
MÉMOIRES

LE DISPENSAIRE ANTISYPHILITIQUE ORGANISATION -- RÔLE -- MOYENS D'ACTION ⁽¹⁾

Par

G. ARCHAMBAULT,

Professeur de dermato-syphiligraphie
à la Faculté de Médecine de
l'Université de Montréal

A. H. DESLOGES,

Directeur général de la lutte contre
les maladies vénériennes dans
la province de Québec.

L'organisation de la lutte contre les maladies vénériennes comporte plusieurs facteurs très importants qu'il est difficile de séparer et d'envisager isolément.

Il faut une coopération intelligente des corps publics, des clergés, des médecins et de toutes les classes dirigeantes de la société. Il faut aussi des centres de traitement, des dispensaires, pour stériliser les porteurs de germes, éteindre les foyers d'infections là où ils existent, et compléter auprès des malades la campagne d'éducation commencée par les tracts et les conférences. Il faut enfin une direction générale pour contrôler le fonctionnement de la lutte contre les maladies vénériennes, fournir les médicaments, tracts, etc., aux centres de traitement, et établir des statistiques d'après les rapports reçus mensuellement des dispensaires.

Sachant bien qu'à chaque pays, à chaque mentalité, des moyens de lutte et des procédés tactiques différents sont nécessaires, nous nous bornerons à exposer ce que nous avons fait au Canada français, dans la province de Québec. Nous apporterons ainsi notre contribution à l'étude d'un des problèmes les plus importants qui aient

(1) Rapport présenté au Congrès de Nancy, mai 1928.

jusqu'ici retenu l'attention de ceux qui se préoccupent de la santé et du bien-être de l'humanité.

Convaincus de ne pas avoir atteint la perfection, nous attirons cependant l'attention des congressistes sur certains points qui nous ont facilité la lutte d'assainissement physique et moral que nous poursuivons depuis plusieurs années. Nous nous empressons d'ajouter que nous serons les premiers à bénéficier de la discussion qui suivra la présentation de notre rapport.

C'est surtout depuis la grande guerre que les pouvoirs publics et les corps médicaux se sont rendu compte de l'extension des maladies vénériennes et des ravages qu'elles exercent. C'est par l'examen des recrues ainsi que par le nombre d'infections causées par les soldats à leur retour, que fut déchiré le voile qui cachait la réalité et que fut constatée, dans toute son horreur, l'étendue du mal vénérien. Cette révélation de l'imminence et de la gravité du péril, loin d'abattre les courages, fit surgir des énergies et des dévouements. De tous côtés l'on vit bientôt naître de nombreuses organisations médicales ayant pour but de sauvegarder le public du mal vénérien et de guérir ceux qui en étaient atteints.

Dans ce mouvement général d'hygiène sociale, la province de Québec fit son devoir. Dès le printemps de 1920, à la demande de l'honorable Athanase David, secrétaire de la province, le Gouvernement fit voter une loi spéciale pour combattre les maladies vénériennes, et créa une commission de médecins pour organiser et diriger la lutte. Pour défrayer cette campagne d'hygiène, il vota généreusement une somme égale à l'allocation offerte aux provinces du Dominion par le Gouvernement fédéral.

Quelques mois plus tard, le 10 septembre 1920, à Québec, au cours d'une séance plénière du Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, en présence de l'honorable secrétaire de la province et de cinq cents médecins, le directeur de la campagne antivénérienne exposa la gravité et l'étendue des ravages causés par la syphilis ainsi que l'urgence des moyens qu'il préconisait pour lutter contre le fléau envahisseur. Le directeur savait parfaitement que le succès du combat qui allait s'engager reposait sur le concours et l'active collaboration de tout le corps médical de la province.

Afin de bien comprendre les difficultés inhérentes à cette lutte, il est bon d'en signaler certains caractères. Par le problème d'ordre moral qu'elle suscite, elle diffère sensiblement des autres initiatives

d'hygiène. Mouvement d'assainissement physique, la lutte contre les maladies vénériennes est en même temps une mesure d'assainissement moral. Tous deux sont intimement liés et l'un ne va pas sans l'autre. C'est cette conception rationnelle qui valut à la Commission la haute approbation de feu Son Eminence le cardinal Bégin, de nos archevêques et évêques, ainsi que des évêques et pasteurs protestants.

Pour produire les résultats attendus, la lutte devait être conforme à un programme élaboré et précis. Aussi n'est-ce qu'après mûre réflexion que le programme suivant fut adopté :

1° Institution d'une active campagne d'instruction, d'éducation, sur la nature, les conséquences, les ravages et les modes de contagion des maladies vénériennes;

2° Etablissement et entretien du laboratoire où les examens seront faits gratuitement pour tous les médecins;

3° Organisation de dispensaires où les indigents seront traités gratuitement.

L'étude des deux premières questions étant en dehors du sujet que nous avons à traiter, nous nous bornerons à développer la troisième qui se rattache à l'organisation, au rôle et aux moyens d'action du dispensaire antisyphilitique.

Le Dispensaire antisyphilitique

Bien que l'éducation scientifique, morale et physique, soit à la base de toute campagne antivénérienne, il est évident que les résultats seront nuls si des moyens faciles de traitement ne sont pas mis à la disposition des malades. Le dispensaire antisyphilitique est un des facteurs essentiels de la lutte contre le mal vénérien et son rôle est des plus importants.

Outre le traitement médicamenteux, l'éducation par les tracts et les conseils des médecins, il permet le dépistage de la syphilis dans les familles. Centre d'enseignement et de recherches scientifiques, il contribue à former des médecins et spécialistes, en même temps qu'il favorise l'avancement de la science.

C'est en quelque sorte le pivot auquel se rattachent les autres moyens de lutte contre les maladies vénériennes.

Mais le dispensaire antisyphilitique idéal, réunissant toutes les conditions et répondant à toutes les exigences, est impossible à réaliser. Il doit d'ailleurs être souple, perfectible et il doit se plier

aux conditions locales ainsi qu'aux mœurs différentes. Voyons comment nous l'avons conçu et organisé au Canada français.

Comprenant bien que le dispensaire antisyphilitique, affiché comme tel, ne serait pas populaire, nous nous sommes appliqués à éviter toute dénomination qui tendrait à marquer les infectés du stigmate de "vénériens" et à les éloigner des centres de traitement. Nous avons par conséquent établi nos cliniques dans les hôpitaux généraux où les malades peuvent se présenter sans crainte d'être étiquetés et où le spécialiste peut faire appel, selon que le mal affecte telle ou telle forme, au clinicien, au chirurgien, au neurologue, à l'ophtalmologiste, etc... Au début de la campagne antivénéérienne, à cause de circonstances spéciales, nous avons établi un dispensaire en dehors d'un hôpital général. De cette façon, nous désignons si clairement les malades qu'ils cessaient habituellement d'y revenir après une première visite. Nous avons alors transporté cette clinique dans un hôpital général situé dans le même arrondissement. Aujourd'hui les malades s'y présentent en grand nombre et suivent assidûment leur traitement.

Cette conception présente d'ailleurs de multiples avantages, tant pour le malade que pour le médecin. Elle réalise un centre merveilleux de dépistage de la syphilis. On ne saurait trop insister sur le nombre de syphilis méconnues que l'on découvre aux dispensaires de médecine générale, de gynécologie, de chirurgie, etc... Rien n'est plus simple que de diriger ces malades sur le dispensaire antisyphilitique s'il fonctionne aux mêmes heures dans le même hôpital. De son côté, le syphiligraphe peut facilement faire examiner ses malades dans les services annexes et recevoir le rapport avant que les patients aient quitté l'hôpital, d'où économie de temps et traitement éventuel immédiat.

Cette collaboration active entre les différents services facilite le travail et le rend plus efficace. C'est ainsi que nous avons pu réaliser, dans un de nos grands hôpitaux universitaires, un centre de puériculture, avec les services de pédiatrie, d'obstétrique et de syphiligraphie, sans rien changer au fonctionnement de ces dispensaires, sans frais, sans augmentation du personnel, sauf un ou deux médecins et une infirmière visiteuse. Ce centre qui fonctionne depuis plus de dix-huit mois a déjà produit des résultats inespérés.

Il est bien plus facile d'obtenir des lits pour hospitaliser les malades dans un hôpital général que partout ailleurs, et comme tous les hôpitaux généraux possèdent un grand laboratoire central auquel

sont attachés des sérologistes et des bactériologistes, la liaison entre le clinicien et ces derniers s'établit aisément pour le plus grand bien des malades.

Nous croyons donc fermement que les hôpitaux généraux sont les endroits les plus favorables pour établir les dispensaires anti-syphilitiques et c'est dans ces institutions que nous avons organisé les nôtres.

L'admission des malades est faite au bureau général des admissions. A ce bureau, où un médecin fait le triage des malades de tous les dispensaires, une carte spéciale est remise au vénérien qui est ensuite dirigé sur le dispensaire anti-syphilitique. Le dispensaire spécialisé fait donc partie du dispensaire général de l'hôpital.

Nos dispensaires anti-syphilitiques situés dans nos hôpitaux généraux comprennent habituellement plusieurs pièces: une salle d'attente, une grande salle où sont reçus les malades anciens, une autre qui sert de cabinet de consultation et où tous les malades nouveaux sont reçus un à un et examinés privément par un médecin; une salle d'examen; deux salles de traitement; une salle de repos avec deux lits; un laboratoire où sont pratiqués les examens ultramicroscopiques, d'urine, etc..., les séro-réactions de Bordet-Wassermann, Kahn, Lange, benjoin colloïdal, et autres similaires étant faites à l'un des deux grands laboratoires provinciaux. Pour les malades nécessitant l'hospitalisation, l'hôpital met dix lits à leur disposition.

Il paraît assez facile de réaliser cet ensemble. L'espace total n'est pas nécessairement très vaste. Ce qui est important, c'est que le dispensaire soit divisé en plusieurs pièces de façon à isoler les malades les uns des autres et permettre au médecin qui reçoit les nouveaux cas de les examiner privément. Dans l'œuvre que poursuit le dispensaire, la discrétion joue un grand rôle et le médecin doit s'efforcer de gagner la confiance du malade.

Le personnel médical se compose d'un chef qui relève des autorités hospitalières ou des universités, et qui est assisté d'un ou plusieurs médecins, selon le nombre des malades. C'est lui qui voit tous les cas nouveaux, après que l'examen et l'histoire de ces cas ont été faits par un des assistants, qui explique au malade la nature et la gravité de son infection et fait le plan général du traitement. Il voit également certains malades anciens qui lui sont adressés par l'assistant qui les reçoit.

Le personnel non médical comprend une secrétaire qui s'occupe

des dossiers et des archives, et deux infirmières pour les pansements et les salles de traitement.

L'expérience nous a démontré que les dispensaires les plus achalandés sont ceux où les médecins sont les plus qualifiés et les plus dévoués. En plus d'être scientifique, il faut que le médecin ait de la patience, de la douceur et une grande charité. Son devoir est de renseigner le malade sur la gravité de son affection, le danger de contagion auquel est exposé son entourage et la nécessité de suivre son traitement jusqu'à complète guérison. Il doit lui expliquer quelles sont les précautions à prendre pour protéger sa famille, sa femme, ses enfants. Loin de le décourager, il doit lui faire comprendre que la guérison est possible s'il suit régulièrement son traitement. Il doit enfin lui remettre les tracts et la littérature appropriés à son cas.

Certains pays utilisent les services d'un enquêteur (service social). Ce fonctionnaire visite les familles où il cherche à dépister les cas de syphilis et à encourager les malades à aller se faire traiter au dispensaire. Il recherche ceux qui ont interrompu leur traitement et s'efforce de les ramener à l'hôpital. Nous avons tenté l'expérience dans quelques-uns de nos dispensaires. En face des complications sans fin qui sont survenues, nous avons dû abandonner ce système. Chaque peuple a sa mentalité propre. Le service social qui peut être utilisé avec avantage chez les anglo-saxons ne semble pas applicable aux latins.

Nous croyons que c'est plutôt au médecin qu'incombe ce rôle, et l'intérêt qu'il doit porter aux malades est plus important et peut faire davantage. C'est lui qui doit dépister l'infection chez les conjoints ou les enfants, et c'est lui qui doit faire comprendre aux malades qu'il est de leur propre intérêt de faire examiner tous les membres de leur famille, et de leur faire suivre un traitement s'il y a lieu.

C'est encore lui qui doit convaincre les jeunes gens de la nécessité de se guérir avant de songer au mariage, et leur expliquer que s'ils ne suivent pas leur traitement jusqu'à complète guérison, ils s'exposent à contaminer leur épouse et, s'ils ne deviennent pas stériles, à procréer des tarés, des dégénérés, des infirmes.

Nous croyons que seul le médecin a les qualités requises pour parler ainsi à ses malades et les convaincre. S'il est dévoué et s'il comprend bien son rôle, il peut obtenir des résultats de beaucoup supérieurs à ceux de tous les services sociaux.

Nous devons avouer cependant que malgré toute la bonne volonté de nos médecins, un nombre encore trop considérable de malades abandonnent leur traitement trop tôt et disparaissent dès que leurs lésions cutanées et affichantes sont guéries. *Il n'y a que l'éducation poussée à outrance qui réussira à doter les individus d'un sentiment plus élevé envers la collectivité.*

Vaut-il mieux séparer les hommes des femmes et les recevoir à des heures et à des jours différents ? Nous le croyons. Aussi dès la première consultation donne-t-on aux uns et aux autres les indications indispensables. Nous recevons les enfants avec les femmes. Nous permettons ainsi aux mères d'amener leurs enfants pour que l'on puisse les examiner et les traiter au besoin.

Nous attirons l'attention sur certains incidents qui se sont produits dans la salle d'attente de quelques-uns de nos dispensaires. Des proxénètes se sont mêlées aux femmes et ont tenté de les circonvenir. Il est donc nécessaire d'exercer une surveillance très sévère dans les salles d'attente et aux abords des dispensaires.

Le dispensaire doit-il être ouvert à tous les malades indistinctement ou seulement aux indigents ? Cette question est délicate et sa solution difficile. D'abord, qu'est-ce qu'un indigent ? Est-ce celui qui ne gagne pas sa vie ? N'est-ce pas aussi celui qui, tout en gagnant un salaire suffisant pour soutenir sa famille, ne pourrait cependant supporter les frais d'un traitement coûteux et prolongé ? Dans notre pays, un soutien de famille gagnant même 2,000 francs par mois, soit environ 80 dollars, serait classé dans cette dernière catégorie. Tout dépend des circonstances et du milieu. Il ne faut pas oublier non plus que la syphilis est une maladie à portée sociale et que si toutes les facilités possibles ne sont pas données au malade, celui-ci fatalement abandonnera son traitement avant qu'il ne soit guéri et continuera à propager l'infection autour de lui. Nous sommes très larges sur cette question des indigents et ne refusons que les malades qui sont en mesure de payer le coût normal de leur traitement. Quant à ceux qui peuvent payer quelque chose, nous les traitons et employons les sommes ainsi perçues au fonctionnement du dispensaire.

Nos dispensaires sont largement ouverts aux praticiens qui peuvent y amener leurs malades peu fortunés pour consultation, diagnostic, examen de sang, ponction lombaire, etc... Ils peuvent eux-mêmes s'y familiariser avec la technique des prises de sang, des traitements nouveaux, et discuter avec les médecins des dispensaires

de tous les problèmes de syphilis qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur profession. Le nombre de ceux qui profitent de ces avantages n'est pas aussi considérable que nous le désirerions. Nous le regrettons, car le dispensaire ainsi compris permettrait au praticien de traiter encore mieux ses malades et de devenir lui-même un auxiliaire précieux dans la lutte contre le mal vénérien.

Le dispensaire antisyphilitique doit être un centre d'enseignement et de recherches scientifiques. En plus des médecins praticiens qui peuvent librement y venir se documenter, les étudiants de nos universités doivent faire un stage obligatoire dans les dispensaires des hôpitaux généraux.

Au début de la campagne antivénéérienne, nous avons établi quelques dispensaires relevant du service d'hygiène de la province. Nous nous sommes vite rendu compte qu'il était excessivement difficile à un gouvernement de faire bien fonctionner ces cliniques. Nous avons alors demandé à nos universités, Montréal, Laval et McGill, d'assumer la responsabilité scientifique de nos grands dispensaires, la coopération administrative des hôpitaux nous étant assurée. Cette initiative a donné les meilleurs résultats. Les universités désignent les compétences et les hôpitaux s'occupent de l'administration. Les directeurs de nos grands dispensaires sont tous des professeurs de nos universités. Ce sont eux qui reçoivent les étudiants et organisent l'enseignement.

Pour compléter cet enseignement, le Gouvernement a organisé, il y a quelques années, un cours de perfectionnement qui fut donné, à Montréal et à Québec, par le distingué syphiligraphe de Strtsbourg le professeur Pautrier, avec le concours de professeurs canadiens. Ce cours, suivi par plus de cent médecins et étudiants, fut imprimé et distribué à tous les médecins de la province.

Nous avons à diverses reprises, lors de nos congrès, invité des spécialistes éminents à venir renseigner nos confrères canadiens sur les traitements les plus modernes, etc... C'est ainsi que notre collègue et ami, le Dr Marcel Pinard, vint par deux fois nous exposer le fruit de son travail et de son expérience en syphilis. Le Dr Paul Gastou assista aussi à un de nos congrès où il présenta un rapport très intéressant sur la réaction Bordet-Wassermann. Les professeurs Gougerot et Pinard nous ont souvent envoyé des articles que nous avons distribués aux médecins du Québec.

Le personnel médical de nos dispensaires se réunit tous les quinze jours pour l'étude des dossiers et des cas, la discussion des

traitements, et la plupart de nos médecins publient régulièrement des articles scientifiques dans nos revues médicales.

Aucun médecin attaché au dispensaire n'est rémunéré. Comme cependant il y a toujours une groupe important de malades qui, tout en étant considérés comme indigents, contribuent néanmoins aux frais de leur traitement et facilitent ainsi le fonctionnement du dispensaire, nous croyons que le surplus de ces contributions, s'il y en a, pourrait constituer un fonds spécial qui permettrait aux médecins du dispensaire, à tour de rôle et selon leur travail, de faire des voyages d'études, d'assister aux congrès, etc., et en même temps de compléter l'organisation d'une bibliothèque contenant les plus récents volumes et les revues traitant de la syphilis, que les médecins consulteraient avec grand avantage.

