebois rayonne dans ce livre: on y découvre la profonde humilité du saint prélat, son zèle pour les âmes, son dévouement tout surnaturel pour les Indiens. La jeunesse tirera de la lecture de cette biographie un désir de vivre une vie d'apostolat. Ce livre suscitera des vocations.

Un volume, broché, 9¼ x 6¼ pces, 240 p.
avec illustrations sur papier glacé. Prix: l'exemplaire **\$1.00**

En vente chez tous les libraires et à la
Librairie **BEAUCHEMIN** Limitée, 430, rue St-Gabriel, Montréal.



méthode rigoureuse d'examen peut découvrir ne doit être laissé de côté et dont la pratique et l'esprit clinique ont su donner à chaque élément de diagnostic sa part, sa place et son rôle. L'unité de cet ouvrage est donc complète.

Un livre de Diagnostic n'est pas un livre de Pathologie. Si le sujet d'étude reste le même — la maladie — la façon d'envisager est toute différente; il ne s'agit pas ici d'en présenter la description systématique, mais de montrer par quels moyens pratiques on peut la reconnaître. Et si l'on reprend la vieille formule de Rabelais « que la médecine est une farce à trois personnages: le malade, la maladie et le médecin » c'est alors le malade qui passe au premier plan.

Les Auteurs décrivent donc méthodiquement les procédés d'exploration dans l'ordre où ils doivent être employés ainsi que les résultats que l'on peut en attendre. Ils confrontent ces résultats qui se complètent ou se contredisent; ils apprécient leur valeur relative et de leur association en tirent une certitude ou au moins une approximation touchant la nature de la maladie.

Ils se sont mis dans les conditions où le problème se pose au lit du malade, conditions très différentes suivant les cas. Aussi le mode d'exposition varie-t-il suivant les divers chapitres de ce livre, tout en restant clinique et pratique.

Cet ouvrage ne s'adresse pas aux débutants qui, dès leur première année d'études commencent à fréquenter l'hôpital, car il suppose déjà acquises des notions relativement étendues de pathologie chirurgicale. En l'écrivant, les auteurs ont pensé surtout aux étudiants plus avancés dans leur scolarité, aux candidats aux examens et aux concours, et aussi aux praticiens qui, chaque jour, aux prises avec les difficultés du diagnostic chirurgical, y rafraîchiront leurs souvenirs et y trouveront un guide clair et subtil.

Sans sortir du cadre de la clinique pure il a paru néanmoins nécessaire aux Auteurs de rappeler brièvement pour certaines questions, des données d'anatomie, d'anatomie pathologique ou de pathogénie qui sont indispensables pour comprendre ou interpréter les symptômes.

On trouvera aussi dans ce livre quelques brèves indications thérapeutiques bien que ce ne soit point un ouvrage de thérapeutique et encore moins de technique chirurgicale; mais il fallait indiquer quelles conclusions pratiques se dégagent de l'examen clinique et comment tel ou tel symptôme commande tel ou tel traitement.

L'illustration a été particulièrement soignée, les Auteurs ont tâché qu'elle fût véridique et moderne, aussi de nombreuses photographies de cas typiques et

de radiographies sans retouche viennent-elles s'intercaler dans le texte.

Les embolies artérielles des membres. Par H. HAIMOVICI. Préface de MM. R. Leriche et J. Fiolle. Un volume de 336 pages, avec 25 figures. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boul. Saint-Germain, Paris.

Ce travail constitue la première mise au point des embolies artérielles des membres. Il ne représente pas seulement une synthèse complète de tous les travaux qui ont paru sur ce sujet dans la littérature internationale, mais aussi un apport personnel extrêmement important. L'ouvrage comprend 3 parties: clinique, physiopathologique et thérapeutique.

Le tableau clinique des embolies artérielles des membres doit être révisé: des faits nouveaux permettent d'y apporter certaines retouches. Aussi les cliniciens seront-ils intéressés de trouver à côté de la forme classique, la seule bien connue jusqu'à présent, les formes suivantes: les embolies manquées (J. Fiolle) ou anischémiques (Haimovici), les embolies occultes (J. Fiolle), les artérites emboliques chroniques (Haimovici), etc.

