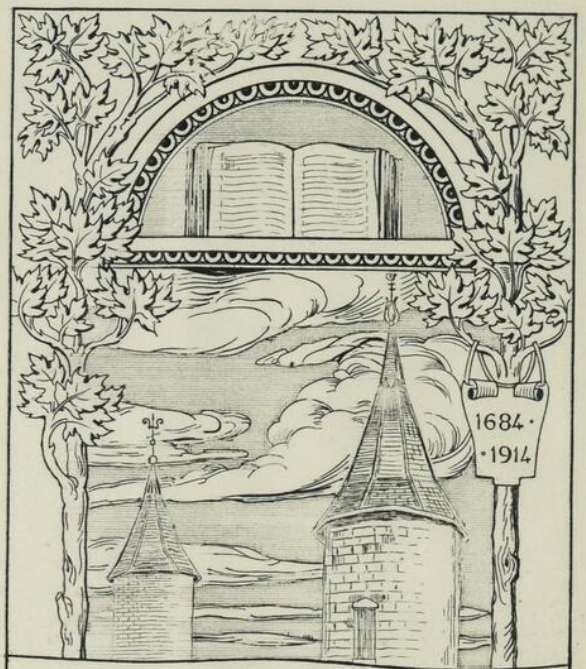


BIBLIOTHEQVE
SAINT-SVLPICE MONTREAL

PER
4-38
5

VOL. 17 — NO 6 QUÉBEC, JUIN 1952

LAVAL MÉDICAL

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC

DIRECTION — Faculté de Médecine, Université Laval, Québec.

BIBLIOTHÈQUE SAINT-SULPICE

"BÉMOTINIC"
Liquide No 940

Le "Bémotinic" liquide est une préparation aromatisée à l'orange, non alcoolisée, et constitue un tonique sanguin *pour les nourrissons, les convalescents et les vieillards. Il est également utilisé au cours de la puberté et de la grossesse.*

Chaque cuillerée à thé (5 cc.) contient:

Citrate de fer ammoniacal	200 mg.
Vitamine B_{12}	5 microg.
Acide folique	0 mg.67
Thiamine	1 mg.
Riboflavine	1 mg.
Niacinamide	5 mg.
Pyridoxine	0 mg.33
d-Panthénol	1 mg.67

Flacons de 4, 8 et 16 onces
Dose conseillée.—Enfants: une cuillerée à thé, trois fois par jour.
Adultes: deux fois la dose enfants.

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE
Biologistes et Pharmaciens • MONTRÉAL, CANADA
F823

Ayerst

VITAMINE B_{12}

INJECTABLE

Boîtes de 6 ampoules, 15 microgrammes par c.c.

Vials 10 c.c., 30 microgrammes par c.c.

USINES CHIMIQUES DU CANADA, INC.

1338, Lagauchetière est,

MONTRÉAL.

LAVAL MÉDICAL

VOL. 17 *N° 6* *JUIN 1952*

COMMUNICATIONS

CAS DE CHIRURGIE PLASTIQUE DU PIED

Verrues plantaires et maladie de Ledderhose

par

Amyot JOLICOEUR

Hôpital des Anciens Combattants

La chirurgie des tissus mous du pied a assez mauvaise presse, et pour cause.

Ou bien l'on nous dira qu'il est un peu trivial de vous entretenir d'un sujet comme celui de verrues plantaires . . . ou bien l'on vous rappellera combien souvent toute intervention chirurgicale de ce genre est suivie d'infection ou de cicatrice douloureuse qui sont loin d'améliorer la condition qu'on essayait de corriger. Toute cicatrice douloureuse sur cet appareil qui doit supporter le poids du corps humain n'est pas chose avantageuse en effet. Et pourtant ne se trouve-t-il pas des cas où il faut courir le risque d'une opération? Et n'est-il pas moyen de rendre le risque de conséquence bénigne?

Voilà deux points que j'aimerais discuter avec vous, car il ne s'agit pas d'un plaidoyer en faveur de la chirurgie comme seul traitement des cas de verrues plantaires ou de rétractions aponévrotiques, mais bien

19661 8

d'une présentation du problème que peuvent poser certaines lésions douloureuses du pied.

Et pour commencer, voyons si, parfois, nous ne pouvons nous trouver comme forcés de courir le risque d'intervenir chirurgicalement sur le pied pour une lésion qu'on serait théoriquement porté à croire insignifiante.

Prenons le cas de M. B., âgé de 38 ans. Le voici qui s'amène en boitant et en se soutenant à l'aide d'une canne comme un grand estropié. Pourquoi? Pour de simples verrues plantaires aux deux pieds qui ont débuté en 1942. Il fut traité par tous les moyens médicaux connus et par les diverses méthodes employées par les pédicures. Cela le soulageait pour quelque quinze jours au plus. A la fin, en 1944, il est libéré de l'armée. En 1945, il est envoyé à l'hôpital pour radiothérapie dont il subit 4 séances, une pour chaque verrue. En 1946, il subit un curetage chirurgical suivi de physiothérapie. On lui prescrit des barres transversales.

Et aujourd'hui vous le voyez tel qu'il est avec ses verrues médianes et celles sous la tête des premiers métatarsiens. Il n'a jamais été guéri et il se sent même pire que jamais. Le laissera-t-on ainsi à 38 ans, tel un impotent? Ne comprenez-vous pas l'orthopédiste qui nous l'envoie pour chirurgie plastique?

Vous le voyez, le problème des verrues ou callosités plantaires n'est pas si trivial que cela parfois. Il est vrai que la plupart du temps, il ne s'agira que de lésions en surface qui pourront être guéries par un traitement médical. Cela est vrai dans 80-90% des cas. Mais il y a bien 10% des cas où la lésion est profonde et atteint même la synoviale tendineuse et où elle récidivera constamment. Au point de vue didactique, il faut distinguer la verrue de la callosité plantaire. La première est sensible au moindre toucher et à son effilochage on parvient à un point où la peau prend une direction verticale. C'est ce que les gens appellent la racine. C'est un point dur qui est unique ou multiple dans les cas dit en mosaïque. Autour, il y a une zone de callosité dont les lignes longitudinales contournent le point sensible. On semble admettre que la verrue soit due à un virus avec, comme cause favorisante, un point d'irritation qui peut être extérieur mais le plus souvent intérieur, c'est-à-dire dans les tissus du pied. La callosité n'est due qu'à une pression exagérée à un

point venant de l'extérieur. Comme facteurs collatéraux à de tels troubles, il y a évidemment les mauvaises chaussures d'abord, et aussi les malformations du pied : telles qu'un gros orteil trop court, une tête métatarsienne prédominante, une chute de l'arche plantaire ou surtout de l'arche métatarsien. Dans le but d'étudier ce dernier facteur, nous sommes à essayer d'établir une technique pour mettre en valeur cette arche métatarsienne en radiologie.

Notre curiosité nous a poussé à consulter les 43 dossiers des vétérans du département qui furent classés comme porteurs de verrues plantaires ou callosités. De plus, nous leur avons écrit les invitant à venir nous voir ou à nous écrire. Nous en avons revu 19 personnellement et avons reçu 16 lettres de d'autres. Il en reste donc 8 dont nous ne connaissons pas la condition à date, mais dont les dossiers peuvent cependant nous donner quelque idée. Et voici le tableau des résultats de cette étude.

TABLEAU I

	No de cas	Traitement médical	Appareils orthopédiques	Radiothérapie	Chirurgie	Total
	43	43	30	11	6	
Bons résultats		9	17	1	4	31
Assez satisfaisants		4		3	2	9
A réopérer		2		1	—	3

Sur le tiers des cas étiquetés verrues plantaires, il semble qu'il y en avait quinze qui n'étaient probablement que des callosités plantaires ; mais comme les traitements furent à peu près toujours les mêmes, nous les confondrons donc dans le lot.

Tous les cas furent vus par le dermatologiste ou par le podiatre et furent traités par onguents ou effilochage ; et il semble bien que ce fut suffisant pour une douzaine d'entre eux. Trente portent ou portèrent des appareils orthopédiques et il y en a bien dix-sept qui semblent en

être satisfaits. Ce qui nous laisse avec une quinzaine de patients non améliorés. Là-dessus, il y en a onze qui reçurent de la radiothérapie et de ces onze, il n'y en a qu'un qui déclare se porter mieux, et encore doit-il avoir recours à un support plantaire. Trois d'entre eux sont restés avec des ulcérations chroniques qui exigèrent la chirurgie, et chacun admit avoir reçu plus d'un traitement par les rayons. Les autres disent avoir été mieux, en moyenne, un an, après quoi leur mal leur a paru plus prononcé.

Les six cas de chirurgie furent traités ainsi après résection large de la verrue : un par greffe pédiculée dont le résultat fut très bon ; un par résection du 2^{e} orteil et emploi de la peau de cette dernière pour greffe pédiculée dont le résultat fut également très bon ; quatre par pédicule *in situ* produisant deux résultats très bons et deux satisfaisants.

Cette étude vaut ce qu'elle vaut : ce n'est qu'un préliminaire et nous avons l'intention d'y revenir dans un an ou deux. Il faut remarquer que ces patients ne vinrent à la radiothérapie et à la chirurgie qu'en dernier essor. C'étaient déjà des incurables.

Comment procéder dans le traitement de ce mal ? Ici, à l'hôpital, les patients verront d'abord soit le dermatologiste, soit l'orthopédiste. Ce ne sera toujours qu'après que ce dernier aura étudié la condition du pied du patient et lui aura donné l'appareil voulu que nous le verrons pour toute chirurgie qu'il pourrait conseiller. Soit que la verrue se sera montrée incurable et très douloureuse pour avoir progressé en profondeur jusqu'à atteindre les tendons — soit que l'épine irritative consistant en une tête métatarsienne faisant pression — soit enfin qu'à la suite de maints traitements antérieurs il y ait ulcérations atones comme nous en avons vu 4 cas parmi nos patients.

Comme traitement médical il y aura donc divers onguents dont la vaseline salycitée, l'électrocoagulation, etc.; comme traitement orthopédique, la correction des chaussures, les barres métatarsiennes, les supports plantaires, etc. Ce n'est donc qu'après tout cela que nous en venons au traitement chirurgical : curetage, excision simple en ellipse, plastie.

Le curetage ou l'incision elliptique feront souvent faillite pour négliger le *point de pression* ou pour n'avoir pas *enlevé largement et profondément toute la lésion.* Pour réussir dans cette 2[e] condition, il faut recourir à la plastie afin de recouvrir complètement la plaie qui sera assez large de toute nécessité. On peut le faire par une greffe épidermique si la plaie n'est ni trop grande ni trop profonde. Le mieux cependant sera une greffe pédiculée ou plus simplement un détournement de peau formant un épais pédicule local. Cela permet, en plus d'une excision large de la plaie, un recouvrement coussiné des plus avantageux.

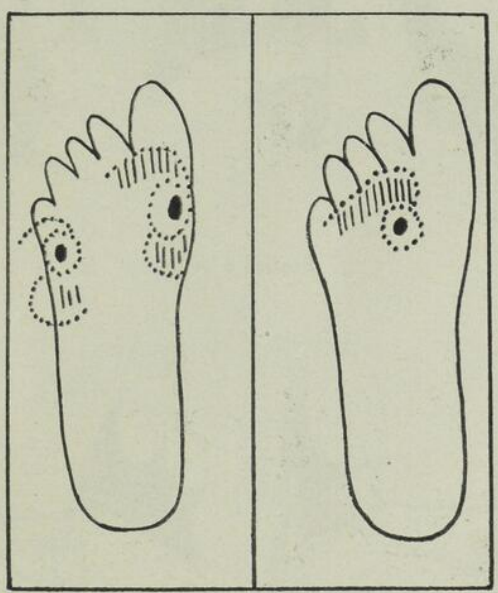


Figure 1

Voici un cliché (fig. 1) dont le dessin fera comprendre ces greffes pédiculées *in situ.* A gauche, méthode dite en S, à droite, celle plus fréquemment employée de glissement en demi cercle simple. Les méthodes d'un tel détournement seront comprises par les figures 2 (A et B). La première s'identifie avec la greffe dite de Barcowitch dont il faut que la courbe soit 5 fois plus longue que la longueur de la plaie à recouvrir. La méthode en S permet de diviser cette longueur de courbe en deux. Pendant un séjour d'étude à Toronto, avec le docteur Stuart Gordon, j'ai vu ces

méthodes employées trois fois avec bon résultat. Nous l'avons employée quatre fois ici avec un très bon résultat et trois satisfaisants. Nous avons de plus employé la greffe pédiculée une fois avec très bon résultat.

Figure 2 (A).

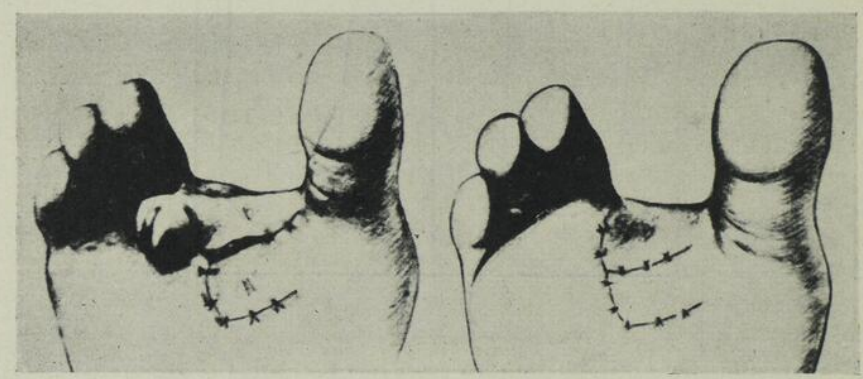


Figure 2 (B).

Parfois cependant, il faudra attaquer la tête métatarsienne en cause. En enlever que la moitié peut suffire. Ou mieux encore, enlever l'orteil. Selon la méthode de Pangman et Gurdin que nous avons vue dans *Journal of Plastic and Reparative Surgery*, juin 1950, dont les figures ci-dessus nous disent les détails.

Il s'agit comme d'énucléer l'orteil et d'en garder la peau afin de nous permettre de recouvrir la plaie, due à l'excision large de la verrue, par encore une espèce de pédicule *in situ*. Dans ce cas, d'après les auteurs cités il ne serait pas nécessaire d'enlever la tête métatarsienne qui remonterait d'elle-même vers la face dorsale. En tout cas pour nous en assurer nous, nous avons coupé le tendon fléchisseur et nous avons ramené le tendon extenseur et l'avons attaché sur la face dorsale de la tête métatarsienne. Nous avons en effet employé cette méthode une fois avec ce qui promet d'être le résultat le plus prometteur. Il s'agissait d'un ulcère radiothérapique avec douleurs ajoutées à l'orteil en question, ce qui nous parut suffisant pour tenter cette expérience.

Voici le cas du patient en question :

Monsieur F. C., 55 ans, a eu une verrue plantaire il y a 10 ans sous la tête du 3^{e} métatarsien. Il fut traité longtemps chez le pédicure. En 1946, il eut une séance de radiothérapie et fut bien pour 7 mois. Puis, il dut retourner aux onguents. En 1948 et en 1949 nouvelles séances de radiothérapie avec amélioration pour 4 à 5 mois après la 2^{e} séance. La dernière séance en 1949 cependant le laissa avec une douleur diffuse dans le pied et surtout dans le 3^{e} orteil. Bien quelques mois, il retourna aux onguents qui, cette fois, produisirent un trou atone là où la verrue vient de tomber. Ce pied devient assez douloureux pour l'empêcher de dormir. Il fut admis ici le 4 juillet 1950 et fut gardé sous observation pendant deux mois. Le docteur Therrien avait fait le diagnostic d'ulcère radiothérapique et nous avait demandé d'intervenir, ce que nous avons retardé de faire pour bien persuader le patient que la chirurgie restait sa seule chance de guérison. Nous l'avons opéré le 22 septembre 1950 et la figure 3 montre l'opération et le résultat après 10 jours. Ce dernier fut spectaculaire. Les douleurs de l'orteil disparurent et trois semaines après le patient pouvait recommencer à marcher. Aujourd'hui, il est très bien.

Dickson, dans le *Journal of Bone and Joint Surgery*, de juillet 1948, conseille dans les cas rebelles l'ablation de l'orteil et de tout le métatarse par une large incision en V. Il présente une série de 25 cas avec succès.

Nous voudrions vous présenter quatre autres patients dont nous avons guéri les verrues plantaires par la chirurgie plantaire. Un est des plus satisfaits alors que les trois autres, tout en se déclarant beaucoup mieux, ont encore cependant quelques notions d'un pied qui n'est pas ce qu'il devrait être.

Le premier est le sergent C, 30 ans. Histoire de verrue depuis 10 ans avec tous les traitements connus. Depuis 6 mois, était incapable

Figure 3.

de marcher lorsque nous l'opérons le 3 février 1950. Guérison rapide (3 semaines) et permanente. La cicatrice paraît à peine et le patient ne porte même plus aucun appareil.

Le deuxième, le soldat P., 48 ans, souffrait de deux verrues, une sous la tête du 1er et l'autre sous celle du 5^{e} métatarsien, depuis 1941. Toujours la même thérapeutique. En 1949, envoyé pour radiothérapie qui lui est refusée par le radiothérapiste. Le patient en effet souffre aussi de trou-

bles artériels. Nous décidons d'intervenir le 12 octobre 1949. Nous réséquons deux bourses séreuses en plus des verrues et faisons une plastie en S. Le voici de beaucoup amélioré mais il doit cependant porter une bottine orthopédique et employer de temps à autre de la vaseline salycilée pour amollir la cicatrice sous le 5^{e} orteil. Celle sous le 1er ne lui cause plus aucun trouble.

Le soldat L., 24 ans, présente une histoire similaire et le résultat obtenu est certes satisfaisant, car la cicatrice est souple et sans douleur. Il porte une barre transversale, cependant, car il y aurait autrement une douleur profonde métatarsienne, à son dire.

Le quatrième cas est plus compliqué.

J. M. L., 25 ans, avait une verrue sous la 3^{e} tête métatarsienne droite depuis 1944. En 1948, l'orthopédiste qui le voit ici note en plus de la verrue, une attitude vicieuse du pied en supination exagérée et une accentuation de la voûte plantaire. Appareil orthopédique ordonné. Radiothérapie le 17 octobre 1948. En février 1949, nouvelle séance de radiothérapie. Le malade se plaignant plus que jamais, un curetage de la plaie est fait en avril 1949. En octobre 1949, nouvelle cure chirurgicale, mais par une incision elliptique qui guérit mal après que les points furent enlevés et que les lèvres de la plaie se soient séparées et qu'il y ait eu un certain degré d'infection. Le 13 février 1950, nouvelle intervention par le résident en chirurgie qui emploie la méthode de plastie. La plaie semble guérir assez bien quoique lentement lorsque, un mois après, les lèvres de la plaie se séparent encore et qu'il y a écoulement séreux. Des infiltrations lombaires sont prescrites, car le pied présente certains débuts de troubles trophiques : cyanose, œdème et causalgie. Le patient reçoit huit blocages à la novocaïne et aussi de la novocaïne intraveineuse (1 gm. par 500 c.c. de sérum physiologique) par trois fois. On ne saurait dire ici que l'emploi de la novocaïne fut avantageuse et cette question mériterait par elle-même toute une étude. Toujours est-il que la plaie est considérée guérie trois mois plus tard (19-5-50) mais avec une cicatrice dure et un pied douloureux et en flexion forcée. Le patient reçoit des massages et ionisation. Deux mois plus tard, la plante du

pied manque toujours de souplesse et le patient se plaint de marcher avec difficulté. On note que le gros orteil est hyperfléchi de même que l'arche et qu'il y a deux grosses nodosités aponévrotiques plantaires. La radiographie est normale. Il s'agit bel et bien d'une rétraction aponévrotique avec nodosités chez un patient qui présente par ailleurs un début de Dupuytren de la main gauche.

Le 4 août 1950, nous réséquons toute l'aponévrose plantaire et le rapport anatomo-pathologique confirme l'hyperplasie du tissu avec traînées de sclérose.

Il s'agissait donc d'un cas aigu de maladie dite de Ledderhose. Ce cas nous servira donc de trait d'union avec notre deuxième série de malades chez qui nous verrons s'il peut y avoir indication d'intervenir chirurgicalement.

MALADIE DE LEDDERHOSE

On connaît mieux la dénomination de maladie de Dupuytren qui en est une des aponévroses palmaires de la main et qui se rencontre plus fréquemment que la maladie dont il est ici question. La maladie de Ledderhose se manifeste, elle, à la face plantaire d'un ou des deux pieds et son identité anatomo-pathologique avec la maladie de Dupuytren semble absolue. Les deux maladies sont souvent d'ailleurs associées et leur seule différence, c'est d'avoir été décrite par des messieurs différents ; celle qui nous concerne l'a été par Ledderhose en 1897.

Pathologie :

L'aponévrose et ses extensions est attaquée surtout sur son bord externe par un processus *d'épaississement* combiné avec des *brides scléreuses* transversales et la formation de *nodules douloureux*.

La peau, qui reste indemne longtemps, finira par adhérer à l'aponévrose et par se scléroser. Il y aura hyperflexion du gros orteil doublée parfois d'arthrite de ce dernier.

1. Ce serait un processus d'inflammation chronique avec îlots de calcification.

2. Cependant Clay croit plutôt à une lésion néoplasique bénigne genre fibrome et mon patron à Toronto, le docteur S. Gordon opinait dans ce sens.

3. Une troisième théorie veut que ce soit une dégénérescence fibroïde concomitante avec d'autres maladies de dégénérescence.

Étiologie :

On parle d'hérédité ;

de traumatisme ;

d'infection ;

de maladie de dégénérescences (dues au *stress*), telles que goutte, arthrite, déficience endocrinienne, diabète, lésions nerveuses, thrombose coronaire, etc., de troubles sympathiques. A propos de thrombose coronarienne il ne faut pas oublier le *shoulder hand syndrome* qui serait un syndrôme résultant d'une irritation sympathique. Kehl présenta une série de 6 cas où des Dupuytren étaient associés à une thrombose.

Clinique :

Il y a des formes aiguës qui sont rares et des formes chroniques.

La forme aiguë se voit à la suite de traumatismes ou de fractures. Il y a gonflement, raideur, douleur, même rougeur. Le tout suivi plus tard d'épaississement fibreux et d'hyperflexion du pied.

La forme chronique est insidieuse. Il y a durcissement, limitation des mouvements du gros orteil et nodosités douloureuses. Le pied se déformera un peu et la peau sera envahie en dernier essor. La douleur des nodules sera pire qu'aux mains, ce qui se conçoit facilement.

Traitement :

Tous s'accordent à dire chirurgical sauf dans les cas aigus où il faut attendre que la période fibreuse se soit organisée. C'est la résection totale de l'aponévrose qui, seule, aura quelque valeur. La peau est ménagée et les greffes ne sont que rarement nécessaires. Dans 62 cas d'opération de Dupuytren, S. G. ne fit que 11 greffes. Et de 4 cas d'opération pour maladie de Ledderhose que nous connaissons (1 à Toronto

et 3 ici que nous vous présenterons) un seul exigea une greffe épidermique à cause de nécrose de la peau de la grandeur d'un 25 sous due à un hématome sousjacent.

Technique :

La préparation pré-opératoire est des plus minutieuses, on le comprend si on veut éviter un des deux grands embêtements de la chirurgie du pied, c'est-à-dire l'infection, qui sera suivie de cicatrisation lente, large, épaisse et scléreuse. Nous faisons laver les pieds au savon vert (on pourrait employer les nouveaux savons antiseptiques) et on leur fait des pansements à l'alcool pour 48 heures. L'alcool assèche bien le pied et peut être utile aussi post-opérativement.

Nous employons l'anesthésie rachidienne qui peut à la fois agir sur le sympathique.

Un tourniquet pneumatique est appliqué. Un tourniquet, pour permettre de travailler minutieusement sans difficulté afin de ne pas léser de nerfs ni de vaisseaux et pneumatique pour ne pas créer aucun dommage au niveau de la cuisse avec spasmes subséquents. Le tourniquet sera relâché après une heure et à la fin de l'opération pour permettre une hémostase parfaite.

Nous avons employé une incision semi-lunaire et parfois une incision longitudinale sur le bord interne du pied. Il semblerait que la première serait la meilleure et qu'on pourrait la prolonger transversalement dans un repli plantaire de la peau sans lui nuire. Au niveau de la main d'ailleurs il est admis que l'incision transversale le long d'un repli soit la seule qu'on devrait employer.

On résèque toute l'aponévrose plantaire à partir de ses prolongements aux orteils jusqu'à son insertion calcanéenne (voir figures 4 et 5). L'hémostase se fait mieux à l'électrocoagulation. On applique un pansement compressif après fermeture soignée de la peau par points séparés à la soie, alors que le tourniquet qui a été regonflé est encore en place. Ce pansement compressif peut comprendre du coton absorbant trempé dans de la vaseline liquide stérile et un crêpe Velpeau (la marque Curity présente un bandage de meilleure élasticité). On laissera ce pansement deux semaines et on peut l'imbiber d'alcool.

Voici l'histoire abrégée de trois cas que nous voulons vous présenter. Vous connaissez celle du premier. Nous l'avons donc opéré de nouveau pour réséquer totalement l'aponévrose plantaire. La guérison se fit de façon normale, sauf pour une attaque d'appendicite aiguë pour laquelle il dut être de nouveau amené à la salle d'opération. Le tout semble avoir agi de façon peu favorable sur son état général ; il est pâle, nerveux et fatigué. C'est d'ailleurs un léger anxieux de constitution et c'est à se

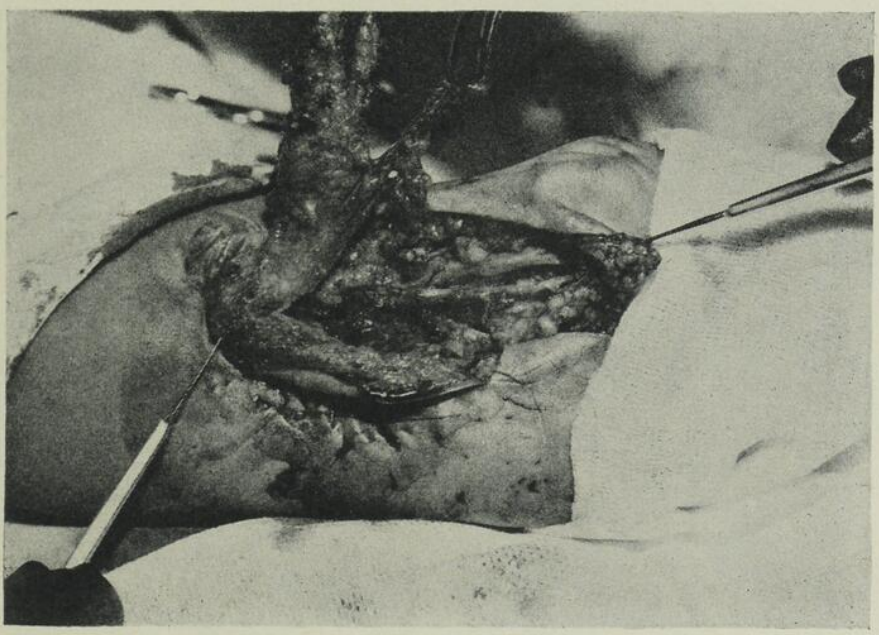


Figure 4. — Résection de l'aponévrose plantaire.

demander si cela n'a pas joué un rôle dans toute son histoire. Le sympathique pourrait-il être encore en cause ? Son pied, en tout cas, est bien guéri mais il manque de souplesse et le patient prétend avoir de la difficulté à marcher. Il suit des traitements au département de physiothérapie.

Notre deuxième patient est un homme de 63 ans avec une histoire plus chargée.

En 1919, il se faisait opérer pour la première fois à la main gauche pour un Dupuytren. Depuis, il a perdu les deux petits doigts et les 4^{e} doigts sont en hyperflexion. Cela aurait pu très bien s'arranger avec des greffes mais le patient insiste pour que je m'occupe de son pied d'abord.