Chaque dispensaire doit tenir un dossier complet de chaque malade. Un rapport général de ses opérations est fait tous les mois au directeur général. Ce rapport doit indiquer le sexe, l'âge, le nombre de patients admis, anciens et nouveaux; la classification des cas: primaire, secondaire, latente, nerveuse, tertiaire, infantile, etc.; le nombre de consultations et traitements, le nombre d'injections données; les médicaments employés: arsénicaux, sels de bismuth, mercuriaux, etc., et lorsqu'il y a lieu, les réactions observées. Ce rapport mensuel permet au directeur général de la lutte antivénérienne de contrôler la valeur des médicaments employés et la fréquentation des centres de traitement. A son tour, le directeur rédige, à la fin de chaque année, un rapport indiquant le travail accompli dans chaque dispensaire antisiphilitique de la province.

Comme il faut autant que possible débarrasser le médecin de tout autre travail que le travail médical, le secrétaire du dispensaire s'occupe de la rédaction des rapports et de l'établissement des statistiques qui sont faciles à rédiger si les dossiers sont bien préparés.

Dans quelques dispensaires des hôpitaux généraux les examens de sang et du liquide céphalo-rachidien sont pratiqués au laboratoire de l'hôpital. Tous les autres dispensaires utilisent nos deux laboratoires provinciaux, à Montréal et à Québec, auxquels sont attachés des sérologistes qui se consacrent entièrement aux travaux de laboratoire.

Tous les médecins de la province peuvent faire examiner gratuitement le sang et le liquide céphalo-rachidien de leurs malades. Ils n'ont qu'à faire les prises et à expédier les échantillons par la poste, en se servant du petit nécessaire qui leur est, sur simple demande, fourni par le laboratoire. Celui-ci leur fait ensuite

parvenir le résultat de l'examen ainsi qu'une note explicative sur l'interprétation des réactions.

Il est facile d'apprécier les services rendus par ces laboratoires en constatant qu'en 1926, 23,647 réactions Bordet-Wassermann ont été faites à Montréal et à Québec.

Nous avons jusqu'ici exposé le fonctionnement des dispensaires des hôpitaux généraux. Il va sans dire qu'il faut d'autres centres de traitement et qu'il est nécessaire d'en organiser le plus possible, en choisissant de préférence les centres populeux et d'accès facile.

C'est ainsi que le traitement de la syphilis a été organisé dans tous les hôpitaux d'aliénés, les écoles de réforme et d'industrie, les prisons, les sanatoria pour tuberculeux, etc., et qu'à l'heure actuelle, nous avons 60 centres de traitement qui fonctionnent dans la province de Québec dont la population est d'environ 2,300,000. 125 médecins sont attachés à ces cliniques.

Les médicaments indispensables et les instruments sont fournis gratuitement par le directeur général de la campagne antivénérienne aux centres de traitement.

Dans les régions éloignées des centres de traitement, le directeur distribue gratuitement aux médecins qui en font la demande les médicaments nécessaires au traitement. Ceux-ci n'ont qu'à faire un rapport au directeur sur l'emploi des médicaments qu'ils ont reçus.

Durant l'année 1926, le nombre total des nouveaux cas de syphilis admis dans nos dispensaires a été de 3,575. Ces cas se répartissent comme suit :

- 751 cas de syphilis primaire,
- 695 cas de syphilis secondaire,
- 567 cas de syphilis tertiaire,
- 944 cas de syphilis latente,
- 155 cas de syphilis nerveuse,
- 464 cas de syphilis infantile (hérédo).

Il est vrai que nous avons encore un grand nombre de syphilis primaires, malgré l'éducation populaire que nous faisons. Ce n'est donc pas le temps de ralentir notre effort. Nous devons nous appliquer plus ardemment que jamais à l'instruire le peuple du danger des infections vénériennes et de leurs conséquences graves. Ce qui nous reconforte cependant, c'est qu'aujourd'hui les malades se présentent en plus grand nombre aux dispensaires, dès le début de leur maladie, et que les cas de syphilis secondaire et tertiaire deviennent de plus en plus rares. Nous ajoutons que fréquemment des individus

viennent consulter pour savoir s'ils sont guéris et s'ils peuvent se marier sans crainte de contaminer leur épouse.

Sans nous lasser nous cherchons sans cesse à perfectionner et à compléter l'organisation de nos dispensaires, persuadés que ces centres constituent le moyen d'action puissant qui nous permettra de diminuer le nombre des infections syphilitiques et, espérons-le, de faire disparaître un jour complètement le mal vénérien.

PROCÉDÉS D'IDENTIFICATION DES BALLEES

Par **W. DEROME** et **R. FONTAINE**,
Médecins légistes.

Toute balle tirée présente un nombre variable de déformations provenant de deux sources différentes. Les unes se produisent durant le parcours de la balle à travers le canon; elles sont comme l'impression de celui-ci sur celle-là: ce sont les déformations normales, nécessaires, les seules qui peuvent servir à l'identification de l'arme utilisée. Les autres résultent de la rencontre fortuite d'objets divers après la sortie de la balle hors du canon: ce sont les déformations accidentelles qui se surajoutent aux précédentes et parfois les masquent complètement.

Parmi les déformations normales, on compte les rayures dont le nombre, la forme, la largeur, la direction et le degré d'inclinaison (rate of pitch) servent, avec le poids et le calibre de la balle, à déterminer le type d'arme utilisée; mais seules les fines stries, que le microscope laisse voir à la surface de toute balle tirée, permettent l'individualisation d'une arme, à l'exclusion de toute autre de la même série.

Ces fines stries sont en effet très différentes dans leur nombre, leur position, leur forme, etc., d'une arme à l'autre, parce qu'elles sont l'empreinte d'aspérités minimales ou denticulations, elles-mêmes extrêmement variables, qui se trouvent à la surface de tout canon et qui sont le résultat inévitable, d'une part, du défaut d'homogénéité du métal employé dans la fabrication des canons et, d'autre part, de l'action de l'outil (foret) qui graduellement s'émousse durant l'opération du forage.

De ce caractère de variabilité des stries laissées par chaque arme sur ses propres balles, la science policière se devait à elle-même d'en tirer parti. C'est au Dr V. Balthazard, notre dévoué maître, professeur de Médecine légale à l'Université de Paris et Conseiller technique de la Sûreté de Paris, que revient l'honneur d'avoir, le premier, en 1912, attiré l'attention sur la valeur identificatrice de ce caractère et d'avoir jeté les bases d'un moyen nouveau de lutte contre les malfaiteurs, qui n'a d'égal que celui des empreintes digitales.

La comparaison des stries sur les balles à identifier peut se faire de trois manières différentes :

Signalons d'abord la méthode du roulage imaginée par Georgiadès et Balthazard. Chaque balle est successivement roulée à l'aide d'un poids, soit sur une feuille de papier-carbone, soit sur une mince feuille d'étain, puis les tracés, agrandis par la photographie, sont mis en concordance de façon à laisser voir le nombre, la position et la forme des points ou stries semblables. Cette méthode ne fournit guère de bons résultats que si les déformations sont très marquées. Nous l'avons notamment employée dans l'affaire Delorme où les

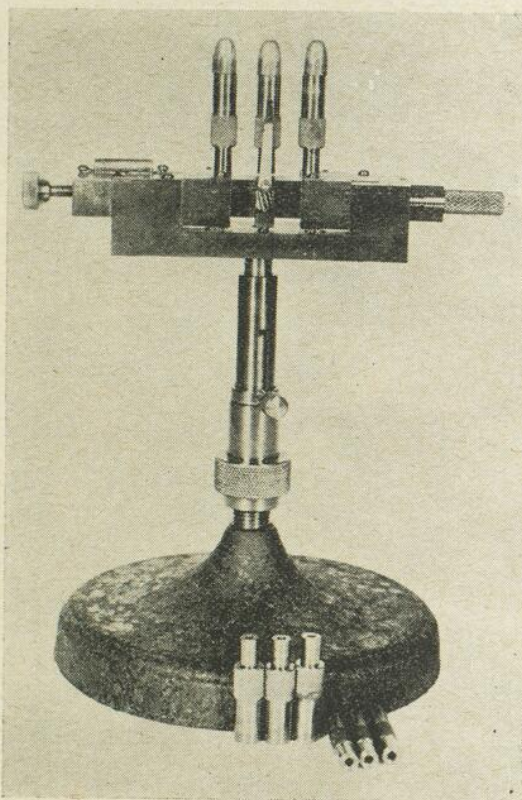


Fig. 1

analogies balistiques étaient presque visibles à l'œil nu. Elle a par contre l'avantage d'être simple et rapide. Nous n'y recourons plus que pour fin d'orientation.

La méthode microphotographique donne d'excellents résultats, mais elle est difficile d'exécution. Après avoir repéré à l'aide du microscope les analogies correspondantes sur les balles, il convient d'exécuter les photographies à un grossissement d'emblée considérable,

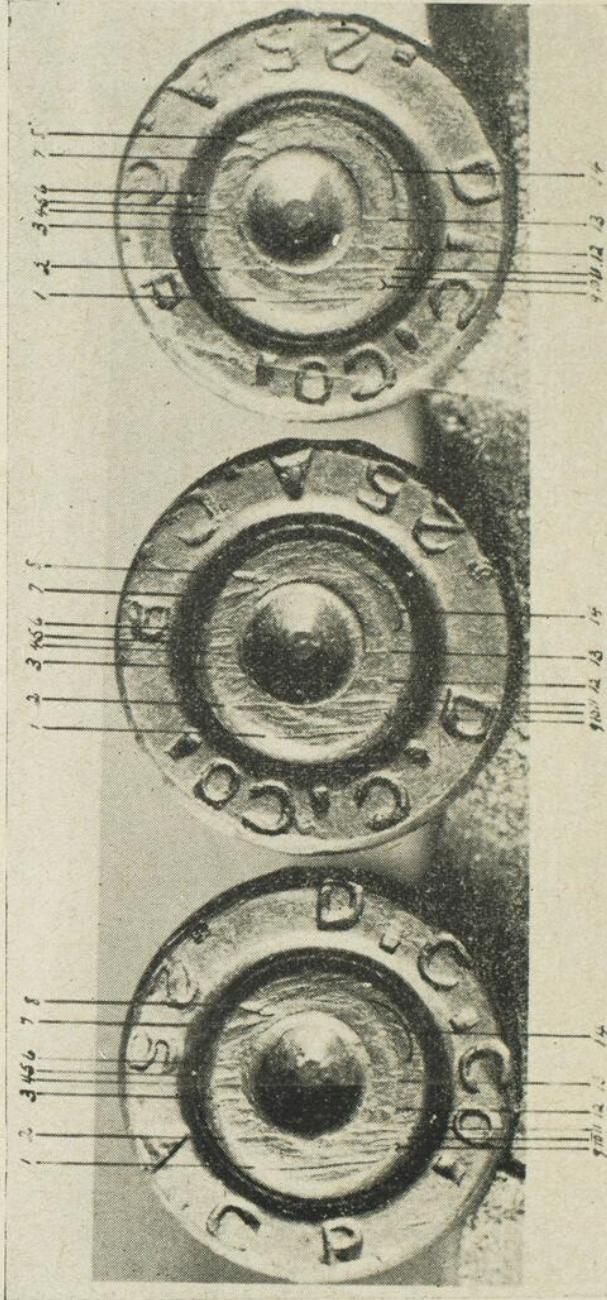


Fig. 2

soit 10 à 20 diamètres, et de veiller à ce qu'elles soient prises à la même échelle et sous un éclairage identique tant dans son intensité que dans sa direction, ce qui exige la mise au point par déplacement des balles elles-mêmes, besogne ennuyeuse mais à laquelle nous avons remédié grâce à un petit porte-balles muni de vis micrométriques (fig. 1).

Les microphotographies ainsi obtenues sont juxtaposées et les analogies correspondantes sont marquées d'un trait à l'encre rouge et numérotées.

La même méthode s'applique à l'identification du culot des douilles (fig. 2).

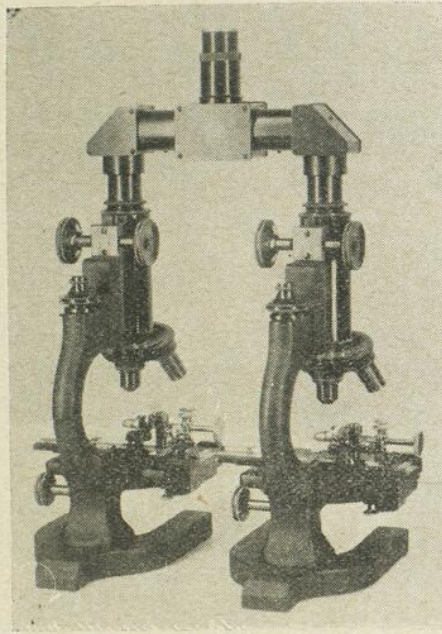


Fig. 3

La troisième méthode d'identification des balles est de date récente et offre maints avantages sur les deux précédentes. Elle repose sur un principe d'optique bien connu mais que le Major Calvin Godard, de New-York, a le premier appliqué à l'examen des balles. L'instrumentation (fig. 3) consiste dans deux microscopes munis chacun d'une platine mobile et surmontée d'un porte-balle permettant un déplacement de l'objet en tous sens; un oculaire de comparaison réunit les deux microscopes et permet de voir en une seule image les deux balles à comparer. Si, comme il arrive le plus souvent, les

éléments à comparer consistent dans un certain nombre de fines stries, celles-ci peuvent être mises en concordance, c'est-à-dire bout à bout, sur chaque moitié de l'image et donner ainsi, dans le cas où cette concordance serait parfaite, l'impression réelle d'une seule et même image (fig. 4). Donc plus d'à peu près, aucun truquage

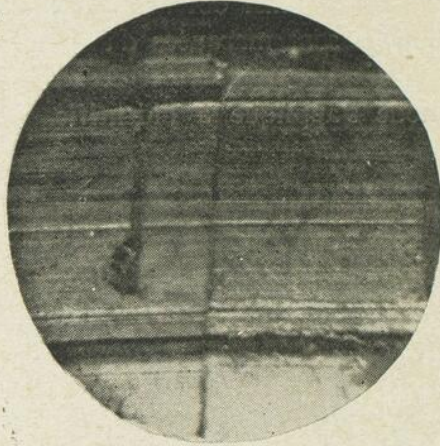


Fig. 4

possible attribuable à la technique, enfin aucune erreur pouvant être mise sur le compte d'une mauvaise interprétation. Nous sommes en face d'un fait clair et net: les deux moitiés de l'image sont identiques sur des centaines de points microscopiques, cela doit suffire à entraîner une conviction absolue dans l'esprit de tous.

Il ne reste plus qu'à photographier cette image à un assez fort grossissement pour étayer devant la Cour cette conviction.

Ce bref exposé n'a pour objet que de montrer les progrès accomplis par la science policière dans le domaine particulier de la balistique, progrès que, au laboratoire de Médecine Légale et de Police Technique, affilié à l'Université de Montréal, nous nous efforçons de suivre et d'appliquer intelligemment pour la plus grande protection de la Société contre les malfaiteurs.

RECUEIL DE FAITS

ENDOCARDITE MALIGNE À ÉVOLUTION SUB-AIGUE CHEZ UNE FILLE DE ONZE ANS ⁽¹⁾

Par Paul LETONDAL,

Médecin de l'Hôpital Ste-Justine et de l'Hôpital Ste-Jeanne d'Arc.

Quoique très étudiée dans ces dernières années, l'endocardite maligne demeure chez l'enfant une affection rare, d'un diagnostic souvent épineux (2).

Ayant eu l'occasion — il n'y a pas très longtemps — d'en observer un cas des plus instructifs, nous avons cru devoir le rapporter.

OBSERVATION.—Laurette D., 11 ans, est admise à l'hôpital Ste-Justine le 4 décembre 1927 pour température et douleur à la mastoïde droite.

Il n'y a rien à noter dans ses *antécédents* héréditaires, mais on relève dans son passé la diphtérie, la rougeole et une première crise de rhumatisme polyarticulaire aigu à 5 ans; à cette époque un médecin constate un souffle dans la région précordiale et quelques mouvements choréïques.

Il y a 2 ans l'enfant fit une seconde poussée de rhumatisme, avec phénomènes douloureux intenses, prédominant dans la région cervicale.

La maladie, pour laquelle nous l'avons soignée, a débuté insidieusement au mois de mai 1926 par des phénomènes généraux vagues: l'enfant se plaint de fatigue, de lassitude générale et ne demande qu'à se reposer. "Ma petite était devenue dormeuse le jour", nous dit la mère, "et n'avait de goût pour rien".

Cependant que déclinait l'état général, brutalement le 28 novembre 1927 la malade est frappée par un ictus suivi d'une hémiplégié gauche.

(1) Communication à la Société de Pédiatrie de Montréal, le vendredi 25 mai 1928.

(2) Nobécourt. Clinique Médicale des Enfants. *Affections de l'appareil circulatoire*, Paris, 1925.

Deux jours plus tard, comme l'enfant présente de la température et qu'elle accuse une douleur très vive derrière l'oreille droite, un médecin conseille de faire admettre la malade à l'hôpital Ste-Justine.

A son entrée, le 4 décembre 1927, un examen des oreilles pratiqué par le spécialiste, montre que les deux tympans sont normaux, et que les mastoïdes ne présentent ni gonflement, ni douleur à la palpation. Le diagnostic de mastoïdite ne paraît nullement fondé à M. Migneault.

Mais l'état général de l'enfant est profondément atteint: la malade est véritablement cachectique et d'une pâleur impressionnante. Quoique très faible, elle est parfaitement consciente, voire même inquiète sur son sort et presse son entourage de questions.

Sa température est peu élevée: 99° F., 2; son pouls n'est pas très rapide: on ne compte que 114 pulsations à la minute.

En examinant la malade, on constate une hémiparésie gauche avec contracture, avec participation de la face du même côté, une rate volumineuse et douloureuse, un gros foie sensible à la palpation. Les bases pulmonaires sont encombrées de râles muqueux à bulles moyennes. L'auscultation du cœur révèle une double lésion mitrale et aortique. Il n'y a rien de particulier du côté de la gorge et des dents.

L'enfant accuse des algies variées: douleurs à la tête, aux oreilles, à la nuque, dans la région précordiale, au niveau des membres inférieurs. Malgré la gravité de son état, elle demande constamment à boire et à manger. Au surplus, elle fait de l'incontinence des urines.

En présence de ces symptômes aucun diagnostic n'est formulé, mais on fait subir à l'enfant une série de recherches de laboratoire dont voici les résultats.

1.—Un séro-diagnostic de Widal, fait le 5 décembre, est négatif aussi bien pour le bacille d'Eberth que pour les para A et B.

2.—A la même date a été pratiqué un *examen hématologique* qui a montré une diminution considérable des globules rouges, une augmentation des globules blancs et des polynucléaires, comme on peut le constater par le tableau suivant:

Globules rouges	2,800,000
Hémoglobine	52%
Valeur globulaire	0.9
Globules blancs	10,000
Polynucléaires neutrophiles	89%
Grands et moyens mononucléaires	2%
Lymphocytes	9%
Polynucléaires éosinophiles	0%

3.—Un *examen des urines*, fait le 6 décembre, a montré qu'il y avait de fortes traces d'albumine, mais qu'il n'y avait ni sang, ni pus.