L'auteur insiste sur les difficultés du diagnostic et il soumet à une critique judicieuse de nombreuses observations de thrombose artérielle aiguë et d'embolie.

Dans la deuxième partie est exposée la physiopathologie des accidents emboliques. L'analyse et l'interprétation de ces derniers étant malaisées par les simples constatations cliniques, l'auteur s'est adressé à l'expérimentation. Une confrontation constante des phénomènes locaux et généraux d'une part, et des constatations cliniques et expérimentales, d'autres part, permet d'étudier sous les véritables angles la pathogénie des accidents emboliques. On lira avec profit cette étude physiopathologique où sont exposés avec force détails de nombreuses notions au premier plan de l'actualité.

La thérapeutique constitue enfin la troisième partie de cet ouvrage. Elle s'inspire des données de la physiopathologie. Ces notions permettent ainsi de poser les indications thérapeutiques avec plus de précision. Les méthodes médicales (les infiltrations anesthésiques, les médications sympathicolytiques et vaso-dilatatrices, etc.) et les méthodes chirurgicales (embolectomie, artériectomie, sympathectomie, caténaire, etc.) sont ainsi longuement exposées avec grand soin.



Dans l'OBSCURITÉ. On dit que : "La nuit, tous les chats sont gris". Toutes les émulsions d'huile minérale, si on les examine superficiellement, peuvent paraître semblables. Mais observez Agarol d'une façon approfondie et vous le trouvez unique dans sa catégorie.

Aucune autre émulsion d'huile minérale ne surpasse Agarol en efficacité.

Aucun autre produit ne peut lui être comparé quant à la saveur et à l'absence de goût huileux. Les soins minutieux apportés à la préparation de l'Agarol—les ingrédients de qualité exceptionnelle qui entrent dans sa composition, le caractérisent vraiment comme un produit unique.

Si vous avez observé les désappointements causés par l'usage d'émulsions d'huile minérale de qualité incertaine, dans le traitement de la constipation, nous croyons que vous serez intéressés à mieux connaître le principe fondamental qui a su faire distinguer l'Agarol des autres produits similaires.

● Nous serions heureux de vous fournir l'occasion d'essayer l'Agarol. Ecrivez pour demander un échantillon généreux d'essai.



AGAROL est présenté en bouteilles de 6, 10 et 16 onces. La dose moyenne pour adultes est une cuillerée à soupe.

WILLIAM R. WARNER & CO., LTD., 727 King St. W., Toronto, Ontario

Les hépatites. Par Maurice LOEPER, professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine. Un volume de 262 pages avec 47 figures. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boul. Saint-Germain, Paris.

Ce livre est consacré aux hépatites, non à toutes les hépatites, mais à certaines d'entre elles et à certains points spéciaux de leur séméiologie ou de leur mécanisme.

L'auteur a envisagé plus encore que leur allure caractérisent et les élaborations toxiques qui en modèlent la cause qui les provoque, les lésions qui les lent la symptomatologie. Il a montré aussi ce qui les rapproche autant que ce qui les sépare.

Ces leçons ont été faites sur les malades observés à l'Hôpital Saint-Antoine, centre particulièrement riche de Pathologie digestive et de Clinique médicale.

CHAPITRES DE L'OUVRAGE

- I. — L'Insuffisance circulatoire du foie et le météorisme abdominal.
- II. — Hépatite ictérique bénigne à type catarrhal.
- III. — L'Association de la pancréatite à l'hépatite ictérique bénigne.
- IV. — Diagnostic de l'hépatite ictérique bénigne (les ictères bénins par rétention aiguë).
- V. — Les Hépatites de la lithiase du cholédoque.
- VI. — L'Hépatite spirochétosique.
- VII. — L'Hépatite ictérique maligne.
- VIII. — Le syndrome ictéro-œdémateux des hépatites.
- IX. — L'Hépatite bronzée.
- X. — Mélanodermie des hépatiques.
- XI. — Le cœur dans les hépatites chroniques.
- XII. — Les télangiectasies explosives cutanées et viscérales des hépatiques.
- XIII. — La tyraminémie des hépatites.
- XIV. — La péritonite tuberculeuse, complication des hépatites chroniques.