Il présente des douleurs au bras gauche et de l'arthrite. Il a des indurations à la verge. Mais depuis 10 ans, ce qui le fait souffrir le plus, c'est son pied gauche. Trois grosses nodosités douloureuses se présentent en effet le long du bord interne du pied. Sous la tête du 1er méta-

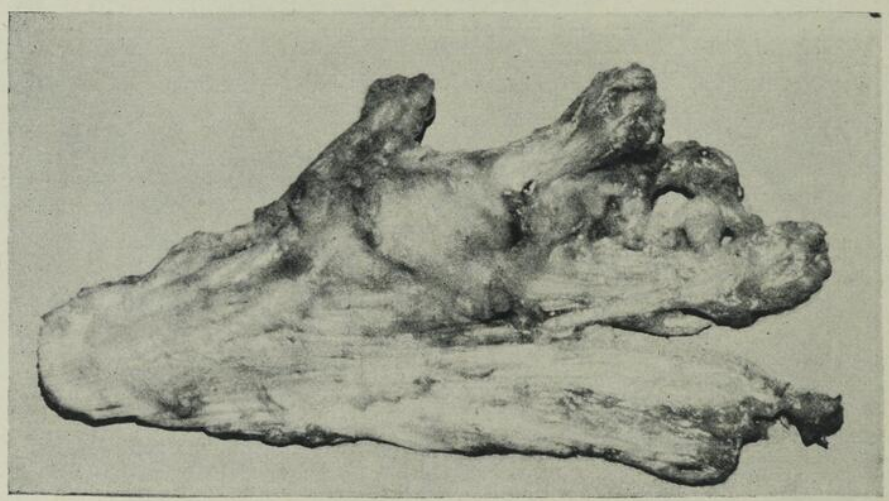


Figure 5. — Aponévrose plantaire avec ses nodules après résection.

tarsien il y a une grosse callosité douloureuse. Nous décidons de l'opérer et faisons une longue incision longitudinale qui englobe de plus toute la callosité sous le gros orteil. Résection de toute l'aponévrose et d'une bourse sous la callosité. Les prolongements durs de l'aponévrose aux 1er, 2^{e} et 3^{e} orteils sont aussi réséqués. Fermeture à la soie pour la partie sous la tête métatarsienne. Plâtre. Le patient prétend qu'on échappa quelque chose de pesant sur son plâtre le lendemain et qu'il sentit une douleur. Deux jours plus tard sur son insistance nous enlevons le plâtre et trouvons un hématome avec sclérose de la peau. C'est à lui que nous

avons fait une petite greffe épidermique trois semaines après le résultat satisfaisant qu'on peut observer.

Notre troisième cas est le mieux réussi. M. N. est âgé de 50 ans et a aussi une histoire assez chargée. Arthrite, douleurs à l'épaule et au bras droits. Opéré en 1943 pour Dupuytren de la main droite, il prit quatre mois à guérir. Il ressentit ses premières douleurs au pied gauche en 1941 et, en 1943, on lui aurait fait à ce niveau une opération quelconque dont on ne peut préciser la nature. Il présentait il y a 6 mois une induration palmaire du pied avec nodosités douloureuses et flexion exagérée du gros orteil enraidi. Il avait de la misère à marcher tant la douleur était prononcée. Nous l'opérions le 21 décembre 1949 et vous le voyez aujourd'hui absolument bien avec une cicatrice de très bonne qualité et un pied souple.

Chez tous ces patients à qui nous faisons de la chirurgie sur le pied (de même que nous le faisons avec ceux chez qui nous faisons de la chirurgie de la main), nous donnons des antibiotiques et de la novocaïne intraveineuse (1 gm. de novocaïne pure dans 500 c.c. de sérum physiologique donné à 30-40 gouttes à la minute). En plus de diminuer la douleur de façon notable, ce médicament facilite la circulation et prévient l'œdème. Il est remarquable de constater comment la cicatrisation des plaies semble en bénéficier, sauf dans le cas de J. M. L., où il faut avouer que le médicament n'a pas eu l'influence heureuse qu'on en attend habituellement. C'est à retenir et à étudier. Cependant, l'œdème étant la plus grande cause des gâchis opératoires que l'on peut avoir au niveau des extrémités, il faut savoir ajouter l'emploi de la novocaïne au principe « d'élever le membre » après l'opération.

En résumé, nous vous avons présenté quelques cas chez qui nous avons tenté de la chirurgie des tissus mous du pied avec quelque succès, grâce à ce qui nous semble être quelques principes assez récents apportés par la chirurgie plastique à la chirurgie en général.

UN CAS DE FISTULE TRACHÉO-ŒSOPHAGIENNE D'ORIGINE CONGÉNITALE *

par

François ROY et Donat LAPOINTE

de la Crèche Saint-Vincent-de-Paul

Les fistules congénitales trachéo-œsophagiennes, autrefois considérées comme des raretés, auraient, selon Sir Gray Turner, une incidence presque aussi grande que les malformations de la lèvre supérieure et du palais.

Depuis cinq ans, nous avons opéré 150 enfants porteurs de bec-de-lièvre et un seul cas de fistule trachéo-œsophagienne. C'est dire qu'un très grand nombre de bébés, victimes des anomalies, meurent sans que le diagnostic en soit porté. Cependant, au cours de ces dernières années, dans les milieux où l'attention des obstétriciens et des pédiatres est attirée sur la possibilité de ces vices de développement, le nombre de cas diagnostiqués a été assez élevé.

Potts en rapporte 37 cas vus en quatre ans au *Childrens' Memorial Hospital*, et Bigger, 89 cas admis, en sept ans, au *Boston Children's Hospital*.

Pour bien comprendre ces anomalies, il est nécessaire de faire un court rappel embryologique. A la fin du premier mois de la vie intra-

---

* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 21 mars 1952.

utérine, le pharynx et l'œsophage du fœtus forment, avec le larynx et la trachée, une espèce de tube dérivant du segment supérieur de la gouttière ventrale.

Cette dernière formation se dédouble et amène la séparation de l'œsophage d'avec la trachée. On conçoit facilement que la moindre perturbation de ce processus peut avoir les effets les plus fâcheux.

Les vices de développement qui se rencontrent à ce niveau, sont, par ordre de fréquence croissante, l'absence partielle de l'œsophage, la fistule œsophagotrachéale ou bronchique, l'atrésie avec fistule du segment supérieur de l'œsophage dans la trachée, l'atrésie avec communication des deux segments de l'œsophage dans la trachée, l'atrésie avec communication du segment inférieur de l'œsophage dans la trachée ou la bronche gauche. Les anomalies cardio-vasculaires, la sténose pylorique,

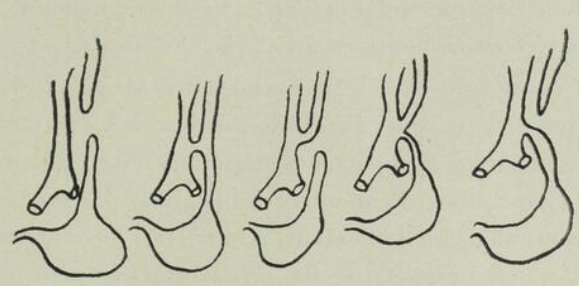


Figure 1.

l'atrésie intestinale ou l'imperforation de l'anus, sont aussi fréquentes chez ces enfants.

Il y a à peine dix ans, tous les enfants qui naissaient porteurs de malformations trachéo-œsophagiennes étaient abandonnés à leur triste sort. En 1938, Leven et Ladd sauvent, chacun, la vie d'un enfant qui présentait une atrésie de l'œsophage avec fistule de son segment inférieur dans la trachée en en ligaturant le bout distal et en en extériorisant, au cou, le bout proximal.

Mais c'est à Haight et à Towsley que revient l'honneur d'avoir, les premiers, réussi l'anastomose termino-terminale de l'œsophage dans le traitement de ces anomalies. Depuis ce temps, le nombre de ces interventions exécutées avec succès va toujours croissant. Potts sauve la vie à onze bébés, des vingt-neuf qu'il lui a été donné d'opérer.

Pour un esprit averti, le diagnostic est assez facile. Dès sa naissance, l'enfant présente, à la bouche, d'abondantes mucosités, des accès de toux, de cyanose et de suffocation. L'ingestion de liquide provoque ces crises. L'impossibilité d'introduire un petit cathéter dans l'estomac laisse tout de suite soupçonner l'existence d'une obstruction œsophagienne. La radiographie, après injection de deux centimètres cubes de lipiodol dans l'œsophage, confirme le diagnostic, dans la plupart des cas. Dans l'atrésie de l'œsophage sans fistule trachéale, le segment supérieur se termine en cul-de-sac et il n'y a pas d'air dans l'estomac et dans l'intestin ; si le segment supérieur est en communication avec la trachée, les bronches s'emplissent de lipiodol, mais l'estomac et l'intestin ne contiennent pas de gaz. Quand le segment inférieur s'ouvre dans la trachée, il n'y a pas d'opacification des bronches, mais on voit sur les clichés une surdistension de l'abdomen par de l'air. Les fistules simples sont parfois difficiles à mettre en évidence et à localiser.

Dans le traitement de ces malformations, les soins pré-opératoires sont aussi importants que l'établissement d'un diagnostic précoce. L'opération doit être pratiquée, autant que possible, dans les deux jours qui suivent la naissance. Pendant ce temps, il faut aspirer fréquemment les mucosités du pharynx de l'enfant, administrer des antibiotiques pour prévenir l'infection pulmonaire, du sérum glucosé pour combattre la déshydratation et de l'oxygène contre la cyanose.

Sous anesthésie intratrachéale à l'éther, on pratique une incision parascapulaire droite, on résèque la troisième ou quatrième côte, on pénètre dans le médiastin postérieur en refoulant la plèvre pariétale. Les extrémités des segments de l'œsophage sont répérés, mobilisés et anastomosés, après avoir fermé les fistules qui peuvent exister.

OBSERVATIONS

Le 21 janvier 1951, est admis à l'Hôtel-Dieu de Québec Jacques P., garçon de sept mois, envoyé par le docteur Donat Lapointe avec le diagnostic de fistule trachéo-œsophagienne compliquée de broncho-pneumonie. L'enfant présente une température à 105°F., un pouls incomptable, de la suffocation, de la cyanose et de la surdistension abdominale. Une

gastrostomie d'urgence est jugée nécessaire pour décomprimer son abdomen et permettre l'alimentation.

Sous anesthésie à l'éther avec intubation trachéale et aspiration bronchique répétée (docteur Marcel Clavet), nous pratiquons l'intervention. L'estomac et tout l'intestin sont surdistendus par de l'air et des gaz. Il est nécessaire de les décomprimer par la ponction. Un tube est placé dans l'estomac et la paroi abdominale, fermée. Nous constatons alors que de l'air sort du tube de gastrostomie à chaque expiration,

Figure 2.

ce qui est une confirmation de notre diagnostic. L'alimentation est aussitôt reprise par le tube de gastrostomie. Mais la toux incessante due à la bronchopneumonie amène bientôt une nouvelle distension de l'estomac et de l'intestin et nous oblige à laisser constamment ouvert le tube de gastrostomie pour en permettre l'échappement de l'air.

Aussitôt que le permet l'état de l'enfant, nous essayons de localiser la fistule. Une radiographie, après fermeture du cardia par un ballon de caoutchouc et injection de lipiodol dans l'œsophage, laisse entrevoir un petit trajet fistuleux à la partie haute de l'œsophage et de la trachée.

Le 13 février, une anesthésie intratrachéale à l'éther est pratiquée, par le docteur F. Hudon et le docteur Paul Painchaud fait à l'enfant une œsophagoscopie.

L'augmentation de pression des gaz dans la trachée par compression du sac de l'appareil anesthésique provoque, à volonté, un sifflement facilement perceptible dans l'œsophagoscope. L'inspection attentive de la paroi antérieure de l'œsophage, au cours du retrait de l'instrument,

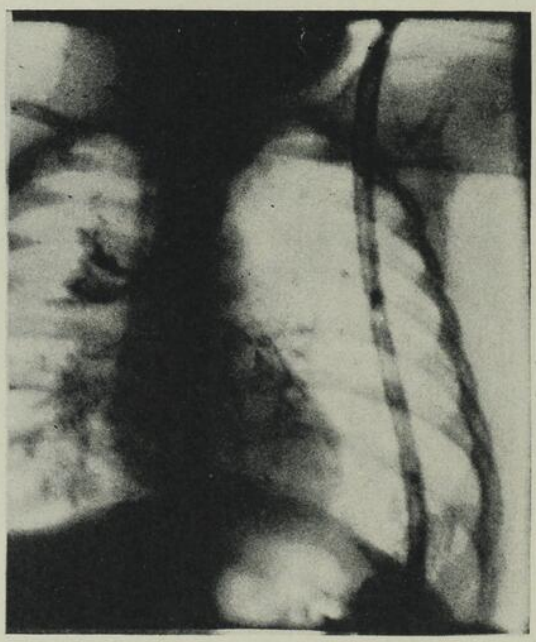


Figure 3.

permet à l'opérateur de voir apparaître quelques petites bulles gazeuses, à chaque compression du sac anesthésique, et de localiser ainsi le siège de la fistule à environ un pouce et demi à deux pouces des arythénoïdes ou, mieux, entre le quatrième et le cinquième anneau de la trachée.

Le 17 février, sous anesthésie intratrachéale à l'éther (docteur F. Hudon), nous procédons à la fermeture de la fistule en utilisant la voie cervicale.

Une incision sur le bord antérieur du sterno-cléidomastoïdien gauche est pratiquée. La trachée est disséquée sur ses deux côtés, en nous tenant bien à son contact, pour éviter la blessure des récurrents. Le récurrent droit peut être vu, mais pas le gauche qui n'est cependant pas recherché. Au moyen de petits crochets, la trachée est attirée en avant et en haut, permettant ainsi une dissection facile de la fistule. Son diamètre est celui d'une allumette et sa longueur est environ de trois millimètres. Après sa ligature à la soie, l'incision est fermée sans drainage. Les suites opératoires sont normales. L'enfant peut, dès lors, s'alimenter normalement et quitter l'hôpital, le septième jour après son opération.

Nous avons voulu rapporter ce cas, non seulement pour l'intérêt qu'il présente en lui-même par sa manifestation plus ou moins tardive et les difficultés du diagnostic, mais encore pour nous permettre d'insister sur la fréquence de ces malformations et sur l'importance d'un diagnostic précoce, si nous voulons sauver la vie de ces enfants.

LE SYNDROME SPRUE *

Présentation d'un cas

par

Roger LESAGE

assistant dans le Service de médecine
Hôpital du Saint-Sacrement

Le mot *sprue* vient, paraît-il, de *spruw* qui serait, en javanais, le nom donné au syndrome qui nous intéresse. Il existe beaucoup d'inconnues dans ce syndrome. On l'observe dans la maladie cœliaque, dans la stéatorrhée idiopathique de l'adulte ou sprue non tropicale ou *sprue nostras*, et dans la sprue tropicale.

Gee, dont le nom est attaché à la maladie cœliaque, mentionne, en 1888, qu'il a rencontré une maladie semblable chez des adultes revenant des Indes et même chez des gens qui n'avaient jamais laissé la mère-patrie. Plusieurs auteurs racontent des cas isolés, par la suite, mais il faut attendre plus tard pour en voir apprécier la fréquence.

L'*Index medicus* classe la stéatorrhée idiopathique avec la maladie cœliaque. De même Bockus (2), dans son *Traité de gastro-entérologie* l'assimile à la maladie cœliaque. Or Thaysen (9) notait, en 1929, qu'il était généralement admis que la sprue tropicale et la sprue non tropicale sont une même maladie et il s'attachait à démontrer que la maladie

* Présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 21 mars 1952.

cœliaque et la sprue étaient encore une même maladie. D'autres auteurs (5) ont voulu y voir partout la manifestation d'un même agent pathogène encore non déterminé.

Le premier cas signalé au Canada semble bien être celui qui a été rapporté en 1925 par Gordon (7), de McGill, chez un Écossais de quarante neuf ans qui avait vécu plusieurs années à Cuba. Il avait une diarrhée abondante, une anémie non précisée, des ulcérations de la bouche et une émaciation prononcée. Le diagnostic avait été basé sur l'amélioration apportée par une diète d'abord lactée, puis enrichie de bananes et, enfin, de fraises, celles-ci hors-saison.

C'est une maladie qui évolue par poussées ; la sprue tropicale peut être épidémique, l'autre ne l'est jamais ; on signale cependant l'apparition de cas familiaux, ce qui est vrai aussi pour la maladie cœliaque (6).

Le syndrome peut être secondaire à des affections connues, telles que la maladie de Whipple ou lipodystrophie intestinale, une fistule gastro-colique (6).

La diarrhée est la grande coupable ; au début, les selles sont nombreuses mais elles s'équilibrent autour de cinq selles par jour. Elles sont pâteuses, gris sale, dégageant une odeur rance ou fétide et leur réaction est acide. Quoique la sprue tropicale puisse donner aussi des selles liquides, la sprue non tropicale a moins de caractères classiques et les selles n'orientent pas macroscopiquement vers le diagnostic, vu leurs caractères très variables ; elles peuvent être liquides ou semi-liquides (2). Leur poids peut aller jusqu'à quatre livres, au maximum, au lieu de 300 grammes, normalement. Les selles sont impérieuses, mais sans ténesme, ni glaires, ni sang.

Ce qui frappe, ensuite, c'est le météorisme abdominal qui serait dû à la distension du gros intestin (10). Il existe un amaigrissement considérable. Le pannicule adipeux a disparu, les muscles sont flasques et atones et ces phénomènes s'accompagnent de déshydratation ; le tout se produit rapidement, mais se corrige rapidement aussi, lors des rémissions (4, 10), cela s'appliquant particulièrement à la sprue tropicale. Il y a alternance d'anorexie et de boulimie.

Des œdèmes apparaissent aux membres inférieurs ; il peut même y avoir ascite ; ce serait des œdèmes de carence. On signale de la stoma-

tite, des aphtes ou plutôt des pseudo-aphtes (3) rendant la mastication difficile, de la glossite avec disparition des papilles, la langue devenant lisse, vernissée et étant même le siège d'érosions. Les troubles de la bouche sont cependant moins fréquents et moins graves dans la sprue non tropicale.

Il y a hyperpigmentation dans un tiers des cas (5). Il peut y avoir des douleurs osseuses. Les formes non tropicales, qui peuvent être particulièrement graves, peuvent s'accompagner d'une déperdition de calcium assez considérable pour conduire aux fractures spontanées et même à la tétanie. Le métabolisme basal est abaissé (9). Il y a absence d'hyperlipémie consécutive à l'absorption de graisses (6). Surviennent, parfois, de la dépression et de l'irritabilité, rarement des psychoses.

L'anémie est une partie importante du tableau. Elle varie d'un sujet à l'autre, voire chez un même sujet (10). Dans les cas les plus typiques, elle est macrocytaire et hyperchrome avec anisocytose, poïkylocytose et polychromatophilie ; souvent, il y a mégaloblastose médullaire et sanguine, faisant confondre la maladie avec l'anémie de Biermer. L'achylie existe parfois (10) mais il n'y aurait pas de neuro-anémie. La gastroscopie a montré parfois une gastrite atrophique en aires nacrées, comme dans la maladie de Biermer (3). Cette anémie peut être la cause de la mort (10).

La maladie peut être légère, passer inaperçue même. En général, la sprue tropicale évolue vers une rémission prolongée, voire vers la guérison ; mais cette évolution est lente. La sprue non tropicale est particulièrement grave avec ses avitaminoses, ses fractures, sa tétanie et son anémie marquée ; elle ne semble pas vouloir guérir.

L'examen radiologique intestinal peut ne rien montrer et ce qu'il montre parfois n'est pas caractéristique. Les altérations siègent surtout sur les premiers segments. C'est assez bien l'image des troubles nutritionnels comme des allergies d'ailleurs ; il y a disparition du relief intestinal et ce que les anglophones désignent sous le nom de « segmentation » (6) qui consiste en zones d'hypotonicité et d'hypertonicité alternant les unes avec les autres ; le baryum se distribue en flocons (4). Le transit est ralenti, dans la sprue confirmée, ce qui contraste avec le syndrome diarrhéique.

Les selles contiennent des graisses en abondance, ce qu'on peut mettre en évidence par le bilan des graisses ingérées et excrétées ; il s'agit d'un trouble d'absorption, et non d'un trouble de digestion, mis en évidence par le fait suivant : quoique des graisses neutres puissent être trouvées en grande quantité (2), en général, il s'agit de graisses dédoublées consistant en acides gras ; l'acidité fécale prévient la formation de savons ; ces acides gras, qui sont à longue chaîne (6), sont mal absorbés par l'intestin humain et rendent compte de l'irritation intestinale et de sa conséquence, la diarrhée ; ils rendent compte aussi de l'hypochlorydrie, car ils diminuent la motilité et la sécrétion gastrique. L'administration de calcium peut faire cesser la diarrhée par saturation des acides gras.

On rencontre aussi de grandes quantités de mucus et ce serait la cause de la segmentation radiologique (6). Ce mucus peut provenir d'une absence de destruction ou d'une hyperproduction, ce qui reste à être établi.

L'intestin peut être libre de toute lésion, alors que, dans d'autres cas, les lésions sont intenses ; mais aucune n'est typique. Les lésions macroscopiques rencontrées sont surtout de l'atrophie et de la sclérose de la paroi intestinale à des degrés très variables. Il peut y avoir hépatomégalie avec stéatose variable. Au microscope, on a vu des parois intestinales totalement envahies de cellules embryonnaires.

La conséquence logique de la diarrhée est l'avitaminose multiple ; en particulier, la vitamine A est mal absorbée ; il y a aussi avitaminose B ; le défaut d'absorption de la vitamine C a été démontré. Le calcium est aussi mal absorbé ; il en résulte de l'ostéoporose et de la tétanie, surtout dans la sprue non tropicale et dans la maladie cœliaque.

La maladie est souvent confondue avec l'anémie pernicieuse et avec une déficience pluriglandulaire inexpliquée. Le diagnostic à faire doit la distinguer de l'insuffisance pancréatique, qui donne des graisses non dédoublées dans les selles ; les glucides peuvent y être digérés par des diastases intestinales ; l'épreuve à la sécrétine montre une diminution de la sécrétion pancréatique et, plus particulièrement, une baisse du bicarbonate de soude dans le liquide recueilli dans le duodénum. L'anamnèse nous renseignera, étant donné que l'insuffisance pancréatique est très souvent consécutive à des attaques répétées de pancréatite aiguë ; plus

rarement, des calcifications peuvent être constatées sur les clichés radiologiques. Enfin, dans la sprue grave, les troubles gastro-intestinaux, l'amaigrissement, l'adynamie et l'hypotension peuvent se confondre avec l'insuffisance surrénale.

On traite les malades par le repos absolu, dans les cas graves, les graisses étant enlevées du régime pour faire place aux protéines et au lait, aux œufs et aux fruits. Le changement de climat bénéficie à certains malades. La diarrhée peut être arrêtée temporairement par l'administration de sulfamidés ou encore par du calcium, qui fixe les acides gras ; assez curieusement, le suc pancréatique et la pancréatine à hautes doses ont pu arrêter certaines sprues (2). Le traitement général peut être fait par le foie de veau, la vitamine B_{12} ou, plus commodément, par l'acide folique. La cortisone a, comme il fallait s'y attendre, été essayée ; les cas rapportés sont encore peu nombreux ; cependant, Adlersberg (1) a rapporté, dans *Gastroenterology* de décembre dernier, quelques cas ayant résisté au traitement conventionnel et qui, traités par la cortisone et l'ACTH, ont montré une amélioration clinique accompagnée, semble-t-il, d'une amélioration dans l'absorption des lipides. Enfin, des vitamines doivent être employées.

Notre malade raconte que, le 1er novembre 1950, elle commença à faire de la diarrhée ; elle avait, par jour, une dizaine de selles liquides, non sanguinolentes. En décembre 1950, elle fait un avortement à cinq mois. Pendant son séjour à l'hôpital, la diarrhée diminua pour reprendre à son retour chez elle. Elle est hospitalisée de nouveau, le 3 mars 1951, pour une diarrhée liquide persistante. Son appétit est conservé mais elle a maigri, son poids étant de quatre-vingt-dix-sept livres, alors qu'il était de cent vingt-trois livres, le 1er novembre, étant, à ce moment, enceinte depuis quatre mois. Depuis le 15 février, son ventre gonfle et elle vomit de temps à autre. Une aménorrhée persiste depuis son avortement. Les selles sont toujours liquides. Il n'y a rien de particulier dans ses antécédents ni dans ses habitudes de vie.

A l'examen, il s'agit d'une jeune femme paraissant même beaucoup plus jeune que son âge réel de vingt-neuf ans, très pâle, présentant une éruption consistant en multiples traits linéaires siégeant surtout dans le dos, sur le ventre et aux membres inférieurs. Rouge, au début, l'érup-

tion a bruni mais est de teinte assez pâle. La langue est lisse, dépapillée, rougeâtre.

La malade présente des troubles visuels ; le rapport ophtalmologique est le suivant : pâleur du segment temporal avec excavation physiologique légèrement agrandie ; baisse de la vision non corrigible par verres consécutive à une névrite probable.

Le transit gastro-duodénal est normal ; le lavement baryté montre un dolichosigmoïde accentué avec rares segmentations du côlon descendant. La rectoscopie montre de légères lésions congestives généralisées avec aires blanchâtres ; la muqueuse est fragile et, à dix pouces, il y a une aire d'aspect granité ; il s'agit de lésions irritatives chez une diarrhéique.

Les selles ne contiennent pas de bacille de Koch, mais seulement du colibacille. Il n'y a pas de sang. Un premier examen montre du mucus sans quantité anormale de graisses. A un second examen, on trouve des selles jaunes pâle, de consistance fluide, diarrhéiques, d'odeur butyrique et à réaction fortement acide. Il y a une quantité anormalement élevée de graisses et la digestion des protides et des glucides est incomplète. Les cultures sont négatives.

Les urines, la calcémie et la bilirubinémie sont normales. La lipémie est de 6.1 grammes par litre, la normalité se situant entre 8 et 12 grammes par litre.

Le séro-diagnostic est négatif pour la typhoïde, les paratyphoïdes et la fièvre ondulante.

Le nombre des globules rouges est normal de même que l'hémoglobine, les plaquettes et la réticulocytose. Les globules blancs sont au nombre de 9,000 et 10,000, à deux examens successifs, et la formule différentielle est normale. Cependant, le volume corpusculaire moyen est de 115 microns cubes, la normalité étant entre 80 et 94, ce qui indique une macrocytose. Le myélogramme donne quelques érythroblastes de forte taille et ayant une morphologie voisine de celle du mégaloblaste. Cet état est compatible avec le fait que la malade ait pu présenter une anémie mégablastique ayant régressé sous l'effet de la thérapeutique.

La diarrhée de cette malade avait cessé temporairement par l'administration d'auréomycine ; elle avait aussi reçu irrégulièrement du foie

de veau, de la vitamine B_{12} et de l'acide folique, car on avait cru avoir affaire à une anémie pernicieuse. Ici, sa diarrhée a cessé, dès l'administration de sulfaguanidine, mais pour reprendre dès l'arrêt de la médication ; le foie de veau en injections nous fit obtenir un arrêt de la diarrhée et la malade quitta l'hôpital, améliorée, avec un régime d'élimination des graisses et contenant des extraits de levure concentrés, des vitamines polyvalentes et elle reçut instruction de se faire injecter régulièrement du foie de veau.

Elle en reçut pendant quelques mois ; elle reprit du poids et vit son état général s'améliorer quelque peu ; cependant, s'installa un rétrécissement marqué du champ visuel. Puis, il y eut suspension du foie de veau pendant quelque temps avec reprise de la diarrhée et apparition de tétanie, avec crises fréquentes, aussi fréquentes même que plusieurs fois par semaine. Cette tétanie n'était pas influencée par l'administration de calcium *per os*, mais seulement par voie intraveineuse. L'acide folique fut essayé, mais les résultats étaient moins bons qu'avec le foie de veau ; celui-ci fut donc repris. Actuellement, elle reçoit du foie de veau, une couple de fois la semaine, et il n'y a pas de diarrhée ; elle a repris du poids et le rétrécissement du champ visuel a cessé d'évoluer ; cependant, il lui faut encore du calcium par voie intraveineuse, deux fois par semaine, le calcium *per os* étant sans effet même à haute dose, ce qui a été essayé et lui donnait, d'ailleurs, des troubles digestifs très ennuyeux.