Du 7 au 17 décembre la température oscille entre 97° et 101° F., et l'état est stationnaire.

Le 18 décembre l'enfant qui depuis son entrée était dans le service d'oto-rhino-laryngologie est transportée dans le service de médecine, à la salle Ste-Cécile, où nous voyons la malade pour la première fois.

Température à 99° F., pouls à 104, respiration à 34, pression artérielle 95 sur 35.

Nous sommes d'emblée frappé par la *cachexie* et la *pâleur* de cette enfant.

Elle présente indiscutablement une *hémiplegie gauche* avec contracture, exagération des réflexes, trépidation épileptoïde, signe de Babinski,

Décembre 1927

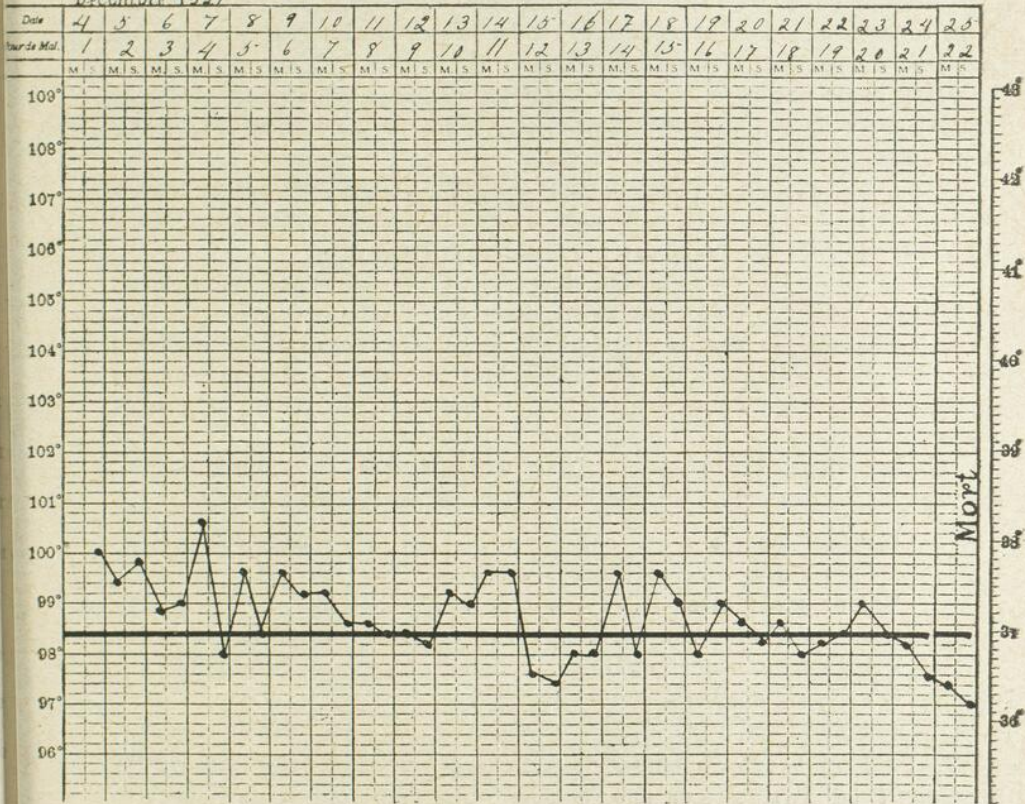


Fig. 1.—Courbe thermométrique de Laurette D., âgée de 11 ans.

mais la face est indemne. Apparition d'une phlyctène au niveau de la face dorsale du pied gauche.

Le foie très gros et douloureux, déborde de 5 centimètres le rebord costal. La rate également grosse et douloureuse, déborde les fausses côtes de 2½ centimètres.

L'examen du cœur a particulièrement retenu notre attention. La pointe bat dans le 5ème espace intercostal en dehors de la verticale mammaire. La palpation permet de constater un frémissement cataire net dans le 2ème espace à gauche du sternum. A l'auscultation on entend,

d'une part, à la pointe un souffle systolique se propageant dans l'aisselle et dans la région du dos; d'autre part, à la base, un souffle diastolique ayant son maximum d'intensité au niveau du sternum vis-à-vis du 2ème espace intercostal et se dirigeant vers l'appendice xyphoïde. Le pouls radial est bondissant, dépressible; on perçoit faiblement le pouls jambier; la danse des artères est très apparente. Il n'y a pas de double souffle crural ni de pouls capillaire.

Les poumons ne présentent aucune anomalie. La gorge est normale.

En présence de ce syndrome, nous nous sommes dit: jeûne cardiaque, qui fait un ictus suivi d'hémiplégie avec grosse rate, dont l'état général décline progressivement: *c'est de l'endocardite maligne.*

Néanmoins, nous avons éliminé la tuberculose par une cuti-réaction à la tuberculine, qui fut négative, et par une radiographie qui n'a rien montrée de particulier du côté pulmonaire.

Il y avait encore à éliminer l'hypothèse d'un rhumatisme cardiaque malin; mais dans les formes malignes du rhumatisme cardiaque il n'y a pas d'hémiplégie et de splénomélagie.

Dans ces conditions nous demandons une *hémoculture*, et le laboratoire nous répond au bout de 24 heures que l'hémoculture, faite sur gélose au sang, est *positive* au *streptocoque hémolytique*.

Le 23 décembre on note des changements à l'auscultation du cœur: le souffle systolique de la pointe est maintenant très doux, presque lointain, tandis que le souffle diastolique de la base est particulièrement intense. A la palpation le frémissement cataire est à peine perceptible. Oedème de la face dorsale du pied gauche avec ulcération à contour violacé.

L'état général devient de plus en plus inquiétant, et l'anémie de plus en plus marquée, comme on peut en juger par les chiffres suivants:

Globules rouges	2,000,000
Hémoglobine	40%
Valeur globulaire	1
Globules blancs	8,100
Polynucléaires neutrophiles	78%
Grands et moyens mononucléaires	3%
Lymphocytes	19%

Le 24 décembre l'examen stéthoscopique des poumons révèle des râles muqueux à bulles fines à la base gauche. Une recherche complémentaire du bacille diphtérique dans les sécrétions du nez et de la gorge est négative à l'examen direct et à la culture.

Le 25 décembre, oedème de la face, respiration de plus en plus rapide. Délire. Mort à 6.30 hrs p.m. sans secousses ni convulsions.

L'autopsie, pratiquée le lendemain matin à 10 heures par M. Louis Paré, a permis de constater au niveau de la valvule mitrale de grosses végétations, friables, avec ulcérations, obstruant presque complètement l'orifice; des végétations existent également au niveau des sigmoïdes aortiques, mais beaucoup plus petites, à base indurée et sans ulcération. L'oreillette droite est dilatée, le ventricule gauche hypertrophié. Le péri-

carde contient environ 60 c.c. de liquide citrin, mais ses feuillettes ne présentent aucune altération.

Les poumons, fortement congestionnés aux bases, présentent çà et là quelques petits infarctus. Les ganglions trachéo-bronchiques sont apparents, mais n'offrent rien de particulier à la coupe. Il n'y a ni adhérence, ni épanchement du côté de la plèvre.

La rate énorme, triplée de volume, contient de nombreux infarctus. Boue splénique abondante.

Le foie, très hypertrophié, est le siège de lésions de dégénérescence graisseuse, mais offre dans son ensemble l'aspect muscade. Sa consistance est ferme.

Les reins fortement congestionnés, présentent de nombreux infarctus.

On constate à l'examen du cerveau un volumineux abcès de la région sylvienne droite.

Ajoutons qu'un frottis des végétations et de l'abcès cérébral a révélé la présence du streptocoque dans ces lésions.

Ainsi donc, voici une observation très complète d'endocardite maligne à évolution subaiguë survenue chez une fille de 11 ans atteinte de rhumatisme cardiaque.

Grâce à une symptomatologie des mieux caractérisées, nous avons pu faire un diagnostic clinique confirmé et par l'hémoculture et par l'autopsie.

Très souvent le diagnostic d'endocardite maligne est des plus difficiles; mais lorsqu'il existe, comme dans le cas que nous rapportons, les trois groupes de symptômes qui caractérisent cette affection (1), à savoir: 1° des signes de septicémie, c'est-à-dire des signes généraux d'une haute gravité; 2° des signes cardiaques avec souffles à caractères essentiellement variables; 3° des signes dus aux embolies tels l'hémiplégie, la splénomégalie, nous croyons qu'il n'est pas permis de ne pas penser à l'endocardite ulcéro-végétante et d'ignorer l'intérêt que présente l'hémoculture en pareil cas.

Si cette maladie est rarement diagnostiquée durant la vie, si elle constitue souvent une trouvaille d'autopsie, cela est dû, dans une certaine mesure, à ce que la description clinique qui en est faite dans un grand nombre de traités est par trop vague et imprécise, et que bien peu d'auteurs ont su mettre en relief les trois groupes de symptômes qui caractérisent cette affection.

(Travail de la Clinique des Maladies Infantiles de l'Université de Montréal: Professeur Raoul Masson.)

(1) Moussous. Article: *Maladies du cœur et des vaisseaux* in La Pratique des Maladies des Enfants, tome IV, p. 93, Paris, 1911.

À PROPOS DE PHLÉBITES

Par Donatien MARION,

Assistant au Cours théorique d'Obstétrique.

Les hasards de la pratique m'ont permis d'observer, au cours de l'hiver, trois cas de phlébite que j'ai cru intéressant de rapporter, surtout au point de vue du traitement.

Voici le résumé de ces observations :

OBS. I.—Madame R. R. est accouchée, en pleine crise éclamptique, le 21 février par le Docteur R. Dupuis. Application de forceps: enfant mort. Après la délivrance: deux nouvelles crises. Appelé auprès d'elle le 29 février, je trouve la patiente dans un état semi-comateux, avec un teint sub-ictérique; son apparence est médiocre.

Décidons son transport à l'hôpital.

Le 1er mars, le curage digital ramène des débris de cotylédons.

La patiente fait des élévations thermiques, avec douleurs à l'abdomen, jusqu'au 20 mars, alors qu'une quantité abondante de pus s'écoule du vagin, à la suite de l'ouverture probable d'un abcès utérin; en même temps apparaît une douleur dans la jambe gauche.

Le 21 mars: oedème de la jambe gauche.

Le 22 mars: application de 4 sangsues.

Le 30 mars, la température est revenue à la normale, le pouls bat à 80.

Le 3 avril, mobilisation de la jambe gauche, soit 14 jours après l'apparition de la phlébite.

Le 12 avril, lever.

OBS. II.—Madame L. V. accouchée normalement le 27 février par le Docteur H. Baril. Légère élévation thermique durant les premiers jours des suites de couches.

Se lève le 9 mars.

10 mars: douleur et oedème de la jambe gauche; temp. 100.2 F.; pouls 110.

Vue en consultation le 11 mars.

Le 12 mars, application de sangsues; le 18 mars, la température est normale et le pouls bat à 84.

Le 26 mars, mobilisation de la jambe, soit 16 jours après l'apparition des premiers symptômes.

Le 4 avril, la patiente se lève.

OBS. III.—Madame A. G., 52 ans, entre à l'hôpital pour métrorragies qui durent depuis le 25 décembre.

Opérée le 18 février par le Docteur A. Z. Crépault: hystérectomie subtotale et salpingo-ovariectomie bilatérale. Appendicectomie.

Diagnostic: métrite hémorragique, ovaires polykystiques.

Le 10 mars, se plaint de douleurs à la base du poumon droit.

Le 13 mars, phlébite de la jambe gauche; le lendemain, application de 4 sangsues.

Le 27 mars, phlébite de la jambe droite: même traitement.

Le 3 avril, mobilisation de la jambe gauche, soit 20 jours, après l'apparition des premiers symptômes de la Phlegmatia.

Le 16 avril, mobilisation de la jambe droite; la température est revenue à la normale, pouls 72.

Le 22 avril, premiers pas.

Quitte l'hôpital le 28 avril, en pleine convalescence.

L'accoucheur et le chirurgien voient toujours d'une mauvais œil l'apparition des premiers symptômes d'une phlébite, à la suite d'un accouchement ou d'une opération, car ils songent immédiatement à la durée prolongée de l'immobilisation au lit. En ces dernières années, on a noté la fréquence plus grande de cette complication; certains auteurs, même, incriminent l'usage immodéré des sérums comme un des facteurs étiologiques de la phlébite. Si la cause déterminante reste obscure, le traitement classique demeure simpliste: immobilisation au lit, sédation de la douleur, relèvement de l'état général.

A l'exemple de Termier de Grenoble, nous avons fait des applications de sangsues à ces trois patientes, avec des résultats qui nous ont paru assez impressionnants pour en publier les observations.

Ce traitement est basé sur la théorie suivante: selon Gonnet, la sangsue sécrète une substance anticoagulante qui a pour effet de prévenir la formation du caillot secondaire qui oblitère complètement la lumière de la veine.

L'épreuve de la coagulabilité sanguine, qui doit être faite avant et après l'application des sangsues et répétée plusieurs fois comme contrôle, démontre que cette action anti-coagulante disparaît progressivement dans les quarante-huit heures qui suivent, d'où indication de faire une nouvelle application de sangsues si l'amélioration ne s'est pas produite. Il découle, aussi, de cette théorie que le traitement doit être fait de bonne heure, avant l'organisation du caillot secondaire.

On recommande d'appliquer trois ou quatre sangsues à la racine du membre atteint, en dehors du trajet des vaisseaux fémoraux. Lorsqu'on a eu le soin de déposer les sangsues dans un récipient sans

eau une demi-heure avant l'application, elles mordent rapidement la peau et se gorgent de sang dans les quarante-cinq minutes qui suivent. Lorsqu'elles lâchent prise, on peut les placer dans une solution de sérum physiologique, ce qui a pour conséquence de leur faire rendre le sang ingurgité; les sangsues se conservent facilement dans une solution d'eau fraîche renouvelée tous les jours.

L'observation clinique démontre que la douleur disparaît rapidement, la température tombe en lysis et le pouls reprend sa fréquence normale en l'espace de huit à dix jours.

Le traitement général reste de rigueur: il s'agit de soutenir le myocarde par les tonicardiaques ordinaires, digitaline, strychnine, coramine, spartéine, etc., appliquer une vessie de glace à la racine de la jambe, immobiliser le pied dans une bonne position, instituer une alimentation de facile assimilation.

La mobilisation précoce du membre empêche les raideurs articulaires et l'atrophie musculaire. A ce point de vue, le massage peut nous rendre de grands services, à condition qu'au début il soit fait au niveau des insertions musculaires, agissant alors plutôt par action réflexe. Le massage pratiqué à ce moment sur les masses musculaires pourrait provoquer des ruptures de vaisseaux et produire des hématomes souvent douloureux et lents à se résorber.

C'est là un aperçu sommaire d'une vieille thérapeutique à application récente, qui relève le médecin de l'obligation de répéter la phrase classique: "Madame, vous êtes immobilisée au lit pour une période de quarante à soixante jours."

REVUE GÉNÉRALE

LA SYPHILIS GASTRIQUE À FORME LINITIQUE EST-ELLE SUSCEPTIBLE DE RÉGRESSION?

Par **J. Alfred MOUSSEAU**,

Assistant à la Clinique médicale de l'Hôpital Notre-Dame.

La syphilis, en s'attaquant à l'estomac, peut se présenter en clinique sous plusieurs formes.

1° *La forme ulcéreuse.* Elle peut donner lieu à des hématemèses parfois redoutables et conduire à l'anémie; elle peut être foudroyante dans le cas d'ulcération d'une artère importante et causer subitement la mort. Seuls les antécédents du malade: chancre, roséole, plaques muqueuses, ou un B. W. positif, peuvent nous aider à en faire le diagnostic.

2° *La forme "gastrite chronique"*, décrite par Audral en 1838. Le tableau clinique en est banal: et c'est par l'épreuve thérapeutique ou encore par la Radioscopie qu'on en fait le plus souvent le diagnostic. Florand et Giraud en ont rapporté une observation intéressante. La radioscopie leur avait fait découvrir deux ou trois petites taches noires, traduisant l'existence de petites gommés isolées. Ils instituèrent un traitement antisyphilitique qui fit disparaître les troubles digestifs hyposthéniques: vomissements, douleurs, etc.

3° *La forme pseudo-cancéreuse.* On trouve au palper, au niveau de la région épigastrique le plus souvent, une tumeur qui peut être assez volumineuse. Le malade qui en est porteur a souvent maigri considérablement et présente un état cachectique: il présente des vomissements, parfois de la fièvre. A la faveur d'une enquête dans ses antécédents personnels, on relève presque toujours la lésion primitive de la syphilis. Frictions mercurielles, iodure de potassium, biiodure ou benzoate de mercure font fondre ces pseudo-cancers et le malade revient à une santé parfaite.

4° Enfin une quatrième forme qu'on appelle la "forme sténosante"; elle peut revêtir des aspects différents selon la localisation de la sténose. Ici encore on fait le diagnostic de cancer de l'estomac, avec prédominance, soit au pylore, soit au cardia, soit au niveau de la grande courbure.

Les symptômes qui accompagnent ces variétés de forme sont ceux du cancer: vomissements, stase, grande dilatation de l'estomac, anorexie, hypochlorhydrie, amaigrissement. La sténose du pylore est assez fréquente; celle du cardia, beaucoup plus rare. Le type de la sténose médio-gastrique est beaucoup plus fréquent. C'est par les Rayons X qu'on en fait le diagnostic. Leven et Barret et un peu plus tard Bensaude et Béclère en ont rapporté les premières observations.

Un type de sténose beaucoup plus rare a été décrit par Letulle, sous le nom d'*estomac trilobé*; la syphilis provoque alors des rétrécissements successifs.

Mais si maintenant la lésion sténosante, d'origine syphilitique, se fait plus diffuse, il y a une véritable linite syphilitique. Quand cette même lésion organique n'a pas d'étiologie connue, on l'appelle "linite plastique" simplement. Les auteurs classiques modernes ont fait de cette dernière forme un cancer véritable.

C'est au sujet de cette dernière variété de cancer que nous étudierons certains faits nous permettant de douter parfois de la nature essentiellement cancéreuse de la linite plastique; nous croyons que c'est au cours, apparemment, d'une des phases de son évolution que la linite change de nature et devient véritablement cancéreuse; car cette même lésion linitique, confirmée par les Rayons X ou l'intervention chirurgicale, a parfois une "évolution régressive".

*

* *

On définit le néoplasme "une néoformation non inflammatoire de structure plutôt homogène, ayant une tendance à persister et à s'accroître et dont l'étiologie est encore inconnue".