La stroboscopie du larynx. Séméiologie stroboscopique des maladies du larynx et de la voix. Par Jean TARNEAUD, oto-rhinolaryngologiste de l'hôpital Bellan et du Conservatoire National de Musique. 1 vol. 15 x 24 cm. de 90 pages, avec 8 figures. Librairie Maloine, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris (VIe).

- I. — La méthode Stroboscopique.
- II. — La Physiologie de la vibration des cordes vocales.
- III. — La Pathologie de la vibration.
- IV. — La valeur de l'examen Stroboscopique du larynx; étude critique.

Dans l'étude physiologique et pathologique du larynx et de la voix, l'examen stroboscopique a augmenté considérablement l'ensemble de nos connaissances.

Seule, la stroboscopie du larynx permet d'apprécier le conditionnement vibratoire des cordes vocales.

Après avoir exposé les principes de la méthode stroboscopique, l'auteur a analysé les éléments de la vibration et a exposé les théories explicatives du mouvement vibratoire des cordes vocales.

En pathologie, il existe des troubles de la fermeture glottique, de l'amplitude vibratoire, de la fréquence et de la forme vibratoires. Ces diverses données enrichissent la symptomatologie des affections neuro-musculaires du larynx.

La laryngostroboscopie permet de constater une anomalie de la vibration ou de la situation phonique des cordes vocales, à la base des troubles dits fonctionnels du larynx, qui correspondent à la majorité des affections vocales.

L'auteur a précisé la valeur scientifique et théorique de la stroboscopie, mais il s'est attaché avant tout à montrer l'intérêt pratique que cette nouvelle méthode d'examen présente dans l'étude des affections du larynx.

LIVRES REÇUS EN DÉCEMBRE 1937.

Précis de diagnostic chirurgical. Publié sous la direction de Ch. Lenormant. En 4 volumes. En vente chez Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Tome 1. — 764 pages avec 196 figures: Broché . 80 fr.
Cartonné toile 105 fr.

Tome 2. — 490 pages avec 138 figures: Broché . 50 fr.
Cartonné toile 70 fr.

Tome 3. — 964 pages avec 212 figures: Broché . 100 fr.
Cartonné toile 125 fr.

Tome 4. — 630 pages avec 168 figures: Cartonné 70 fr.
Cartonné toile 90 fr.

La stroboscopie du larynx. Par Jean Tarneaud. Volume de 85 pages. En vente à la librairie Norbert Maloine, Paris.

Rapports congrès international de l'insuffisance hépatique. Vichy 16-18 sept. 1937.

Le Portugal hydrologique et climatique. En 3 volumes: 1930-31, (2) 1934-35; Lisbonne.

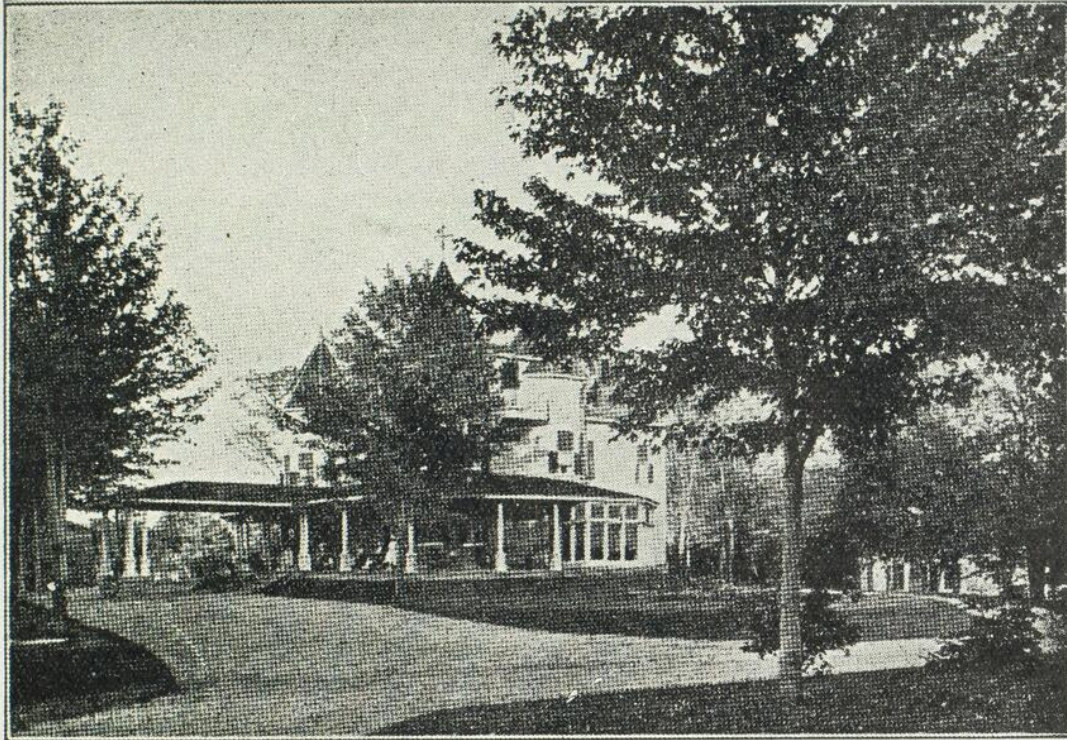
Eyestrain and convergence. Par N. A. Stutterheim, M. D., (Rand). Volume de 90 pages. Prix en Angleterre: 7s. 6d. net. Chez H. K. Lewis & Cie, 136 Gower St., London, W.C.1.