Ce cas nous inspire les remarques suivantes. Lorsque la malade mangeait peu, les selles étaient normales ; si on augmentait son alimentation, il passait dans les selles des graisses en quantité exagérée et des protides et des glucides insuffisamment digérés. Je crois qu'il s'agit d'une insuffisance digestive due à l'accélération du transit à travers un intestin irrité et inflammé.

Il est assez curieux que l'auréomycine et la sulfaguanidine aient également l'effet de faire cesser la diarrhée pendant le temps où on les administre ; peut-être la stérilisation intestinale était-elle la cause de cet arrêt momentané ? On sait que la flore intestinale se reconstitue tôt après l'arrêt de la médication et, même, qu'elle se reconstitue, malgré la médication si on la prolonge suffisamment.

Autre point à noter, c'est que la diarrhée cessait à la suite de l'administration de calcium intraveineux, ce qui laisse un doute sur les théories expliquant la cessation de la diarrhée par l'administration de calcium *per os*. L'action antispasmodique du calcium est bien connue ; cependant, elle ne pourrait expliquer la diminution de la diarrhée, à la suite d'ingestion de calcium qui, dans cette maladie, ne s'absorbe pas ou, du moins, ne s'absorbe pas suffisamment chez cette malade pour empêcher la tétanie.

Notre malade a aussi présenté une pigmentation supposée être l'apanage de la véritable sprue tropicale ; il faut croire qu'elle peut arriver même au quarante-septième degré de latitude nord. Il est à remarquer aussi que cette diarrhée s'est établie durant une grossesse, plus précisément à quatre mois, et que, le mois suivant, il y eut avortement.

RÉSUMÉ

Nous avons, en vue de la présentation d'un cas, fait une petite revue des connaissances actuelles sur le syndrome sprue en prenant pour acquis que la maladie cœliaque, les sprues tropicales et *nostras*, en font toute parties avec des différences qui ne s'opposent pas. L'intérêt de la présentation de notre cas est qu'il n'y en n'a pas eu de rapporté devant cette Société ; nous avons souligné certains faits, à savoir l'apparition, durant une grossesse, la mise en évidence d'une insuffisance digestive, si on augmentait suffisamment l'alimentation ; l'arrêt temporaire de la diarrhée par l'auréomycine ; sa diminution par le calcium intraveineux, alors qu'il n'était pas toléré par la bouche, et une pigmentation qui serait l'apanage de la véritable sprue.

SUMMARY

In order to present the observation of a patient, we have reviewed rapidly the knowledge that we have to-day of the sprue syndrome, considering as an established fact that the cæliac disease, the tropical sprues and the so-called *sprue nostras* are a part of this syndrome, with some differences that are not opposing.

It is interesting to note that no such case has ever been presented before *la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec.*

We have emphasized certain facts, namely the onset of the affection during a pregnancy, the discovery of a digestive insufficiency when the diet of the patient was sufficiently increased, the temporary checking of the diarrhœa by Aureomycin, the decrease of the diarrhœa by administration of intravenous calcium, the calcium being not tolerated when given by mouth, and a pigmentation which should belong to the real sprue.

(H. M.)

BIBLIOGRAPHIE

1. ADLESBERG, D., Cortisone and ACTH in sprue, *Gastro-Enterology*, **19** : 674, 1951.
2. BOCKUS, Textbook of gastro-enterology.
3. CACHERA, R., *Arch. mal. app. dig. nut.*, **38** : 688, 1949.
4. DE BRUN, R., *Enc. médico-chirurgicale.*
5. DURANT, T. M., et ZIBOLD, L. A., Sprue : A consideration of etiology, differential diagnosis and management, *Med. Cli. N. Am.*, 1671 (novembre) 1949.
6. FRAZER, A. C., Fat metabolism and the sprue syndrome, *Brit. Med. Journ.*, **2** : 769, 1949.
7. GORDON, A. H., *Can. Med. Ass. J.*, **15** : 522, 1925.
8. HOHMS, W. H. et STARR, P., *J. A. M. A.*, **92** : 975 (23 mars), 1929.
9. THAYSEN, Cæliac affection ; idiopathic steatorrheas, *Lancet*, **1** : 1086 (25 mai), 1929.
10. THAYSEN, *Arch. mal. app. dig.*, **24** : 1934.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DES VEINES VARIQUEUSES [1]

par

Louis-A. FRENETTE

Hôtel-Dieu de Québec

PLAN

1. INTRODUCTION
2. ÉTIOLOGIE
   - A. VEINES VARIQUEUSES ESSENTIELLES ; faiblesse congénitale.
   - B. VEINES VARIQUEUSES SYMPTOMATIQUES ; obstruction veineuse.
3. PATHLOGIE
   - Cinq changements histopathologiques.
4. ANATOMIE
   - Vaisseaux veineux des membres inférieurs, vaisseaux profonds et superficiels.
   - A. VEINES COMMUNICANTES DE LA JAMBE ; B. VEINES COMMUNICANTES DE LA CUISSE ; C. ANATOMIE DE LA « FOSSA OVALIS ».
5. PHYSIOLOGIE
   - Quatre facteurs de la circulation veineuse aux membres inférieurs.
6. PHYSIOPATHOLOGIE
   - Quatre changements dans la physiologie normale.

1. Reçu pour publication en septembre 1949.

7. SYMPTOMATOLOGIE
   Symptômes variés selon le degré de nervosité des patients.

8. CLASSIFICATION
   Trois variétés.

9. EXAMEN DU MALADE
   A. QUESTIONNAIRE ; B. EXAMEN PHYSIQUE ; C. ÉPREUVES DE DIAGNOSTIC.

10. TRAITEMENT
    I. CONSERVATEUR ; II. PAR INJECTIONS SCLÉROSANTES ; III. CHIRURGICAL : Ligature simple — multiple ; Ligature et injection rétrograde ; Ligature et *stripping*.

11. CONCLUSION

INTRODUCTION

Reconnues comme un état pathologique par Hippocrate, environ cinq cents ans avant Jésus-Christ, les veines variqueuses continuent toujours d'être un problème médical très important. En effet, bien que les statistiques concernant leur fréquence soient en désaccord, il est reconnu qu'au moins 10 pour cent de la population en sont plus ou moins atteints. Cette affection présente un problème important, non seulement en raison de sa grande fréquence, mais aussi parce que ses complications restreignent sérieusement l'activité de ceux qui en souffrent, tout en leur imposant de nombreuses souffrances.

A toutes fins pratiques, notre étude sur les veines variqueuses se limite aux veines dilatées et tortueuses, que l'on rencontre à la partie inférieure de l'abdomen et aux membres inférieurs.

Une littérature imposante couvre le sujet, depuis 1920 surtout. En étudiant cette littérature, on est surpris de constater une grande divergence d'opinions à propos des changements de circulation, de la classification des cas et des modes de traitements. Il semble bien qu'en aucune autre branche de la chirurgie on ait oscillé aussi manifestement entre deux traitements : le traitement par des injections ou le traitement chirurgical. Cette divergence d'opinions est probablement due au fait que plusieurs facteurs fondamentaux concernant l'anatomie, la physiologie, la physiopathologie et la pathogénie de cette question n'ont pas encore été complètement compris. C'est donc avec inquiétude

que le jeune chirurgien abordera les principes du traitement des veines variqueuses.

Dans la circonstance, il est peut-être à propos de faire une revue de la question des veines variqueuses, depuis l'étiologie jusqu'aux modes de traitement, tout en prêtant une attention particulière à l'anatomie, à la physiologie, à la physiopathologie, à la pathogénie, à la symptomatologie et aux différentes épreuves de diagnostic.

ÉTIOLOGIE

La première étape de l'étude étiologique des veines variqueuses consiste à les diviser en deux grandes catégories, à savoir : les veines variqueuses essentielles et symptomatiques. Les veines variqueuses essentielles surviennent spontanément, tandis que les veines variqueuses symptomatiques sont secondaires à une obstruction veineuse, soit par obstacle mécanique dans la lumière du vaisseau, soit par pression sur celui-ci.

A. VEINES VARIQUEUSES ESSENTIELLES

Les opinions actuelles sont d'accord pour les attribuer à une faiblesse héréditaire de la structure veineuse. Cette faiblesse héréditaire intéresse la paroi veineuse et, à un degré moindre, les valvules, de sorte que les veines n'ont pas assez de force pour résister aux augmentations de pression intra-abdominale causées par la toux ou par la contraction des muscles abdominaux. Cette faiblesse de la paroi vasculaire devient évidente aussi avec l'âge, l'amaigrissement progressif et les maladies atrophiques de la peau, car il y a, alors, une perte de tonus de la peau et des tissus sous-cutanés et ceux-ci ne supportent plus la paroi veineuse.

Luke, en 1940, émettait l'idée qu'il se produit, durant les derniers mois de la vie fœtale, une dégénérescence des valvules veineuses et que ce processus de dégénérescence se continuerait au cours du passage de l'enfance à l'âge adulte. Ainsi, les veines variqueuses posséderaient moins de valvules et celles-ci seraient beaucoup moins résistantes. Cela semble très vraisemblable, si on considère le fait qu'un grand

nombre de varices commencent entre les âges de vingt et trente ans.

L'orthostatisme joue aussi un rôle important dans la production des varices, chez les personnes qui présentent cette diathèse. En effet, les veines variqueuses sont rarement rencontrées aux membres supérieurs et chez les quadrupèdes (Kasinski, 1926) ; de plus, les personnes les plus affectées sont surtout celles dont le travail se fait en position debout.

Mahorner a donné le nom d'*asthénie du mésoderme* à cette faiblesse héréditaire des vaisseaux et il a noté l'association fréquente des veines variqueuses des membres inférieurs avec les varices hémorrhoïdaires et la varicocèle. Smith et Larson (1943) ont mis en évidence le caractère familial de cette tendance aux veines variqueuses parce qu'ils ont mis en évidence une histoire de famille particulièrement chargée dans 43 pour cent des cas en étudiant une série de 491 patients.

Théorie sur l'étiologie des veines variqueuses essentielles :

Se basant sur l'hypothèse que les veines variqueuses peuvent se développer à la puberté, au cours de la grossesse et à la ménopause, Sicard, en 1929, attribua une origine hormonale à la production de cet état pathologique. Cependant, l'époque de la puberté correspond à la période de croissance ; de nombreux changements peuvent expliquer le développement des veines variqueuses durant la grossesse, et la ménopause correspond au début de la période de sénilité et d'atrophie des tissus. Cette théorie endocrinienne est donc peu vraisemblable, et d'ailleurs, elle ne compte que très peu d'adeptes.

L'infection a aussi été considérée dans l'étiologie des varices essentielles. Suivant cette théorie, il se produirait des lésions infectieuses sur les valvules, ce qui serait de nature à les rendre faibles et insuffisantes. Cette conception est sans doute due au fait que les veines variqueuses apparaissent, assez souvent, à la suite de maladies infectieuses, telles que la typhoïde et la pneumonie. Toutefois, il faut réaliser que ces veines variqueuses ne sont pas essentielles mais symptomatiques, puisqu'elles arrivent habituellement à la suite d'une thrombophlébite, laquelle est une complication de la typhoïde et de la pneumonie.

B. VEINES VARIQUEUSES SYMPTOMATIQUES

Ce sont celles qui se produisent dans la partie distale d'une veine obstruée, c'est-à-dire, celles qui sont consécutives à une obstruction veineuse.

Thrombophlébite. La thrombophlébite ilio-fémorale est une cause fréquente des veines variqueuses symptomatiques. En effet, au cours de la thrombophlébite ilio-fémorale, la circulation veineuse profonde est obstruée et le sang doit effectuer son retour par la circulation superficielle, c'est-à-dire, par la saphène interne et la saphène externe, lesquelles se dilatent par compensation. Après une période indéterminée, la veine ilio-fémorale peut redevenir perméable, grâce à une organisation du thrombus, mais elle ne permettra jamais une circulation de retour efficace, parce que ses valvules ont été détruites ; c'est ce qui a été prouvé par Edwards et Edwards. La circulation superficielle continuera donc de compenser pour la déficience de la circulation profonde et les vaisseaux superficiels deviendront de plus en plus dilatés.

Grossesse. C'est un fait reconnu depuis longtemps que les veines variqueuses surviennent fréquemment durant la grossesse et, plus spécialement, au cours des derniers mois de celle-ci. Cette association est expliquée de trois façons, à savoir : 1° par la pression exercée par l'utérus distendu sur les veines iliaques externes et les iliaques primitives ; 2° par l'augmentation de la tension intra-abdominale ; 3° parce que l'accroissement de volume du flot sanguin passant de la veine iliaque interne dans la veine iliaque primitive crée une difficulté au passage du sang de la veine iliaque externe dans la veine iliaque primitive. Il semble donc que la théorie mécanique du développement des veines variqueuses durant la grossesse est beaucoup plus plausible que la théorie endocrinienne.

Tumeurs abdominales. Les tumeurs abdominales, l'ascite et l'anévrisme abdominal sont aussi une cause fréquente des veines variqueuses. Ils agissent en exerçant une pression sur les veines iliaques primitives et sur la veine cave inférieure.

L'étendue et la rapidité du développement des veines variqueuses, à la suite d'obstruction veineuse, varient grandement d'un sujet à l'autre. Dans certains cas de thrombophlébite importante avec peu de recanalisation, les veines variqueuses sont à peu près inexistantes, tandis qu'elles

peuvent être très marquées à la suite d'une thrombophlébite peu grave. Par conséquent, on a raison de penser que ceux qui font des veines variqueuses à la suite d'une thrombophlébite sont également porteurs d'une faiblesse héréditaire des parois veineuses. Cette conception est d'ailleurs confirmée par le fait que les patients qui présentent des veines variqueuses dans un membre, à la suite d'une thrombophlébite, voient, plus tard, des veines variqueuses essentielles apparaître au membre opposé.

Larson et Smith, en 1943, entreprirent d'étudier l'étiologie des veines variqueuses chez 491 patients et en vinrent aux chiffres suivants :

a) Veines variqueuses essentielles avec caractère familial		43%
b) Veines variqueuses symptomatiques	augmentation de pression abdominale	38%
	thrombophlébite antérieure	11%
	maladie prolongée	8%

Fréquence. Les veines variqueuses sont très répandues dans toute la population et Meisen est d'avis qu'elles se rencontrent dans la proportion de 10 à 17 pour cent. La variante entre les différentes statistiques est sans doute due au fait que les veines variqueuses sont plus fréquentes dans les villes industrielles, car le facteur d'orthostatisme est alors plus fréquent. De Takats donne une fréquence de 10 pour cent chez mille jeunes employés d'usine et suggère qu'un examen de la population en général donnerait un pourcentage encore plus élevé.

Age. Les veines variqueuses se rencontrent à tous les âges de la vie. McPheeters et Anderson donnent les statistiques suivantes : 1 pour cent des patients ont entre dix et vingt ans ; 18.1 pour cent, entre vingt et trente ans ; 27.5 pour cent, entre trente et quarante ans ; 24.7 pour cent, entre quarante et cinquante ans ; 16.7 pour cent, entre cinquante et soixante ans ; 10.8 pour cent, entre soixante et soixante-dix ans et 1.1 pour cent ont soixante-dix à quatre-vingts ans. Cependant, Luke est d'avis que la majorité des veines variqueuses surviennent entre vingt et trente

ans et Bernsten vient appuyer cette opinion en disant que 75 pour cent des patients qu'il a observés étaient âgés de moins de trente ans.

Sexe. Les statistiques de Bernsten montrent une répartition à peu près égale chez les deux sexes, tandis que 68 pour cent des malades de Larson et Smith étaient des femmes. Oschsner et Mahorner (1937) ont observé 247 femmes et 38 hommes ; Hawkes et Hewson (1940) ont trouvé des varices chez 441 femmes et 159 hommes. Il semble donc y avoir une prépondérance de la maladie chez la femme.

Veines. La formation des varices se voit surtout à la saphène interne et à ses tributaires, soit 93 pour cent des cas, et aussi à la saphène externe, dans seulement 7 pour cent des cas.

Membres. Steubner (1930) avait noté que le membre inférieur droit était probablement plus souvent atteint que le membre opposé ; toutefois, Mahorner et Ochsner (1939) ont constaté une égale fréquence aux deux membres. Harkins et Schug (1940) ont opéré bilatéralement dans 60 pour cent des cas, tandis que Hawkes et Hewson (1940) ont rencontré des veines variqueuses bilatérales chez 440 patients sur un total de 600, soit un pourcentage de 76 pour cent.

Conclusion. Ces quelques faits et théories ont tendance à démontrer qu'il y a encore beaucoup de recherches à faire avant de pouvoir en arriver à des notions bien précises sur l'étiologie de cette maladie.

RÉSUMÉ

Varices essentielles : faiblesse congénitale	augmentation de la tension abdominale, orthostatisme, amaigrissement progressif. vieillissement, maladies atrophiques de la peau.
Varices symptomatiques : obstruction veineuse	tumeur abdominale, thrombophlébite, grossesse, acite.

PATHOLOGIE

Un fait important dans la pathologie des veines variqueuses, c'est l'augmentation de la tension veineuse. En présence d'une augmentation de tension veineuse de longue durée, la première réaction de la paroi de la veine est d'accroître son épaisseur. L'examen histologique permet de constater que l'épaississement de la paroi intéresse toutes les couches, mais surtout l'*intima* et la *media*. L'*intima* est épaisse et contient du tissu collagène. On rencontre aussi une *media* augmentée d'épaisseur, à cause d'une abondance de tissu collagène et d'une infiltration de travées fibreuses entre ses fibres musculaires et élastiques. Cet épaississement fibreux affecte surtout les veines de moyen calibre et les grosses veines et diminue de beaucoup l'élasticité de leurs parois. L'augmentation de la tension agit de façon différente sur les veines de petit calibre,c'est-à-dire, sur celles qui sont superficielles et sur celles qui sont associées à l'atrophie sénile. Elle amincit alors leurs parois, ce qui fait qu'elles deviennent dilatées, allongées et tortueuses.

La grande croissance du tissu collagène dans la paroi des grosses veines rend cette paroi très résistante et, alors, les valves veineuses sont la première formation anatomique à céder sous la poussée d'une forte et constante tension. Au début, la valvule devient aplatie à son point d'insertion sur la paroi de la veine et, par la suite, la commissure valvulaire s'élargit graduellement pour en arriver à l'éversion et l'atrophie, c'est-à-dire, à l'insuffisance des valvules. Conséquemment, une fois que les valvules sont devenues insuffisantes, la dilatation veineuse aura tendance à augmenter de façon progressive. En présence de ces constatations, Edwards et Edwards (1937) en ont conclu que la pathogénie des veines variqueuses résultait d'un manque de proportion entre la tension veineuse, la résistance de la paroi et la résistance des valvules.

Résumé :

Les changements anatomopathologiques des veines variqueuses sont au nombre de cinq :

1° Dilatation avec augmentation du diamètre de la lumière veineuse ;

2° Élongation et tortuosité ;
3° Perte de l'élasticité par augmentation du tissu collagène ;
4° Variations dans l'épaisseur de la paroi ;
5° Insuffisance et atrophie des valvules.

ANATOMIE

Le sang des membres inférieurs retourne à la veine cave inférieure par le système veineux profond et par le système veineux superficiel. Le système veineux profond siège en profondeur, entouré par les muscles, tandis que le système veineux superficiel est situé en périphérie et est mal protégé par le tissu cellulaire sous-cutané. Ces deux systèmes sont reliés par de nombreuses veines communicantes.

VEINES PROFONDES :

Les veines profondes, à l'exception du tronc veineux tibio-péronier, de la veine poplitée et de la veine fémorale, sont au nombre de deux pour chaque artère. Elles portent le nom de l'artère qu'elles accompagnent et les deux veines satellites d'une même artère sont reliées par de nombreuses anastomoses transversales. Situées en profondeur et bien protégées par les tissus aponévrotiques et musculaires, les veines profondes résistent aux changements de tension veineuse et ne deviennent jamais variqueuses.

VEINES SUPERFICIELLES :

Les veines superficielles forment dans le tissu cellulaire sous-cutané du pied un réseau dont le sang se déverse dans deux troncs collecteurs : les veines saphènes interne et externe.

Le réseau veineux superficiel siège sur la face dorsale du pied et ses larges mailles se réunissent pour former une arcade veineuse convexe en avant. Cette arcade veineuse superficielle croise la région métatarsienne et se continue, à ses extrémités, par les veines marginales interne et externe. L'arcade veineuse dorsale reçoit le sang du réseau superficiel dorsal et aussi le sang du réseau veineux plantaire par l'anastomose des veines interdigitales avec les veines dorsales des orteils.

ARCADE VEINEUSE DORSALE SUPERFICIELLE :

Les deux veines marginales de l'arcade veineuse dorsale superficielle s'étendent, d'avant en arrière, jusqu'à l'extrémité inférieure de la jambe où elles deviennent les saphènes interne et externe. La veine saphène interne fait suite à la veine marginale interne et passe en avant de la malléole interne ; la veine saphène externe continue la veine marginale externe et passe en arrière de la malléole externe.

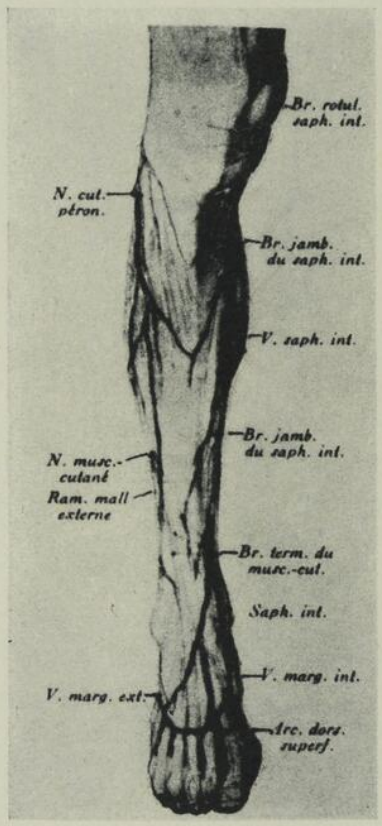


Figure 1. — Veines et nerfs superficiels de la jambe et du pied. ***Traité d'anatomie*****, de Rouvière, tome III, figure 317.**

VEINE SAPHÈNE INTERNE :

De la malléole interne, la veine saphène interne monte verticalement sur la face interne de la jambe, en regard du tibia, puis contourne, en

arrière, le condyle interne du fémur. Arrivée à la cuisse, elle suit un trajet parallèle à celui du muscle couturier et se jette dans la veine fémorale, à quatre centimètres au-dessous de l'arcade crurale. Habituellement, la veine saphène interne décrit, à son extrémité supérieure, une courbe à concavité inférieure : la crosse de la saphène, aussi appelée *fossa ovalis*. C'est à ce niveau qu'elle reçoit ses principales collatérales : les veines

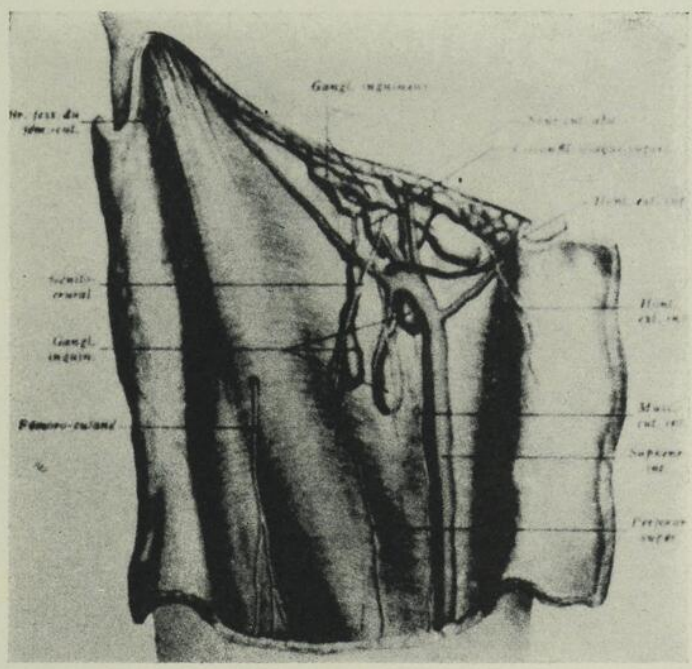


Figure 2. — Région inguino-crurale, plan superficiel. *Traité d'anatomie*, de Rouvière, tome II, figure 337.

honteuses externes, la veine sous-cutanée abdominale, la veine circonflexe iliaque superficielle et les veines saphènes accessoires interne et externe.

VEINE SAPHÈNE EXTERNE :

La veine saphène externe, aussi appelée courte saphène, contourne, en premier lieu, le bord postérieur de la malléole externe et gagne la ligne

médiane par un trajet oblique en haut et en dedans. Sus-aponévrotique jusqu'à la partie moyenne de la jambe, elle traverse l'aponévrose superficielle et monte verticalement vers le genou dans un canal fibreux formé par le dédoublement de cette aponévrose. Elle termine son parcours au niveau de l'interligne articulaire, alors qu'elle s'abouche à la face postérieure de la veine poplitée en décrivant une courbe à concavité inférieure, la crosse de la saphène externe.

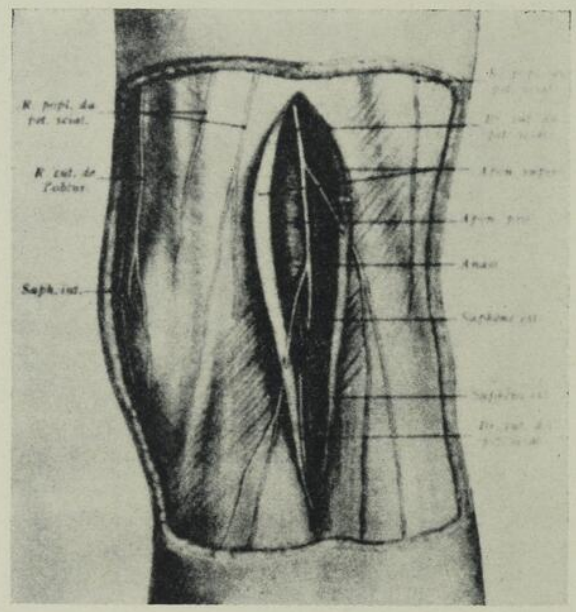


Figure 3. — Région poplitée, plan superficiel et loge postérieure ou superficielle du creux poplité. *Traité d'anatomie*, de Rouvière, tome II.

La veine saphène externe présente presque toujours une anastomose avec la veine saphène interne. Cette branche anastomotique se détache de la saphène externe au niveau du creux poplité, contourne obliquement, d'arrière en avant et de bas en haut, la face interne de la cuisse et s'ouvre dans la saphène interne à une distance variable de l'extrémité supérieure de cette dernière. Cette branche anastomotique peut aussi se jeter dans la veine saphène accessoire interne ou se confondre avec elle.

A. VEINES COMMUNICANTES DE LA JAMBE

La circulation superficielle est reliée directement à la circulation profonde par une série de veines communicantes, lesquelles permettent le passage du sang de la périphérie vers la profondeur.

La première description des veines communicantes de la jambe fut donnée, en 1803, par von Loder, un anatomiste russe. Renny (1901) et Meison (1932) reproduisirent les graphiques de von Loder, sans toutefois les compléter. Alors, c'est à Linton (1938) que revient le mérite d'avoir mis cette question véritablement au point.

Pour les besoins de la description, les veines communicantes ont été divisées en trois groupes portant le nom des vaisseaux veineux profonds : tibial postérieur, tibial antérieur et péronéen.

1. *Groupe tibial postérieur :*

a) Cette série de veines se rencontre surtout à la partie interne de la jambe. Naissant habituellement en deux paires au tiers supérieur de la jambe de l'une ou l'autre des veines tibiales postérieures, elles cheminent, vers le dehors, le long du *septum* intermusculaire entre le fléchisseur commun des orteils et le muscle soléaire. Sur leurs parcours, elles donnent des branches qui, d'une part, perforent le muscle soléaire près de son insertion tibiale et, d'autre part, s'anastomosent avec la saphène interne.

b) Au tiers moyen de la jambe, on rencontre aussi deux paires de communicantes qui naissent de la veine tibiale postérieure. Leur trajet est identique à ceux du tiers supérieur, sans toutefois passer à travers les fibres du soléaire, puisqu'elles naissent plus bas que l'insertion tibiale de ce muscle.

c) Au tiers inférieur, les veines communicantes de ce groupe naissent de la tibiale postérieure, à l'extrémité inférieure de la malléole interne. Elles passent à travers l'aponévrose profonde postérieure et viennent se joindre à la saphène interne, en avant de la crête du tibia.