La linite "cancer" n'est donc plus une lésion susceptible de régresser. Mais il arrive parfois qu'on voit régresser cette lésion anatomique, surtout quand l'étiologie en est connue et qu'une thérapeutique, appropriée à la nature de la lésion, est précocement ou même tardivement appliquée.

Ainsi en est-il de la linite syphilitique.

Il faut dire que c'est après bien des discussions anatomo-pathologiques que la plupart des auteurs contemporains en arrivèrent, il y a environ une quinzaine d'années, à déterminer la nature de la "linite plastique" et lui attribuèrent un caractère cancéreux. Avant d'en arriver à cette communion d'idées, le désaccord avait longtemps persisté.

Dès 1840, Audral fait de la linite un sclérose du tissu cellulaire sous-muqueux. Brinton, en 1862, considère cette lésion: une maladie de l'estomac qu'il pense être une inflammation cirrhotique: et un peu plus tard, en 1870, il incline vers le cancer.

Quelques années s'écoulent, et en 1882, Hanot et Gombault, dans un mémoire d'une haute portée, attirent l'attention médicale en soutenant que la gastrite peut donner lieu à des phénomènes inflammatoires d'une intensité telle qu'ils peuvent dépasser la muqueuse et toutes les tuniques jusqu'au péritoine même; dans aucune des coupes il ne leur est possible de déceler la moindre trace de néoplasme. En 1883, confirmation, par Letulle, des données des auteurs précédents.

C'est en 1892 que Garret, partageant les idées de Rokitanski, cherche à prouver la nature cancéreuse de la linite plastique.

Viennent Bret et Paviot, Mathieu et Soupault, Hayem et Lyon qui défendent la même cause du cancer. En 1909, Ménétrier considère la linite comme une modalité de squirrhe de l'estomac; mais Mathieu et Moutier, en raison des allures si particulières de cette lésion sclérosante de l'estomac, séparent l'histoire de la linite de celle du cancer, dont elle ne forme, disent-ils, qu'un chapitre spécial.

En 1910, Roussy confirme les idées que Brault et Letulle avaient émises en 1908, cette fois pour défendre la nature cancéreuse de la linite.

En 1921, Enriquez et Durand présentent à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris un cas très intéressant de linite plastique à évolution régressive spontanée après 11 ans et dont l'intérêt vient justement de l'évolution atypique de l'affection.

L'observation Lenoir, Souligoux et Coffin, publiée en 1925, vient s'ajouter à celle de Enriquez et Durand.

J. Faroy (Arch. Mal. App. Digestif, 1924), rapporte trois cas de linite plastique et fait voir le rôle de la syphilis dans cette affection ainsi que tout l'intérêt que présente le côté anatomo-pathologique de cette forme si curieuse du cancer de l'estomac.

A toutes ces productions vient s'en ajouter un grand nombre d'autres qui, pour être plus modestes, n'en ont pas moins une certaine valeur. Et chacun de ces auteurs a envisagé la limite d'un point de vue particulier, selon les moyens d'investigation qu'à des époques différentes, il avait à sa disposition.

*

* *

Avant d'en arriver à des considérations générales sur l'anatomie pathologique de la limite syphilitique, quelques notions d'anatomie normale et d'histologie pourront nous aider à en mieux comprendre tout à la fois le mécanisme psyopathologique.

L'estomac se compose de quatre couches, dont, ici la plus importante, la sous-muqueuse.

L'envahissement primitif de la sous-muqueuse, dans la plupart des cas, au cours de la limite plastique, nous conduit à l'étude de la constitution intime de cette tunique et des éléments anatomiques auxquels elle donne asile.

La sous-muqueuse est formée d'un tissu conjonctif lâche mêlé à des fibres élastiques qui facilitent le glissement de la muqueuse sur les tuniques sous-jacentes et permettent ainsi la formation de plis que l'on trouve dans l'estomac à l'état de vacuité.

On y trouve des traces de tissu graisseux, mais surtout des vaisseaux, des nerfs et des ganglions nerveux. La couche sous-muqueuse par ses multiples vaisseaux, nerfs et ganglions commande la physiologie normale de l'estomac. Il est alors facile de concevoir que si la physiologie propre de cette couche de l'estomac est entravée par un processus pathologique quelconque, des modifications dans sa structure anatomique et histologique pourront se produire qui expliqueraient la genèse de la lésion linitique. L'altération, par la syphilis, des vaisseaux et des nerfs qui passent dans cette sous-muqueuse, est susceptible de créer la lésion appelée limite plastique. L'affinité élective de la syphilis pour les vaisseaux et les nerfs est d'ailleurs connue depuis longtemps, et de même que peut être envahi par un processus scléreux le système artériel du cerveau, des reins ou du cœur, ainsi le système vasculaire de l'estomac peut révéler la même atteinte.

Pour exposer l'anatomie pathologique de cette curieuse affection et en déterminer la nature exacte, l'idéal serait de pouvoir examiner la lésion qu'elle détermine à des stades différents de son évolution.

Etant données ces difficultés, nous sommes forcé de nous en tenir aux différentes données anatomo-pathologiques que des auteurs compétents ont laissées sur cette question; mais nous ne ferons que les résumer en en donnant l'essentiel.

Voici ce qui caractérise chacun des différents aspects histo-pathologiques sous lesquels se présente la linite :

a) *Dans la linite plastique classique des auteurs modernes*, on rencontre dans la sous-muqueuse, la musculuse et jusque dans la séreuse, une traînée fibro-cellulaire serrée au milieu de laquelle, tantôt dissimilés, tantôt réunis en îlots ou sous forme de travées, on découvre presque toujours des éléments cellulaires de nature néoplasique.

b) Mais on a soutenu que la linite constituait une *lésion purement inflammatoire* non cancéreuse. Pour des auteurs qui en ont observé certains cas, elle se caractérise par la pauvreté des éléments cellulaires, la multiplication et l'influence destructive du tissu élastique sur les fibres musculaires lisses et par la périgastrite et la péritonite avec adhérences souvent multiples.

c) Certains auteurs admettent que la linite plastique peut reconnaître une autre pathogénie, en particulier la syphilis, à laquelle on a fait aussi jouer un rôle dans la genèse de la linite cancéreuse.

La syphilis, en effet, dans ses manifestations tertiaires, crée souvent au niveau de la sous-muqueuse de l'estomac, une lésion qui rappelle en tous points celle que l'on a décrite sous le nom de linite plastique. Et de fait, le chapitre de la linite dans ses rapports avec la syphilis comporte des cas de linite syphilitique et des cas de linite cancéro-syphilitique.

C'est par l'observation clinique, l'étude anatomo-pathologique et les résultats thérapeutiques antispécifiques, que la syphilis gastrique, dans ses différentes formes, nous fut révélée. Par la suite, l'examen radioscopique, d'une part, a pu montrer certaines déformations de l'estomac; l'exploration directe, d'autre part, après laparatomie, comme pour le cas dont nous résumerons l'observation, nous a permis de confirmer l'existence d'une linite que l'histoire clinique du malade avait déjà laissé soupçonner comme étant d'origine spécifique. Les auteurs classiques sont brefs sur l'anatomie pathologique de la syphilis gastrique à forme linitique. Les formes qu'ils ont décrites se rapportent surtout à la gastrite diffuse, aux néoformations et aux ulcérations d'origine gommeuse, aux cicatrices et adhérences et aux déformations que subit, du fait de ces lésions, l'estomac. Mais de l'étude histo-pathologique de l'estomac atteint de linite à la suite

d'une syphilis avouée et confirmée par les manifestations primaires et secondaires évidentes ayant précédé la formation de la linite, il n'en est fait que bien faiblement mention.

En effet, pour prouver que la linite peut être causée, soit par une affection syphilitique ou un autre processus irritatif quelconque, il faudrait faire une étude anatomo-pathologique comparative, d'une part, de la linite sans cause connue et qui confine au cancer; d'autre part, de la linite, identique à celle-ci macroscopiquement, mais qui, microscopiquement, en diffère par l'absence de cellules néoplasiques. On a pu préciser la nature spécifique de certaines manifestations gastriques simples par les résultats positifs du traitement spécifique; il est vrai que pour ces cas, aucun contrôle histologique n'a été fait. Mais pour certaines autres lésions sténosantes et déformantes, comme la linite, des examens cliniques, sérologiques et radioscopiques ont permis de déceler la lésion et d'en suspecter la nature; la régression progressive et presque définitive, à la suite du traitement spécifique, aidé du traitement chirurgical palliatif, de la linite, atteste, sans s'y méprendre, la véritable nature du mal.

G. Faroy, dans un travail important, relate trois cas de linite cancéreuse et mentionne spécialement que, dans deux de ces cas, la syphilis était avérée. Cet auteur croit qu'il faut incriminer ici le terrain syphilitique et que c'est à ce terrain qu'il faut attribuer ces "caractères si spéciaux de cancer à forme de linite, qui serait un hybride de cancer et de syphilis".

Dans ces trois cas, la linite a évolué vers le cancer, mais aucun traitement spécifique sérieux semble n'avoir été institué au préalable. Aussi ne faut-il pas se surprendre de voir la linite syphilitique devenir cancéreuse vers la fin de son évolution: chez une femme âgée de 53 ans, spécifique, et qui meurt, autant des suites accidentelles de l'intervention chirurgicale (hémorragie interne post-opératoire) que du retard apporté à la traiter médicalement, on peut se demander ce qui serait advenu de cette malade si tout avait été tenté pour prévenir une évolution aussi fatale.

d) *Cette linite syphilitique à évolution cancéreuse*, qui repose sur un premier facteur pathologique connu, peut donc, à l'instar de toute autre lésion inflammatoire chronique à facteur inconnu, dépasser ce stade relativement bénin pour évoluer vers le cancer, pourvu qu'un laps de temps suffisant lui soit accordé. C'est alors: la linite syphilitique à évolution cancéreuse, progressive cette fois, et caractérisée par la présence de cellules cancéreuses, de tubes néo-

plasiques et de formations lymphoïdes: ces différents éléments pouvant envahir alors les différentes couches de l'estomac, ainsi que les organes de voisinage et donner lieu à de multiples adhérences.

*

* *

Nous croyons donc à la nature d'abord inflammatoire de la linite plastique, pour croire ensuite que la dégénérescence cancéreuse ne fait que traduire la dernière étape d'une infection chronique, le plus souvent de nature spécifique et si souvent démontrée, surtout quand on se donne la peine de fouiller les antécédents personnels des malades et de pratiquer des examens sérologiques.

Et c'est pour souligner l'avantage primordial que comporte l'application, d'abord précoce ou même tardive du traitement de la syphilis, au début comme au cours de certaines manifestations avancées, susceptibles de dégénérer en cancer, que nous allons résumer brièvement l'observation d'un malade qui nous fournissait la matière de notre thèse en 1926. (1)

A côté de l'observation principale, base de notre travail, nous rapportons d'autres cas, dans lesquels le caractère régressif des lésions, différentes quant à la forme, se rapprochaient néanmoins de la linite plastique, tant au point de vue de la nature spécifique que du résultat thérapeutique obtenu par le traitement antisypilitique. Mais nous avons rencontré un cas curieux et des plus rares de linite plastique. La durée de la maladie, son évolution atypique et les résultats obtenus par l'application d'une thérapeutique médico-chirurgicale bien comprise et prudemment administrée, constituaient des manifestations cliniques quelque peu contradictoires avec certaines conceptions classiques actuelles. En conséquence, nous avons été amené à étudier ces dernières conceptions et à les comparer avec celles d'autrefois.

Observation (résumée).—Le malade est un homme de 52 ans porteur d'une fistule gastrique depuis 18 ans, pratiquée pour une linite presque

(1) Mousseau Alfred.—A propos d'un cas de Syphilis gastrique, à forme linitique, avec évolution régressive. Thèse de Paris, 1926. totale du corps de l'estomac et dont le diagnostic était confirmé par l'intervention chirurgicale.

Ce malade avait contracté, quelques années avant son opération pour fistule gastrique, un chancre syphilitique du menton, suivi d'une roséole caractéristique. Soigné à cette époque lointaine d'une façon irrégulière

et peut-être peu active, puisque le traitement n'avait pas empêché l'éclosion de plaques muqueuses, il avait ressenti des troubles digestifs consistant surtout en une sensation de pesanteur après les repas et s'accompagnant d'amaigrissement, mais sans vomissements. Malgré le régime alimentaire prescrit, survient une sorte de dysphagie sans régurgitation qui commande alors une gastrostomie.

A l'intervention, on trouve un estomac petit, ratatiné, envahi sur presque toute sa surface par une infiltration blanc grisâtre qui s'étendait jusqu'au cardia. Seule une petite zone de la région pylorique échappait à cet envahissement, et c'est à ce niveau, en position atypique que put être pratiquée la gastrostomie.

Pendant dix-neuf ans, le malade réussit à s'alimenter suffisamment par sa bouche gastrique pour vaquer à son travail quotidien de terrassier, et, fait remarquable, sans que ne soit jamais survenue aucune complication locale du côté de sa bouche gastrique.

Mais le malade, après 19 ans d'un tel mode d'alimentation, commençait de se fatiguer, et c'est alors qu'il se présente de nouveau à l'hôpital pour qu'on lui supprime sa bouche gastrique, se croyant capable, d'après son dire, de manger maintenant comme tout le monde.

Mis en observation pendant quelques semaines, il est ensuite renvoyé de nouveau chez le chirurgien qui l'avait opéré pour gastrostomie 19 ans auparavant.

Malgré les instances réitérées du malade, le chirurgien hésite à intervenir, n'étant pas certain que les parois de cet estomac, tel qu'il l'avait trouvé dix-neuf ans auparavant, présenteraient un tissu assez souple pour permettre une gastro-entérostomie; mais l'examen à l'écran radioscopique venait de montrer un organe qui avait repris sa capacité normale, de la souplesse et une kinésie normale. En face de ces signes encourageants, une gastro-entérostomie fut pratiquée; mais par prudence on laisse une soupape de sûreté: on ne supprime pas la bouche gastrique. Le malade subit cette dernière opération sans le moindre ennui et cinq jours après, il s'est mis à s'alimenter normalement. Aucune complication n'est survenue. Pendant quatre mois, le malade engraisse, grâce à une alimentation plus substantielle et plus abondante, et paraît mieux portant qu'avant son opération. Il revient de nouveau à l'hôpital pour qu'on lui supprime sa bouche gastrique, sa gastro-entérostomie donnant pleine satisfaction.

Opération: suppression de la bouche gastrique.

Suites opératoires: les vomissements consécutifs à l'anesthésie font sauter quelques ligatures: un liquide alcalin (duodéal) s'écoule pendant quelques jours, qui va diminuant à mesure que se referme par granulation la plaie opératoire. Un mois s'écoule et l'examen de l'abdomen décèle une cicatrice abdominale parfaite.

Voici donc un malade qui, six ans après un chancre, a présenté des troubles digestifs ayant évolué progressivement pendant deux ans. A ce moment le malade est très amaigri; son état général est mauvais, lorsque brusquement apparaît une intolérance gastrique sans vomisse-

ments, qui nécessite une intervention d'urgence. Au cours de celle-ci, on reconnaît un estomac petit, rapetissé et dur, une véritable linite.

Après 19 ans, l'examen radiologique montre une certaine mobilité de l'estomac, l'existence de mouvements péristaltiques. Cette amélioration est consécutive à l'application de traitements mercuriels, suivis d'une façon intermittente, il est vrai, mais qui ont été effectifs quand même, si l'on en juge d'après les résultats.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir apporté sur cette question de la syphilis gastrique à forme linitique, avec évolution régressive, une solution nouvelle, car nos observations se limitent plutôt à des hypothèses; mais il nous est permis de dire que si la linite cancéreuse, la syphilis gastrique à forme linitique et la linite syphilitique associée au cancer sont autant de formes différentes qui ont pu amener tant de divergences d'opinions, il se peut que les auteurs aient observé des formes différentes de linite ou bien même, peut-être ces conflits d'idées viennent-ils de ce que les examens anatomo-pathologiques ont été pratiqués à des phases différentes de l'évolution de la maladie.

A l'autopsie, quand l'examen histologique des pièces à conviction révèle des traces cancéreuses, on peut encore supposer que les malades ont succombé par suite du retard apporté à les traiter médicalement ou chirurgicalement: et alors cette affection primitive inflammatoire qu'on peut supposer guérissable dans ses débuts est devenue cancéreuse. Inversement, si l'examen microscopique ne peut montrer aucun indice de néoplasme, on peut croire que la linite n'a pas atteint sa phase suprême: la malignité. Dans ces cas, les malades ont succombé soit à la suite d'une affection intercurrente ou du fait d'obstacles mécaniques incompatibles avec une survie prolongée; ou encore à la suite de complications survenues après une intervention chirurgicale pratiquée en vue de supprimer les obstacles: le traitement médical ayant échoué également.

Quant aux rapports qui existent entre la linite et la syphilis, ils apparaissent fréquemment. Les examens cliniques et histologiques minutieusement répétés en donnent surtout la preuve.

Qu'une linite à facteur pathogénique connu, tel que la syphilis, puisse revêtir sur la fin de son évolution, surtout si elle n'a pas été traitée, une allure cancéreuse indéniable, il n'en faut pas se surprendre davantage, quand on sait, par ailleurs, les analogies considérables que présentent certaines néoplasies secondaires en rapport avec les infections chroniques qui semblent les avoir engendrées.

FORMULAIRE

Anorexie chez une chlorotique:

Phosphate de soude 0 gr. 50 centigr.
Protoxalate de fer 0 gr. 20 centigr.

Pour un cachet No 40

Un au début de chaque repas.

Anorexie par atonie gastrique:

Chlorure de sodium 3 grammes
Sulfate de soude 5 grammes
Eau distillée 1 litre

Prendre, le matin, à jeun, un verre de la solution.

ou bien

Teinture de quinquina }
Teinture de gentiane } aâ 30 grammes
Teinture de noix vomique 3 grammes

Une cuillerée à thé avant chaque repas.

Vomissements chez un dyspeptique nerveux:

- 1) Teinture de belladone. 10 gouttes avant le repas du midi dans un peu d'eau.
- 2) Avant le repas du soir, prendre une cuillerée à soupe de la solution suivante:

Sirop de menthe 30 grammes
Bromure de sodium }
Bromure de strontium } aâ 10 grammes
Valérianate d'ammoniaque 1 gramme
Eau distillée q. s. pour 150 c.c.

Pour favoriser l'évacuation de l'estomac atonique:

Bicarbonat de soude 16 grammes
Citrate de soude 4 grammes
Lactose 180 grammes

Une cuillerée à thé dans une tasse à thé d'eau chaude 2 à 3 heures après chaque repas.

L...