Les hépatites. Par Maurice Loeper. Volume de 262 pages, 47 figures. En vente chez Masson et Cie, éditeurs, Paris. 60 fr.

Les embolies artérielles des membres. Par H. Haimovici. Volume de 336 pages, 25 figures. En vente chez Masson & Cie, éditeurs, Paris. 55 francs.

SANATORIUM PRÉVOST

INCORPORE



ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHERAPIE

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

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

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

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

4455 Boulevard Gouin ouest,

Téléphone, BYwater 1240

Urticaire et Histamine. Par Noël FIESSINGER, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker; Alfred GAJDOS, assistant à la Faculté de Médecine de Paris. Un volume (25 x 16,5), 116 pages, 7 figures. 1937: 22 fr. Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris (6e).

Dans ce travail très documenté, les auteurs étudient le rôle de l'histamine dans la pathogénie des urticaires. Après une étude très approfondie de l'action cutanée de cette substance, Noël Fiessinger et Alfred Gajdos rapportent une série d'observations où l'urticaire récidivante, souvent rebelle à tout autre traitement, a été guérie par l'administration répétée de très petites doses d'histamine.

A ces observations cliniques s'attachent les chapitres consacrés à l'action pharmacodynamique de l'histamine et à son rôle dans les phénomènes anaphylactiques.

A la suite de ces études cliniques et biologiques, les

auteurs détachent l'urticaire du syndrome anaphylactique et la considèrent, avec les autres maladies hyperergiques (asthme, migraine, etc...), comme la manifestation clinique d'une hyperergie histaminique acquise.

Ainsi, ce livre aborde un des problèmes les plus captivants de la médecine contemporaine, celui des substances intermédiaires. De même qu'en physiologie, il existe des transmetteurs chimiques, adrénaline et choline, dans les fonctions nerveuses du sympathique et du parasympathique, de même il existerait en pathologie des transmetteurs chimiques. Pour l'urticaire, dans la grande majorité des cas, l'histamine joue le rôle d'intermédiaire entre l'agent étiologique et l'organisme.

L'étude de MM. Noël Fiessinger et Alfred Gajdos apporte des idées nouvelles dans le domaine si passionnant des maladies allergiques. Partant d'un sujet restreint, ils s'attachent aux données les plus modernes de la physiologie, en font pour ainsi dire la synthèse clinique et aboutissent à des résultats thérapeutiques des plus intéressants.



ELECTRARGOL

Argent colloïdal électrique à petits grains, stérile et stable

Constitue la base de la

MÉDICATION ANTI-INFECTIEUSE GÉNÉRALE ET LOCALE

Médecine: Pleurésies, Méningites, Phlébites.

Gynécologie: Métrites, Vaginites.

Chirurgie: Plaies, Suppurations, Fractures Ouvertes, Absès Superficiels, Phlegmons, Panaris, Absès du sein, Anthrax.

(Ampoules de 5 et 10 c.c.)