2. *Groupe tibial antérieur :*

Ces veines communiquent avec la saphène interne et la saphène externe, mais surtout avec la première. On les rencontre sur les faces

antéro-interne, antérieure et antéro-externe d'où leur division en trois sous-groupes :

a) Sous-groupe antéro-interne. Il consiste en trois ou quatre paires de petites veines au tiers moyen de la jambe. Ces petites veines tra-

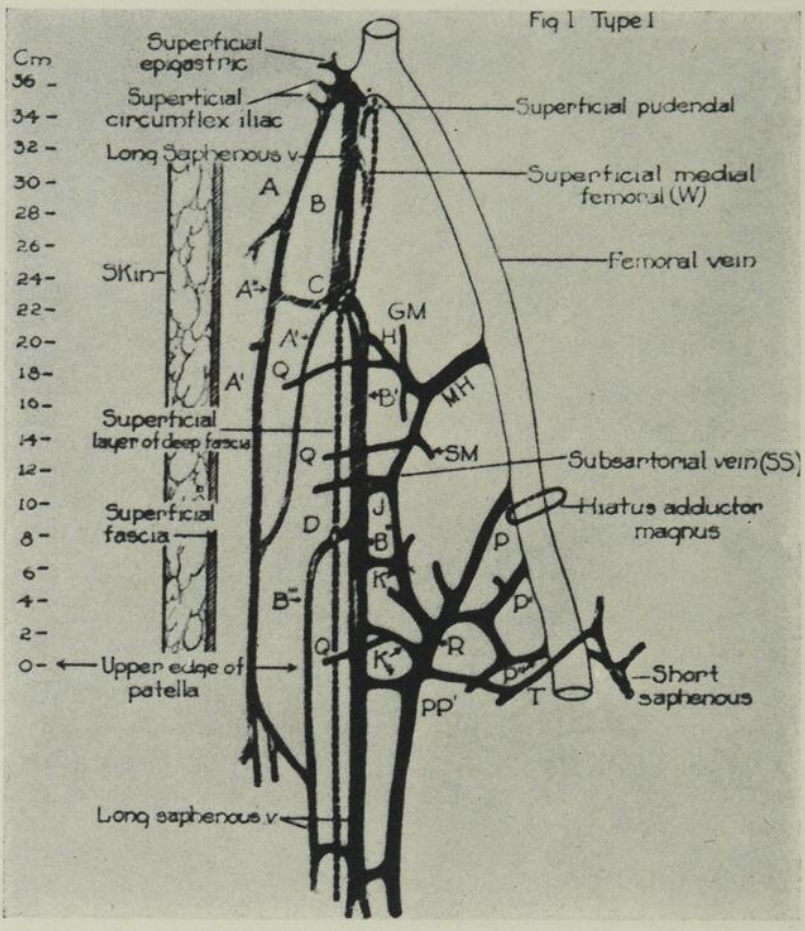


Figure 4. — Stanton Sherman. ***Annals of Surgery*****, vol. 120 (1944).**

versent l'aponévrose interosseuse, cheminent le long du bord interne du tibia et, en association avec son périoste, perforent l'aponévrose profonde antérieure juste sur la face antéro-interne du tibia pour se jeter dans la veine saphène interne.

b) Sous-groupe antérieur, c'est-à-dire, médian. Il est formé par une association de petites veines semblables à celles du groupe antéro-interne, mais avec la différence qu'elles perforent l'aponévrose antérieure le long du bord externe du tibia. Ce groupe est rarement affecté par l'augmentation de la tension veineuse.

c) Sous-groupe antéro-externe. On compte, ici, environ cinq ou six communicantes de diamètre peu marqué. A la partie supérieure de la jambe, une ou deux de ces veines passent au travers des muscles jambier antérieur et extenseur commun des orteils pour arriver, à la périphérie, un peu en bas de la tête du péroné. Au tiers moyen de la jambe, une autre série de veines passent entre l'extenseur commun et le long péronier latéral, tandis que quelques veines tout à fait distales passent entre l'extenseur commun des orteils et l'extenseur propre du gros orteil juste au niveau du ligament annulaire du tarse. Ces veines s'anastomosent avec les veines de l'arcade dorsale superficielle et peuvent être tributaires de la saphène interne ou de la saphène externe.

3. *Groupe péronéen :*

Six ou sept veines naissant de la veine péronière forment ce groupe et relient cette veine profonde à la veine saphène externe. Les plus élevées émergent entre le long péronier et le soléaire, à environ deux centimètres plus bas que la tête du péroné ; les plus basses, entre le long péronier latéral et le fléchisseur propre au gros orteil.

Nota bene : Au niveau de la jambe, les veines communicantes sont très nombreuses, mais très petites.

B. Veines communicantes de la cuisse

Les nombreux échecs du traitement chirurgical et le manque de précision des diverses épreuves pour localiser les veines communicantes de la cuisse ont conduit Sherman (1944) à entreprendre une étude spéciale de l'anatomie de ces vaisseaux. Cent cinquante dissections sur le cadavre et sept cent cinquante dissections chirurgicales lui permirent de faire des découvertes intéressantes dont voici les plus importantes.

La localisation et le nombre des tributaires de la veine saphène interne, à la partie supérieure de la cuisse, présentent de nombreuses variations. Cependant, certaines généralisations sont possibles, telles l'abouchement constant de la saphène interne dans la veine fémorale

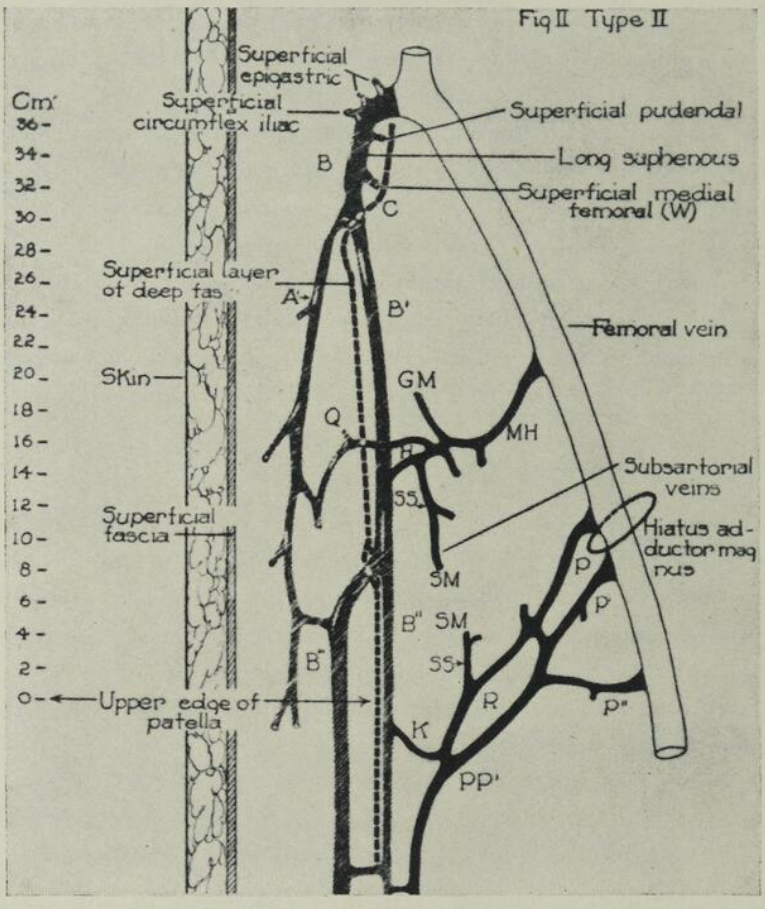


Figure 5. — Stanton Sherman. *Annals of Surgery*, vol. 120 (1944).

à la région inguinale et la présence des veines honteuses superficielles externes, la sous-cutanée abdominale, la circonflexe iliaque superficielle et les saphènes accessoires externe et médiane. La veine saphène interne et les veines communicantes présentent, elles aussi, au niveau

de la cuisse, quelques rapports généraux avec la veine fémorale, de sorte qu'on distingue un arrangement général et trois variations de celui-ci.

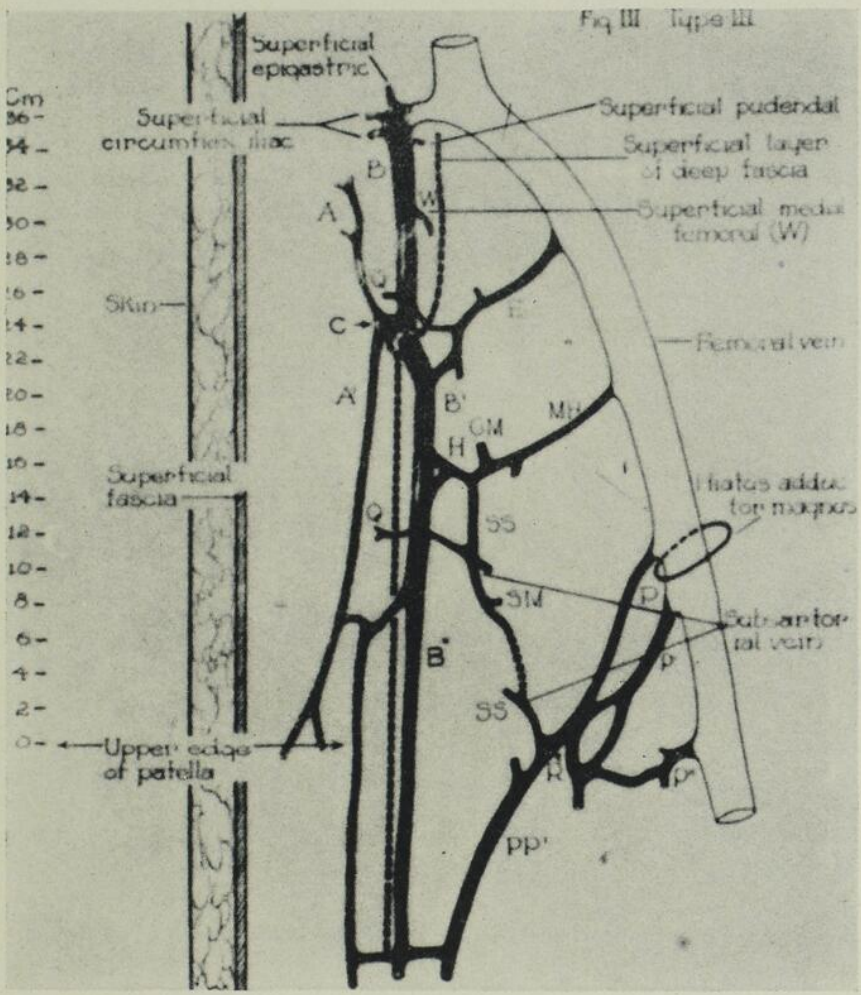


Figure 6. — Stanton Sherman. ***Annals of Surgery*****, vol. 120 (1944).**

a) Subdivisions de la veine saphène interne :

Disposition générale, ou Type I. La disposition embryologique comprend la division de la veine saphène interne en deux tronçons

à la partie supérieure de la cuisse. Le tronçon principal (B) est habituellement plus gros, plus profond, plus interne, que le tronçon accessoire (A), c'est-à-dire, la veine saphène accessoire externe. A la partie supérieure de la cuisse, les deux tronçons (A et B) sont sus-aponévrotiques, mais, à un niveau variable, (C) un prolongement (B^I) du tronc principal (B) traverse l'aponévrose profonde et chemine profondément,

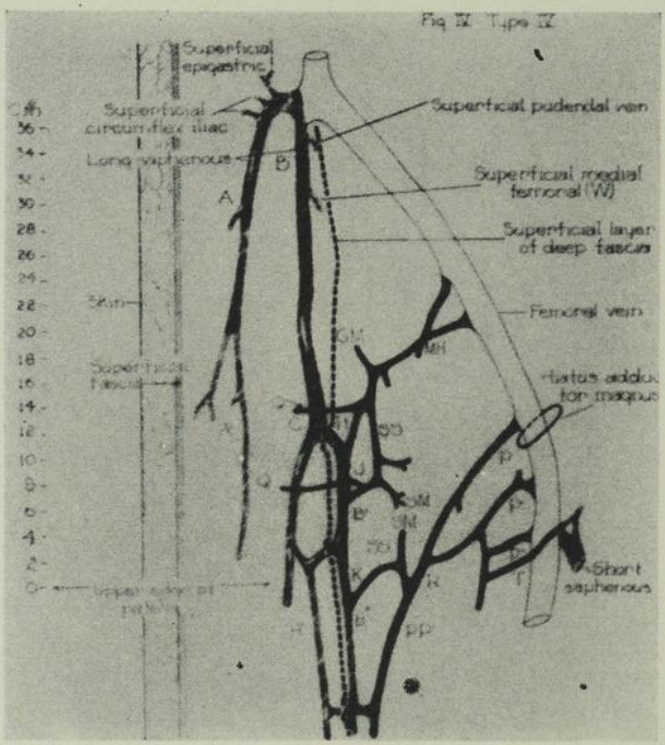


Figure 7. — Stanton Sherman. ***Annals of Sugery,*** **vol. 120 (1944).**

tandis que le tronçon (A) demeure sus-aponévrotique sur tout son parcours. Après avoir cheminé en dessous de l'aponévrose profonde sur une distance d'environ cinq à six centimètres, le tronc profond (B^I) se divise à un point (D) en deux branches. La branche (B^{II}) continue de cheminer distalement entre les feuillets de l'aponévrose profonde, mais la branche (B^I) redevient sus-aponévrotique.

Type II. Il diffère de la disposition générale par l'absence de la veine accessoire (A), c'est-à-dire, la saphène accessoire externe.

Type III. Ici la veine accessoire (A) ne s'abouche pas dans la veine saphène interne à la *fossa ovalis*, mais à un point (C) juste en haut de l'endroit où le tronc principal (B) donne un prolongement sous-aponévrotique (B f).

Type IV. Ce type ressemble à la disposition générale I, si ce n'est qu'il n'y a pas de branche anastomotique au point (C) entre le tronc accessoire (A) et le tronc principal (B).

b) Veine communicante du canal Hunter « Mid-Hunter » :

Au cours des observations faites sur la saphène interne et ses subdivisions, Sherman a noté une tributaire constante (M-H) de la veine fémorale. Cette branche tributaire (M-H) reçoit le sang des muscles *sartorius* (SM), c'est-à-dire, couturier et *gracilis* (GM), c'est-à-dire, droit interne, puis elle traverse l'aponévrose profonde pour devenir superficielle par rapport à la veine fémorale et apparaître aux téguments à un point vriable, de 16 à 22 centimètres plus haut que la rotule. La grande importance de cette veine (MH) vient du fait qu'au moins une de ses subdivisions communique de façon constante avec le tronçon (B^I) de la saphène interne, au tiers moyen de la cuisse. Cette veine communicante (MH) joint la veine fémorale vers le centre du canal de Hunter, d'où son nom de veine communicante de *Mid-Hunter* (figure 2). Cette veine est considérée comme très constante, car on l'a observée au cours de 56 dissections consécutives sur le cadavre.

Une branche tributaire de la veine *Mid-Hunter* est celle qui reçoit le sang du muscle *sartorius*, c'est-à-dire, la veine subsartoriale (SS). Après un court trajet, cette veine se termine, le plus souvent, dans le muscle *sartorius* (figure 2), mais, dans un nombre assez considérable de dissections, on a noté qu'elle continuait à cheminer vers le bas, de manière à venir se joindre à un point (R) avec la veine (PP^{II}), une branche du plexus géniculaire. Cette veine (SS) donne une communicante (K) avec les tronçons (B^I) ou (B^{II}) de la veine saphène interne ; c'est ce qui la rend si importante.

c) Plexus géniculaire :

Le sang de la partie supéro-interne de la jambe, tant en surface qu'en profondeur, se déverse dans une branche tributaire (PP^I) du tronçon (B^I) de la saphène interne, cette veine tributaire (PP^I) se dirige vers le haut en cheminant entre les muscles *sartorius* et *gracilis* et passe en dessous de l'a-

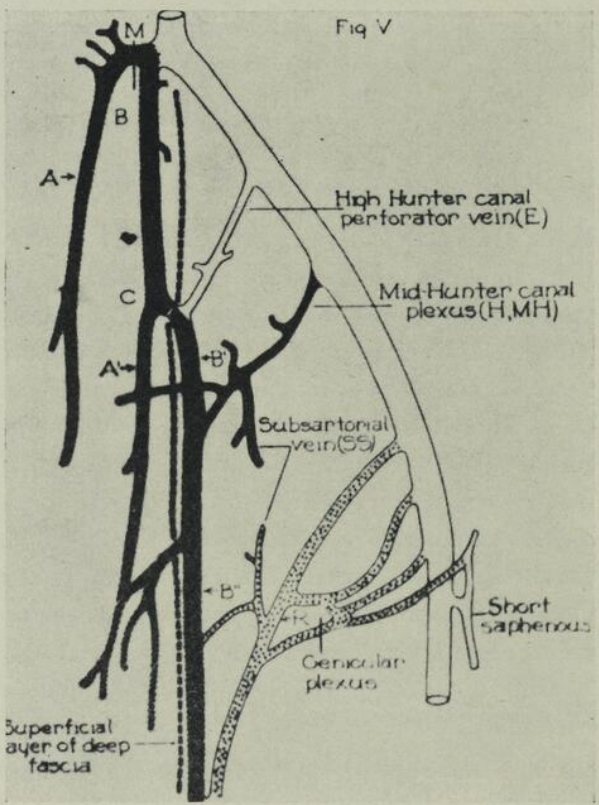


Figure 8. — Stanton Sherman. *Annals of Surgery*, vol. 120 (1944).

ponévrose profonde, à la partie inférieure du genou. Elle s'anastomose ensuite avec les veines inférieure (P^{II}) et supérieure (P^I) du plexus géniculaire, juste en bas de l'anneau du grand adducteur, c'est-à-dire, communication avec la veine fémorale. De plus, la veine (PP^I) possède souvent une communication avec la tributaire (T) de la veine saphène

externe (figure 4). Continuant son trajet, la veine (PP^{I}) devient la veine géniculaire supérieure (P) qui traverse l'aponévrose du grand adducteur et s'abouche avec la veine fémorale, juste en haut de l'anneau du grand adducteur. Se joignant souvent avec la branche profonde (B^{II}) par des collatérales (K), elle est de très grande importance.

Les dissections anatomiques de Sherman mettent donc en lumière sept principaux points :

1° la découverte d'une disposition générale de la veine saphène interne et de ses collatérales avec quatre variétés anatomiques ;

2° le fait que le tronçon principal (B) de la saphène interne perfore l'aponévrose profonde au lieu de demeurer toujours sus-aponévrotique ;

3° l'existence d'une tributaire constante de la veine fémorale (MH) qui s'anastomose avec la saphène interne sur le parcours sous-aponévrotique de celle-ci ;

4° la constance du plexus geniculaire ;

5° la veine subsartoriale (SS) fait occasionnellement communiquer la veine *Mid-Hunter* (MH) avec le plexus géniculaire ;

6° les veines communicantes de la face interne de la cuisse ne sont jamais plus nombreuses que six et leur moyenne de fréquence est de 1.94 ;

7° les veines communicantes naissent presque toutes de la jonction saphéno-fémorale, de la veine *Mid-Hunter*, du plexus géniculaire et de la veine subsartoriale.

C. ANATOMIE DE LA « FOSSA OVALIS »

Au cours d'une étude sur les récidives postchirurgicales, Stalker et Heyerdale (1940) en sont venus à la conclusion que les nombreuses variations anatomiques de la *fossa ovalis* étaient la principale cause des échecs chirurgicaux. Il convient donc de connaître non seulement la disposition habituelle des veines tributaires de la saphène interne, à ce niveau, mais aussi leurs multiples variations.

a) Anatomie normale :

La veine saphène interne s'abouche à la veine fémorale, à environ quatre centimètres en bas de l'arcade. en décrivant une courbe à conca-

vité inférieure, la *fossa ovalis*. Dans la grande majorité des cas, les veines collatérales, honteuses externes superficielles, sous-cutanée-abdominale, circonflexe iliaque superficielle, saphène accessoire externe et saphène accessoire médiane, viennent se jeter directement dans cette *fossa ovalis*.

b) Anatomie anormale :

Bien que la disposition déjà décrite soit comparativement constante, il se rencontre quelques variations. Parfois les tributaires, ne se joignent pas à la *fossa ovalis*, mais donnent dans la saphène accessoire externe. Dans d'autres cas, une ou deux collatérales s'abouchent dans la saphène accessoire externe, tandis que la troisième se vide dans la *fossa ovalis*. On a vu aussi, dans quelques cas, une jonction directe de ces veines collatérales dans la veine fémorale.

L'artère honteuse externe fournit aussi quelques anomalies. Normalement, elle naît de l'artère fémorale, chemine de dehors en dedans et passe entre la veine fémorale et la *fossa ovalis*, c'est-à-dire, en arrière de la veine saphène interne. Toutefois, cette artère honteuse externe peut passer, soit en avant de la *fossa ovalis*, soit en arrière de la saphène accessoire externe mais en avant de la saphène interne. Lorsque cette anomalie existe, on la rencontre un peu plus bas que les collatérales de la veine saphène interne. L'extériorisation de la veine saphène interne est alors impossible, parce qu'elle est retenue en profondeur par le croisement antérieur de cette artère honteuse externe.

Résumé :

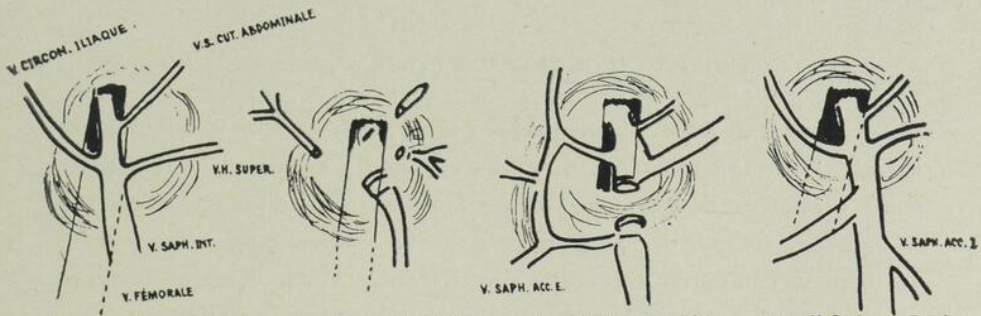
Le sang quitte les membres inférieurs par les réseaux veineux profond et superficiel, ce dernier se prêtant exclusivement aux dilatations variqueuses.

La veine saphène externe commence au pied, chemine à la face postérieure de la jambe et joint la veine poplitée. La veine saphène interne commence aussi au pied, longe la face interne de la jambe et la cuisse et s'abouche à la veine fémorale, près de l'arcade fémorale.

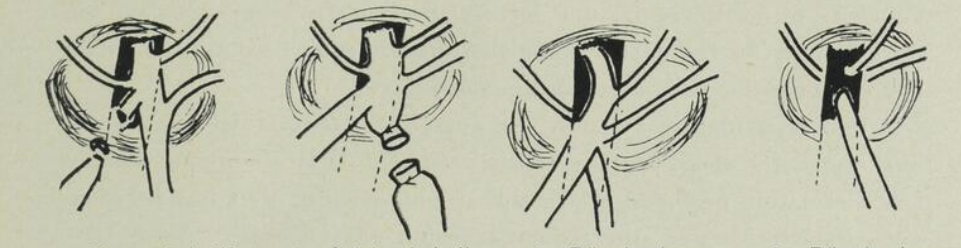
Les réseaux veineux profond et superficiel sont reliés par une série de veines anastomotiques. Bien que celles-ci présentent de

nombreuses variations, elles ont tout de même une certaine disposition générale à la jambe, à la cuisse et à la *fossa ovalis*.

Les études et les dissections anatomiques de ces veines ne seront jamais assez complètes, car seule la connaissance parfaite de cette anatomie assurera le succès du traitement des veines variqueuses et préviendra les accidents fâcheux.



1. — Anatomie normale de la *fossa ovalis*.
2. — Ligature et excision adéquates.
3. — Ligature et excision inadéquates, recanalisation par V. saph. acc. externe.
4. — V. Saph. acc. E & I.



5. — Ligature de la V. saph. acc. E., omission de la V. saph. Int.
6. — Omission de la V. saph. acc. E.
7. — Tributaires donnant dans la V. saph. Acc. E.
8. — Tributaires donnant dans fémorale directement.

9. — A. honteuse ext. passant entre la veine fémorale et la veine saphène interne.
10. — A. honteuse externe passant en avant de la veine saph. int. et saph. accessoire.

Figure 9.

PHYSIOLOGIE

Les veines sont munies de valvules bicuspides s'ouvrant vers les vaisseaux profonds. Ces valvules ont la double fonction de favoriser le courant sanguin veineux de la circulation superficielle vers la circulation profonde et, aussi, de supporter le poids de la colonne sanguine susjacente.

FACTEURS DE LA CIRCULATION VEINEUSE DES MEMBRES INFÉRIEURS :

a) Avant de quitter le ventricule gauche, le sang reçoit une impulsion initiale qui le fait circuler à vive allure dans les artères. Cette vitesse de circulation est de beaucoup réduite dans les capillaires et elle augmente de nouveau lorsque le sang arrive dans les veines, mais cette vitesse ne peut se comparer avec celle des artères. Alors, d'autres facteurs sont nécessaires pour ramener le sang au cœur aussi rapidement qu'il en part.

Les mouvements du thorax sont un de ces facteurs, car il se produit, au cours de l'inspiration, une forte aspiration du sang veineux. Les mouvements du thorax et l'impulsion initiale provenant du ventricule gauche constituent le *facteur cardio-thoracique.*

b) La circulation veineuse est aussi favorisée par la *transmission aux veines des mouvements pulsatifs artériels.* Cela s'applique surtout à la circulation profonde et à la circulation osseuse, alors que les mouvements artériels sont directement transmis aux veines.

c) McPheeters (1932) a comparé l'action des muscles du membre inférieur à celle du myocarde. En effet, la résultante de la *contraction de ces muscles* est la même que celle du cœur, c'est-à-dire, de comprimer leur contenu et de causer ainsi son expulsion à travers les vaisseaux sanguins. Au cœur, les vaisseaux de sortie sont l'aorte et l'artère pulmonaire, tandis qu'au mollet ces vaisseaux de sortie sont représentés par les veines profondes qui se réunissent pour former la veine fémorale.

Prenons le cas d'un sujet normal dont les valvules sont compétentes. Au moment où il commence à marcher, la contraction systolique des muscles de la jambe force le sang veineux à progresser vers la veine fémorale. Ensuite, arrive la période de diastole musculaire et les valvules

normales supportent la colonne sanguine au-dessus d'elles. A cette période de diastole musculaire, les veines profondes sont vides, tout comme les chambres cardiaques au début de la diastole ventriculaire, tandis que les veines superficielles sont gorgées de sang. Alors, le sang contenu dans les veines superficielles va passer dans les veines profondes jusqu'au moment de la systole musculaire suivante.

d) Un dernier facteur de la circulation veineuse est *l'action des muscles du membre inférieur en position debout.* Alors, la circulation veineuse se fait vers la racine du membre, comme le trop plein d'un récipient. Pour démontrer cette action, il suffit d'anesthésier le membre et on voit la tension veineuse s'élever pour s'abaisser de nouveau, lorsque l'effet de l'anesthésie est épuisé.

Résumé :

La circulation veineuse du membre inférieur est régie par : *a*) le facteur cardio-thoracique ; *b*) la transmission aux veines des pulsations artérielles ; *c*) l'alternance de la systole et de la diastole des muscles de la jambe ; et, enfin, *d*) par l'action de ces muscles en position debout.

PHYSIOPATHOLOGIE

a) On a beaucoup parlé de l'augmentation de la tension veineuse dans les veines variqueuses ; cependant, il semble bien qu'elle ne soit pas augmentée, sauf au moment d'un effort de toux ou de contracture des muscles abdominaux. C'est ce que Adams et Rutledge ont démontré, en 1939 et en 1940, respectivement.