ANALYSES

MEDECINE

J. MOUZON. — **La méthode de Whipple dans le traitement des anémies graves** ("La Presse Médicale", 21 décembre 1927).

Les Américains ont inauguré cette méthode, et ils ont, à cet égard, une avance de plus de deux ans sur les autres observateurs. Ils ont relevé dans l'évolution hématologique des anémies traitées des particularités curieuses qui ont fourni aux biologistes des données nouvelles sur le mécanisme des altérations sanguines dans l'anémie pernicieuse.

Trois ordres de constatations distinctes régissent le traitement diététique de cette affection :

1° Les troubles digestifs sont fréquents au cours de cette affection; leur extrême précocité donne à penser qu'ils peuvent jouer un rôle important dans la pathogénie de l'anémie.

2° En l'absence de preuves fournies par les théories infectieuses, parasitaires, toxiques, endocriniennes de l'anémie pernicieuse, on a été porté à croire qu'il pourrait bien s'agir d'une affection par carence.

3° Le principe de la méthode de Whipple repose sur un fait d'observation expérimentale, le relèvement des globules rouges par l'administration d'une alimentation riche en foie.

Gibson et Homard ont été les premiers à appliquer la méthode de Whipple en 1923, mais Minot et Murphy, de l'Université Harvard, à Boston, ont fait les études cliniques les plus importantes sur l'action favorable de l'opothérapie hépatique dans l'anémie pernicieuse. Ces auteurs s'inspirent dans l'établissement de leur régime de toutes les conceptions diététiques qui ont été suggérées dans l'anémie pernicieuse. Ils administrent un régime pauvre en graisse pour modifier le milieu digestif. Il est en revanche riche en vitamines et en fer parce que les légumes verts et les fruits y sont abondants. Ils font de même ingérer à leurs malades la ration quotidienne de 200 à 250 grammes de foie de veau, de bœuf ou de mouton. D'après l'expérience de ces auteurs, le rognon peut être substitué au foie dont le mode d'administration variera avec le goût du malade. La répugnance pour cet aliment n'est pas d'ordinaire marquée. Les vomissements existent parfois au début mais sont rares. La ration de la journée d'après Minot et Murphy se compte de la manière suivante: 125 grammes de bifteck ou de viande rouge; 300 grammes au moins de légumes verts (épinards et salades en particulier); beaucoup de fruits, de préférence des fruits frais et assez pauvres en hydrates de carbone

(pêches, abricots, groseilles, oranges, raisins), une quantité modérée d'aliments hydro-carbonés, sucre et sucreries, farines, pâtes et pain), pas plus de 240 grammes de lait, peu de sel. Les graisses doivent être réduites à 70 grammes par jour. Au total, le régime comporte 2,500 calories fournies par 135 grammes de protéine, 340 grammes d'hydrates de carbone et 70 grammes de graisse.

Au terme de la dernière statistique de Minot et Murphy, sur 125 cas d'anémie du type pernicieux, 108 avaient, au début du traitement, moins de 2,700,000 globules rouges. La moyenne était de 1,500,000, avec minimum de 500,000 avant le traitement. Les résultats ont été brillants. Au bout d'un mois de régime, la moyenne était de 3,360,000, au bout de deux mois, de 4,250,000, au bout de six mois, de 4,650,000. Chez 52 de ces malades, le résultat se maintient depuis plus d'un an, chez 12 depuis plus de deux ans, chez 2, depuis trois ans et trois ans et demi.

Les rémissions dans l'anémie pernicieuse ne sont pas exceptionnelles, surtout depuis que la pratique des transfusions sanguines s'est vulgarisée. Mais il s'agit là encore de cas isolés.

Du quatrième au septième jour du traitement, l'action du foie est décelable se traduisant par une augmentation brusque et considérable des hématies granulo-réticuli-filamenteuses, qui atteignent 15 ou 20%. Cette crise, précoce, semble le témoin le plus fidèle de l'action utile du traitement. Contemporains de cette crise, les phénomènes suivants apparaissent: réveil de l'appétit, relèvement des forces et euphorie du malade. La fièvre disparaît en quelques jours cependant que la dyspnée et les palpitations diminuent.

En quelques mois la rémission de tous les signes cliniques s'affirme: le teint se colore, la respiration, le rythme cardiaque redeviennent normaux; les souffles anémiques disparaissent; la tension artérielle se relève.

En dépit de l'amélioration de la formule sanguine qu'entraîne l'opothérapie hépatique, il est certains symptômes contre lesquels elle est impuissante: l'anachlorhydrie et les signes objectifs constitués de lésions médullaires ou cérébrales.

Les résultats de la méthode, tous les auteurs insistent sur ce point, se maintiennent. Et si les rechutes peuvent survenir, elles paraissent liées à une irrégularité dans la façon d'observer le régime.

Une seule contre-indication existe à sa mise en œuvre, l'existence de lésions graves du parenchyme rénal.

J. Roméo PEPIN.

Antoine BASSET. — Sur un ulcère perforé et bouché de la petite courbure à évolution latente (Société de Gastro-entérologie de Paris, fév. 1927).

L'ulcère d'estomac qui mène à la perforation se manifeste ordinairement par un syndrome douloureux au niveau de la région épigastrique avec irradiation dorsale et hématemèse fréquentes: le tout pouvant évoluer pendant de nombreuses années avec alternatives d'accalmies et d'exacerbations, jusqu'à l'accident terminal: la perforation et ses conséquences.

Basset rapporte l'observation d'une femme de 63 ans qu'il a opérée pour **ulcère perforé et bouché** et chez laquelle il y avait **une absence complète d'antécédents ulcéreux anciens**. Seuls quelques vagues malaises digestifs étaient apparus une vingtaine d'années auparavant.

L'opération fut commandée par un syndrome douloureux apparu depuis un mois et consistant en douleurs vives ressenties dans la région épigastrique, avec irradiation en ceinture jusque dans le dos, reparaissant chaque fois que la malade absorbe des aliments.

A l'examen clinique: Absence de signes de stase; présence d'une masse profonde et résistante, médiane, sus-ombilicale.

A l'écran: Présence d'une ombre arrondie à contours polycycliques faisant penser à l'existence d'un pseudo-diverticule de la petite courbure.

A l'opération: On se trouve en présence, du côté de l'estomac, **d'un tissu rond**, large à peu près comme l'extrémité du pouce et bordé d'une zone scléreuse épaisse d'au moins un centimètre.

Examen anatomo-pathologique du segment réséqué de la paroi gastrique: pas de réaction néoplasique.

Cette malade sort de l'hôpital, trois semaines après l'opération, parfaitement guérie.

Ce qu'il y a de plus remarquable chez cette malade, c'est l'opposition flagrante qui existe entre l'importance des lésions anatomiques et l'absence de signes cliniques pendant toute la durée de leur évolution.

Le processus ulcérateur, pour donner lieu à des lésions aussi étendues, a dû évoluer pendant plusieurs années.

Ces faits sont rares et méritent d'être signalés; car les auteurs classiques ne font aucune allusion à ces ulcères chroniques de la petite courbure, en particulier à "l'ulcère perforé et bouché", pouvant rester pendant si longtemps latents et silencieux.

L'auteur est d'avis qu'il faudrait ajouter dans les ouvrages didactiques quelques lignes au chapitre qui traite de l'ulcère gastrique et dire qu'à la petite courbure, il existe une forme latente de l'ulcère, souvent calleux, perforé et bouché.

J. Alfred MOUSSEAU

Raymond BOISSIER. — **Les Stomatorragies** ("Le Progrès Médical", 23 juin 1928).

Ces hémorragies comprennent toutes celles qui surviennent dans les limites anatomiques de la cavité buccale. Il est très important au point de vue clinique de faire un diagnostic précis des stomatorragies qui peuvent être dues à une cause locale d'origine traumatique (morsures, etc.), opératoire ou plus souvent pathologique (ulcération du frein de la langue) ou n'être qu'un symptôme surajouté et qui se met au premier plan. Tels sont par exemple les purpuras secondaires, toxiques infectieux ou de la maladie de Wherhloff. Reste enfin une dernière maladie à laquelle il faut toujours penser: la leucémie. Le traitement varie donc avec la cause.

Conclusions: Les stomatorragies forment un tout complexe appartenant à diverses maladies que spécialistes et praticiens doivent dépister le plus précocement possible.

Roméo BOUCHER.

Mathilde de LARMINAT. — Crises de colère et syphilis héréditaire ("Le Progrès Médical", 16 juin 1928).

L'auteur rapporte neuf observations d'enfants manifestement hérédosyphilitiques qui présentaient comme symptôme dominant des crises de colère avec cyanose. Le traitement spécifique les guérit ou tout au moins les améliora notablement et rapidement.

Roméo BOUCHER.

LARAT et SIEBENMANN. — Eczémas et insuffisance hépatique ("Le Progrès Médical", 19 mai 1928).

Dans la pensée des auteurs, l'urobiline, l'urobilinogène et l'indican sont la cause directe des eczémas, associés, bien entendu, avec d'autres substances anormales et encore inconnues des humeurs, mises en liberté par l'insuffisance hépatique. L'analyse des urines peut dissocier les eczémas d'origine hépatique des autres par l'augmentation nette de l'urobiline qu'elles présentent.

Roméo BOUCHER.

P. M. FRANCO. — La mesure physique du potentiel des surrénales et de la thyroïde dans la tuberculose pulmonaire ("Le Progrès Médical", 12 mai 1928).

De courtes irradiations faites tous les deux jours sur les glandes surrénales activent leur sécrétion comme le témoigne l'augmentation de l'adrénaline dans le sang et dans l'urine. Les mêmes irradiations produisent sur la glande thyroïde une variation de sécrétion qu'on suit au moyen du métabolisme et de la pression artérielle. L'étude d'une série de tuberculeux a permis à l'auteur de constater que chacun d'eux possède un métabolisme particulier en rapport avec la thyroïde et que l'action de celle-ci est en rapport avec l'action des surrénales. C'est un nouveau champ de recherches qui s'ouvre.

Roméo BOUCHER.

CHIRURGIE

LEWISOHN RICHARD. — Résultats éloignés dans les perforations des ulcus gastro-duodénaux ("Annals of Surgery", juin 1928, page 855).

L'auteur étudie 33 cas de perforations d'ulcus gastro-duodénaux opérés de 1915 à 1925 dans le Service de Chirurgie de l'Hôpital Mont Sinai.

20 malades sont actuellement parfaitement bien, ne présentant plus des symptômes gastriques depuis la suture de la perforation. Sur ces 20 patients, 10 furent traités par simple enfouissement de la zone perforée et 10 subirent en plus une gastro-entérostomie avec ou sans exclusion du pylore.

Afin de voir dans quel état se trouvait l'estomac, ces 20 malades furent examinés à la radio; 7 montrèrent un estomac qui fonctionnait normalement et sans lésion; 13 présentaient des lésions variables. Huit en effet conservaient leur vieil ulcère en évolution; un avait une sténose du pylore; un avait subi une intervention pour un ulcus du jéjunum et deux avaient été opérés pour ulcère du duodénum.

L'auteur porte les conclusions suivantes :

1) La suture d'un ulcus perforé avec ou sans gastro-entérostomie laisse persister les troubles gastriques dans 39 pour cent des cas.

2) Les opérations conservatrices ne donnant pas les résultats attendus, ne serait-il pas mieux de traiter ces perforations par des méthodes plus radicales ?

Quoi qu'il en soit, l'auteur conseille d'entreprendre une cure radicale dans les cas d'ulcus récent ne présentant pas de zone de voisinage infectée. En plus, d'après lui, tout patient qui a été opéré à la suite d'une perforation par la seule méthode d'enfouissement, devrait être suivi attentivement après et si 6 à 8 mois plus tard les symptômes persistent, on devrait lui faire une gastrectomie partielle ou subtotale.

MERCIER FAUTEUX.

M. L. GRIMAULT. — **Fracture spiroïde trans et sous-trochantérienne du fémur** ("Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.", 2 juin 1928).

M. Grimault nous présente l'observation d'un malade ayant subi un grand traumatisme de la cuisse.

La radiographie montre une fracture oblique du fémur, le trait de fracture traverse le massif trochantérien et sépare en deux fragments inégaux les deux trochanters; il intéresse la diaphyse de l'os.

La réduction étant impossible par les moyens habituels on décide de recourir à l'intervention sanglante.

Les deux fragments du grand trochanter sont fixés par une longue vis, et on encercle l'os au niveau de la diaphyse au moyen de deux larges lames de Parham.

Les suites opératoires furent des plus simples, le plâtre est supprimé le treizième jour et une radiographie montre que la réduction est correcte. Le malade, vingt-quatre jours après l'opération, commence à marcher.

Deux points sont intéressants: l'un concernant la technique, l'autre le traitement post-opératoire.

Il est probable, selon Dujarier, que les deux lames de Parham étaient suffisantes pour maintenir solidement la réduction et que l'on a employé inutilement une vis de Lambotte.

Au point de vue du traitement, Grimault aurait dû attendre au moins trois mois avant de faire lever son malade à cause du danger des déviations secondaires.

A. BELLEROSE.

Harold W. McGILL. — **Un cas de gangrène gazeuse** ("Can. Med. Ass. Journ.", juin 1928).

L'auteur, après avoir dit que rares sont les occasions dans la pratique civile où le chirurgien peut mettre en pratique l'expérience qu'il a acquise lors de la grande guerre, nous rapporte un cas de gangrène gazeuse qui lui rappelle ceux qu'il a vus dans les hôpitaux militaires.

Il s'agit d'une femme qui s'est écorché la main en travaillant dans une étable.

Dès les premières heures après l'accident, la malade ressent des douleurs violentes dans sa main, celle-ci devient œdématisée; les symptômes deviennent de plus en plus alarmants si bien que l'on fait, à la troisième journée, des incisions à la face dorsale et palmaire de la main, sans aucun résultat.

La malade est transportée à l'hôpital le troisième jour après son accident.

L'évolution de la maladie continue malgré l'institution d'un traitement médical qui, dans l'occurrence, consiste en bains chauds et en pansements humides clauds au bichlorure de mercure 1 dans 6000.

En face de cette symptomatologie, et à cause de l'odeur particulière qui se dégage des plaies opératoires, on porte le diagnostic de gangrène gazeuse et décide une amputation haute au niveau de l'épaule.

Personnellement, je suis de l'avis de l'auteur lorsqu'il prétend que l'amputation, une fois décidée, doit se faire en tissu sain, mais où je diffère d'opinion avec lui, c'est lorsqu'il dit que le sérum employé par les Français produit peu de résultats. Le sérum anti-gangreneux de l'Institut Pasteur donne des résultats appréciables, surtout lorsqu'il est employé dès les premières heures de la maladie.

A. BELLEROSE.

PEDIATRIE

MOURIQUAND, LEULIER et SCHOEN. — **Lait irradié et rachitisme** ("Le Lait", février-mars 1928).

Les travaux récents sur le rachitisme ont montré que les rayons ultra-violetts n'agissent pas seulement par irradiation directe, mais que leur action peut être transmise par l'intermédiaire de divers aliments ayant subi l'irradiation. En d'autres termes, les aliments irradiés ont les mêmes propriétés que les rayons ultra-violetts dans le traitement du rachitisme. Sur ce point tous les auteurs étrangers sont d'accord, et les

travaux des pédiatres lyonnais confirment entièrement cette manière de voir.

Les auteurs, dans leurs expériences, ont utilisé principalement un lait sec irradié, mais ils ont aussi employé, dans quelques cas, un lait de vache frais soumis à l'action des rayons ultra-violet. Aussi bien dans le rachitisme humain que dans le rachitisme expérimental les résultats furent remarquables, ainsi qu'en témoignent des radiographies des plus démonstratives.

Un seul fait toutefois reste à établir: pendant combien de temps le lait sec irradié peut-il conserver son activité, c'est-à-dire ses propriétés antirachitiques ?

Paul LETONDAL.

ROHMER, WORINGER et ANDERSEN. — Le traitement du rachitisme et de la tétanie par l'ergostérol irradié ("Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris", séance du 20 mars 1928).

Utilisant l'ergostérol irradié à la dose moyenne de 4 milligrammes par jour, les auteurs ont ainsi traité 3 cas de rachitisme — dont 2 très graves — et 5 cas de tétanie manifeste avec laryngospasme et convulsions. Les résultats furent absolument superposables à ceux obtenus antérieurement avec les rayons ultra-violet, avec cette différence toutefois que dans la tétanie l'ergostérol semble agir plus promptement que la lampe de quartz.

N.B.—Au moment de livrer ces analyses à l'impression, nous relevons dans le dernier numéro de "Journal of the American Medical Association" (30 juin 1928, p. 2104), publié en éditorial, un article sur **les dangers de l'ergostérol irradié**. Cette substance, administrée à trop forte dose, ou pendant trop longtemps, pourrait, d'après certains auteurs allemands, déterminer des accidents sérieux, voire mortels.

Pareille remarque, qui s'applique à tous les aliments irradiés, est particulièrement intéressante pour le praticien.

Pour plus de détails, nous renvoyons le lecteur à l'article précité.

Paul LETONDAL.

MARFAN et CHEVALLEY. — Essai de substitution du lait acidifié au babeurre dans l'alimentation des nouveau-nés débiles et hypothyroïdiques ("Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris", séance du 15 mai 1928).

Dans cette étude, basée sur 11 observations recueillies à l'hospice des Enfants Assistés, les auteurs soutiennent que le lait acidifié — tel que préconisé par McKim Marriott — ne saurait remplacer le babeurre dans l'alimentation des nouveau-nés débiles et hypothyroïdiques âgés de moins de 3 mois.

Pour Marfan, les bons effets du babeurre tiennent: 1° à sa pauvreté

en matière grasse; 2° aux modifications subies par la caséine sous l'influence de la fermentation lactique.

Les partisans du lait acidifié disent au contraire que la présence de l'acide lactique est la raison principale des bons effets du babeurre dans l'alimentation des nourrissons. Ils avancent que l'acide lactique stimule les sécrétions du duodénum, du pancréas, du foie, et rend plus parfaite la digestion intestinale du beaucoup la plus importante chez le jeune enfant.

Quoique la plupart de ces assertions soient loin d'être prouvées, Marfan et Chevalley ont voulu se rendre compte de la valeur pratique de ce nouveau lait modifié. Ils ont soumis au lait modifié par de l'acide lactique — suivant le procédé de Marriott — 11 nouveau-nés pour la plupart débiles ou malades: 6 fois le lait acidifié, relativement toléré, a dû être interrompu parce que les bébés ne le prenaient pas volontiers et que la croissance était ralentie; 5 fois (dans près de la moitié des cas) le lait acidifié a été très mal toléré, déterminant des vomissements, de la diarrhée, voire même un état cholériforme.