- **Collyre Electrargol** en ampoules compte-gouttes stérilisées de 25 c.c., permettant l'instillation nasale ou oculaire dans les meilleures conditions d'asepsie.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

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

GENESERINE

Polonovski et Nitzberg

granules — dragées — gouttes — ampoules.

SÉDATIF DES
TROUBLES SYMPATHIQUES

—♦—
HYPO-ACIDITÉ

—♦—
TACHYCARDIE

GENATROPINE

Polonovski et Nitzberg

granules — gouttes — ampoules.

SÉDATIF DU VAGUE

—♦—
HYPERCHLORHYDRIE

—♦—
SPASMES DIGESTIFS

—♦—
VOMISSEMENTS

GENOSCOPOLAMINE

Polonovski et Nitzberg

granules — gouttes — ampoules.

ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

—♦—
PARKINSONISME

—♦—
SYNDROMES
POSTENCÉPHALITIQUES

Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, Pharmacien, PARIS

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

ENFIN SUR LE MARCHÉ

Huile de foie de morue

GASPÉSIENNEDE TROIS
QUALITÉS

}	Huile de foie de morue
	Gaspésienne
	Vitiophos et Super-Vitiophos

Vitamine A	1800 unités	}	au gramme.
Vitamine D	100 unités		
Vitamine A	2500 unités	}	au gramme.
Vitamine D	250 unités		
Vitamine A	4000 unités	}	au gramme.
Vitamine D	1000 unités		

L'huile de foie de morue gaspésienne est fabriquée par la compagnie LES PRODUITS MARINS GASPÉSIENS avec la haute approbation et l'appui moral du Ministre des Mines et Pêcheries de la province de Québec, l'honorable Onésime Gagnon.

C'est la première usine du genre dans cette province; elle a été organisée et installée à Rivière-au-Renard par M. Hervé Nadeau, président du Laboratoire Nadeau Limitée, et aussi président et animateur de la compagnie « Les Produits Marins Gaspésiens ».

Cette huile médicinale, obtenue par un procédé moderne et hygiénique, a été analysée par un expert en la matière, le Dr Gaston Gosselin, professeur de physiologie et chimiste physiologiste attaché au Laboratoire de Nutrition de l'Université de Montréal, qui atteste qu'elle est d'une qualité de beaucoup supérieure aux exigences des pharmacopées anglaise et américaine.

L'huile de Foie de Morue Gaspésienne est **pour le moins égale aux meilleures huiles** de foie de morue importées.

Ne pas oublier que les morues prises sur le long du littoral gaspésien, sont reconnues dans le monde entier comme étant les plus nutritives et les plus digestibles. L'huile qu'on en retire par un procédé rigoureusement scientifique est également de très haute qualité, parce que très riche en Vitamines A et D, iode et phosphore, et, de plus, de très faible acidité, ce qui assure sa bonne conservation.

Patronnez une nouvelle industrie canadienne-française.

ENCOURAGEZ NOS PECHEURS GASPÉSIENS en employant de préférence l'HUILE DE FOIE DE MORUE DE QUALITÉ SUPÉRIEURE. FAITE EN GASPÉSIE PAR LA CIE « LES PRODUITS MARINS GASPÉSIENS », 100 ouest, rue Saint-Paul, Montréal.

Nos huit représentants seront heureux de vous donner plus amples détails.

LABORATOIRE NADEAU LIMITÉE, MONTRÉAL

Traitement polyvalent des états infectieux

par la

LIPOSEPTINE

(médication polyvalente des agents pathogènes)

INDICATIONS THERAPEUTIQUES : La Liposeptine agit dans bien des affections contre lesquelles il n'y a jusqu'à présent ni sérum, ni vaccin, telles: les **Fièvres éruptives, Rougeole, Oreillons, la Fièvre puerpérale, les Phlébites;**

affections plus banales, mais souvent graves par leurs complications: **Trachéites, Bronchites, etc...**

affections purulentes: **Otites, Mastoïdites, Abscess divers** au début.

En cas d'épidémie son action préventive est recherchée.

Laboratoires de la Liposeptine,

2, Place des Vosges, Paris, France.