Adams a enregistré directement les tensions veineuses de la veine saphène interne, grâce à un appareil de son invention. Cet appareil consistait en un tube de caoutchouc d'une longueur de 25 centimètres, possédant un récipient de verre de 5 centimètres cubes à son centre. Une extrémité était reliée à un manomètre à mercure et l'autre à une aiguille (grade 15) introduite dans la veine saphène, à différents niveaux. La simplicité de cet appareil a permis de constater rapidement les moindres changements de tension veineuse. Chez neuf personnes, en

position debout, il a constaté que la tension veineuse correspondait exactement à la mesure de la colonne sanguine au-dessus de l'aiguille et qu'elle augmentait à mesure qu'on s'approchait de la malléole, c'est-à-dire, qu'il était tout simplement en présence d'un effet de gravité et les chiffres étaient à peu près les mêmes, indépendamment de la normalité fonctionnelle ou de l'insuffisance de la valvule saphéno-fémorale.

Le même état de chose n'existait pas, toutefois, au moment de l'augmentation de la tension abdominale, car cette augmentation était enregistrée seulement en présence d'une valvule saphéno-fémorale incompétente. En effet, suivant Pascal, lorsqu'on exerce une pression sur des liquides en vase clos, celle-ci s'applique également dans toutes les directions avec une égale force sur des surfaces égales. Eh bien, c'est ce qui arrive lorsque la tension intra-abdominale est augmentée, puisque le sang est comprimé et peut s'échapper seulement vers le cœur et les membres. Alors, l'augmentation de tension intra-abdominale se transmet seulement dans la veine saphène interne, parce que la valvule saphéno-fémorale est insuffisante et que cette veine se prête bien à ces changements de tension par le manque de support provenant des tissus sous-cutanés.

La même explication peut être employée pour comprendre que la valvule saphéno-fémorale peut être fonctionnellement normale en position debout, mais devenir insuffisante, lorsque le patient tousse, c'est-à-dire, augmente sa tension intra-abdominale. Alors, la valvule saphéno-fémorale est suffisamment forte pour soutenir la colonne sanguine en position debout, mais ne peut résister à l'augmentation de tension intra-abdominale.

b) Le grand changement dans la direction du sang veineux est beaucoup plus important au point de vue physiopathologique. McPheeters et Anderson (1939) ont démontré ce renversement du flot sanguin en injectant une substance opaque dans la veine saphène interne chez un sujet en orthostatisme. Cette substance opaque tombe alors de la partie supérieure de la veine saphène à la partie inférieure de cette veine et y demeure, si le sujet est complètement immobile, pour un nombre indéfini de minutes. Avec la reprise des mouvements

du membre, le sang recommence à circuler vers le cœur dans les vaisseaux profonds ; cependant, si une ou plusieurs veines communicantes sont pourvues de valvules insuffisantes, le sang peut refluer vers la circulation superficielle par ces vaisseaux tout aussi bien qu'à la jonction saphéno-fémorale. Au cours d'une obstruction complète de la veine fémorale, les veines communicantes peuvent devenir insuffisantes et, alors, les vaisseaux superficiels, surtout la saphène interne, servent de circulation collatérale pour ramener le sang aux vaisseaux profonds en haut de l'obstacle. Au cours d'une phlébographie directe, Biegeleisen (1939) a observé que, dans les cas de veines variqueuses essentielles ou symptomatiques, la substance opaque demeurait dans le système veineux de l'extrémité inférieure et dans ses nombreuses dilatations collatérales pour une période de temps assez prolongée, tandis que, chez les personnes normales, cette substance opaque était vue seulement dans les vaisseaux principaux et seulement pour très peu de temps.

c) Le changement de la composition du sang doit aussi être considéré dans la physiopathologie des veines variqueuses. De Takats et ses associés (1929) ont démontré que, dans le sang des veines variqueuses, la teneur en anhydride carbonique (CO^2) et en substances azotées était augmentée, tandis que le pourcentage d'oxygène était diminué. Apparemment, il est fort probable que les complications des veines variqueuses ne résultent pas seulement de la congestion dans les capillaires et les veinules, mais sont aussi la résultante d'un défaut d'oxygénation et de nutrition au cours de cette congestion. Les veines variqueuses peuvent même produire une pression locale sur la peau et les tissus sous-cutanés et, alors, des troubles locaux d'oxygénation et de nutrition se produiront, sans qu'il y ait une insuffisance veineuse.

d) Un autre changement physiopathologique a aussi été observé par Mayerson, Long et Giles (1943). Ils ont noté une augmentation du volume sanguin chez les sujets variqueux en décubitus. Ils ont eu l'impression que, en position debout, l'accumulation d'une grande quantité de sang veineux aux extrémités produisait une augmentation du volume sanguin de façon à obtenir un retour veineux convenable. Cela, cependant, occasionne une surcharge au système cardiovasculaire, lorsque le sujet est en décubitus, parce que la plus grande partie du sang

qui s'était accumulé dans les extrémités, en position debout, est alors déversée dans la circulation générale.

Résumé :

Les changements physio-pathologiques des veines variqueuses comportent une très grande importance et leur non-compréhension conduit souvent à l'échec du traitement. Ces principaux changements sont :

a) l'augmentation de la tension veineuse dans les vaisseaux superficiels, au moment de l'élévation de la pression intra-abdominale ;

b) la circulation veineuse rétrograde ;

c) la baisse de la teneur en oxygène et l'augmentation du pourcentage de l'anhydride carbonique et des produits azotés ;

d) l'augmentation du volume sanguin.

SYMPTOMATOLOGIE

En l'absence d'insuffisance veineuse, des veines variqueuses très marquées ne donnent, parfois, que des symptômes minimes, tandis que, au contraire, des veines peu dilatées donnent des troubles très sévères. Il peut exister, en station debout prolongée, un accroissement de la tendance à la fatigue des muscles de la jambe, une sensation de plénitude et de congestion ou de sensibilité dans la région des varices. Ces patients peuvent aussi avoir des crampes musculaires, surtout la nuit. Si les veines variqueuses sont compliquées d'insuffisance veineuse, les patients ont, en plus, de l'œdème, des sensations de douleur, de brûlure ou de prurit à la peau sus-jacente. Habituellement, le prurit est suivi d'érosions, de lésions eczématoïdes superficielles et profondes, de pigmentation brunâtre à la face interne de la jambe et, souvent, d'ulcère variqueux. Parfois, les femmes sont inquiétées par l'apparence des veines variqueuses et elles se plaignent de symptômes qui paraissent complètement disproportionnés si on les compare aux changements pathologiques. Apparemment, le nombre et la gravité des symptômes des veines variqueuses simples varient directement avec le degré de

réceptivité des patients et aussi avec le degré de leur épuisement nerveux. Néanmoins, ces symptômes exagérés sont souvent grandement améliorés par l'oblitération veineuse et il faut alors admettre que la véritable source de ces symptômes est bel et bien les veines variqueuses elles-mêmes et ceci demeure vrai, même après avoir fait la part de l'effet psychique du traitement.

Lorsque les symptômes semblent trop marqués comparativement aux changements pathologiques, le médecin doit alors penser à d'autres facteurs étiologiques, telle la claudication intermittente. La douleur sciatique, l'arthrite et l'abaissement de l'arche du pied peuvent fort bien être la cause des symptômes, même si des veines variqueuses sont présentes ; de même, en l'absence de celles-ci, il faut se rappeler que la fatigue des jambes est souvent une manifestation de l'épuisement nerveux.

Dans leur relevé de 491 cas de veines variqueuses, Larson et Smith (1943) ont noté les principaux symptômes des veines variqueuses de même que leur fréquence.

a) Une douleur lancinante dans les jambes survenant surtout à la fin de l'après-midi a été observée dans 69 pour cent des cas ;

b) Des sensations de fatigue et de pesanteur plus marquées que dans le membre sain étaient présentes dans 46 pour cent des cas ;

c) Des crampes nocturnes dans le mollet ou la cuisse étaient présentes dans 41 pour cent des cas ;

d) L'œdème existait dans 67 pour cent des cas ;

e) Des séquelles de stase étaient apparues, dans 60 pour cent des cas, avant la consultation chez le médecin, dans les proportions suivantes :

Pigmentation à la cheville	20 pour cent ;
Neurodermite de gravité	16 pour cent ;
Ulcères variqueux de 1 à 20 ans de durée	14 pour cent ;
Infiltration rénitente des tissus sous-cutanés	10 pour cent.

Résumé :

La symptomatologie des veines variqueuses est très inconstante et elle varie avec le degré de réceptivité des patients et aussi le degré de leur épuisement nerveux. Les patientes consultent souvent au sujet du facteur cosmétique seul. Habituellement, les varices simples sont accompagnées de sensation de fatigue, de plénitude, de crampes nocturnes et aussi de sensibilité à la région où les veines sont surtout dilatées. Les veines variqueuses évoluent fréquemment de façon graduelle vers l'insuffisance veineuse dont les principales manifestations sont l'œdème, le prurit, l'eczéma, la thrombophlébite superficielle, l'infiltration rénitente des tissus adjacents et l'ulcère variqueux.

CLASSIFICATION

A. La classification des différents types cliniques de veines variqueuses a été bien étudiée par Berntsen (1927) qui les groupa selon leur apparence pathologique. Cette classification comprend quatre variétés :

a) Varice sacculaire : c'est une dilatation isolée, habituellement au niveau du genou, de la veine saphène interne ;

b) Varice tortueuse : intéresse également la veine saphène interne ;

c) Varice à dilatation uniforme : c'est un segment uniformément dilaté et hypertrophié entre deux varicosités ;

d) Varice télangiectasique : décrite sous le nom de toile d'araignée (Heyredale) ou de comète [*skyrockets*] (McPheeters). Elle survient surtout chez les femmes obèses et se rencontre souvent à la ménaupose.

B. Ogden et Sherman (1946) ont divisé les veines variqueuses en deux grandes classes : veines variqueuses simples ; veines variqueuses compliquées d'infection ou d'insuffisance veineuse.

Cette classification trouve son utilité surtout dans la conduite du traitement.

C. La classification employée par Heyerdale et Stalker (1941) est assez simple et est un excellent guide pour le traitement :

a) Veines variqueuses essentielles	Cutanées et en toile d'araignée. De moyen calibre et sans insuffisance des veines saphènes interne ou externe. De moyen ou fort calibre et associées à une insuffisance des veines saphènes interne ou externe.
b) Veines variqueuses symptomatiques	Cutanées. De moyen calibre sans insuffisance des veines saphènes interne ou externe. De moyen ou fort calibre et associées à une insuffisance valvulaire des veines saphènes interne ou externe.

EXAMEN

L'examen du patient se présentant à la consultation pour des veines variqueuses doit comprendre un interrogatoire sérieux et un examen général complet.

A. INTERROGATOIRE :

Celui-ci doit porter sur les signes subjectifs de pesanteur, de tendance à la fatigue, de douleur, de sensibilité, de prurit et d'œdème. Les antécédents de thrombophlébite des vaisseaux profonds sont très importants et ils doivent être recherchés avec soin, parce qu'alors le traitement par injections est nettement contre-indiqué. Le caractère familial doit aussi être mis en évidence, puisqu'il permet de savoir si les veines variqueuses sont essentielles ou symptomatiques. L'examinateur doit s'enquérir du moment de l'apparition des varices, par exemple, durant la grossesse ou à la suite d'orthostatisme prolongé ; de la rapidité de développement des symptômes et de l'intensité de ceux-ci. Si le patient a reçu des traitements, quelle en a été la nature ? Est-ce que les résultats ont été satisfaisants ? Les varices ont-elles diminué avec le changement de travail,

la terminaison de la grossesse ou l'ablation d'une tumeur abdominale? Voilà autant de points qui doivent être étudiés. Avant de décider du mode de traitement, il est également nécessaire de considérer la survie probable du patient. En effet, le traitement de choix peut être déterminé par le fait qu'un patient présentant des varices à évolution lente peut avoir une courte survie probable, tandis qu'un autre peut être jeune et avoir des varices qui ont tendance à progresser rapidement.

Certains patients peuvent aussi présenter une allergie spéciale pour telle ou telle substance. Cela constitue un problème de première importance, car il est fort probable que ces mêmes patients présenteront des réactions fâcheuses, au cours du traitement par des injections de substances sclérosantes. De même, il est aussi à conseiller de s'enquérir de l'état psychique des patients, car plusieurs facteurs psychologiques peuvent déterminer l'indication d'un traitement en particulier plutôt que d'un autre.

B. EXAMEN PHYSIQUE:

a) Avant de considérer un procédé de traitement en particulier, il est essentiel de soumettre le patient à un *examen physique complet.* L'opérateur qui commencerait un traitement sans prendre cette précaution prendrait de grands risques. Il doit surtout avoir à l'esprit la possibilité de l'existence de certaines affections qui sont relativement fréquentes, telles que la décompensation cardiaque, les malades coronariennes, les tumeurs pelviennes, la syphilis et la cirrhose hépatique. Dans toutes ces maladies, le traitement des varices demande une attention spéciale. Les maladies coronaires sont particulièrement importantes, parce qu'elles sont, non seulement une contre-indication du traitement par injections sclérosantes, mais aussi parce qu'en cas de mort, à la suite d'injections, celles-ci en recevraient le blâme.

Un examen local et l'emploi de certaines épreuves permettent, habituellement, à l'opérateur de prendre une décision sur la meilleure méthode de traitement qu'il faut employer dans tel cas particulier. Toutefois, il faut beaucoup d'expérience pour choisir à bon escient le traitement approprié à chaque cas, mais il n'y a pas de doute que, à la longue, il se développe chez le médecin un certain sens clinique, qui rend moins difficile le groupement de ces patients.

b) L'inspection des veines variqueuses doit être faite le patient étant en position debout devant une bonne lumière et il est important de pouvoir examiner parfaitement les deux cuisses. Les principales veines intéressées doivent être bien inspectées et les détails de l'examen doivent être notés sur une fiche pour référence future. Les veines de la partie inférieure de l'abdomen, de la vulve et de la partie antéro-externe de la cuisse doivent être recherchées. L'attention doit aussi être dirigée sur les varices de la fesse, parce que celles-ci dépendent d'un flot rétrograde venant des veines hypogastriques et que, par conséquent, elles ne seront pas affectées par l'oblitération de la veine saphène interne.

Les signes d'une thrombophlébite actuelle ou ancienne doivent être recherchés de même que les signes d'insuffisance veineuse, tels que la présence et le degré de l'œdème, l'eczéma, les thrombophlébites superficielles et l'ulcère. L'eczéma concomitant peut ne pas être nécessairement en rapport avec les veines variqueuses, mais être dû à une infection d'origine fongoïde. Par conséquent, le médecin devra faire une inspection soignée entre les orteils et il devra aussi prendre note de toutes les éruptions eczématoïdes siégeant ailleurs, puisque la dermite des membres inférieurs peut faire partie d'une réaction allergique généralisée. L'existence d'infirmités physiques comme les pieds plats, etc., doit être notée avec soin, car ces infirmités sont souvent la source des symptômes subjectifs.

c) La palpation permet souvent de découvrir des veines qui ne sont pas visibles et elle permet aussi d'apprécier la tension et l'épaisseur de la paroi des veines à traiter.

d) La percussion des veines variqueuses, telle que préconisée par Schwarz (1934), ne présente pas beaucoup d'intérêt, parce qu'il est possible de percevoir une vibration transmise à la percussion, même quand les veines sont normales.

e) Chez les personnes âgées souffrant de veines variqueuses il est nécessaire d'évaluer l'état de la *circulation artérielle périphérique.* Les moyens les plus usuels sont la recherche des pulsations des artères prédieuse et tibiale postérieure, la lecture des oscillations et les réactions à l'histamine. Habituellement, la recherche des pulsations des artères pédieuse et tibiale postérieure est suffisante, les deux autres méthodes étant réservées aux cas douteux.

f) Il existe plusieurs épreuves pour l'évaluation de la circulation veineuse du membre inférieur : les unes sont très utiles dans la conduite du traitement, les autres présentent un intérêt secondaire seulement ou sont trop compliquées. En général, ces différentes épreuves servent à renseigner sur les points suivants :

1. La compétence des valvules des veines saphènes interne et externe ;
2. La compétence des valvules des veines communicantes ;
3. La perméabilité des veines profondes.

Voyons, maintenant, les épreuves qui sont considérées comme les plus importantes au point de vue pratique.

I. L'ÉPREUVE DE BRODIE-TRENDELENBURG

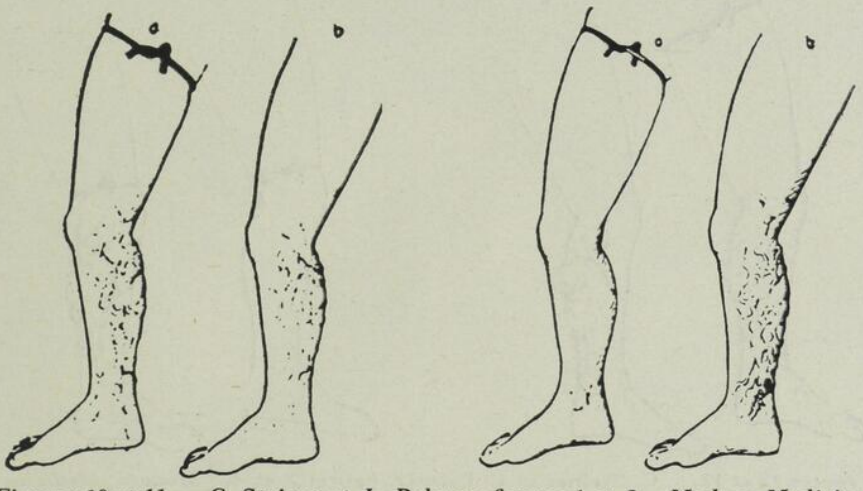
1. On demande au patient de se placer en décubitus dorsal et on élève le membre inférieur jusqu'à ce que les veines soient vides et affaissées. L'examinateur applique ensuite une pression digitale au niveau de la terminaison de la veine saphène interne et il fait lever le patient. Aussitôt que celui-ci est en position debout, la pression digitale est discontinuée. Si, immédiatement, la veine se remplit par le haut, cela signifie qu'il se fait un flot rétrograde et que, par conséquent, il y a une incompétence de la valvule saphéno-fémorale.

2. L'épreuve de Brodie-Trendelenburg peut aussi fournir un renseignement additionnel. Cette épreuve est répétée, telle que décrite, mais la pression digitale est maintenue après que le patient s'est mis debout. Une dilatation rapide des veines en moins de trente secondes indique que les valvules des veines communicantes sont incompétentes et qu'elles ont permis aux veines superficielles de se remplir de sang provenant des veines profondes. Si, à ce moment, on enlève la pression digitale au niveau de l'aine, il se produit une distension rapide de la veine saphène interne par reflux de sang venant de la veine fémorale commune. Cela constitue l'épreuve doublement positive de Brodie-Trendelenburg, laquelle démontre une incompétence des valvules dans les systèmes veineux de la saphène interne et des communicantes.

3. La veine saphène externe peut être examinée de la même manière en exerçant une pression digitale sur cette veine, à la partie inférieure de la région proplitée.

II. L'ÉPREUVE MODIFIÉE DE BRODIE-TRENDELENBURG

L'épreuve originale de Brodie-Trendelenburg est très utile pour démontrer l'incompétence des valvules saphéno-fémorale et des veines communicantes, mais elle peut être modifiée de manière à permettre la localisation des veines communicantes incompétentes.



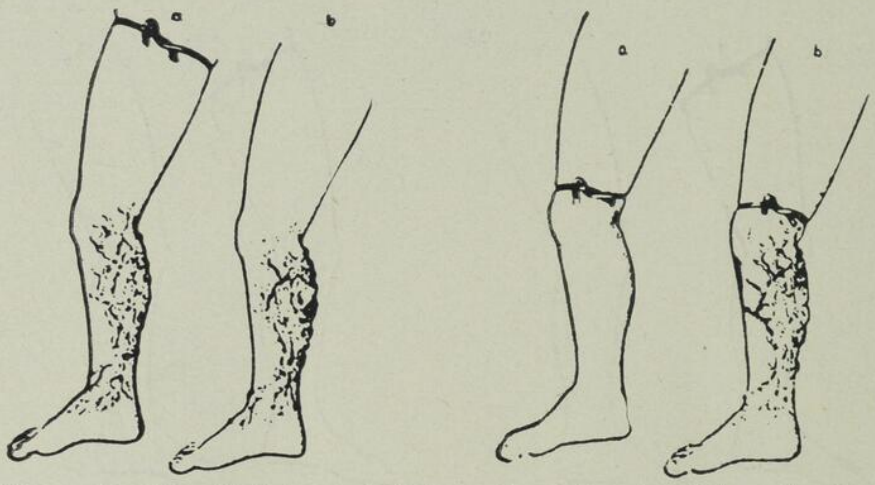
Figures 10 et 11. — C. Steiner et L. Palmer, figures 1 et 2. *Modern Medicine of Canada*, juillet 1948.

1. *Garrot à la partie supérieure de la cuisse.* Le patient étant en décubitus, le membre intéressé est élevé afin d'affaisser les veines et un garrot élastique est appliqué, à la partie supérieure de la cuisse, avec une compression suffisante pour comprimer la veine saphène interne, mais non la veine fémorale. Lorsque le patient se remet en position debout, le degré et la rapidité de dilatation des veines sont observés, avec et sans le garrot, et les résultats sont interprétés de la manière suivante :

Nil. Les veines se remplissent lentement par le bas, avec ou sans garrot, indiquant par le fait même la compétence des valvules saphéno-

fémorale et des veines communicantes. Dans ce cas, les veines dilatées ne sont pas réellement variqueuses.

Négative. Avec le garrot en place, en moins de trente secondes, les veines deviennent dilatées par le reflux sanguin passant de la circulation profonde dans les vaisseaux superficiels (figure 1*a*). S'il ne se produit pas d'augmentation de la dilatation veineuse après avoir enlevé le garrot (figure 1*b*), cela signifie que la valvule saphène fémorale est compétente et que la dilatation veineuse est due uniquement à l'incompétence des valvules des veines communicantes.



Figures 12 et 13. — C. Steiner et L. Palmer, figures 3 et 4. *Modern Medicine of Canada*, juillet 1948.

Positive. Les veines demeurent affaissées pendant trente secondes lorsque le garrot est en place (figure 2*a*), mais, à la suite du relâchement de la compression, elles se remplissent rapidement par le flot sanguin venant d'en haut ; donc, incompétence de la valvule saphéno-fémorale (figure 2*b*).

Doublement positive. Le garrot étant en place, les veines se gonflent rapidement (figure 3*a*) et le gonflement augmente encore, lorsqu'on enlève la compression (figure 3*b*). Cette réponse indique une incompétence des valvules saphéno-fémorale et des veines communicantes.

2. *Garrot en haut du genou.* Si l'épreuve est négative, c'est-à-dire, que (figure 1*b*) le niveau des veines communicantes incompétentes peut être localisé en appliquant le garrot en haut du genou. Alors, si les varices demeurent affaissées (figure 4*a*), il devient évident que les veines communicantes incompétentes siègent à la cuisse. Si, au contraire, les varices se dilatent, lorsque le garrot est au-dessus du genou (figure 4*b*), cela indique une incompétence, soit de la valvule saphéno-poplitée, soit des communicantes de la jambe.

Figure 14. — C. Steiner et L. Palmer, figure 5. *Modern Medicine of Canada*, juillet 1948.

3. *Garrot en bas du genou.* Lorsque l'incompétence existe à l'abouchement saphéno-poplité, les veines restent vides lorsque le tourniquet est juste en-dessous du genou (figure 5*a*). Le gonflement des varices lorsque le garrot est à ce niveau indique, alors, une incompétence des communicantes qui sont situées plus bas que le garrot (figure 5*b*).

III. ÉPREUVE DE L'IMPULSION A LA TOUX

Adams, en 1939, rapporte qu'il a observé des patients dont les valvules étaient compétentes en position debout, mais devenaient rapidement incompétentes au moment d'une augmentation de tension

intra-abdominale par un effort de toux, etc. Conséquemment, Adams dit qu'une valvule a une « compétence relative » lorsqu'elle peut supporter la colonne sanguine, en position debout, mais permet qu'il se fasse un reflux sanguin à la suite d'un effort. Pour réaliser l'épreuve d'Adams, il suffit de placer les doigts au niveau du confluent saphéno-fémoral du patient en position debout et de le faire tousser ; à ce moment, l'examinateur perçoit le reflux sanguin sous forme d'un frémissement.

IV. Épreuve de Mahorner-Ochsner

Les veines variqueuses sont examinées à la suite d'exercices physiques, un garrot est appliqué à la partie supérieure de la cuisse et le patient marche de nouveau. Cela permet de faire les tois observations suivantes :

1. Une diminution de la dilatation veineuse suggère que les valvules de la saphène interne à la *fossa ovalis* sont incompétentes et ont permis un reflux sanguin ;

2. Aucun changement dans les veines indique la compétence des valvules ;

3. Une augmentation du volume des veines est un symptôme précis d'une obstruction des vaisseaux profonds.

Si le garrot, à la partie supérieure de la cuisse, ne produit pas le vidage complet à la marche, on peut l'appliquer à un niveau progressivement inférieur jusqu'à ce que cet effet soit atteint. Ce niveau marque alors l'endroit du vaisseau incompétent le plus bas situé.

V. Épreuve de Schwartz

La percussion veineuse suivie de la palpation d'une impulsion sous-jacente est souvent considérée comme un signe d'incompétence des valvules, mais elle peut, cependant, être positive avec une veine normale. Cette épreuve est toutefois utile pour reconnaître le cours des veines, spécialement chez les patients obèses.

VI. Épreuve de Pratt

Le patient étant en décubitus dorsal, on élève le membre et les veines s'affaissent. Avant de demander au malade de se lever l'opérateur

place un garrot à la *fossa ovalis* et il applique un bandage élastique, à partir des orteils jusqu'au garrot.

Avec le garrot, qui empêche le reflux veineux à la valvule saphéno-fémorale, et le bandage élastique, qui sert à comprimer tout le trajet de la veine saphène interne, un gonflement *blow-out* indique avec précision qu'il y a une veine communicante incompétente, à cet endroit.

Sur un membre qui présente plusieurs *blow-out*, un deuxième bandage élastique est appliqué de haut en bas. A mesure que le premier bandage est déroulé lentement vers le bas, un *blow-out* apparaissant entre les deux bandages indique également une autre veine communicante à valvule incompétente.

VII. Épreuves de Perthes

L'épreuve décrite originalement par Perthes consistait à appliquer un garrot à la partie supérieure de la cuisse et le gonflement des veines à la marche était interprété comme un symptôme de thrombose profonde.

Ultérieurement, McCalling et Heyerdale (1940) ont modifié cette épreuve en appliquant fermement un bandage élastique, du pied à la cuisse. Cette modification permet de reconnaître l'obstruction des vaisseaux profonds, même si celle-ci est localisée. Dans la circonstance, il suffit de faire marcher le patient pendant quelques instants et il se plaindra bientôt d'une forte douleur et d'œdème au membre inférieur.

VIII. Épreuve de la phlébographie

Sgalitzer (1931), McPheeters (1932), Dos Santos (193'), Homans (1940), Gunnar Bauer (1940) et Massel (1948), ont, tour à tour, étudié attentivement la question de la phlébographie. Les substances opaques employées sont presque toutes à base d'iode et possèdent toutes une propriété sclérosante, ce qui rend leur emploi plus ou moins dangereux. Les principales substances employées sont l'urosélectan 20%, le diodrast 35%, l'abrodil 20% et le perabrodil.

La technique consiste à mettre en place trois garrots, aux endroits suivants : au-dessus des malléoles, au-dessus des condyles fémoraux et à la partie supérieure de la cuisse. La substance opaque est alors

injectée dans une veine superficielle, à la face dorsale au pied, et des radiographies sont prises, à mesure qu'on enlève successivement les garrots.

Le tourniquet situé au-dessus des malléoles obstrue la circulation superficielle et force la substance opaque à passer dans les veines profondes où elle demeure en autant que celles-ci sont perméables. Les deux garrots à la cuisse sont, toutefois, suffisants pour obstruer le courant sanguin normal et faire retourner la substance opaque dans la circulation superficielle par une veine communicante incompétente. En présence de veines communicantes normales, la substance opaque réussit à forcer le barrage des tourniquets et ne retourne pas à la circulation superficielle.