Pour compléter cette étude clinique, le professeur Marfan et ses collaborateurs Chevalley, Dorlencourt, ont entrepris des recherches sur la digestion artificielle par la trypsine de ce nouveau lait modifié, en la comparant à celle du lait de vache ordinaire et du babeurre. La conclusion de leurs expériences est qu'il n'y a pratiquement pas de différence chimique entre la digestion du lait de vache ordinaire et celle du lait acidifié; par contre, la digestion du babeurre est beaucoup plus rapide et complète, du fait que sa caséine est partiellement digérée pendant la fermentation lactique.

Ainsi donc, et la clinique et les recherches de laboratoire tendent à prouver que le lait acidifié, produit artificiel, ne saurait remplacer le babeurre, produit biologique, dans l'alimentation des nouveaunés débiles et hypothyroïdiens.

Paul LETONDAL.

TUBERCULOSE

A. HENRY. — **Traitement des tuberculoses externes par l'antigène méthylique** ("Revue de la Tuberculose", fév. 1928).

L'auteur, après avoir expliqué la technique du traitement et son origine préconisée par Boquet et L. Nègre, cite plusieurs observations d'adénites suppurées et d'ostéites fistulisées traitées par cette méthode avec des résultats très encourageants.

Voici les remarques et les conclusions qu'il apporte :

L'antigène méthylique est d'une innocuité complète si l'on observe une progression méthodique des doses.

L'asthénie disparaît sous l'influence du traitement et le poids augmente.

Dans les adénites suppurées et fistulisées les ulcérations très souvent se cicatrisent sans intervention locale.

Dans les adénites dures, sans tendance à la suppuration, la péri-adénite disparaît d'abord, puis les ganglions diminuent de volume.

Cette méthode est efficace dans le traitement des adénites fermées et ouvertes, des fistules à point de départ osseux, des ulcérations, du lupus et de certaines réactions péritonales.

L'action de l'antigène est manifeste et rapide sur l'état général.

J. A. VIDAL.

UROLOGIE

PERARD. — **La restauration chirurgicale de l'urètre chez la femme** (Thèse de Paris, 1928).

Nous savons tous combien difficile est la restauration des fistules vésico-uréthro-vaginales intéressant le col de la vessie. En effet, il faut réparer non seulement la perte de substance, mais aussi rendre à la vessie la continence qu'elle a perdue par la destruction du col vésical. Mon ami Pérard expose ici le nouveau procédé opératoire que notre maître M. Marion a institué pour ces cas. Nous avons nous-même assisté à l'éclosion de ce procédé et nous avons vu le premier cas opéré où le succès fut complet.

Ce procédé comporte deux temps :

1er temps : Après une cystostomie sus-pubienne, fermeture de la vessie par voie vaginale.

2ème temps : Pose d'un greffon tubulé de muqueuse vaginale dans un tunnel sous-pubien.

La fermeture de la vessie par voie vaginale est faite en bourse par trois plans de suture étagés. La deuxième opération est plus délicate. Elle consiste à tailler sur la muqueuse vaginale un lambeau quadrilatère pédiculisé que l'on enroule autour d'une sonde. Puis un tunnel sous-cutané est créé en avant du pubis par un trocart. Le greffon vaginal enroulé est alors placé dans le tunnel. Enfin, la vessie dans un dernier temps est raccordée à ce néo-urètre. La continence est obtenue par la compression de ce nouveau canal sur le pubis à l'aide d'une pelote caoutchoutée. Chez une des premières malades que nous avons vu opérée par M. Marion, il existait à la suite de l'opération une rétention d'urine, si bien que la malade était dans l'obligation de se cathétériser. La rétention avait remplacé l'incontinence. Inconvénient que la malade préférerait au premier et qu'elle était heureuse d'avoir, malgré l'obligation de se sonder matin et soir.

Pérard dans sa thèse rapporte quatre autres cas où les résultats anatomiques et fonctionnels ont été bons. Ce nouveau procédé opératoire est donc à retenir et pourra rendre d'utiles services dans quelques cas.

Oscar MERCIER.

CHIRURGIE INFANTILE et ORTHOPÉDIE

W. BILLINGTON, T. A. WILLIS, A. O'REILLY. — **Les douleurs lombaires [Backache]** ("The Journal of Bone and Joint Surgery", vol. X, No 2, avril 1928).

A la suite d'une enquête faite chez 79 chirurgiens orthopédistes, les auteurs présentent le résultat de leurs recherches sur les douleurs lombaires.

Les causes les plus fréquentes sont l'arthrite, le traumatisme et les positions vicieuses. L'arthrite peut être due à un foyer d'infection originant dans l'intestin, les dents, les amygdales, les sinus, la vésicule biliaire ou ailleurs. Le traumatisme direct peut agir par lui-même. Les positions vicieuses, agissant sur le rachis et en particulier sur la 5ème vertèbre lombaire en produisant la sacralisation, peuvent déterminer des douleurs musculaires. Ces trois causes peuvent agir séparément mais sont souvent associées.

Le diagnostic, souvent difficile à préciser, doit être fait avec beaucoup d'attention. Il faut bien établir les origines de la douleur, en recherchant les foyers d'infection à distance. Le traumatisme est assez facile à relever et quand il y a eu lésion osseuse, la radiographie peut toujours renseigner.

Comme traitement des lésions traumatiques, le repos et la physiothérapie sont indiqués. Le repos est toujours facilité par le port d'un appareil avec ou sans traction. La physiothérapie doit être instituée aussitôt que possible. Quelquefois, le massage peut être utile.

Pour les douleurs lombaires chroniques, il faut d'abord corriger les positions vicieuses et, s'il y a arthrite, rechercher et traiter la cause. Dans les cas rebelles, résistant à tout traitement, l'arthrodèse peut rendre des services, mais avant d'intervenir, il est indispensable que le diagnostic soit bien établi.

Edmond DUBE.

C. L. HAWK. — **Le traitement de la scoliose au début, par la gymnastique [Treatment of mild scoliosis by developing the musculature of the trunk]** ("The Journal of Bone and Joint Surgery", vol. X, No 2, avril 1928).

Ayant examiné 2,100 étudiants de l'Université d'Iowa, l'auteur a découvert que 1 et 9/10 % présentaient une forme légère de scoliose nécessitant le traitement de leur lésion. Cette variété de scoliose, presque toujours musculaire, reconnaît comme cause principale les attitudes vicieuses. A moins que la déformation soit de longue durée, on trouve rarement une lésion osseuse.

Le traitement doit avoir pour but de développer la musculature du tronc par une gymnastique appropriée, sans chercher à assouplir le

rachis lui-même. Les muscles du côté convexe étant plus courts, un excellent moyen de les allonger consiste à recommander au sujet, — dans la station debout, — de se toujours tenir sur une jambe, soit sur la jambe du côté de la convexité. Ce traitement doit être poursuivi pendant une période assez longue, mais les résultats sont toujours satisfaisants.

Edmond DUBE.

Robert KENNON. — Infective osteomyelitis [L'ostéomyélite infectieuse]
(“Surg., Geyn., Obs.”, juillet 1928).

L'auteur définit l'ostéomyélite infectieuse comme une septicémie avec métastase osseuse. L'idée de son article est d'en faire connaître les premiers signes cliniques et ainsi d'établir un traitement précoce. La lésion débute au niveau du cartilage épiphysaire. Le premier symptôme caractéristique est la douleur et la sensibilité à la pression d'un seul doigt à l'extrémité d'un os long. L'auteur donne les principaux points où l'on peut rencontrer ce point douloureux aux membres supérieur et inférieur, l'incertitude de la radiographie dans les 48 heures du début de la lésion. Il explique la situation et la diffusion des abcès sous périostiques. Comme traitement du début, forage de l'os avec drainage approprié; il faut éviter de toucher l'artère nourricière.

La complication articulaire est très fréquente, causée surtout par l'ouverture dans l'articulation d'un abcès sous périosté.

Joseph H. RIVARD.

DERMATOLOGIE et SYPHILIGRAPHIE

McCORD. — Syphilis et Grossesse [Syphilis and Pregnancy] (“American Journal of Syphilis”, avril 1928).

L'auteur traite toute femme enceinte aussitôt que possible afin de prévenir l'infection chez l'enfant. D'emblée il administre 0.45 centigramme de 914, dose qui sera répétée toutes les semaines jusqu'à la fin de la grossesse.

L'auteur rapporte les résultats que lui a donnés ce mode d'action chez 250 femmes enceintes ayant un Wassermann positif et dont 95 virent leur séro-réaction devenir négative. La majorité de celles qui conservèrent un Wassermann positif ou diminué furent celles qui reçurent un traitement insuffisant.

L'auteur donne les conclusions suivantes dont quelques-unes sont à méditer :

Un placenta syphilitique indique un enfant syphilitique. Mais un placenta apparemment normal ne doit pas faire exclure l'idée d'hérédosyphilis.

Il faut commencer le traitement le plus tôt possible et le continuer jusqu'à la fin de la grossesse.

McCord n'a eu aucun accident à noter.

Les hypertendues se rencontrent aussi fréquemment chez les femmes non traitées que chez celles qui suivent un traitement spécifique.

Les cliniques de puériculture et d'obstétrique n'obtiendront que peu de résultats si des examens sérologiques des mères ne sont faits systématiquement. Les enfants nés de mères syphilitiques sont eux-mêmes syphilitiques.

Les examens de laboratoire négatifs ne doivent jamais faire écarter l'idée de syphilis.

Personnellement, nous sommes heureux de constater qu'une nouvelle voix réclame des examens plus complets chez les femmes enceintes afin de dépister la syphilis latente.

Nos centres de puériculture, "gouttes de lait", etc., pourraient peut-être s'organiser différemment. Nous croyons que des réactions de Wassermann devraient être faites systématiquement chez toutes les mères dont le nourrisson présente des troubles d'allure indéterminée.

Albéric MARIN.

GYNECOLOGIE

C. J. MILLER. — **The management of chronic endocervicitis [Le contrôle de l'endocervicite chronique]** ("Surgery, Gynecology and Obstetrics", mars 1928).

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes:

1. L'endocervicite est une maladie infectieuse qui n'a aucune tendance à guérir spontanément et dont les conséquences peuvent être très sérieuses. Chaque cas doit donc être l'objet d'une attention particulière.
2. Pour être effectif tout traitement doit être dirigé vers la cause du mal et non pas uniquement vers l'ulcération.
3. Les traitements locaux sont très peu satisfaisants et la diathermie, l'ionisation, les injections d'alcool, peuvent donner certains résultats temporaires et par contre ne sont pas dépourvus de danger. Le radium donne généralement d'excellents résultats dans certains cas particuliers, mais ne devraient pas être employé impunément.
4. La prophylaxie après l'accouchement préviendra un grand nombre de cas.
5. Actuellement, la cautérisation, la trachélorraphie, l'opération de Sturmdorf et même l'amputation complète peuvent être pratiquée mais cette dernière doit être évitée le plus possible.
6. Enfin tout traitement chirurgical doit être précédé d'un traitement préliminaire ayant pour but de diminuer la congestion et la réaction inflammatoire des tissus.

Léon GERIN-LAJOIE.

P. WERNER. — **The Wertheim operation for cancer of the cervix uteri**
[**L'opération de Wertheim pour le cancer du col utérin**] ("Surgery,
Gynecology and Obstetrics", mars 1928).

Le but de l'auteur est de rappeler tout simplement la technique exacte de l'hystérectomie de Wertheim, hystérectomie totale, préconisée dans le cancer du col utérin. W. est attaché à la II Frauenklinik autrefois dirigé par Wertheim lui-même; il étudie successivement la préparation pour l'opération et l'anesthésie, la technique opératoire, le traitement post-opératoire, les complications possibles et les résultats.

La technique opératoire couvre les trois-quarts de l'article et est illustré de nombreuses photographies avec légendes appropriées.

Comme résultat Wertheim rapporte que 50% des cas qui venaient à la clinique étaient opérables. De ceux-ci 50% étaient guéris et bien après 5 ans, ce qui correspondait à 25% du total des malades qui se présentaient. Depuis l'ère des irradiations, toutes les malades ont été irradiées après l'intervention, la technique a été légèrement modifiée, et la mortalité qui était de 10% est tombée à 5 ou 6%. L'auteur augure pour de meilleurs résultats encore dans l'avenir.

Léon GERIN-LAJOIE.

J. C. MASSON et H. E. SIMON. — **Extra-uterine pregnancy: lithopaedion** [**Grossesse extra-utérine: lithopédion**] ("Surgery, Gynecology and Obstetrics", avril 1928).

Après avoir rappelé que le terme lithopédion s'applique à un fœtus qui a été retenu dans l'abdomen de la femme, les auteurs rapportent 9 cas recueillis à la clinique Mayo durant les 24 dernières années. Ils font une revue générale de l'afaction, soulignent les cas rapportés, et suggèrent la division suivante, en se basant sur les tissus qui ont subi le processus de calcification: (1) lithokelphos, lorsque les membranes seules sont calcifiées; (2) lithokelyphopaedion, lorsque les membranes et le fœtus sont calcifiées; (3) lithoptecnon (le vrai lithopaedion de Kuechenmeister), lorsque le fœtus seul est calcifié et que les membranes sont absentes ou intimement unies au fœtus.

Les symptômes de la tumeur sont typiques, mais le diagnostic se fait généralement au moment de l'intervention ou à la suite d'une autopsie, car on n'y pense pas très souvent et que ce n'est qu'après avoir vu la tumeur qu'on dirige le questionnaire de la malade dans cette direction. Les rayons X sont utiles pour aider au diagnostic. Le traitement est chirurgical et le pronostic favorable.

Léon GERIN-LAJOIE.

MEDECINE LEGALE

WITAS.—**Le certificat prénuptial** ("Annales de Méd. Lég.", mai 1928).

Le mariage ne devrait être autorisé qu'entre individus bien portants: ce principe admis par tout le monde est cependant d'application très difficile pour ne pas dire impossible, surtout en France, pays de la liberté individuelle et du secret professionnel. Comment, en effet, exiger du fiancé l'examen prénuptial et imposer un veto à son mariage, si cet examen lui est défavorable, sans porter atteinte à ce secret médical que les médecins de France défendent si âprement à tout propos ?

Comme solution à ce problème, l'auteur propose une mesure législative d'hygiène dont le pivot serait l'examen médical obligatoire et le certificat qui le sanctionne, sans violation du secret médical.

Comment donc le médecin pourra-t-il intervenir ?

1° La loi précisera les maladies à dépister obligatoirement: syphilis, blennorrhagie, tuberculose, épilepsie, etc...;

2° Chaque fiancé devra passer devant le médecin de son choix, une visite médicale où seront recherchées, par tous les moyens cliniques et du laboratoire, les maladies inscrites au tableau officiel:

3° A l'issue de cet examen, le médecin délivrera un certificat, simple feuille détachée d'un carnet officiel portant:

"Je soussigné Docteur X... certifie avoir examiné, en vue d'un mariage, M. ou Mlle Y..."

Date et signature.

Sur le talon de cette feuille, le médecin portera le détail des examens pratiqués et mettra en conclusion: avis favorable ou défavorable, puis signera en même temps que l'intéressé qui ne pourra pas dire plus tard que le médecin lui a donné un avis favorable alors qu'il était défavorable.

Les noms de ceux ayant obtenus un avis favorable seront donnés au Parquet une fois l'an. Il sera donc facile, s'il y a lieu sur plainte, de reconnaître ceux qui ne figurant pas sur cette liste auront eu un avis défavorable et par conséquent pourront être tenus responsables des faits qu'on leur reproche.

Cette manière de faire ne toucherait pas au secret professionnel: les titulaires des avis défavorables ne figurant sur aucune liste; mais elle semble d'une efficacité relative puisqu'elle n'empêche pas le mariage et ne met, par conséquent, pas obstacle à la contagion. Elle nous paraît cependant assez intéressante pour être prise en considération.

Rosario FONTAINE.

ELECTRO-RADIOLOGIE

Albéric MARIN. — **La radiothérapie de l'acné en Amérique. Méthode de McKee** ("Journal d'Electrologie et de Radiologie", mai 1928).

L'auteur s'est efforcé dans cet article de présenter au public médical les indications et les résultats de la radiothérapie de l'acné suivant la méthode du professeur McKee de New-York.

L'intérêt de la méthode réside dans la promptitude et la permanence des résultats. Cependant elle ne doit point reléguer dans l'ombre d'autres moyens qui ont fait leur preuve depuis longtemps, ni faire oublier les prescriptions hygiéniques et diététiques ordinaires.

D'un autre côté toutes les acnés ne sont pas justiciables des irradiations. Les meilleurs résultats sont obtenus dans les variétés suivantes: acné ponctuée, papuleuse, indurée et furonculaire.

Dans les autres formes il vaut mieux recourir aux traitements habituels.

McKee chez 250 malades a obtenu 95% de guérison. L'auteur lui-même sur un total de 19 cas rapporte 19 guérisons.

Pour arriver à ces résultats il faut une technique précise car ici comme ailleurs les Rayons X présentent des dangers qu'il faut absolument éviter. La dose par région devra être des fractions de la dose érythémateuse et ne pas dépasser 1 H par semaine. On emploiera des rayons mous non filtrés. Durant le traitement il est important de veiller à tout signe d'intolérance cutanée. La durée moyenne du traitement est de deux à quatre mois.

Albert COMTOIS.

HARET. — Contribution au traitement roentgénétherapique des névralgies sciatiques ("Bulletins et Mémoires de la Société de Radiologie Médicale de France).

Le but de cette communication est de montrer l'efficacité incontestable de la radiothérapie peut pénétrante dans les névralgies sciatiques de toute nature.

28 cas ont été soumis aux irradiations. Tous avaient été traités sans succès par d'autres moyens, et avec la technique de Haret la guérison fut obtenue et se maintient depuis 2 ans.

La technique employée fut la suivante :

Intensité: 1 mma.

E E: 15 cm entre pointes.

Filtre: 5 mm aluminium.

Distance: 28 cm.

Quantité: 3 à 4 10e d'unités H mesurés à l'ionomètre de Solomon.

Irradiation sur l'émergence du nerf.

La 2ème séance 4 jours après la 1ère; la 3ème séance 8 jours après la 2ème; la 4ème séance 8 jours après la 3ème; la 5ème séance 15 jours après la 4ème; la 6ème séance 15 jours après la 5ème.

Après la 1ère ou la 2ème séance on relève une réaction douloureuse de quelques heures. Après la 3ème ou la 4ème irradiation la sédation des douleurs est manifeste. La disparition des phénomènes morbides n'est tout à fait complète qu'après 3 mois.

Albert COMTOIS.

LABORATOIRE

R. VLADESCO. — **Sur la réparation de l'acide urique dans le sang et sur les causes d'erreurs dans le dosage de ce corps** ("C. R. S. B.", janvier 1928, page 462).