Agence exclusive pour le Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,

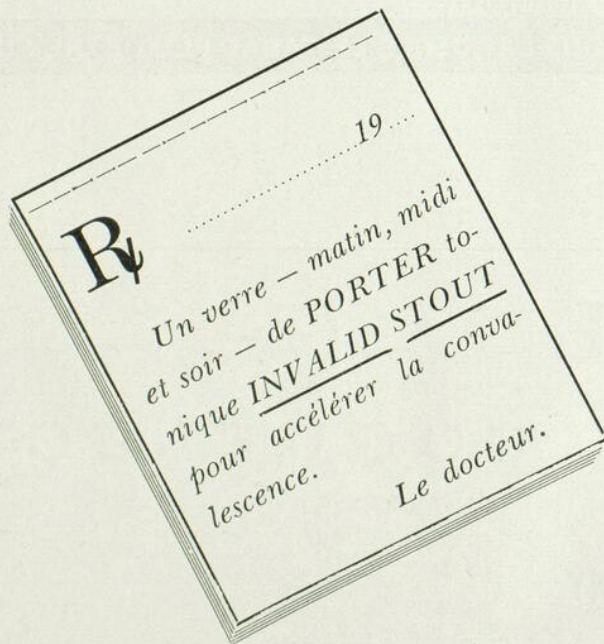
2027, avenue McGill College

Montréal

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



PRESCRIVEZ
en toute confiance



le PORTER
tonique

INVALID STOUT



CIGARETTES
**SWEET
CAPORAL**



"LA FORME LA PLUS PURE SOUS LAQUELLE LE TABAC PEUT ÊTRE FUMÉ."

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 COMPANY

Pharmaciens en gros - - - 857, rue Saint-Maurice - - - Montréal



LES PROBLÈMES DE LA MALNUTRITION

Les enfants qui refusent le lait et autres aliments sains et fortifiants posent un problème, tant pour les parents que pour les médecins. L'Ovaltine s'est révélée inappréciable en pareils cas. Sa saveur est appétissante et agréable. L'Ovaltine est un concentré bien balancé de nutriments de première valeur. On la sert aux repas, entre les repas et au coucher, brassée dans du lait chaud ou froid. Aliment-

tonique-liquide nutritif en elle-même, l'Ovaltine a de plus le mérite de stimuler l'appétit et de le remettre à la normale.

OVALTINE

ALIMENT - TONIQUE - LIQUIDE

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

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

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.)

LA PHARMACIE D'ORDONNANCES
ARTHUR HIRBOUR
ci-devant Bisailon-Hirbour

35 ans d'expérience dans l'exécution exclusive d'ordonnances de Médecins. — Nous n'employons que les produits chimiques supérieurs.

Angle Saint-Denis et De Montigny
Téls: LA. 7356 - PL. 0305 - Montréal

LA MÉDICATION
OPOTHÉRAPIQUE

CHOAY

Opothérapie simple
Opothérapie associée: **SYNCRINES**

EXTRAITS TOTAUX }
(poudres d'organe) } Comprimés

EXTRAITS INJECTABLES }
(en solution aqueuse) } Ampoules stérilisées

OVAIRE
THYROÏDE
SURRENALE
HYPOPHYSE
Autres glandes...

Laboratoires E. Choay,
48, rue Théophile-Gautier, PARIS, France.

Représentants exclusifs:

HERDT & CHARTON, INC.,
2027, avenue McGill College

Montréal

OFFRE DE SERVICES

Des personnes de confiance (femme et fille de médecin décédé) s'offrent de prendre soin du bureau d'un jeune médecin ou autre. Meubleraient deux pièces.

S'adresser à « L'Union Médicale », 326 est, boulevard Saint-Joseph, Montréal. LA. 9888.

A VENDRE

Automobile Ford "Tudor" 1937. Parfaite condition, 5800 milles. Tout équipé pour l'hiver.

S'adresser à l'"Union Médicale du Canada". Tél. L'Ancaster 9888.

A VENDRE

RADIO-GRAMOPHONE COMBINÉ, joli meuble. Valeur \$250.00 pour \$50.00.

S'adresser à l'"Union Médicale du Canada". Tél. L'Ancaster 9888.