La phlébographie consécutive à l'injection d'une substance opaque dans les veines donne des renseignements assez précis sur l'état des veines profondes et le niveau des veines communicantes pathologiques. Cependant, la difficulté d'interprétation des clichés radiographiques et les hasards associés à l'injection des substances opaques expliquent pourquoi cette épreuve de diagnostic est peu fréquemment employée.

On se rend compte que le médecin ne peut faire usage de toutes ces épreuves, parce que leur application demanderait une somme considérable de temps. Il peut alors employer, en premier lieu, l'épreuve modifiée de Brodie-Trendelenburg et celle de Perthes, parce que plus utiles au point de vue pratique, quitte à réserver les autres pour les cas ambigus.

Résumé :

Avant d'entreprendre un traitement dans un cas particulier de veines variqueuses, l'évaluation clinique est relativement facile et les principales questions auxquelles il faut répondre sont les suivantes :

1. Quel est l'état général du patient et présente-t-il une maladie systémique, par exemple une thrombose coronarienne ?
2. Est-ce que la circulation veineuse profonde est perméable ?
3. Les varices sont-elles essentielles ou symptomatiques ?
4. Les varices sont-elles simples ou compliqueés ?
5. Est-ce que les valvules des veines saphènes et des communicantes sont compétentes ou pathologiques ?

(A suivre.)

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

HISTOIRE
de la
FACULTÉ DE MÉDECINE DE LAVAL *

par

Ch.-M. BOISSONNAULT

VI

La recherche expérimentale

L'étude expérimentale du réel qui, maintenant, prévaut dans toutes les sciences, se manifeste, surtout, aux époques où l'homme voit la destruction le menacer de très près. Dans les temps plus paisibles, il se livre généralement aux spéculations de l'esprit. La peur du scorbut a conduit Cartier et ses compagnons à réclamer l'autopsie de l'une des victimes de ce terrible fléau. Les grandes épidémies donnent une excellente impulsion à la médecine préventive comme à l'hygiène.

Dès que le danger s'éloigne, il paraît incertain ; alors, « les hommes en masse font quantité d'actions nuisibles et qu'ils savent telles ». Il appartient aux médecins de les protéger et de leur fournir les moyens de préserver leur santé.

* Cf. *Laval Médical*, **17** : 538 et 679, (avril et mai) 1952.

L'importance de l'étude expérimentale du réel apparaît dès les premières pages de l'histoire du Canada. Dans sa lutte incessante contre les forces particulières à chaque milieu géographique, lutte par laquelle il se défend, s'adapte et se conserve, l'homme accumule une masse de faits qui lui permet d'atteindre à une connaissance positive des réalités. « Il y a sans doute des faits importants qui nous sont inconnus et qui ne paraîtront à la lumière qu'en discutant le sujet. Les plus faibles étincelles ont fini souvent par produire les plus grands embrasements. La moindre idée sur un sujet a fini quelquefois par enfanter des systèmes qui serviront de monuments à la grandeur de l'esprit humain » [1]. Par ces paroles, le docteur François Blanchet terminait, le 4 mai 1802, une communication qu'il venait de transmettre à la *Gazette de Québec*, au sujet de l'*acidité de l'atmosphère*.

Cette étude scientifique du docteur François Blanchet n'est pas la première qui ait été rédigée dans notre pays. Dès le XVIII[e] siècle, l'*Académie royale des sciences*, de Paris, reçoit des communications canadiennes. Michel Sarrazin, Hubert-Joseph de la Croix, Jean-François Gauthier, Philippe Badelard, le chirurgien Latham, François Blanchet, Antoine Von Iffland, François-Xavier Tessier, pour n'en nommer que quelques-uns, donnent une impulsion remarquable aux travaux de recherche expérimentale.

Si les siècles seuls ont enseigné à l'homme que, pour produire ou supprimer un fait, il faut, avant tout, tenir compte de ses rapports et des lois naturelles dont il dépend, par ailleurs la vie quotidienne, elle, lui en a vite révélé la nécessité. Bien avant d'avoir rationalisé la science de la vie, il a fait de la biologie. L'un des premiers savants canadiens dont fassent mention nos annales est Michel Sarrazin de l'Étang, « originaire de la petite ville des Nuits-sous-Beaune, un des vieux centres de la côte d'Or » [2]. Né le 5 septembre 1659, fils de Claude Sarrazin, lieutenant en la justice des terres de l'abbaye de Citeaux, et de Madeleine Bonnefon [3], Michel Sarrazin arrive à Québec en 1685. L'année suivante, il devient chirurgien des troupes. Treize ans plus tard, parce que les hauts fonctionnaires de la Nouvelle-France le trouvent

1. *Gazette de Québec*, 6 mai 1802.
2. Arthur VALLÉE, *Un biologiste canadien, Michel Sarrazin* (1927), p. 5.
3. Ahern écrit Bonnefoy, p. 476. Vallée estime qu'il faut écrire Bonnefon.

indispensable [4], le *Conseil Souverain* supplie le roi de conférer à Sarrazin le titre de « médecin des hôpitaux de ce pays ».

Bochart de Champigny entendait bien garder en Nouvelle-France ce chirurgien auquel il reconnaissait toutes les qualités : Sarrazin, en effet, exerçait la médecine avec un dévouement et une probité incomparables, visitant et traitant les malades, « soit dans les hôpitaux de Québec et Montréal, soit dans leurs maisons », sans rien exiger pour ses soins. Les indigents pouvaient absolument compter sur lui. Pour tout émolument, Sarrazin se contentait « de ce que le Roy et les troupes luy donnoient » [5]. Bien plus, convaincu « qu'il lui était nécessaire pour se perfectionner davantage de passer en France », Sarrazin alla compléter « son cours de médecine à Paris ». Pendant trois ans, il y étudia et se rendit ensuite à Reims [6] afin d'obtenir son titre de médecin.

Michel Sarrazin était un de ces praticiens, consciencieux et pleins d'abnégation, qui ne craignent ni la contagion, ni la mort. Il se prodiguait au chevet des malades atteints des pires maladies infectieuses. Ainsi, lorsqu'une épidémie éclata à bord de la *Gironde* qui le ramenait en Nouvelle-France en compagnie de l'évêque de Québec, Mgr de Saint-Vallier, il manifesta un zèle touchant et fécond. La fièvre pourpre

---

4. *Jugements et délibérations du Conseil Souverain*, volume IV, pp. 312-313-314-315. « Et comme il y a bien de l'apparence que le Sieur de Sarrazin a Eu d'autres veues En revenant au Canada que celle de traitter seulement les maladies, sapliquant beaucoup aux dissections des animaux rares qui sont En ce pays ou a la recherche de plantes Inconnues on a tout lieu de croire Et de craindre qu'après qu'il sera pleinement satisfait ladessus ou plustot quelque personne de conséquence de sa profession qui nous paroissent avoir bonne part à ces sortes de recherches il senre tourne En france flatté de leur protection Et de son avancement par leur moyen, ce qui laisseroit ce pays dautant plus dépourvu de secours qu'il tient les chirurgiens En haleine pour bien Exercer leur profession. »

5. « Enfin quelques raisons layant Engagé de revenir En Canada En l'année 1697 il se trouva heureusement dans l'Escadre commandée par M. de Nemont ou la maladie se mit, mais surtout dans la Gironde, aux malades de laquelle il rendit de si grands services particulièrement à Monsieur l'Évesque de Québec que tous avouent que sans luy il En seroit très peu rechapé, aussy En pensat-il luy-mesme mourir dépuisement Et de cette mesme maladie En arrivant En cette ville ou nestant encore que convalescent il fut dabord occupé à soigner non seulement les malades des navires qui furent portez à l'hostel Dieu, mais encore 10 à 12 Religieuses dud hostel Dieu la plus part attaquées de ces maladies . . . » (« *Jugements* », *ibid.*)

6. « On a beaucoup discuté sur ce point et personne n'a voulu choisir entre Reims et Rennes. Il ne peut cependant y avoir de doute possible pour l'excellente raison qu'il existait alors à Reims une école de médecine et qu'il ne s'en trouvait point à Rennes. Du reste l'orthographe employé dans le registre du Conseil Souverain Rens ne peut correspondre comme prononciation à autre chose que Reims. Et trente ans plus tard, c'est dans cette ville que le fils vindrait à son tour reprendre la trace de son père. » (VALLÉE, *ibid.*, p. 42.)

avait déjà fait beaucoup de victimes dans la jeune colonie. Grâce à l'intervention de Sarrazin, l'évêque lui-même fut sauvé.

Sans la présence de Sarrazin dans la colonie, disent les documents de l'époque cette « Affection hémorragique très grave lorsqu'elle sévissait ainsi à l'état aigu » [7] aurait causé d'énormes ravages, car « elle s'attaquait sous forme de fièvre éruptive à tous ces sujets débilités, mal alimentés et exposés pendant de longues semaines aux fatigues du voyage, au froid et à l'humidité ». Il est d'autant plus facile de se rendre compte de la qualité des soins donnés par Sarrazin que douze ans plus tôt « une maladie à peu près semblable » [8] emporta dans la tombe « plus de 800 françois Canadiens des plus forts Et des plus vigoureux . . . » [8]. Cette nouvelle épidémie, observe Bochart de Champigny, ne fit qu'une centaine de victimes dont très peu avaient reçu les soins de Sarrazin. La plupart, apparemment, « avoient Esté apportez trop tard à l'hostel Dieu ». Une seule religieuse succomba.

Sarrazin ne s'occupe pas que de soigner les malades. Il se livre également à la recherche scientifique. L'étude expérimentale du réel le passionne. Il s'applique « beaucoup aux dissections des animaux rares qui sont En ce pays ou a la recherche de plantes Inconnues » si bien que l'intendant craint « qu'après qu'il se sera pleinement satisfait ladessus », il ne retourne en Europe, « ce qui laisseroit ce pays dautant plus dépourvu de secours qu'il tient les chirurgiens En haleine pour bien Exercer leur profession ». En effet, Sarrazin exerce une surveillance méticuleuse sur les chirurgiens et les apothicaires de la Nouvelle-France.

---

7. VALLÉE, *ibid.*, p. 50.

8. « . . . Mais comme ce gouvernement et celuy des Trois-Rivières sont depuis quatre mois affligez d'une Espèce de maladie D'Autant plus dangereuse qu'elle Est populaire Et qu'elle tue dans les deuxième, troisième et quatrième jour ceux qui ne sont pas d'abord secourus, on conoist Evidemment que sans l'assiduité du dit Sieur Sarrazin soit par les avis qu'il a donnés par Escrit aux Chirurgiens Eloignez Et mesme aux Curez soit par les peines qu'il s'est donné à l'esgard de ceux qu'il a traitté luy mesme dans Québec Et dans l'hostel Dieu ou l'on apporte presque tous les malades de la campagne, Il en seroit mort un bien plus grand nombre. Ce qui est d'autant plus aisé de juger qu'il y a Environ douze ans qu'une maladie a peu près semblable mais en apparence moins mortelle puisqu'elle résistoit plus longtemps il mourut cependant plus de 800 françois Canadiens des plus forts Et des plus vigoureux, faulte sans doute de personne capable d'y remedier, dans le cas present que la maladie parroist cessée il n'en Est tout au plus mort que cent avec cette remarque que du plus grand nombre que led. Sr Sarrazin a traitté luy mesme il En Est mort peu, Et encore ce na presque Esté que ceux auxquels on ne pouvoit plus faire de remedes parce qu'ils avoient Esté apportez trop tard à l'hostel Dieu . . . » (*Jugements et délibérations du Conseil Souverain*, vol., iv, pp. 312-313-314-315.)

Le dévouement et la charité dont fait preuve Sarrazin à l'égard des miséreux de la colonie émeuvent l'intendant. Dans son appel au roi, Bochart de Champigny brosse un tableau très sombre de l'état de la population, si sombre même que l'on se demande s'il n'exagère pas quelque peu dans l'intention d'obtenir en faveur de Sarrazin le titre de *médecin des Hôpitaux de ce pays*. « . . . la pauvreté des habitants de cette colonie Est telle que de dix personnes que le Sr Sarrazin visitte », écrit l'intendant, « apeine y En a til un En Estat de payer Et qu'il a neanmoins une très grande assiduité a servir depuis son retour Et sans interest les pauvres malades, surtout ceux de l'hostel Dieu de québec ».

Le 20 octobre 1699, le gouverneur de Callières et l'intendant Champigny reviennent à la charge auprès du roi et font un nouvel éloge de Sarrazin : « Nous sommes fortement engagés de rendre de nouveaux témoignages à Sa Majesté des grands services que le Sieur Sarrazin, médecin, a rendus à la Colonie et principalement aux pauvres. Il a reçu avec reconnaissance la grâce que le Roy luy a accordée de 300 livres d'appointements : mais comme nous sommes pleinement convaincus qu'il ne retire presqu'aucun lucre de ses services, nous ne pouvons pas nous dispenser de supplier Sa Majesté d'y avoir égard en lui accordant si elle le trouve bon, des appointements plus proportionnés à sa capacité et à ses soins dont nous lui avons la plus étroite obligation. »[9]

Quand Sarrazin, qui avait songé à la prêtrise[10], eut terminé ses études médicales, il ne se préoccupa plus que du siècle[11] et prit sa tâche de médecin au sérieux, consacrant cependant ses moments de loisir à l'étude de la biologie. Les principaux travaux qu'il nous a laissés en ce domaine portent sur le castor, le rat musqué, le porc-épic, le *veau-marin*, le carcajou, l'orignal et le caribou[12]. En botanique, il s'intéressait à

9. *Manuscrits relatifs à l'Histoire de la Nouvelle-France*, volume viii, 1696-1699, p. 4773. AHERN, *Notes. . .*, p. 487.

10. « . . . J'ai peu vu monsieur Sarrazin depuis l'arrivée des navires. Il est venu me voir depuis peu et ne m'a pas trouvé. Je crois qu'il ne songe plus à être prêtre, de quoi je suis très fâché ; car je lui en avais encore proposé des expédients la dernière fois que je lui en parlai, qu'il n'a pas cru devoir prendre ; je lui ai même proposé de se joindre à nous dans le dessein d'aller dans les missions d'Orient où un homme comme lui ferait de très grands biens. » (Arch. Sém. Québec, Tremblay à Glandelet, 8 avril 1696).

11. « . . . J'ai remarqué qu'il n'a pas encore acquis cette latitude de cœur qui nous fait reposer amoureusement en l'aimable providence de Dieu. Il craint un peu que la terre ne lui manque, il est d'ailleurs encore bien susceptible du point d'honneur. Il craint de paraître en Canada dans un degré inférieur à celui où il a été. » (*Ibid.*)

12. AHERN, *ibid.*, pp. 481-482.

l'érable et à la plante qui porte aujourd'hui son nom : le sarrazin (*Sarracena canadensis*).

La description que Sarrazin fait de cette céréale indique des connaissances botaniques remarquables : « Cette plante est d'un port extraordinaire », écrit-il [13], « sa racine est épaisse d'un demi-pouce, garnie de fibres, du collet à laquelle naissent plusieurs feuilles qui, en s'éloignant, forment une espèce de fraise ; ces feuilles sont en cornets longs de cinq à six pouces, fort étroits dans leur origine, mais qui peu-à-peu s'évasent assez considérablement. Ces cornets qui commencent par ramper (*sic*) sur la terre, s'élèvent peu-à-peu, et forment dans leur longueur un demi-rond, dont le convexe est au-dessous et le concave dessus : ils sont fermés dans le fond et souvent en gueule par le haut. »

Dans un article nécrologique, reproduit par Ahern, on lit ceci : « L'Académie des sciences avec laquelle il a été en correspondance pendant de longues années pour des recherches de botanique et d'anatomie lui a donné souvent des preuves de son estime. Il a servi le roi dans les hôpitaux et à la suite des détachements pour la guerre avec un zèle et une application peu ordinaire. Ses bonnes qualités, ses mœurs irréprochables l'ont fait aimer pendant qu'il a vécu en ce pays et regretter après sa mort plus que nous ne pouvons l'affirmer. » [14]

Sarrazin est mort à l'Hôtel-Dieu du Précieux-Sang de Québec, le 8 septembre 1734 et fut inhumé le lendemain « dans le cimetière des pauvres de l'Hôtel-Dieu de cette ville de Québec ». Il était « âgé de soixante-quinze ans, conseiller au Conseil supérieur de ce pays et médecin du Roy » [15]. Il avait reçu « les Sacrements de l'Église et donné des marques de piété ».

En 1666, Colbert fonde l'*Académie des sciences*. De même que l'*Académie française* est née de réunions tenues chez Conrart, l'*Académie des sciences* naquit dans un cercle privé chez un diplomate du nom de Thévenet [16]. « De cette réunion, Colbert, sous l'inspiration de Claude

13. CHARLEVOIX, *Description des plantes principales de l'Amérique septentrionale*, volume iv, p. 351.

14. *Québec en 1730*, p. 62. Cité par AHERN, *ibid.*, p. 499.

15. Acte de sépulture cité par Ahern, p. 500. Au témoignage du naturaliste suédois, Kalm, Sarrazin possédait « une grande connaissance de la pratique de la médecine, de l'anatomie et autres sciences ».

16. Léo PARIZEAU, *Michel Sarrazin 1659-1734*, dans *Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal*, novembre-décembre 1934. Parizeau, pp. 371-372-373, cite quelques pages

Perrault, l'architecte de la colonnade du Louvre et de l'Observatoire, fit, en 1666, l'Académie des sciences. » Cette société « visait directement au développement de la science par la recherche expérimentale collective ». Réorganisée en 1699, l'*Académie des sciences* devint plus active que jamais. Ses mémoires se firent plus nombreux. En 1730, Sarrazin y publia une étude très fouillée sur le sucre d'érable.

Le prestige intellectuel de la France est à l'épogée. L'étude des sciences naturelles y prend un essor considérable. La Nouvelle-France bénéficie de cette incomparable expansion. Gouverneurs et intendants arrivent « dans le pays avec des instructions de pousser tous ceux qui seraient capables d'entreprendre cette besogne à recueillir toutes les plantes, graines, racines et minéraux qui seraient utiles ou dignes de remarque » [17]. Hocquart se conforme à ces ordres : chaque année, il expédie une certaine quantité de plantes pour « le jardin du Roi ». Hubert Joseph De la Croix ou Lacroix, chirurgien de Montmagny, puis de Québec, se livre à la botanique et il en retire même certains avantages comme on l'apprend par cette phrase de l'intendant Hocquart : « Le surplus des plantes a été recueilli par le sieur Lacroix, chirurgien de Québec, auquel j'ai aussi fait payer soixante-quinze francs pour son remboursement de semblables frais. »

Lacroix ambitionnait de succéder à Sarrazin. Aussi, dès la mort du célèbre médecin, il quitta Montmagny et vint s'installer à Québec, en vain, car Jean-François Gaultier obtint le poste. « Comme Sarrazin, qui l'avait précédé dans le même emploi, il attacha son nom à des découvertes botaniques ; comme Sarrazin, il était correspondant de l'Académie des sciences. Il est nommé plusieurs fois rapporteur dans des causes criminelles portées en appel devant cette cour suprême qu'était le Conseil supérieur, ce qui prouve la confiance que ses confrères avaient dans sa capacité. » [18]

En ce temps-là, René-Antoine Ferchault de Réaumur (1683-1757) et son thermomètre occupaient une place prépondérante dans la science et

---

de Maurice Caullery touchant l'*Académie des sciences*, pages extraites de l'*Histoire de la Nation française* d'Hanotaux. Il cite aussi l'article consacré au sucre d'érable par Benjamin Sulte, article provenant de la *Revue Canadienne* d'avril 1911.

17. AHERN, *ibid.*, p. 126.

18. AHERN, *ibid.*, p. 252. L'auteur des *Notes* . . . cite l'abbé Hyacinthe-Hospice VERREAU, *Mémoires de la Société historique de Montréal*, 8e livraison, p. 240.

les observations météorologiques avaient une grande vogue. Guidé, inspiré par l'inspecteur général de la Marine, Duhamel-Dumonceau, Gaulthier « commença dès son arrivée un journal des observations météorologiques locales calqué sur celui que le maître rédigeait à Péthiviers depuis 1740. A ce travail il devait joindre encore tout ce qui pouvait être noté sur les sciences naturelles et la constitution sanitaire du pays, sujet particulièrement attrayant pour Duhamel, étant donné l'ouvrage publié par lui sur la santé des marins » [19].

L'intendant, le gouverneur, les chirurgiens, les religieux s'occupent de recherche scientifique sous la direction de l'*Académie des sciences*. La présence à la tête de la colonie d'un chercheur comme le marquis de La Galissonnière donne un bel essor à l'étude des sciences naturelles. La conquête du Nouveau-Monde, en révélant à l'homme de nouveaux climats, de nouvelles faunes, de nouvelles flores, modifie les conceptions traditionnelles et rend possibles de nombreuses observations renouvelant l'idée que les savants du XVII[e] siècle se font de l'influence des conditions extérieures.

Afin de répondre à la confiance que Duhamel-Dumonceau avait mise en lui, Gaultier note dans son journal « les observations du froid et du chaud ; du temps qu'il a fait chaque jour, beau temps ou pluie ; de la direction des vents ; des observations sur les produits de la terre, des récoltes ; sur les animaux, insectes, etc., sur les maladies régnantes et enfin sur tout ce qui pouvait, selon lui, intéresser l'Académie. La première partie de ce journal, contenant les observations faites du premier novembre 1742 à pareille date de 1743, fut envoyée en cette même année à M. Du Hamel, qui en lut un extrait à l'Académie. Il fit précéder cette lecture des paroles suivantes. « Ce journal fait avec intelligence et détail est trop long pour être présenté en entier à l'Académie et j'appréhende que l'extrait que j'en fais ne sois encore trop ample. » [20]

L'œuvre de Gaultier et l'influence du gouverneur de La Galissonnière sur l'évolution de la recherche scientifique en Canada font l'admiration du grand naturaliste suédois, Pierre Kalm, qui visite la Nouvelle-France environ ce temps. Les progrès effectués dans la connaissance de la flore

19. VALLÉE, *ibid.*, p. 197.

20. *Histoire de l'Académie royale des Sciences de Paris, 1744, Mémoire*, p. 135, cité par AHERN, pp. 253-254.

et de la faune canadiennes sont en effet remarquables : « Il se déploie ici, au Canada, un grand zèle pour l'avancement de l'Histoire naturelle, écrit Kalm. Il y a même peu de pays où l'on fasse d'aussi bons règlements, dans le but de généraliser les observations, et tout cela est dû, au moins en grande partie, à l'initiative et aux soins d'un seul homme. Une science utile progresse facilement chez un peuple, lorsqu'elle y a pour patrons, les personnages les plus éminents. » [21]

Kalm résume ensuite les instructions contenues dans le mémoire du gouverneur, mémoire qui, selon Kalm, est dû à la plume de Gaultier. Les moyens employés par La Galissonnière pour obtenir les résultats requis sont les suivants : « injonction aux officiers de transmettre au gouverneur-général les noms des simples soldats qui auront apporté le plus de diligence dans la découverte et la collection des plantes et autres curiosités naturelles, attendu que Son Excellence se propose, lorsque l'occasion s'en présentera, de leur donner de l'avancement, suivant leurs capacités respectives, ou de les récompenser d'une manière quelconque » [22]. Ainsi, l'étude expérimentale du réel reçoit une magnifique impulsion et la botanique, comme chez les Grecs, demeure une branche de la médecine. Ce sont des médecins qui conduisent les recherches scientifiques comme Hippocrate en son temps et Vésale dans le sien. L'observation de la vie concrète, de ses éléments, de ses organes et de ses fonctions ne porte pas alors le nom de biologie. Ce mot ne sera inventé que vers 1802 mais, déjà, les savants tentent de construire une synthèse des sciences relatives à la vie [23].

II

Au moment où la Nation canadienne prend conscience d'elle-même et se donne une orientation scientifique, voici que ses destinées politiques se détachent de l'obédience française ; bien que la pensée canadienne soit déjà assez vigoureuse pour résister aux conceptions anglo-saxonnes, les circonstances économiques, issues de la conquête du Canada par les

21. *Voyage de Kalm* publié dans les *Mémoires de la Société historique de Montréal*, 8e livraison, 1880. Cité par Ahern, pp. 255-256.

22. *Ibid.*, p. 256.

23. Selon Maurice Caullery le mot *biologie* ne remonte qu'à 1802. Cf. *Histoire des sciences en France*, t. XV de l'*Histoire de la Nation française* publiée sous la direction de Gabriel Hanotaux.

troupes de Wolfe et d'Amherst, vont, pendant un certain temps, paralyser son développement intellectuel. « A la date où le Canada passait à l'Angleterre, la province de Québec renfermait cent dix paroisses disséminées sur les deux rives du Saint-Laurent. » [24]

Le 13 septembre 1759, Montcalm succombe devant Québec et, cinq ans moins un mois plus tard, un nouveau gouvernement assume l'administration de la Nouvelle-France à laquelle Londres donne le nom de province de Québec. Parmi les prisonniers de l'armée conquérante, le 13 septembre 1759, se trouve un médecin chirurgien, Philippe-Louis-François Badelart, originaire de Saint-Sauveur de Coucy, diocèse de Laon [25]. Après l'établissement du nouveau régime, comme la plupart de ses confrères canadiens, Badelart décide de rester à Québec et d'y exercer la chirurgie. Arrivé en Nouvelle-France en 1757, il avait épousé l'année suivante, à l'Ancienne-Lorette, Marie-Charlotte Guillimin, fille de Charles Guillimin, marchand, et de Françoise Lemaître.

Le nom de Badelart rappelle immanquablement à qui l'entend prononcer le *mal de la baie Saint-Paul*, car, à la demande du général Haldimand, alors gouverneur général, Badelart a conduit une longue enquête scientifique au sujet de cette maladie et son rapport occupe toujours une place prépondérante dans l'histoire de la médecine canadienne. Il s'agit évidemment de la syphilis. Le docteur Émile Gaumond, professeur de dermatologie et syphiligraphie à la Faculté de médecine de l'université Laval a publié, dans le *Laval médical* [26], une étude remarquable à ce sujet.

On paraît ignorer les origines de la syphilis. Dans l'état actuel de nos connaissances historiques, il semble que ce fléau ne soit apparu dans le monde qu'au lendemain de la découverte de l'Amérique par Christophe Colomb. « D'Espagne, la syphilis, écrit le docteur Gaumond, se répandit rapidement en France, en Italie, en Allemagne et dans presque toute l'Europe ; elle existait à l'état épidémique dans la plupart des pays et jeta la consternation partout. » Qu'elle ait eu pour cause initiale,

24. Ivanhoe CARON, *La colonisation de la province de Québec, Débuts du régime anglais 1760-1791*, p. 25.

25. AHERN, pp. 21 à 32. Les dates proviennent de Tanguay. Ahern donne toutes les références indispensables.

26. Janvier 1942, p. 25 et suivantes.

comme le veut Girtanner, les goûts voluptueux des femmes indigènes de l'Amérique du sud qui se servaient d'une espèce de puces pour exciter le mâle ou qu'elle provienne, comme l'affirme Gomara dans l'*Histoire des Indes*, du lama, il n'en reste pas moins vrai que cette affreuse maladie s'est répandue chez toutes les populations du globe avec une rapidité inouïe depuis le XVI^e siècle.

La première mention qu'on en fasse dans l'histoire du Canada apparaît dans la relation de Jacques Cartier lorsqu'il rapporte que « tel qui avait la grosse vérole depuis cinq ou six ans fut guéri nettement par *Annedda* ou *Amedda* [27]. Mais ce malade venait d'Europe. La syphilis était inconnue, ce semble, chez les Indiens, à ce moment-là, car leurs mœurs très libres facilitaient trop la contagion. « Les garçons et les jeunes hommes de Canada, et particulièrement du pays de nos Hurons, écrit Sagard, ont toujours eu licence de s'adonner au mal si tôt qu'ils peuvent, et les jeunes filles de se prostituer si tôt qu'elles en sont capables. » Après examen des documents, le docteur Gaumond, qui a même consulté les listes de produits pharmaceutiques importés en Canada pour le compte de l'Hôtel-Dieu, conclut « que la syphilis, si elle existait au Canada français avant la conquête, n'avait nullement l'allure d'une épidémie, et que, malgré l'affirmation de Pierre Kalm, que rien ne vient confirmer, si elle était connue au pays, les cas étaient certainement peu nombreux » [28].