La quantité d'acide urique est beaucoup plus considérable dans les globules rouges que dans le plasma. Il arrive souvent cependant que le médecin ne spécifie pas s'il désire connaître le taux de l'acide urique du sérum ou du sang total. Faute d'indication on admet dans la plupart des cas qu'il s'agit du sérum. La question a cependant une grande importance car si normalement il y a une telle différence dans la teneur en acide urique du sang total et du sérum, il n'y a pas de raison pour qu'à l'état pathologique cette différence soit plus importante ou tout au moins modifiée dans des proportions qui ne correspondent plus à celles de l'état normal. D'où la nécessité de faire le dosage de l'acide urique sur les globules rouges ou sur le sang total et d'indiquer sur quoi a porté l'analyse. Autre point important est le réactif employé comme défécant. Vladesco insiste sur l'emploi de l'acide tungstique comme défécant et sur la complète hémolyse des globules rouges avant tout dosage.

A. BERTRAND.

BALLIF, RESNIC, LUNEVSKY. — **Sur le dosage de l'urée dans le sérum et le sang total** ("C. R. S. B.", 1927, page 1026).

D'après Pagel et Péchon le sang du début de la saignée serait plus riche en urée que le sang recueilli ensuite. B., R. et L. ont repris les recherches dans cette direction et ont effectué une série de dosages sur des échantillons recueillis à divers temps de la saignée. Les différences trouvées entre les divers échantillons sont à peine marquées et ne portent tout au plus que sur la deuxième décimale.

A. BERTRAND.

L. JUNG et L. AUGER. — **Sur le mécanisme de la mort par pénétration d'air dans les veines** ("C. R. S. B.", 1928, page 610).

Diverses théories ont été mises de l'avant pour expliquer la mort par pénétration d'air dans les veines au cours d'interventions chirurgicales ou expérimentales: embolies pulmonaires, interventions nerveuses, distension du cœur droit paralysant les systoles.

En injectant rapidement des quantités variables d'air soit dans la jugulaire externe, soit dans le ventricule droit ou gauche, Jung et Auger ont fait les constatations suivantes: Pour provoquer la mort il faut au moins 50 cc d'air si on l'injecte dans le ventricule droit et 100 cc si c'est dans la jugulaire. Une chute rapide de la pression artérielle se produit et les artères coronaires jusque dans leurs plus fines ramifications sont

envahies par un chapelet de petites bulles gazeuses. Peu à peu les ventricules entrent en fibrillation. Si l'injection est faite dans le ventricule gauche une quantité moindre d'air (20 cc) est nécessaire pour entraîner la mort. Dans ce cas les phénomènes déjà cités se produisent plus rapidement. Les poumons n'ont pas semblé être le siège de lésions appréciables. Les trois faits fondamentaux qui se dégagent de ces expériences sont: chute de la pression artérielle, pénétration d'air dans les coronaires et fibrillation des ventricules. Que l'air soit injecté directement dans le cœur gauche ou dans le cœur droit, la mort surviendrait dans tous les cas d'après Jung et Auger par oblitération gazeuse des vaisseaux du cœur.

A. BERTRAND.

o

SOCIÉTÉS

La Société de Pédiatrie de Montréal

La dernière séance de la Société de Pédiatrie de Montréal a eu lieu le vendredi 25 mai 1928, à 4 h. 30, à l'Hôpital Sainte-Justine, à l'amphithéâtre de la clinique. L'ordre du jour était le suivant :

M. J.-C. BOURGOUIN. Broncho-pneumonie chez un nourrisson vacciné au B. C. G.

M. E. DUBE. Deux cas d'ostéomyélite.

M. A.-Z. CREPAULT. Un cas de rupture du rein.

M. J. RIVARD. Un cas de rupture de la rate.

M. J. MIGNEAULT. Traumatisme de l'œil.

M. Paul LETONDAL. Endocardite maligne à évolution subaiguë.

M. L. PARE. Technique de l'hémoculture.

M. Pierre MASSON. Sclérose tubéreuse de l'encéphale; néphrite glomérulo-épithéliale chronique (présentation de pièces).

Le Secrétaire,

Paul LETONDAL.

o

NÉCROLOGIE

L'HON. LOUIS PHILIPPE NORMAND

1863-1928

Notre influence vient bien plutôt de ce que nous sommes que de ce que nous disons ou même de ce que nous faisons. P. de J.

“Louis Philippe Normand, magnifique type de médecin !” C'est par cette exclamation, qu'au lendemain de sa mort, le qualifiait l'un de nos meilleurs journalistes de la Métropole, son ex-concitoyen M. Omer Héroux.

De temps en temps, émerge ainsi des tombes certaine figure auprès de laquelle, malgré soi, il faut s'arrêter. Celle du docteur Louis Philippe Normand en est une.

Inutile de répéter tout ce que la grande et la petite presse ont dit de lui: “Magnifique type de médecin” résume toutes les appréciations générales et c'est la vérité.

Je voudrais, simplement et respectueusement, rendre hommage à sa mémoire, en feuilletant sa correspondance, en évoquant quelques-unes de ses paroles, en rappelant à larges traits ce qu'il fit et ce qu'il fut.

Cette façon d'apprécier une vie est peut-être quelque peu simpliste, mais je n'ai rien de meilleur à dire que de répéter, pour l'avantage commun et la gloire du disparu, ce que le disparu lui-même n'a pas craint d'écrire, de dire ou d'être, pour l'honneur de la profession dont il fut, durant deux termes consécutifs, le Président très distingué.

La correspondance du Dr Normand avec le Bureau provincial de médecine fut considérable. Elle constituerait à elle seule un intéressant volume.

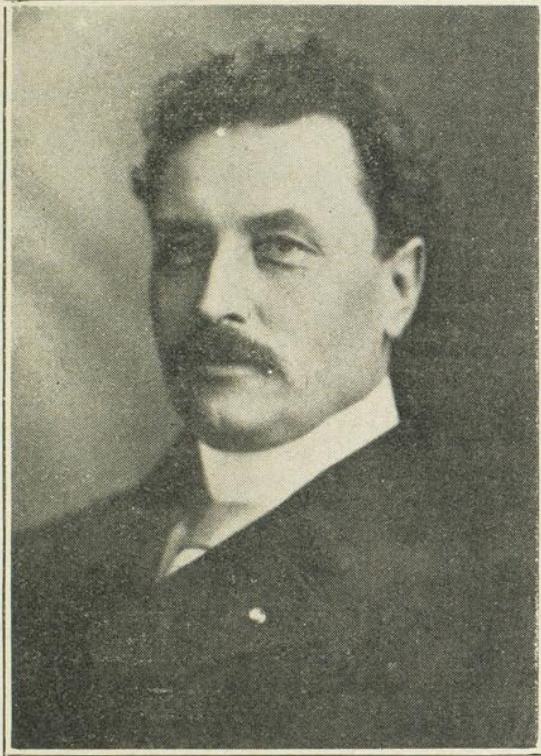
Que l'on me permette de citer, en partie, la première lettre qu'il nous écrivit au lendemain de l'élection du Bureau provincial de médecine, le 10 juillet 1909. Cette lettre constitue tout un programme, et résume magnifiquement les devoirs de notre fonction, dictés d'autorité.

“La lutte que vous venez de subir avec succès, écrivait-il, me prouve que vous êtes un homme d'énergie. Reste à savoir si vous êtes un homme de principes. C'est ce que l'avenir nous dira.

Permettez-moi, au début de votre administration, de faire une mise au point catégorique, quant à ce qui me concerne. Cela évitera les froissements et les malentendus qui ne doivent jamais exister entre Président et Registraire.

“Vous ne vous doutez probablement pas, faute d'expérience, de la tâche ardue qui vous échoit. Tout de suite, c'est mon devoir de vous le dire,

détrompez-vous si vous croyez, comme certains de nos collègues l'ont prétendu, que votre rôle consiste uniquement à percevoir des d^ûs et à collationner des notes. Le Registraire doit être, selon l'esprit de la loi nouvelle, le factotum de la profession. C'est l'âme du Bureau provincial de médecine. A la lettre il doit exécuter ses ordres, mais très souvent avec un autre esprit que celui qui dicte s'il connaît bien le sens de la loi et des règlements. A ce que l'on dit de vous, j'espère que vous serez cet



L'hon. LOUIS-PHILIPPE NORMAND

(1863-1928)

Président du Congrès des Médecins de Langue française
de l'Amérique du Nord (1902)Président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la
Province de Québec (1907-1914)

Président du Conseil Médical du Canada (1920)

Président du Conseil Privé du Canada (1921)

Commandeur de l'Ordre de Saint Grégoire le Grand

homme. Identifiez-vous avec le Bureau: c'est votre premier devoir; mais de grâce faites donc en sorte de rétablir l'autorité de ce Bureau confondu jusqu'ici avec la multiplicité des fonctionnaires que la nouvelle loi vient de faire disparaître. Mettez-vous bien dans l'idée que le Bureau provincial de médecine est l'autorité suprême de la profession médicale. Et dans l'accomplissement de vos devoirs de Registraire ne mettez aucune différence entre un professeur de la Faculté et le plus humble praticien

de la campagne. Je serai à votre disposition en aucun temps. Je suis très au courant de la loi nouvelle. Je tiens à constater de très près comment elle fonctionnera. Ne vous gênez pas pour me consulter. Cela me sera excessivement agréable d'essayer à vous rendre la tâche facile. Il n'y a aucune arrière-pensée chez moi. J'essaye ordinairement d'être un homme de devoir avant d'être un homme aimable. Pour vous j'essayerai d'être les deux."

Et à dix-neuf ans d'intervalle, je rends témoignage que jamais, en aucune circonstance, le Docteur Normand, durant les années qu'il fut à la présidence de notre Bureau, n'a cessé d'être cet homme de devoir et cet homme aimable qu'il promettait d'être. Si j'ai, dès le début, capté sa confiance, et si je me flatte de l'avoir toujours conservée, c'est sans doute parce que j'ai compris qu'il entendait donner son attention à tous les détails et à n'en négliger aucun. Sa volumineuse correspondance que je viens de parcourir avec un souvenir ému en fait foi. Elle atteste surtout la loyauté, la générosité, la promptitude à rendre service, la ponctualité, l'ordre dans l'action vive mais non précipitée, la connaissance des hommes et l'idéal du médecin chrétien, soutenu par des qualités naturelles, servant de base à une vie de foi intense.

Pardessus tout, il abhorrait la double conscience qui tolère, dans le secret du cabinet de consultation ou au cours de la vie professionnelle, des actes qu'un honnête homme ne saurait se permettre.

"J'ai été pris par surprise", s'exclamait un médecin comparaisant devant le Conseil de discipline, présidé par le Dr Normand.

"Peut-être bien, rétorquait celui-ci, mais le même individu m'a tendu le même piège qu'à vous et je l'ai mis à la porte. Vous avez méconnu le devoir du médecin en pareille circonstance. Votre ignorance n'est pas justifiable."

Un autre disait: "Mais personne ne m'a enseigné ce que vous condamnez!"

"Tant pis, rétorquait encore le Président. Votre conscience d'honnête homme aurait dû vous suffire. Vous n'étiez pas préparé pour être médecin."

Pour illustrer davantage sa saine doctrine professionnelle, il faudrait analyser, un par un, ses discours à titre de Président du Collège des médecins et chirurgiens, à titre de Président du Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, ou à titre de Président du Conseil médical du Canada. Je me contente de signaler le plus beau cours de déontologie médicale qui ait été fait publiquement, à notre connaissance, par un médecin canadien, je veux dire le discours que prononça le docteur Normand, hôte d'honneur des étudiants en médecine, à l'hôtel Windsor de Montréal en avril 1925. Les journaux de l'époque l'ont signalé. Quelques-uns l'ont analysé. Si je ne me trompe, le *Quartier Latin* l'a publié en entier. Je ne serais pas surpris d'apprendre, tôt ou tard, que le chapitre de nos Règlements qui traite des droits et des devoirs du médecin s'est largement inspiré de ce discours.

Enfin, pour résumer, sa dernière lettre comporte encore un enseignement. Nous le consultions au cours de certaines difficultés: "Contentez-vous de protester afin que les petits ne soient pas scandalisés, nous

écrit il, puis laissez faire et laissez dire. Etre scrupuleusement honnête et n'agir que par devoir, il n'y a que cela qui compte au bout de la vie !" C'était presque le chant du cygne !

Peu de carrière professionnelle, croyons-nous, ne s'est ainsi édifiée, étape par étape, sans en brûler aucune. Depuis son stage d'internat à l'hôpital Notre-Dame où l'avait appelé la confiance de ses maîtres, jusqu'à la présidence du Conseil médical du Canada, qu'il avait désirée comme la plus belle fin de carrière, le docteur Normand a rempli tous les postes de confiance, a recueilli tous les honneurs que ses concitoyens pouvaient lui confier et que sa profession eut à lui offrir. Et je ne sache pas le domaine de la politique excepté, qu'il ait eu jamais d'entraves à surmonter ni de lutte ardente à soutenir pour cueillir les palmes de la gloire.

D'aucuns diront peut-être qu'il a recherché les honneurs. Oui, si l'on s'en tient au sens honorable de la recherche. Non pas, au sens arriviste. Car c'était un esprit positif qui calculait toutes les conséquences ultimes d'un acte à poser. D'un jugement très sur et d'une confiance absolue dans son étoile, il ne faisait rien au hasard. Honorablement mais énergiquement, il préparait sa voie, plutôt certain que désireux d'atteindre le but, convaincu que seuls les hommes de volonté puissante sont ceux qui récoltent. Et le moment venu, le fruit mûr tombait à ses pieds ou entre ses mains.

Ce qui m'a le plus édifié dans cette vie saine et sans tache, c'est l'importance primordiale qu'il attachait à la formation personnelle du médecin : formation intellectuelle, formation morale, formation professionnelle, affirmant toujours que *notre influence vient bien plutôt de ce que nous sommes que de ce que nous disons ou même de ce que nous faisons.*

Je le vois encore, à son bureau de Président, analysant les cartes d'examen ou relisant, un sourire narquois aux lèvres, les lettres des mécontents. Il serait indiscret de répéter ici les réflexions qu'il se permettait en pareilles circonstances, mais que de leçons j'en ai tirées pour la gouverne de ma propre vie, et comme je lui en suis reconnaissant !

Et il a prêché d'exemple. Il recevait toutes les revues médicales importantes. Il les analysait à jour et à heure fixe, sans jamais y manquer. Les universitaires ne l'ont jamais pris par surprise avec une théorie nouvelle. Il était toujours à la page. Tous les ans, il allait faire un stage dans les meilleurs hôpitaux américains et en revenait féru des méthodes nouvelles. Il se remettait ensuite à la besogne et ne désespérait plus.

Selon le dicton populaire confirmé par le témoignage unanime de ses concitoyens et de ses proches, le Dr Normand était un *bourreau de travail.*

Que l'on en juge par sa carte professionnelle, à la fois si sobrement rédigée, si digne, si bien remplie.

Le docteur L. P. Normand

Heures des consultations :

<p style="text-align: center;"><i>Hôpital St-Joseph</i> <i>Rue Ste-Julie</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Lundis, mercredis et vendredis,</i> <i>10 à 11 hrs a. m.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Mardis, jeudis et samedis,</i> <i>8.30 a 10 hrs a. m.</i></p>	<p style="text-align: center;"><i>Hôpital Bourgeois</i> <i>47, Ave Laviolette</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Lundis, mercredis et vendredis,</i> <i>2 à 4 hrs p. m.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Mardis, jeudis et samedis,</i> <i>10 à 12 hrs a. m.</i></p>
---	--

Bureau privé : No 1, rue Des Forges.
Mardis, jeudis et samedis, 2 à 5 hrs p. m.
Dimanches, 2 à 3 hrs p. m.

A part cela, pendant plus de vingt ans, il s'occupa de façon très active et fort efficace d'affaires municipales, provinciales, fédérales et professionnelles. Il fut maire de sa ville de Trois-Rivières pendant plusieurs années; Président du troisième Congrès des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord tenu à Trois-Rivières en 1902; Président du Collège des médecins et chirurgiens de 1907 à 1914; Président du Conseil médical du Canada en 1924; Président du Conseil privé de Sa Majesté à Ottawa.

Il a été mêlé à toutes les luttes sociales de son temps, à tous les mouvements patriotiques et nationaux auxquels il a payé de sa personne, de son influence très grande, et de sa générosité.

A vrai dire, aucune bonne œuvre parmi nous qui ne puisse se réclamer de lui, du moins comme bienfaiteur, protecteur ou ami.

Aux apôtres de la tempérance il fut mêlé. Contre la tuberculose et la mortalité infantile, il a lutté. A la Ligue des Droits du Français il fournit de précieux encouragements. L'Oeuvre des Retraites fermées au Canada lui doit davantage. Ce qu'il n'a pas fait lui-même il a aidé à le faire, en donnant l'exemple ou en procurant les moyens. Les pauvres surtout, les pauvres de sa ville natale et tous ceux de son district, ont largement bénéficié de ses conseils, de ses talents, de sa droiture, de sa science, de sa générosité, et pardessus tout de l'habileté de son art de chirurgien. On venait le consulter de tous les coins de la province. Ses salles d'attente, aux heures de consultation, étaient des fourmillières où pullulaient des clients de toutes les catégories et de toutes les conditions.

L'on attribue au Sénateur Jacques Bureau, son adversaire politique de toujours, ce noble témoignage: "Pour une consultation payée, Normand en donna trois gratuitement!"

Mais pour ne pas allonger au delà des limites possibles ces notes rédigées à la hâte, je voudrais, en terminant, pouvoir pénétrer dans son âme et dans son cœur afin de saisir sur le vif la force intérieure qui a fait de ce "magnifique médecin" l'une des plus belles figures de son temps.

Certes, il était fortement constitué, mais ce n'est sûrement pas la force physique qui l'a constamment tenu fidèle à tous ses devoirs, fidèle à la parole donnée, fidèle aux heures convenues, fidèle pour les riches, fidèle pour les pauvres, fidèle dans les épreuves, fidèle dans la prospérité et dans la gloire, fidèle dans sa vie, fidèle dans sa mort.

Chez Louis Philippe Normand, au-dessus de l'homme de bien, il y avait l'homme de foi. Son âme fut vraiment plus haute que ses œuvres, et c'est en elle, perfectionnée et sanctifiée, qu'il faut rechercher la véritable raison de sa grandeur et de l'estime universelle non seulement de ses confrères mais de tous ses compatriotes.

L'homme qui, pendant trente ans, par esprit de foi et de sacrifice, en dépit des occupations multiples de sa profession de médecin, entend tous les matins la Sainte Messe et s'approche de la Table Sainte, dispose d'ascensions qui l'élèvent jusqu'à une hauteur de piété, de zèle et de perfection où il ne se laisse plus voir et où se perd le regard.

L'hon. Louis Philippe Normand fut cet homme !