TABLE DES ANNONCEURS

Abbott, Laboratoires, Ltée (Métaphédrine)	24
Anglo-French Drug, Cie (Vitacrine)	17
Ayerst, McKenna & Harrison, Ltée	2e page de couverture
Banque Canadienne Nationale (A votre disposition)	27
Bromo-Seltzer Ltd.	21
Canada Drug (Paveral)	28
Carling Breweries Ltd. (Invalid Stout)	27
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Sulfocide)	9
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Stérilisateur "Castle")	15
Ciba, Compagnie, Ltée (Trasentine et Pérandren "Ciba")	18
Eddé, J., Ltée (Iodogénol Pépin)	20
Eddé, J., Limitée (Tréphonyl)	105
Eddé, J., Limitée (Nucléarsitol Robin)	105
Encyclopédie Médico-Chirurgicale	29
Frost, Charles E., & Co. (Acetophen)	1
Herdt & Charton, Inc. (Choay)	30
Herdt & Charton, Inc. (Liposeptine)	26
Hirbour, Arthur (Elixir polybromure)	29
Hoffmann-La Roche, Ltée (Sedobrol Roche)	22
Imperial Tobacco Co. of Canada (Sweet Caporal)	28
Librairie Beauchemin, Ltée (Nouveautés)	107
Laboratoire du Bismol (Anogel)	4e page de couverture
Laboratoires Poulenc Frères du Canada (Stovaginal)	103
Laboratoire Nadeau, Ltée (Huile de foie de morue Gaspésienne)	26
Merck & Co., Ltd (Pyridium)	5
Millet, Roux & Cie, Ltée (Gynocalcion)	13
Millet, Roux & Cie, Ltée (Iodaseptine)	13
Millet, Roux & Cie, Ltée (Septicémine)	13
Monty, Gagnon, Monty	29
Rougier Frères (Hémoglobine Deschiens)	3
Rougier Frères (Hepathemo Deschiens)	3
Rougier Frères (Elixir Ducro)	7
Rougier Frères (Ouabaïne Arnaud)	7
Rougier Frères (Stovaginal)	103
Rougier Frères (Lusaldol et Néo-Gastricine)	101
Sanatorium Prévost	111
Usines chimiques du Canada, Inc. (Sal-Iodum)	32
Vinant Limitée (Pulmo-Bailly)	11
Vinant Limitée (Pipérazine Midy)	23
Vinant Limitée (Neurotrophol Byla)	23
Vinant Limitée (Splenarmone Byla)	23
Vinant Limitée (Electrargol)	25
Vinant Limitée (Génésérine)	25
Vinant Limitée (Génatropine)	25
Vinant Limitée (Génoscopamine)	25
Wander, A., Limited (Ovaltine)	29
Warner, William R., Limited (Agarol)	109
Winthrop Chemical Company (Prontylin)	19
Winthrop Chemical Company (Prontosil)	19

L'INJECTION INTRAVEINEUSE
de

SAL-IODUM

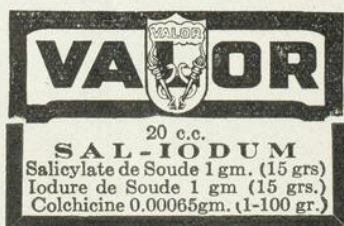
Pour le traitement efficace de
Goutte

Sciaticque

Rhumatisme

Arthritisme

dans toutes ses formes



Tous les produits « VALOR » sont fabriqués par

USINES CHIMIQUES du CANADA Inc.

1338 est, rue LaGauchetière

MONTRÉAL

87 Station C

Les Directeurs de l'Union Médicale du Canada et du Bulletin de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord offrent leurs meilleurs voeux à tous leurs collaborateurs, leurs annonceurs et leurs amis.

Ils comptent sur leur bienveillant encouragement pour 1938, commencement d'une ère nouvelle.



Voeux!

A « L'Union Médicale », nous souhaitons une vie longue et prospère.

A nos amis de la profession médicale, la réalisation de leurs espérances pour la nouvelle année.

C'est notre ardent désir de continuer à offrir à la profession ces spécialités thérapeutiques hautement efficaces auxquelles le nom de notre Laboratoire est associé.



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, New-York

DISTRIBUTEURS :

MONTRÉAL: La Cie Pharmaceutique Des Bergers.
WINNIPEG et REGINA: 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.