On n'en saurait dire autant de la fameuse maladie de la Baie-Saint-Paul qui fit son apparition vers 1773 et exerça de tels ravages dans toute la province qu'en 1785 les autorités gouvernementales s'en émurent et ordonnèrent une enquête, enquête qui reçut immédiatement l'appui de l'évêque du temps, M^gr Briand [29]. Dès 1775, Carleton voulut y remédier,

---

27. *Vide supra*, chapitre premier.

28. *Laval médical*, janvier 1942, pp. 31-32.

29. « Son Excellence le Gén. Haldimand, Gouverneur général, sur la requête du Conseil Législatif a pris en considération les moyens d'extriper de la Province une maladie funeste qui la désole depuis plusieurs années, connue ici-bas sous le nom de *Maladie de la Baie St-Paul*. Elle fait de plus en plus de déplorables progrès ; il n'y a presque plus de paroisses dans ce diocèse où elle ne soit répandue. Elle commence à nuire au commerce à l'union sociale ; elle retient les voyageurs dans une vigilance gênante ; je sais même qu'elle a déjà nui aux fonctions du Saint-Ministère ; l'administration de l'Eucharistie et même de la Pénitence, peut devenir dangereux au ministre. On y a trouvé des remèdes qui sont regardés comme infaillibles. Le mal est que, ceux

mais l'invasion dite des *Bostonnais* l'obligea à consacrer son temps à la défense de la province ; ce n'est que sous le gouvernement du général Haldimand que des mesures décisives furent adoptées afin d'enrayer le mal. Le docteur Jacques Bowman conduisit une longue enquête à travers le pays et le docteur Philippe Badelart, dans un rapport très élaboré, décrivit la maladie et le traitement alors en usage. Bowman estimait à 5,801 le nombre des malades, ce qui constituait une très forte proportion de la population qui comptait, en ce temps-là, environ 120,000 âmes [29].

Dans son rapport [30], Badelart décrit le mal de la Baie d'une façon vraiment scientifique : « Les symptômes en sont univoques, si certains que l'on ne peut pas se tromper. Elle commence, chez tous les sujets, de toutes constitutions, de tout âge, toujours par un mal de gorge, une sécheresse, un enrouement et une inflammation de la voûte du palais, des amygdales, de la luette, qui s'ulcère et qui est bientôt emportée ; par une difficulté, une douleur à avaler des aliments solides et qui le sont d'autant plus que les glandes de la bouche sont obstruées et ne fonctionne plus; par des ulcères blancs et calleux aux côtés de la langue ; par des pustules plates et écailleuses à la racine des cheveux et au front ; par les mêmes pustules ulcérées au périnée et aux parties qui les avoisinent dans les hommes et à toutes celles qui occupent la même région dans les femmes. Voilà les premiers symptômes. Ceux qui les suivent rapidement et qui marquent le second temps de la maladie sont, les douleurs aiguës et continuelles dans les articulations ; un mal-être universel et une lassitude qui tient les malades dans une inertie invincible. »

---

qui sont attaqués de ce funeste mal le regardent mal à propos, comme déshonorant et n'osent déclarer ou ne veulent pas s'astreindre au régime que prescrit sa cure. Son Excellence nous a prié de l'aider à vaincre cet obstacle » (*Mandements des évêques de Québec*, vol. ii, p. 303). En 1785, dans un mandement, Mgr d'Esglis ajoute : « Ne manquez pas une si favorable occasion — il veut parler de la visite du docteur Bowman — d'exterminer en peu de temps de la paroisse un fléau si facile à extirper dans son principe, mais si affreux dans ses effets, si dommageable au commerce et à la société, si à craindre pour ceux qui voyagent, et peut-être même si dangereux dans certaines fonctions du ministère, de porter les malades et même de les obliger à déclarer leur mal dont les suites peuvent être si funestes à leur postérité . . . »

30. Le docteur Émile Gaumond cite, en entier, dans le *Laval médical* de janvier 1942, d'après le texte paru dans la *Gazette de Québec* du 28 juillet 1784, le rapport officiel du docteur Badelart. On conserve aux archives du Séminaire de Québec un dossier important touchant le mal de la Baie-Saint-Paul, dossier qui contient une partie du rapport et semble écrit de la main même de Badelart, mais les avis sont partagés à cet égard.

Badelart décrit ensuite les symptômes de la dernière période et explique le traitement donné en son temps. Le docteur Gaumond se demande à quelle époque « prit fin cette épidémie qui fit un nombre si important de victimes » et répond : « Personne ne le sait mais il est à présumer qu'elle diminua graduellement pendant plusieurs années. » Malheureusement, nul médecin de ce temps n'a songé à nous transmettre ses observations et la porte reste ouverte aux spéculations médico-scientifiques comme aux recherches historiques.

Au plus fort de l'épidémie, à l'heure même où l'invasion *américaine* empêche le gouverneur Carleton d'adopter des mesures propres à l'enrayer, dans un petit village de la rive sud du fleuve Saint-Laurent, petit village que vient d'ensanglanter une terrible bataille entre Canadiens partisans de la *Révolution américaine* et Canadiens fidèles à la Couronne anglaise, naît, le 3 avril 1776, dans une riche famille de cultivateurs, un enfant à qui l'avenir réserve un rôle prépondérant dans l'histoire politique et médicale du pays.

En effet, c'est à Saint-Pierre-Rivière-du-Sud [31] que naquit l'un des pionniers de la médecine canadienne-française, François-Xavier Blanchet, l'auteur d'un important ouvrage, intitulé *Recherches sur la médecine*, ouvrage publié en anglais à New-York en 1800 alors qu'il n'avait que 24 ans. Après avoir fait ses études classiques au Séminaire de Québec, son apprentissage médical sous le docteur James Fischer et ses études médicales à New-York, François Blanchet ouvrit un bureau à Québec, enseigna la médecine à tous ceux qui se présentèrent, exerça son art dans la ville et la banlieue, joua un rôle politique éminent, fut emprisonné pour ses convictions après avoir participé à la fondation du *Canadien* et y avoir collaboré, et mourut le 24 juin 1830, après une carrière aussi féconde que bien remplie. « Le décès de M. Blanchet prive la chambre d'assemblée d'un membre zélé et laborieux, » écrivait la *Minerve* [32] au lendemain de sa mort, « le district de Québec en particulier y perd un homme utile dont l'activité et les conseils, en fait d'affaires publiques, ne lui manquèrent jamais. Il était au nombre des plus anciens membres de la chambre représentative, et pendant sa longue carrière il s'occupa de

31. P.-G. ROY, *La famille Juchereau-Duchesnay*, p. 276-277. WALLACE, *Dictionary of Canadian biographies*.

32. *La Minerve*, n° 39, 28 juin 1830.

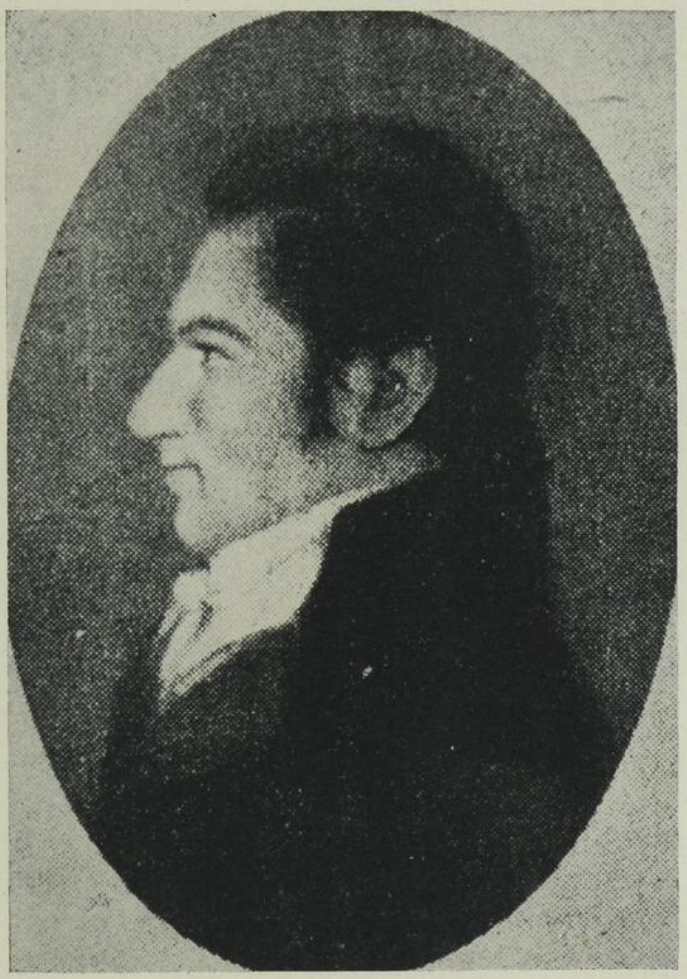
beaucoup de mesures dont la tendance était, en général, favorable à l'amélioration de la condition du peuple, sous les rapports de l'éducation, des communications intérieures, et de l'établissement des Canadiens sur les terres de la Couronne. »

Accusé de *pratiques traîtresses* et jeté en prison en 1810, François Blanchet n'en avait acquis que plus de prestige auprès de ses compatriotes. Canadiens et Anglo-Saxons le respectaient. « Mesure arbitraire, destinée à répandre la terreur, et à paralyser l'énergie naissante du corps populaire » [33], l'incarcération de Blanchet, de Bédard et de Taschereau, tous trois fondateurs du *Canadien*, ne donna lieu à aucun procès. Quelques semaines avant sa mort, quelqu'un disait : « Nous avons entendu l'honorable défunt, lors de la session dernière dans un discours où il rappelait cette époque, se féliciter de l'immense changement qui avait eu lieu dans le pays. Alors, disait-il, ce pays était sans force morale, sans union ; on était frappé de terreur ; on avait enfin presque honte d'être Canadien. » [34] « Malgré le respect et le décorum dus aux séances, plusieurs spectateurs ne purent s'empêcher de frapper des mains lorsqu'il rappela qu'à la même époque, il y avait vingt ans, il était en prison. » [35]

En 1824, Blanchet avait publié une brochure politique intitulée *Appel au gouvernement impérial*, brochure aussi remarquable par les idées que par sa dialectique. C'était son second ouvrage, le premier étant le livre dédié à son maître en médecine, le docteur James Fischer, livre consacré, comme l'indique le sous-titre, à *L'Application de la chimie à la médecine* [36]. Sa réputation de médecin égalait sa renommée politique : « Sous les rapports de sa profession et des sciences, le docteur Blanchet se montra toujours le sincère ami des lumières, et travailla sans cesse à donner du relief à la partie canadienne des médecins de Québec, dont il était le doyen, et à la profession en général. Un grand nombre d'élèves, dont plusieurs fournissent depuis longtemps une honorable carrière, attesteront notre témoignage à ce sujet. »

---

33. *La Minerve*, 28 juin 1930. No 39.
34. *Ibid.*
35. *Ibid.*
36. P.-G. Roy, *ibid.*, pp. 276-277. *Recherches sur la médecine* ou *l'Application de la chimie à la médecine.*



FRANÇOIS BLANCHET,
co-fondateur de la Société médicale de Québec.

(Portrait reproduit avec la permission des RR. SS. hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Québec.)

Parmi ses élèves, qu'il suffise de mentionner le docteur Jacques Labrie [37]. D'ailleurs, en ce temps-là, chaque finissant du Séminaire de Québec qui songeait à devenir médecin optait immédiatement pour Blanchet si bien que l'auteur des *Recherches sur la médecine* en avait trop [38].

La chimie n'est pas la seule science auxiliaire de la médecine qui l'intéresse à ce moment. Il s'occupe également de physiologie comme le révèle un article paru dans la *Gazette de Québec* en mars 1801 : « Nous annonçons, avec plaisir, les nouveaux progrès que M. Blanchet, de cette ville, fait dans les sciences ; il vient de prouver, par une série d'expériences, faites sur lui, qu'il se dégage, dans certaines circonstances, de la lumière des yeux humains. Cette découverte lui promet une moisson abondante dans ses recherches sur la physiologie. »

L'auteur de l'article fournit ensuite quelques détails touchant la théorie exposée par le docteur Blanchet : Celui-ci « suppose, avec beaucoup de probabilité, que les rayons de lumière que font apercevoir les chats, les panthères, etc., dans l'obscurité, sont dus, non à la réflection de la lumière par les tuniques internes de l'œil, comme M^r^ Holmes le prétend, mais à un dégagement réel de la matière lumineuse qui circule avec le sang dans les organes de la vue, il dit encore que les étincelles qui frappent les yeux à la réception d'un coup violent, peuvent se rapporter à la même cause ».

Telle était l'opinion d'un médecin réputé en ce temps-là.

La pathologie intéresse également ce médecin et ses recherches vers 1801 portent sur les chancres et les ulcères. Il prétendait avoir découvert un moyen de guérir les premiers : « M^r^ Blanchet annonce de plus qu'il va mettre au jour le secret si fameux pour la cure des chancres, affirme la *Gazette de Québec*. Il avoue que cette découverte est purement

---

37. Cf. AHERN, *Notes . . .*, p. 321.

38. AHERN, *ibid.*, p. 457. « Robitaille avait songé pendant quelque temps à la prêtrise, mais finalement se décida à devenir disciple d'Esculape. Une autre question se posait, dit Ahern, moins importante peut-être, mais certainement embarrassante : chez quel patron devait-il aller ? Le docteur Parent n'aimait pas à voir d'élèves chez lui, Blanchet en avait trop, Painchaud . . . »

accidentelle et qu'il pourrait, comme tant d'autres, profiter seul des avantages que promet un si heureux hazard, mais il croit que le plaisir de pouvoir soulager l'humanité souffrante est bien supérieur à celui qui n'est acheté qu'au poid de l'or. »

A la suite de cette communication, on lit la note suivante qui indique le prestige dont jouissait dès ce moment le jeune médecin : « A la dernière élection de la Société philosophique de Philadelphie, le Dr Francis Blanchet de Québec fut élu un de ses membres avec deux médecins suédois et le chancellier Levington, de l'État de New-York. »

Dans le cas des ulcères, Blanchet lui-même communique à la *Gazette de Québec* le compte-rendu d'une cure nouvelle. « Vous pouvez, écrit-il à l'éditeur de ce journal, insérer le fait ci-inclus dans aucun papiers subséquents. Il peut probablement donner quelque lumière sur le traitement d'une foule nombreuse de maladies. » La lettre porte la date du 11 novembre 1801. La voici :

« *Ulcère Fongueuse guérie d'après un nouveau plan.* »

« JOACHIM Laliberté, âgé de 16 ans, natif de la Nouvelle Beauce eut, il y a quatre ans, un clou qui lui traversa le pied vers la partie antérieure de l'*astragalus* : il eut, en conséquence, une inflamation au pied, qui n'a cessé de suppurer que dernièrement ; il lui est sorti, dans l'intervalle, plusieurs petits os. Enfin, quand le jeune homme est venu me trouver il y a deux mois, il avait un trou au talon d'environ un pouce de diamètre et autant de profondeur, d'où il sortait journellement une grande quantité de pus. — La première fois que je le vis, il avait le pied enveloppé dans un cataplasme de lie de bière.

« Étonné d'abord de voir la quantité de pus qui sortait de l'ulcère, je ne doutai plus que la chaleur de ce cataplasme devait nécessairement communiquer à la partie, ne fut la principale cause qui s'opposait à la guérison. D'après cette idée, j'ordonnai de le discontinuer, et panser seulement l'ulcère avec du charpie trempé dans une solution de Soude. Dès lors la suppuration cessa et le malade a été radicalement guéri dans environ huit semaines.

« Pour peu que l'on réfléchisse actuellement sur la nature du fait précédent, on doit sentir d'abord qu'il tient à la cause de la dissolution des corps organisés, c'est-à-dire, à l'action de Oxygène et du Calorique ; et ce nouveau plan consiste d'avoir rétabli la température naturelle à la partie. Cette idée est fondée, comme on pourra le voir, sur plusieurs principes qu'on a tâché de développer dans l'application de la Chimie à la Médecine ; et on donne ce fait comme preuve de ce qui a été alors avancé.

« Ce plan, ayant été suivi de succès, on en peut déduire cette conséquence, que dans toutes les ulcères et les plaies en suppuration, l'usage des cataplasmes et autre application chaude, est toujours nuisible, parce que la chaleur, loin d'en retarder les progrès, les accélère ; que le vrai moyen de cure est, au contraire, de bannir toute application chaude, de communiquer à la partie sa température naturelle, et d'y empêcher le contact de l'air. D'après ce principe que nous croyons des mieux fondés, il s'ensuit que les cataplasmes et les fomentations ne sont utiles que lorsque l'on veut faire suppurer une inflammation quelconque ; et que, par une autre conséquence, non moins intéressante, la cause nombreuse des maladies inflammatoires, se réduit à des règles » [39].

On reconnaît, dans ces observations qui paraîtront périmées sans doute, le chercheur, l'observateur consciencieux, le médecin inquiet des limites de ses connaissances. C'est en même temps l'auteur de *L'Application de la chimie à la médecine* qui suppute les conséquences de ses constatations.

Vers la même époque il transmet, toujours au même journal, une intéressante observation touchant l'oxydation du fer par le pus : « Si le fait suivant vous paraît digne d'attention, écrit-il à l'éditeur, vous m'obligerez infiniment en l'insérant dans votre Gazette. Le manque de publications périodiques dans ce pays, mieux adaptées à ce genre, sera sans doute une apologie suffisante pour l'insérer dans votre papier. » De telles supplications incline l'historien le plus objectif à renoncer, pour un moment, à sa belle sérénité scientifique pour déplorer que des savants, à toutes les époques de l'humanité, soient si souvent dénués des moyens propres à communiquer leurs découvertes et leurs observations.

Voici les notes du docteur François Blanchet touchant l'oxydation par le pus :

« AYANT été appellé pour faire l'ouverture d'un abcès à un enfant, je m'aperçus après l'opération, que la lame de la lancette dont je m'étais servi, conservait une teinte noire, comme si elle eut été soumise à l'action du jus de citron ou de quelques acides ; et cela, après l'avoir parfaitement lavée et essuyée. Frappé de l'identité d'action entre un acide et le pus sur le fer, je cru devoir en tirer cette conséquence nécessaire, que le pus, lorsqu'il est amassé en quantité, n'est pas seulement un oxide, comme le sang, la salive, etc., mais que c'est un composé intermédiaire entre un oxide et un acide.

39. *Gazette de Québec*, 24 décembre 1801.

« Mais cette conclusion n'est pas la seule et la plus importante que je prétente tirer de ce phénomène. L'influence que doit avoir un tel composé dans un être vivant, mérite la plus grande attention. En effet, la fièvre hétique qui accompagne toujours la formation du pus, devient très facile à expliquer, d'après la nature de ce phénonène. Car si, comme il paraît démontré, le pus est acidulé, n'est-il pas naturel de supposer qu'étant absorbé dans le système de la circulation, son oxygène se combine avec l'hydrogène ; ce qui doit, à des périodes marquées, occasionner des transpiration abondantes ou une fièvre hétique? On souscrira volontiers à cette explication si l'on considère, que suivant la doctrine ordinaire, la fièvre hétique étant due à l'absorption du pus dans le système, il faut nécessairement qu'il y éprouve certains changements pour en sortir sous une nouvelle forme? »

On ne saurait citer ici toutes les communications que le docteur Blanchet, dans l'intérêt de ses confrères et de la collectivité en général, fit insérer dans la *Gazette de Québec* au cours de ses quelque trente ans de pratique et recherches d'autant plus qu'il enseignait la médecine et donnait même des cours publics. La chimie, surtout, lui paraissait indispensable. A compter de décembre 1806, au numéro 19 de la rue des Pauvres (ancien nom de la côte du Palais, dit-on), Blanchet donne « un cours de leçons sur la chimie ; le cours comprendra non seulement une vue détaillée sur les différents gaze (*sic*), et sur les ingrédiens qui composent les matières animales ou végétales, mais encore on y traitera des productions naturelles du pays : telles que des montagnes, des mines, des pétrifications, des lacs, des rivières, et la formation des eaux minérales &c » [40].

Le 4 mai 1802, toujours occupé de recherches scientifiques, Blanchet transmet une longue dissertation sur l'*acidité de l'atmosphère* à son journal :

« Comme la plupart des Philosophes doute encore que l'air atmosphérique puisse s'acidifier de manière à affecter les différentes productions naturelles, je crois que les faits suivants serviront à répandre du jour sur un sujet aussi important », écrit-il.

« Vendredi, le 30 du mois dernier, j'eus occasion de voir Mr Drapeau négociant de cette ville, qui me dit que le matin le lait sortant de sa vache s'était caillé ou coagulé. Pensant alors que ce phénomène pouvait être occasionné par la chaudière qui était neuve, il la fit traire par une autre personne dans un bol net ; mais cette précaution fut inutile ou n'empêcha pas le lait de se coaguler comme

40. *Gazette de Québec*, 20 novembre 1806.

précédemment. Le samedi au matin, je fus appelé par la servante de ce monsieur, qui était tombé en syncope dans l'exécution de son devoir à traire la vache et le lait s'était coagulé comme la journée précédente.

« Frappé par cette scène désastreuse et me rappelant mes anciennes spéculations sur les maladies des animaux au Canada, publiées en 1799 dans le *Medical Repositary*, de New-York, je crus l'occasion favorable pour prouver par expérience ce qui ne reposait encore que sur des analogies ou des inductions. Après avoir donné les premiers soins à mon nouveau malade, je priai Mr Drapeau de vouloir bien exposer dans son étable un vaisseau rempli d'eau de chaux et d'en exposer un moindre dans la maison pour voir s'ils seraient affectés différemment. En effet l'eau de chaux dans l'étable devint trouble et écumeuse à la surface, tandis que celle dans la maison ne manifesta qu'un crême ; ce qui est toujours le cas lorsque l'eau de chaux est exposée au contact de l'air. Je le priai aussi de faire sortir la vache de l'étable et le lait s'est conservé dans son état naturel.

« En considérant maintenant tous ces faits avec la plus scrupuleuse attention on verra qu'ils se lient et s'enchaînent mutuellement. La décomposition subite du lait, l'effervescence produite à la surface de l'eau de chaux, la syncope de la fille, tous ces phénomènes prouvent indubitablement l'existence d'un acide mêlé avec l'air dans l'étable ; et cet acide ne saurait être celui du charbon, vu qu'il y a eu un dégagement de l'acide carbonique de la chaux. Quant à l'évanouissement de la fille, il ne me reste aucun doute qu'il n'est été occasionné par le même agent. La courte maladie qu'elle a subie, la nature des convulsions auxquelles elle a été assujettie, tout annonce qu'elle n'a pas été affectée par des causes ordinaires. J'observerai que par rapport au lait on ne saurait raisonnablement attribuer la décomposition à l'haleine de la servante, vu que le lait a été exposé à l'haleine de diverses personnes et déposé dans des vaisseaux différents.

« J'en viens actuellement à la question principale : d'où vient l'acidité de l'atmosphère dans l'étable de Mr Drapeau ? Et pourquoi cet acide n'affecte-t-il pas dans toutes les étables : Je répondrai d'abord au premier point de la question, en disant que rien n'est plus naturel qu'il se forme des acides où leurs élément existent avec abondance ; qu'il ne faut simplement qu'un certain degré de chaleur, pour les mettre en jeu les développer et leur communiquer leur virulence. Quand au second point de la question, je remarquerai que cette différence dépend absolument des circonstances locales ; qu'un air peu agité et humide, réchauffé par les rayons du soleil est plus propre à la décomposition des ordures que celui qui est continuellement poussé par les vents et dont la circulation n'est point interrompue par des collines et des monticules ; mais ce qui fortifie de plus en plus tout ce qui vient d'être dit, c'est que Mr Drapeau a perdu le printemps dernier deux vaches dans son étable ; On peut vraisemblablement rapporter que cette perte à la même cause.

« Il existe sans doute, dans cette Province, un nombre de faits semblables qui attestent cette vérité. Nous ignorons des faits si précieux pour avoir voulu les attribuer à des causes ridicules et chimériques. Cependant j'espère que l'esprit de recherche, à cet égard, va dans ce moment recevoir une nouvelle impulsion. Il est tems de débrouiller un cahos qui menace d'engloutir de temps en tems une partie de nos bestiaux. J'ose me flatter Mr l'Éditeur, que vous voudrez bien nous favoriser dans la publication de ces recherches. Il y a sans doute des faits importants qui nous sont inconnus et qui ne paraîtront à la lumière qu'en discutant le sujet. Les plus foibles étincelles ont fini souvent par produire les plus grands embrasements. La moindre idée sur un sujet a fini quelquefois par enfanter des systemes qui serviront de monuments à la grandeur de l'esprit humain. [41]

VII

LE DISPENSAIRE DE QUÉBEC

Les uns l'appellent *Dispensaire de Québec*, ce sont ses fondateurs, les autres l'école d'anatomie, ce sont ceux qui veulent évoquer les mésaventures du médecin germano-français, Antoine von Iffland [1]. En vérité, c'est une école de médecine qui compte, le 18 janvier 1819, lors de son ouverture, quatre professeurs : Charles-N. Perrault qui enseigne la *pratique* médicale ; Iffland l'anatomie, Pierre de Sales Laterrière la chirurgie et la physiologie, Augustin Mercier l'art des accouchements. Les cours ont lieu les lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi soir, à sept heures et trente, dans le « Hall du dispensaire ».

Apparemment, chacun pouvait assister à ces leçons, car l'avis d'ouverture contient l'indication suivante : « Ceux qui désirent assister à ces lectures peuvent se procurer des billets d'admission chez M. J.-N.

41. *Gazette de Québec*, 6 mai 1802.

1. « Von Iffland naquit à Québec de parents allemdans et français, à la fin du XVIIIe siècle, et fit ses premières études au *High School* de cette ville, sous la direction du rev. Daniel Wilkie. Ses études primaires terminées, il étudia la médecine pendant quelque temps avec un chirurgien militaire, puis on l'envoya se perfectionner en Angleterre. A Londres, il étudia sous la direction du docteur Wm. Blizard, un médecin de renom de ce temps ; il suivit subséquemment des cours à Paris et à Édimbourg. En 1820, il revint à Québec et établit un dispensaire, le premier du genre, sur la rue de la Fabrique, et entreprit en même temps de donner des conférences publiques sur l'anatomie. Malheureusement pour lui, de violentes protestations s'élevèrent contre le matériel dont il se servait, et il dut quitter sa ville natale pour un temps. » (AHERN, *Notes* . . ., pp. 539-540.) Iffland était à Québec en 1818, car il commence cette année-là d'organiser le dispensaire.

Musson, chez le Dr Cockburn ou tous les jours au dispensaire depuis midi jusqu'à une heure (les dimanches exceptés) où l'on pourra être instruit des particularités nécessaires. » [2]

Ainsi commence en 1819 un enseignement mieux ordonné de la médecine. On s'étonne de l'absence, parmi les professeurs, du docteur François Blanchet, le meilleur chimiste de son temps à Québec. Cependant son livre intitulé *Recherches sur la médecine* ou *Application de la chimie à la médecine* est paru depuis quelques années déjà et répond à la description qu'en avait donnée le *Medical Depositary* de New York [3]. « M. Blanchet de Québec se propose de publier sous peu un ouvrage intitulé *Recherches sur la médecine*, ou *l'Application de la chimie à la médecine*. Dans cette pièce l'auteur se propose, entre autres choses, de démontrer jusqu'où les lois de l'action chymique (*sic*) sont applicables à expliquer les phénomènes de la matière organique. » [4] Blanchet exerçait alors son art depuis plus de dix-sept ans, « Son Excellence le lieutenant-gouverneur » ayant « bien voulu accorder à Mr François Blanchet une Licence pour pratiquer la médecine et la chirurgie dans cette province », le 8 juillet 1801 [5]. Par ailleurs, William Boyman Howell, un historien de la médecine canadienne [6] en fait le fondateur du dispensaire, mais en 1823, époque à laquelle von Iffland semble soit rendu à Sorel, soit sur le point de quitter Québec.