Au nom de l'*Union Médicale du Canada*, au nom du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec qui a déjà déposé des fleurs sur sa tombe, et en mon nom personnel, je prie Madame Louis Philippe Normand, l'Abbé Philippe Normand, Mesdames Léon Méthot, Georges Gouin et Fernand Ryan, Monsieur Louis Normand, les docteurs Hudon et Joseph Normand, Messieurs Jean et Pierre Normand d'accepter l'assurance renouvelée de notre admiration sans bornes pour le grand disparu, et nos sympathies les meilleures dans leur profonde affliction.

Dr Joseph GAUVREAU.

EUGENE VIROLLE (1874-1928)

La mort depuis quelque temps a fait subir au corps médical des pertes bien cruelles. Le vide se crée rapidement dans les rangs des membres de notre profession qui dépassent la cinquantaine.

Après la disparition presque simultanée de Aubry, Chartier, Bernier, Normand qui, chacun dans sa sphère, ont exercé une influence sur l'évolution de la pratique médicale dans notre province, nous déplorons aujourd'hui la perte du Docteur Eugène Virolle, tombé dans la force de l'âge, en plein travail: il a été frappé par une crise foudroyante d'angine de poitrine, au moment où il rentrait chez lui, le 5 juillet dernier, au retour de ses visites de la matinée.

L'affluence de la population qui s'est rendue pour lui rendre un dernier hommage, la foule pieuse et recueillie, massée sur le parcours du convoi mortuaire, le cortège funèbre composé de membres de toutes les classes de la société, sont un témoignage éclatant de l'influence profonde qu'Eugène Virolle exerçait sur ceux qui avaient l'occasion de le connaître.

Le Cardinal, primat de l'Eglise au Canada, assistait au trône; un clergé nombreux était au chœur; et dans la nef entièrement remplie, des hommes politiques, des artistes, des représentants des diverses professions, du commerce, de l'industrie, des classes ouvrières, s'unissaient dans une prière commune pour le regretté défunt.

Non seulement dans le corps médical, mais dans notre public canadien-français, Virolle était une personnalité remarquable.

Sa clientèle était immense: peu de médecins, croyons-nous, ont été les confidents et les conseillers d'un aussi grand nombre de patients.

Pour lui, l'idéal de l'art de la médecine était la pratique générale. "C'est là, disait-il, que le médecin peut faire le plus grand bien: le praticien, tel que je le conçois, doit être à même de pouvoir donner du soulagement dans tous les cas où la nature humaine est en état de souffrance pathologique."

C'est sur cette conception du rôle du médecin qu'il avait basé sa pratique et c'est en vue de cet idéal qu'il choisissait ses lectures de tous les jours.

Il était un studieux. Il possédait une culture médicale solide et très étendue.

Cette culture, il l'avait puisée ici d'abord, où il avait fait de fortes études; puis plusieurs fois, au cours de sa carrière, il avait été se retremper en Europe aux sources de la science française. Pendant près de trente ans, il a rempli à la Faculté de Médecine le poste de démonstrateur d'anatomie et il se plaisait à dire que c'était en enseignant aux élèves qu'il puisait ses connaissances fondamentales qu'il appliquait avec tant de succès au diagnostic et à la thérapeutique des maladies.

Ses procédés étaient scientifiques. Par son expérience, par ses lectures, par ses études anatomiques sérieuses, il était assurément un de nos médecins les plus en état de poser un diagnostic et d'établir un traitement raisonné.

Il avait dans sa profession la foi d'un apôtre.

De cette foi se dégageait un magnétisme personnel réconfortant et une manière de procéder presque sacerdotale, vis-à-vis de ceux qui le consultaient.

Auprès de ses malades, il employait tout ce que son cœur lui suggérait de moyens.

Homme de jugement, il connaissait les maladresses qui tuent et il les évitait; il connaissait les paroles qui sauvent et il s'en servait.

De ce cabinet où défilaient tour à tour des clients de toute catégorie: des riches et des pauvres, des gens cultivés et des humbles, personne ne sortait sans avoir au moins acquis une lueur d'espérance.

S'il a eu le bonheur de sauver beaucoup de malades, il a eu aussi le chagrin d'en voir mourir quelques-uns; et même alors qu'il devait s'incliner devant l'inexorable loi, il savait trouver des paroles consolantes pour aider le mourant à s'endormir de son dernier sommeil.

Sans doute, ses connaissances, sa grande bonté, son magnétisme moral puissant ont contribué beaucoup à accentuer sa personnalité profession-

nelle et à faire affluer vers lui la clientèle: il n'est pas exagéré, croyons-nous, de dire que la foule accourait vers lui.

"Dès huit heures, chaque matin, lisons-nous dans le "Devoir", même plus tôt, l'attroupement des malades s'était formé à sa porte. Des gens, venus en limousine, descendus des quartiers riches jusque dans ce faubourg, s'étaient mêlés aux autres. Avant neuf heures l'antichambre du cabinet débordait et souvent comme il n'y avait plus de place, le salon familial s'ouvrait à des malades".

Une autre qualité, croyons-nous, a contribué à la formation et au maintien de cette clientèle nombreuse.

Quand le Dr Virolle examinait un malade, il avait le souci de mettre tout en œuvre pour arriver d'abord à poser un diagnostic, et surtout à apporter du soulagement, et cela quel que fut le degré d'intelligence ou le rang social de ceux qui se confiaient à lui. — Pour qui sait le nombre de malades qu'il voyait chaque jour, on serait porté à croire qu'il procédait peut-être un peu vite avec quelques-uns. Il n'en est rien, peu de praticiens mettent autant de soin non seulement dans l'examen de leurs patients, mais aussi dans la rédaction et l'explication de l'ordonnance remise.

Un miséreux qui avait connu des jours meilleurs, souffrant d'un mal qu'il ne s'expliquait pas, s'était faulilé parmi ceux qui attendaient et avait, à son tour, été admis dans le cabinet de consultation. Après quelques questions, le Docteur Virolle eut vite constaté qu'il se trouvait en présence d'un cas grave, et il se mit en devoir de l'examiner sérieusement.

"Mais, Docteur, je dois vous dire tout d'abord que je suis pauvre, que je ne puis rien vous donner et qu'il me répugne de vous faire passer votre temps précieux au détriment de tant d'autres qui attendent: Peut-être une petite prescription suffirait-elle et je vous en serais bien reconnaissant.

— Mon ami, vous n'êtes pas venu ici comme riche ni comme pauvre, vous êtes ici comme malade; et devant le médecin tous les malades sont sur un pied d'égalité. Quittez vos craintes, vous ne m'êtes pas à charge: vous m'intéressez, c'est mon devoir de vous examiner; ceux qui viendront après vous n'en souffriront pas, je vous le promets."

Ce pauvre abandonné alla plus tard mourir au refuge Notre-Dame de la Merci et il ne racontait jamais cet incident aux Frères hospitaliers sans verser des larmes.

Cette vie, dans son cabinet et dans ses courses chez ses malades, c'était sa vie de tous les jours.

Il n'avait pour limite de son travail que la limite de ses forces.

On pourrait croire qu'un homme aussi pris par sa profession ne pouvait consacrer à sa famille que de trop rares loisirs.

Et cependant Eugène Virolle était un homme de foyer; il était même artiste à ses heures: il a fait quelques peintures; il jouait le violoncelle d'une manière fort agréable. Auprès de sa femme, au milieu de ses enfants, il répandait la lumière et la joie.

Sa mort, d'une certaine façon, fut soudaine, mais elle n'a pas été une surprise.

Il savait que la mort le guettait et il s'y préparait.

Que de fois n'a-t-il pas répété à ceux qui le savaient malade ces paroles de Mgr Gay: "Je ne suis plus sur la terre que comme un voyageur qui a fait ses malles et qui attend la voiture. Je l'attendrai peut-être quelques années, deux ans peut-être, qui sait? Mais qu'est-ce que deux ans! En tout cas, je ne déferai pas mes malles."

A sa famille qu'il aimait tant et dont il entretenait si souvent ses intimes, nous offrons nos cordiales et profondes sympathies.

A notre confrère disparu, nous disons un pieux "au revoir".

L. E. FORTIER.

LE DOCTEUR HERMENEGILDE VACHON

Le Docteur Herméningilde Vachon est décédé, le 5 juillet 1918, à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville à la suite d'une recrudescence de la maladie qui le minait depuis longtemps.

Monsieur Vachon était un franco-américain né en 1894 à Holyoke, Mass., où il fit ses études primaires chez les religieuses de l'endroit, en 1910 il entra au collège de St-Hyacinthe où il fit de sérieuses études classiques pour terminer son cours en 1918 avec le titre de bachelier ès-arts. Dès l'automne de 1918, Monsieur Vachon commençait ses études médicales à l'Université de Montréal où il reçut en 1923 le titre de docteur en médecine avec la mention "cum laude".

A l'Université, le Dr Vachon était un étudiant modèle, son assiduité aux cours était remarquable, son commerce était agréable, aussi n'avait-il que des amis.

A peine reçu médecin, il entra à l'Hôtel-Dieu comme interne. Là, il se fit remarquer par son amour de la chimie; en effet, Vachon aimait les travaux du Laboratoire où il venait travailler dans ses temps libres. En plus M. Vachon avait une manière facile d'exprimer sa pensée, en un mot, il avait l'étoffe d'un professeur. C'est pourquoi le Dr Baril, croyant voir en lui un futur assistant, lui proposa d'aller étudier la chimie en Europe. Pour faire suite aux propositions du Dr Baril, l'Université de Montréal lui obtint une bourse de l'Institut Rockefeller, et dès septembre 1924, le Dr Vachon nous quittait pour Strasbourg où il étudia dans le Laboratoire du Professeur Nieloux. Après une année de durs labeurs, Vachon décrochait son certificat de Chimie générale.

L'année suivante le Dr Vachon devait faire des études de chimie biologique et passer son doctorat ès-sciences; mais la maladie le forçait d'abandonner ce travail pour revenir au pays.

Après un repos d'une année, l'Hôtel-Dieu lui confiait le département de Chimie. Là Messieurs les Médecins de la Maison l'ont vu à l'œuvre, et ils ont su apprécier sa haute valeur scientifique qu'il savait nous com-

muniquer avec facilité; jamais nous ne prenions Vachon par surprise, toujours il avait une réponse juste.

Les Religieuses de l'Hôtel-Dieu et tout le personnel du Laboratoire regretteront longtemps ce collaborateur dévoué.

Après avoir à peine donné cinq mois au Laboratoire, ses forces le quittèrent et en mars dernier il laissait l'Hôpital pour prendre un peu de repos avec l'espérance de nous revenir; mais le réveil de la maladie marqua trop tôt la fin d'une carrière qui s'annonçait brillante.

Nous tous qui l'avons connu regrettons sa mort prématurée, et offrons à la famille nos profondes condoléances.

P. P. GAUTHIER.

— o —

BIBLIOGRAPHIE

PRECIS D'ANATOMIE TOPOGRAPHIQUE, par le Docteur F. Villemin, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux. Un volume in-8 de 756 pages avec 351 figures noires et coloriées : 90 fr. (Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille. Paris 6e.)

Dans ce précis, l'auteur a adopté, pour la nomenclature et la délimitation des régions, les dénominations classiques et les limites ordinairement admises. Pour leur étude, il a contribué comme la plupart des anatomistes à envisager les plans successifs de la superficie vers la profondeur. Ceci est relativement facile quand il s'agit des membres, dont la constitution est toujours à peu près identique.

Leur étude comporte généralement des régions antérieure et postérieure séparées par une cloison ostéo-aponévrotique ou une articulation que l'on range dans l'une ou l'autre des régions. Cette façon de faire est encore possible pour certaines parties de la tête et du cou et pour les parois du tronc. Elle ne l'est plus quand il s'agit du contenu des cavités cranio-faciale, thoracique, abdominale et pelvienne. Ces cavités contiennent en effet des organes suffisamment bien individualisés au point de vue topographique pour qu'ils ne soient pas morcelés par les limites des régions pariétales. C'est ce qui explique que, pour la tête, le thorax, l'abdomen et le bassin, après avoir étudié leurs parois en régions, l'auteur a adopté pour le contenu de leurs cavités, des divisions fondées sur la disposition même des organes. A ce propos, tenant compte des recherches récentes de tous ordres, il a montré l'importance que pouvaient avoir les variations des dimensions des cavités, et notamment de la cavité abdominale sur la forme et les rapports de ces organes.

L'auteur a fait précéder l'étude des régions, sans toutefois s'étendre trop longuement, de quelques renseignements sur les formes extérieures, et il a indiqué avec les points de repère les plus importants quelques données d'utilisation pratique immédiate.

Ce précis comprend sept livres :

Le livre 1er est consacré : à la tête;

Le livre 2e est consacré : au cou;

Le livre 3e est consacré : au thorax;

Le livre 4e est consacré : à l'abdomen;

Le livre 5e est consacré : au bassin;

Le livre 6e est consacré : au membre supérieur;

Le livre 7e est consacré : au membre inférieur.

Tout en restant dans le cadre d'un précis l'auteur a voulu donner au texte une forme suffisamment explicite, afin que les étudiants en médecine et même les praticiens puissent y trouver toutes les notions d'anatomie topographique absolument indispensables à leurs études et à l'exercice courant de leur profession.

L'illustration a été augmentée de nombreuses figures surtout dans les parties où le texte a été le plus remanié. Beaucoup d'entre elles sont des figures originales faites d'après nature à une échelle déterminée, le plus souvent simplifiées ou même schématisées pour les rendre d'une plus facile.

LE BANDEAU SUR LES LEVRES.—Roman, par Louis Fagerin. — Un beau volume in-8 couronne, avec illustrations originales de J. François, en tête et en fin des chapitres. — Prix franco: France: 13 fr. 20; Etranger: 14 fr. 40. — Aubanel Fils Aîné, éditeur, 15, Place des Etudes, Avignon.

"Le Médecin de Campagne" de Balzac était de son temps: fort peu médecin, il faut le reconnaître.

Le médecin d'aujourd'hui, en devenant le confident de toutes les misères que sa science peut soulager, échappe à l'observation des profanes.

C'est cependant sous cet aspect du secret professionnel — question d'une casuistique fort compliquée, actuellement soumise aux discussions — que l'auteur a voulu nous le montrer.

Renonçant au privilège qu'a tout romancier de connaître tous les secrets, il a, dès les premières lignes, enterré son héros, celui qui est mort sans parler, l'homme au "bandeau sur les lèvres", le docteur Bulot.

Et du coup il s'est trouvé devant une situation vraie, il est entré en plein dans la grande tragédie humaine, dans l'obscurité où se heurtent les destinées. Ainsi s'élargit ce drame poignant dont le personnage principal est le mort.

Et c'est pourquoi, dans l'esprit du lecteur, ce personnage perd son nom personnel pour ne plus être que le médecin, l'homme pour qui le silence est un devoir, mais aussi un droit, l'homme dont la conscience — plus rigoureuse et plus sage que le code — est le seul juge qui puisse lui imposer de se taire ou de parler, l'homme que sa fonction sociale élève à un rang que devra respecter le nivellement actuel des sommets.

L'Union Médicale du Canada

Comité de Direction

MM. Archambault, Benoît, Boulet, Bourgeois, Bruneau, DeCotret, Derome, Desloges, Dubé, Harwood, Lassalle, Latreille, Leduc, LeSage, Marien, Masson (D.), Masson (R.), Mercier, Pariseau (L.), Parizeau (T.), Rhéaume, Roy, Saint-Jacques.

Président: D. Masson; Secrétaire-trésorier: G. Archambault.

Comité de Rédaction

MM. Badeaux, François; Bellerose, A.; Bertrand, A.; Boucher, R.; Brault, Jules; Comtois, A.; Dubé, E.; DeGuise, A.; Fontaine, R.; Gérin-Lajoie, L.; Lapierre, G.; Legrand, E.; Letondal, P.; Marin, A.; Marion, D.; Mercier, Oscar; Mercier-Fauteux; Mousseau, J. Alfred; Paré, Louis; Pepin, R.; Rivard, J.; Simard, Ls C.; Trottier, E.; Vidal, J. A.

Président: A. LeSage; Vice-Président: A. Marin;
Secrétaire: O. Mercier.

Prix de l'abonnement pour 1928

Canada et États-Unis	\$3.00
Etranger (pays faisant partie de l'Union Postale)	4.00
Etudiants	1.50
Prix du numéro	0.25

Conditions de Publication

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

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

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé franco

Pour la médecine: au Dr Roméo Boucher, 5130 Avenue du Parc.
Tél.: Crescent 5800.

Pour la Chirurgie: au Dr Oscar Mercier, 54 rue Cherrier. Tél.:
Est 1213.

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

SUITE DU SOMMAIRE

ANALYSES

MEDECINE

Gaultier, A propos de quelques cas de dyspepsies duodénales (p. 546). — Binet, Recherches expérimentales sur l'occlusion intestinale (p. 547). — Dufour et Bourgeois, La rate est-elle grosse dans les cirrhoses alcooliques? (p. 527).

CHIRURGIE

Habs, Intoxication saturnine par projectile inclus (p. 548). — Zeno, Hernie épigastrique étranglée (p. 548). — Bauzet, Le duodénum mobile (p. 549).

NEURO-PSYCHIATRIE

Diagnostic clinique des tumeurs du lobe frontal (p. 549).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Debré, Bonnet et Lemy, Les découvertes récentes sur l'étiologie, la prophylaxie et le traitement de la scarlatine (p. 551). — Prat, Sur la régénération osseuse (p. 552). — Spitzzy, Le traitement opératoire du pied creux (p. 552).

PEDIATRIE

Moutriquand et Bernheim, Le traitement des retards de la marche par les rayons ultra-violet (p. 553). — Maillet, Traitement par voie digestive des nourrissons hérédo-syphilitiques hypotrophiques (p. 553). — Chavigny, Les enfants peureux (p. 555). — Importance du traitement post-opératoire dans l'amygdalectomie et

dans l'ablation des végétations adénoïdes (p. 556).

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Bunand, Sur le traitement des pneumothorax tuberculeux (p. 556). — Snapper, Bronchographie par la méthode de Singer (p. 557).

UROLOGIE

Boardman, Diverticule de la vessie (p. 558). — Urech, Le pneumopéritoine, complication de la prostatectomie (p. 558).

OBSTETRIQUE

Bar, Le centenaire de Tarnier (p. 559). — Muller, Périnéorrhaphie immédiate primitive et secondaire (p. 560).

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Wagner-Jauregg, La malariathérapie dans le traitement de la syphilis (p. 560).

ELECTRO-RADIOLOGIE

Bordier, Anomalies observées dans les effets calorifiques de la diathermie appliquée au moyen d'électrodes spongieuses (p. 561).

LABORATOIRE

Gory et Jaubert, La spermo-culture (p. 562).