1

Au frontispice du *Dispensaire de Québec*, situé rue de la Fabrique, on pouvait lire cette phrase de Térence : *Homo sum, humani nihil a me alienum puto* [7], placée là à la suggestion de Joseph Morrin [8]. Première

2. *Gazette de Québec*, 28 décembre 1818 et 4 janvier 1819. Dans une note placée au bas d'un article nécrologique touchant le docteur Joseph Morrin, von Iffland donne la liste suivante des professeurs attachés au dispensaire de Québec : « The medical officers were Drs. François Blanchet, m.p.p., and Perrault, Physicians ; Drs. Pierre de Sales Laterrière and Von Iffland, Surgeons ; and Drs. J. Morrin and Mercier, Physicians Accoucheurs. Lectures were also given to the several branches of the profession. »

3. Vol. 3e, p. 413.

4. Traduction de la *Gazette de Québec*.

5. *Gazette de Québec*.

6. William B. HOWELL, *Medicine in Canada*, pp. 58-59 (Collection *Clio Medica*).

7. *L'Homme qui se punit lui-même*, I, 1, 25.

8. *Quebec Gazette*, vol. 102 n° 9777, Wednesday Evening, october 26, 1864.

institution bénévole supportée par des contributions volontaires de la province, le dispensaire dont le président était le duc de Richmond et les vice-présidents le juge en chef Sewell et John Neilson, avait été établi « pour le bénéfice des pauvres et des émigrés malades et indigents » [9]. Toutefois, dans le premier rapport du dispensaire, lors de la première assemblée annuelle des directeurs, James Irvine occupait le fauteuil à titre de vice-président. Les cours n'étaient pas alors commencés, mais les patients affluaient déjà. Durant le mois de décembre 1818, les médecins du dispensaire ont traité vingt-cinq cas [10]. Le 4 janvier, onze patients ont déjà recouvré la santé, dit le rapport, un seul est mort et les autres sont en pleine voie de rétablissement.

Durant l'hiver 1818-1819, le froid avait sévi avec une extrême rigueur, le thermomètre ayant marqué jusqu'à 18 degrés sous zéro [11]. Les indigents, dépourvus de vêtements confortables ou de chauffage, en souffrirent plus que d'autres et le dispensaire dut accueillir certains malades dont les bronches n'avaient pas résisté aux rigueurs de l'hiver.

Le seul décès survenu au cours du mois de décembre, dit le rapport, est celui d'un enfant du nom d'Henry Peters, âgé de vingt et un mois. Il avait apparemment souffert de malnutrition. « When application was made at the Dispensary, he was then afflicted with strong convulsions accompanied with a violent diarrhœa, œdema or swelling of the whole body — purulent and fœted discharge had been observed for some time to come from the ears — after having administered the usual remedies employed in such complaints (unfortunately in this case to littel or no avail) the child died under a fit of convulsion. » Malheureusement, ajoute von Iffland, dans son rapport, le dispensaire n'eut pas l'autorisation de procéder à l'autopsie du petit cadavre, impossible, par conséquent, d'établir la cause réelle des convulsions.

---

9. *Quebec Gazette, ibid.*

10. « Medical Report of the Quebec Dispensary, from its institution on the 1st of December, 1818, to the 1st of January, 1819 : Diseases : Rheumatisms, 2 ; Catarrhus, 2 ; Diarrhœa, 4 ; Tenia Capitis, 3 ». Les autres cas sont uniques : « Icterus, Purpura, Hydrocele, Vermes, Tænia, Abortio, Suppressio Menses, Prolapsus Ani, Punctured Wound, Ulcer of the Arm, Dislocated Clavicle, Stricture in the Urethra, Irritable Ulcer, Indolent Ulcer ». Cf. *Quebec Gazette*, 4th January, 1819.

11. *Ibid.*

Vers le même temps, les chirurgiens du dispensaire opèrent avec succès un certain Antoine Dostie qui souffrait d'hydropisie du scrotum. Dans le texte anglais de ce premier rapport, il est question de deux autres cas assez compliqués pour l'époque. Voici la description qu'en donne ce texte :

« The most extraordinary case in the Report, is a case of a Dislocation of the Clavicle, as it happened at the Scapular extremity. The treatment consisted in placing a thick compress on the end of the Clavicle, in order to press it down upon the Corocoid process — the Trapezius Muscle was kept in a state of relaxation by the application of the bandage in the figure of 8 across the shoulders, and nothing was applied but a solution of Sulphur Acct. Plumb. to prevent inflamation. The Man is doing well.

« The case of stricture in the Urethra, was admitted on the 23rd of the month, the Patient aged 47, complaining of great difficulty in making water, which for a fortnight, he could not pass, but by drops, had violent pains in his back, with a burning and shooting sensation after he had made his water. After the proper examination of the case, it proved to be permanent stricture contracted all at once by spasms, produced by an inflamation of the Prostate Gland. The Antiphilogistic Regimen was pursued, with the application of fomentations and poultices, and the second day it became possible to introduce a small bougie — the same instrument was passed daily, that is, for seven days. On the eighth day a small silver Catheter was introduced, which assisting the discharge of urine, diminished the irritation produced on the neek of the bladder, and relieved the patient so much, that he could sleep well. — The Catheter is now introduced every day, and the man is doing as well as can be expected.

« Nothing on any consequence can be said on the cases of Ulcers, as they yielded to simple applications.

« A very bad case of irritable Ulcer is now under our care, and a proper account will be given in the ensuing Report.

« Charles N. PERRAULT, M.D.
P. de Salles LA TERRIÈRE, Surgn.
Anthony IFFLAND, Surgn.
Augn. MERCIER, médecin.

« RESOLVED, That the thanks of this Meeting be given to Doctors PERRAULT, LATERRIÈRE, IFFLAND, and MERCIER, for the ability they have shewn, and the attention they have bestowed to the several Sick Persons, who have presented themselves at the Dispensary since its institution. — By Order.

JASPER BREWER, Secretary »

Dans son premier rapport, von Iffland, observant que vingt-cinq personnes ont subi des traitements au dispensaire, estime qu'au rythme de vingt-cinq patients par mois, plus de trois cents personnes auront fréquenté l'institution en douze mois. Le second rapport, qui couvre une période de trois mois, révèle que plus de cent malades ont réclamé des soins durant janvier, février et mars 1819, ce qui dépasse les prévisions les plus optimistes des fondateurs.

Voici la liste de ces cas :

MEDICAL REPORT
OF THE QUEBEC DISPENSARY

From the 1st January, to 1st April 1819
Diseases

	No. cases.		No. cases.
Febris Continua	4	Scrophula glandularum	1
Febris Ephemura	2	Syphilis	1
Opthalma	1	Phlegmon	3
Odontalgia	5	Erythema Papulatum	2
Cynanche Tonsillaris	2	Rubeola	1
Catarrhus	11	Miliaria	2
Phthisis	1	Psora	14
Hepatitis	2	Lupus Labi	1
Icterus	2	Tumores	4
Obstipatio et Colica	3	Ulcus Labii	5
Dyspepsia	2	Ustio	2
Hypochondrasis	1	Vulnus	4
Diarrhæa	7	Clavus	2
Vermes	5	Diseased Hip	3
Tænia	2	Hernia	1
Gonorhæa	1	Ascites	2
Rheumatismus	4		

Le froid continua apparemment de sévir durant cette période, car le rapport spécifie que le thermomètre est de nouveau descendu à 18 degrés Farenheit sous zéro. Les patients se recrutent principalement parmi les émigrés de Grande-Bretagne et d'Irlande, arrivés au pays durant l'automne précédent. La plupart, dépourvus de tout, incapables de se procurer les vêtements nécessaires à nos hivers rigoureux, indigents et malades, cherchent refuge au dispensaire. Par ailleurs, la ville et la région fournissent un bon contingent de malades, si bien que les directeurs du

dispensaire se félicitent de gérer une institution si utile à la population de cette partie du pays.

Dans les classes pauvres de Québec, on souffrait fréquemment de ténia à cette époque. Un révulsif énergique, l'essence de térébenthine servait généralement de médicament. Le patient devait en absorber une grande cuillerée avant déjeûner. La térébenthine agissait comme un laxatif modéré [12], expulsant au bout de quelque temps généralement une bonne partie du ver solitaire, soit plusieurs pieds. Un certain Jean Baptiste (a Mulatto) qui souffrait de ce mal depuis plusieurs années éprouva immédiatement un grand soulagement après avoir absorbé l'essence prescrite.

S'il fallait en croire le rapport du premier avril 1819, signé par Charles-N. Perrault, m.d., Anthony Iffland, chirurgien, Augustin Mercier et Joseph Morrin, médecins accoucheurs, un patient du nom de Racine qui souffrait d'un cancer de la lèvre aurait été guéri. C'était un *vieux quêteux* venu de la campagne. Il fut soigné avec une solution d'arsenic. Au bout d'un mois, l'ulcère de la lèvre avait disparu [13]. En somme, il est assez difficile de se prononcer sur ce cas. Toutefois, durant la même période, les médecins du dispensaire ont découvert chez une fillette de neuf ans une affection syphilitique. C'est du moins ce qu'ils déclarent.

Dans le rapport couvrant la période du premier avril au premier juillet 1819 « cinq syphilitiques ou pseudo-syphilitiques » apparaissent. Des maladies non mentionnées dans les rapports précédents augmentent les statistiques générales ; ce sont l'ophtalmie, l'épilepsie, la pneumonie, la dispepsie, l'histérie, la rubéole, trois cas de *cholera morbus*, 40 « galeux », etc., soit plus de cent cinquante cas en tout. Au cours de la

---

12. « A large tea-spoon full, is taken alone and unmixed fasting in the morning without the least difficulty or inconvenience, and without producting any immediate effect, it the operates as a moderate cathartic, producing the discharge of several feet of the worm. » (Rapport du 4 janvier 1819.)

13. « The case of cancer of the lip, happened in an old beggar from the country, called Racine. In describing his case he stated it to have commenced by a small pimple on the lower lip, from the various ill advised applications made to the same, the upper and lower lip had now become affected with an ill conditioned ulcer, with hard edges, having the appearance of cancer, two purgative medicines were then given to him, composed of Calomelqura. vi. and Jalap, oz. XXIV each after which he took the Pil. cicutæ and washed the sore with a solution of the liquor arsenical. On his returning a month after to the Dispensary, there was no appearance of ulcer on the lips, but only a hardness and redness, which we think must have given way to the used of the prescribed medicines, but as we have not seen him since, we can say nothing firther about the case. »

période suivante, ce chiffre tomba à 87 dont « 70 congédiés comme guéris ».

Cette diminution des patients, von Iffland l'attribue « à l'établissement récent d'une Société pour le soulagement des émigrés : un grand nombre d'étrangers pauvres et malades, affligés des maladies les plus effrayantes, et à qui des Hôpitaux convenoient mieux que des Dispensaires, ont non seulement reçu de cette Société les secours les plus efficaces de la médecine, par le Canal de l'Inspecteur des Hôpitaux ; mais aussi les aliments nécessaires ont été, par l'humanité et la charité de quelques Citoyens, adaptés à leurs maladies particulières. Quelques-uns, cependant, parce qu'ils ne se trouvent point compris dans l'objet de cette institution, ont été amenés par celle-ci. Ainsi, ç'a été pour la plupart des Canadiens qui ont eu recours au Dispensaire ».

Von Iffland en profite pour déplorer l'absence d'un périodique médical. « Il s'est présenté des cas très extraordinaires ; mais comme les observations auxquelles ils pourraient donner lieu conviendraient mieux à un journal de médecine qu'à une gazette, nous nous abstiendrons de les décrire, jusqu'à ce que notre colonie naissante soit fournie d'un canal plus convenable : contentons-nous de dire que parmi le grand nombre de sujets qui peuvent occuper les philosophes moralistes, il n'y en a pas un qui approchât de celui-ci, s'il était bien développé. » [14]

Le rapport se termine par un appel au public : « Nous ne pouvons terminer ce rapport sans rappeler encore une fois à ceux qui ne sont pas insensibles aux maux de l'humanité souffrante la partie de notre institution qui regarde les accouchements ; cette branche si utile aux personnes indigentes, est néanmoins si négligée que c'est avec le regret le plus profond que nous remarquons qu'il ne s'est pas présenté un seul cas dans tout le cours de ce quartier : circonstance d'autant plus déplorable, qu'il ne se passe pas un jour sans qu'on nous rapporte quelque exemple effrayant de mères et d'enfants qui meurent faute de secours. » [15]

C'était la fin du dispensaire qui approchait. Quelques mois plus tard, von Iffland lui-même dans une nouvelle communication à la *Gazette de Québec*, communication adressée à John Neilson, faisait un bref

14. *Gazette de Québec*, texte français, 5 novembre 1819, texte anglais 1er novembre 1819.

15. *Ibid.*

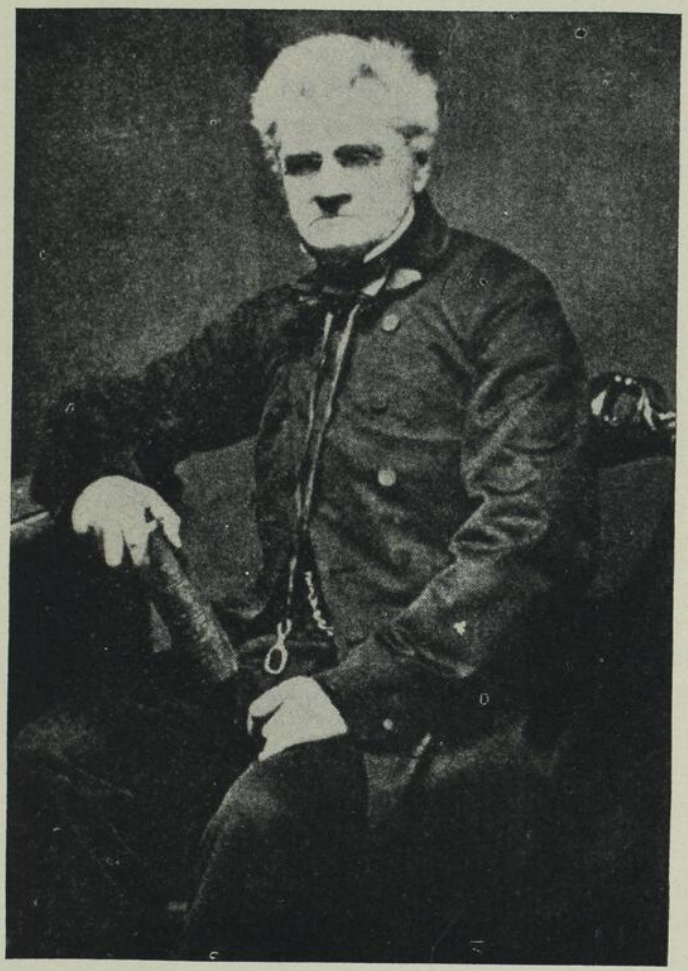
historique de la genèse et de la disparition (*origin and downfall*) de cet établissement.

Von Iffland, comme on le sait, avait complété ses études médicales en Angleterre. Il s'y trouvait en même temps que Charles Perrault. « Souventes fois, écrit-il, il m'a été donné de parler avec mon ami si intelligent et si plein de mérites, le docteur Perrault, des avantages incalculables qu'offre aux catégories sociales inférieures l'établissement de certaines institutions publiques ; nous limitant alors aux hôpitaux, dispensaires, &c., tout en tenant des moyens restreints que notre pays met à la disposition de nos compatriotes indigents et défavorisés, dans ce domaine, nous avons pris la résolution de pressentir l'opinion publique, si jamais l'occasion s'en présentait, et proposer une entreprise de ce genre, entreprise indispensable dans une ville aussi populeuse que la Capitale du Canada. »

Sans insister sur les bienfaits accomplis par le dispensaire de Québec, von Iffland, après avoir rappelé que lors de son établissement les plus hauts personnages de la ville avaient accueilli avec enthousiasme l'idée de fonder une telle institution, déclare qu'ils s'en sont désintéressés. La société d'agriculture et les banques ont prospéré, dit-il, cependant que pas un seul rayon de soleil ne venait éclairer, ni caresser de ses rayons « une institution qui n'avait pas d'autre objet que de soulager l'humanité souffrante ». Bien plus, écrit von Iffland, alors que des médecins se dépensaient sans compter pour le plus grand bien des indigents et des malades, d'autres personnages s'acharnaient contre nous [16].

Les fondateurs du dispensaire ne projetaient pas seulement d'établir une institution destinée aux soins des malades indigents. Ils entendaient créer un centre de renseignements médicaux et chirurgicaux, centre où les jeunes gens qui étudient la médecine et la chirurgie pourraient augmenter leur bagage de connaissances. Dans ce plaidoyer *pro domo*, von Iffland déclare que les études qu'il avait faites en Europe avec tout le soin possible sous les premiers professeurs de médecine et de chirurgie du temps, études que Perrault avait poursuivies en même temps que lui, leur

16. « During some months of the existence of the *Quebec Dispensary*, much zeal was displayed by others not belonging to this field of humanity, in labouring by many attempts, to frustrate those designs, our feeling as men, had engaged us into — however repugnant these attempts may appear to human feelings, they were actually put to the test. »



ANTHONY VON IFFLAND.

permettent à tous deux d'enseigner les notions les plus nouvelles. « Nous avions longuement étudié notre projet. Nous n'avions jamais fléchi dans la recherche de chaque atome d'information médicale et chirurgicale. » [17]

Von Iffland s'en prend ensuite aux conditions qui, selon lui, caractérisent le système d'apprentissage. Il le condamne comme vain et le dénonce à ses confrères. En terminant, il déclare que, faute de fonds, le dispensaire ferme ses portes.

2

Une dizaine d'années plus tard, on tenta de nouveau de fonder une école de médecine. Cette fois, ce fut sous les auspices d'un hôpital, celui de la Marine et des Émigrés, dont les principaux médecins étaient Joseph Painchaud, Joseph Morrin, James Douglas et Von Iffland, revenu en 1832 [18]. En octobre 1835, les étudiants en médecine de cette institution, par voie de pétition, réclamèrent du gouvernement l'établissement d'une école de médecine à Québec.

Dans une liste des licenciés du Bureau médical provincial, on remarque les noms de Joseph Painchaud (1809) et de James Douglas (1826). Le premier nom qui apparaît sur cette liste est celui d'Henry Léodal (1788) dont le buste orne l'entrée du *Montreal General Hospital* [19]. « Les premiers cours de médecine dont j'ai eu connaissance à Québec furent donnés par ces messieurs (*gentlemen*) à l'Hôpital de la Marine et des émigrés, à compter du premier mai 1837-36-39. » [20]

« Les cours du docteur Painchaud, ainsi que l'indiquent les billets émis par l'hôpital, portaient *Sur l'art des Accouchements* et *Sur la Théorie et la Pratique de la Médecine* [21]. Ceux du docteur Douglas sur *The*

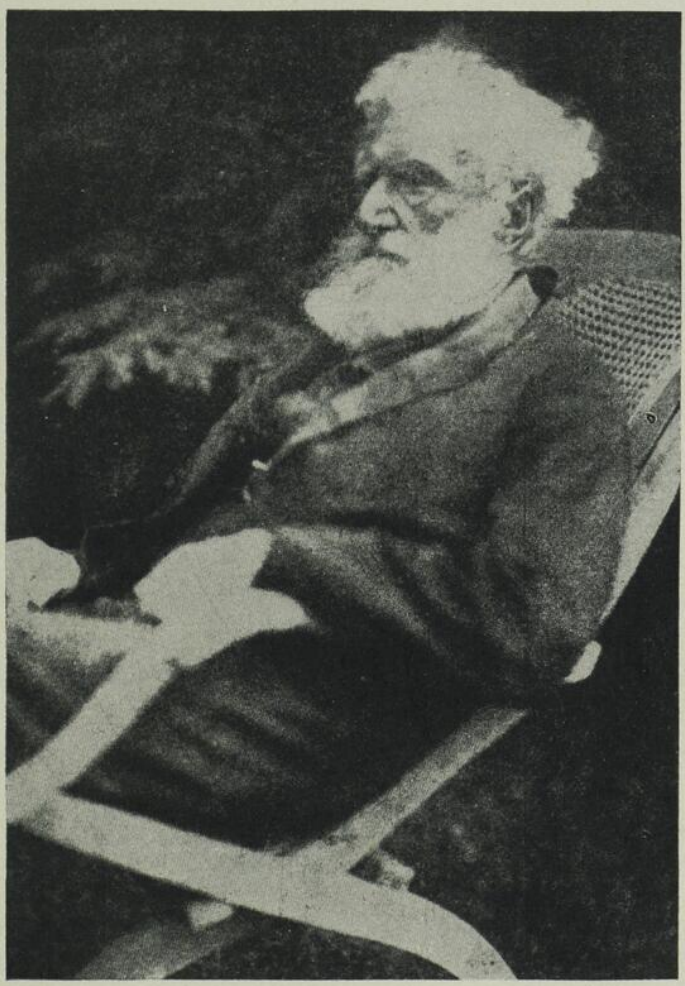
17. « The motives which induced us to come forward and offer them the results of professional advantages, reaped with assiduous attention to our studies while in Europe, and under the auspices of the first professors of Physic and Surgery of the age, were, on reasons which we flattered ourselves, could not be utterly despised. We had laboured the subject which we were going to present them. We had never slackened in the cultivation of every atom of medical or surgical information, where ever it could be found. »

18. HOWELL, *ibid.*, p. 59.

19. *Journals and Reminiscences of James Douglas, m.d.*, Edited by his son.

20. *Ibid.*, p. 169.

21. En français dans le texte.



JAMES DOUGLAS,
de l'hôpital de la Marine et des Émigrés.

principles and practices of Surgery. Ces médecins composaient alors le personnel médical de l'hôpital, et les gouverneurs ou « commissaires » étaient Hammond Gowan, Joseph Morrin (futur fondateur du *Morrin College*) et Joseph Parent. Le docteur Painchaud habitait en face des barraques de l'artillerie, côte du Palais (*Palace Gate*). Il avait l'habitude de faire ses visites à cheval et je ne me souviens que d'un seul cheval. » [22]

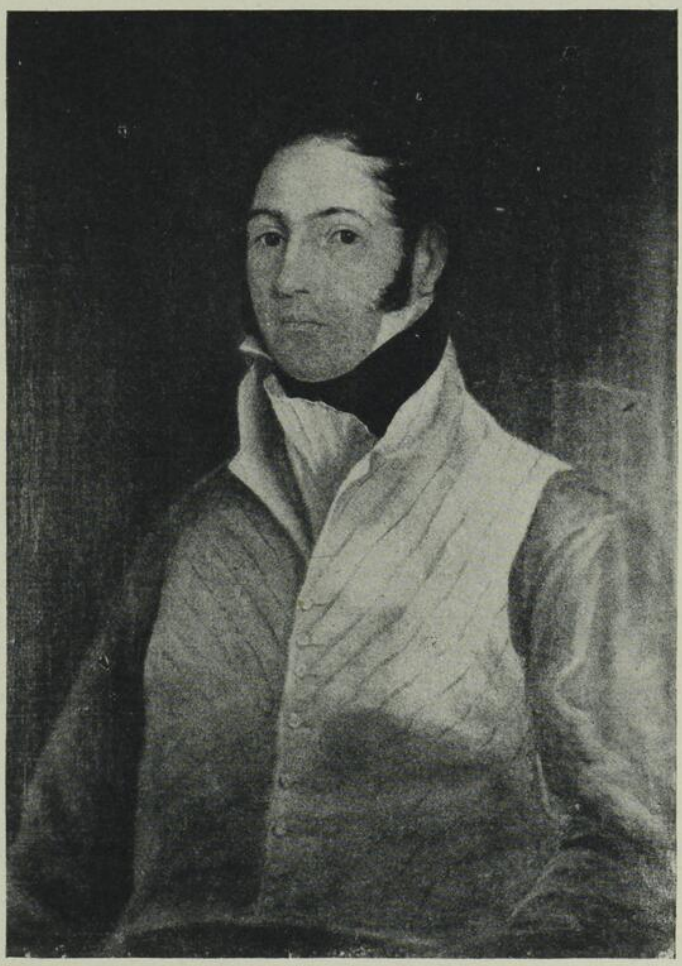
L'hôpital de la Marine et des Émigrés a rendu de grands services durant l'épidémie de thyphus en 1847 et 1848. Il en fut complètement désorganisé. Ce sont les docteurs Painchaud et Douglas qui reçurent la mission de le remettre sur pied : « Quand le docteur Painchaud et moi fûmes nommés, nous trouvâmes l'hôpital dans un état indescriptible. Le vol, l'ivrognerie et la débauche y fleurissaient. Grâce à nos efforts et l'appui que nous reçûmes des commissaires, l'hôpital devint un asile pour les malades et les estropiés en même temps qu'une école de chirurgie pratique et de médecine. » [23]

« En assumant l'administration de l'hôpital, le docteur Painchaud et moi, nous nous divisâmes le travail. Je me chargeai de tous les cas de chirurgie, de la moitié des cas de fièvre et de quelques salles, le docteur Painchaud prit le reste. A cette époque, et durant plusieurs années, l'Hôpital de la Marine et des Émigrés en tant qu'école de chirurgie pratique n'avait pas de rivale sur ce continent (*sic*). Différentes circonstances contribuaient à ce faire. Une flotte considérable assurait le transport du bois. Les navires, comparativement petits, ne dépassaient jamais 500 tonnes ; ils étaient chargés par les matelots et par des émigrés. Il n'y avait pas alors de vapeur et aucun appareil moderne pour faire le chargement ou pour décharger les énormes billots qui constituaient

---

22. « It was at least 16 hands high, bay, with a short stub of a tail, which, when the horse was in motion, seemed to act as a propeller, it went round like an (Archimedes screw). The horse had evidently been a Military Charger. It was so thouroughfly trained. It has often been a great puzzle to me how the Doctor got on the outside of such a high horse, but the horse was equal to the occasion. The Doctor was not above the average height and inclined to be stout. » (DOUGLAS, *ibid.*, p. 170.)

23. DOUGLAS, *ibid.*, p. 171-172. « Through our exertions and the support of the Commissionners it was placed, as Drs. N. & M. allow, in a high position as an asylum for the sick and maimed, and a reputable position as a school of Practical Surgery and Medicine. It was moreover moral, abstemious and well conducted. What was, however, of far more importance in a Hospital, the average of mortality was less than 3%, and it must be borne in mind that temperance societies then hardly existed, and that the number of fractures and grave injuries exceeded by three hundred per cent the number given in the Commissioner's tables as admitted during the last year. » (P. 172.)



JOSEPH PAINCHAUD,
3e président de la Société médicale de Québec, 1829.
(*Portrait reproduit avec la permission de la famille Painchaud.*)

généralement toute la cargaison. En conséquence, marins et émigrés souffrant de diverses fractures étaient transportés à l'hôpital. » [24]

VIII

LES VOLEURS DE CADAVRES

S'il faut en croire les historiens de la médecine au Canada, Bowell et Birkett, von Iffland dut quitter Québec, « sa manière de se procurer des cadavres pour la dissection ayant causé certains malentendus entre lui et ses concitoyens » [1]. L'histoire de l'anatomie est remplie d'anecdotes à ce sujet. On conçoit que les médecins, soucieux d'étudier sérieusement l'anatomie, aient cherché à se procurer des cadavres, mais il est non moins évident que les parents des défunts subtilisés par les voleurs de cadavres n'aient pas apprécié cette façon de procéder. Les hommes de l'art devaient, autrefois, se contenter des corps que l'exécuteur des hautes œuvres voulait bien leur remettre.

En Angleterre, ce n'est qu'en 1832 que la loi réglemente la dissection. Antérieurement, les dispositions juridiques paraissaient impraticables. Elles remontaient au règne d'Henri VIII alors que la société des barbiers et des chirurgiens (Note the order of precedence in the names, écrit Bowell) reçut ses lettres patentes qui contenaient l'article suivant : chaque année les membres de cette société auront le droit de s'approprier les cadavres de quatre personnes condamnées à mort pour félonie et d'y faire des incisions afin d'améliorer leurs connaissances et leur expérience anatomiques [2].

---

24. *Ibid.*, p. 147. « On taking charge of the Hospital, Dr. Painchaud and I divided the duties. I took charge of the entire surgical cases, and of one half of the fever and other wards, Dr. P. took the remainder. At this time, and for many years afterwards, the Marine and Emigrant Hospital, as a school of practical surgery, was second to none on this continent. » (p. 147.)

1. « The teaching of anatomy was done by von Iffland, a Canadian of mixed French and German parentage. His methods of obtaining subjects for dissection led to a misunderstanding with his fellow citizens and made it necessary for him to leave Quebec. » (BOWELL, *Medicine in Canada*, p. 58.)

2. Le texte est beaucoup plus édifiant : « The act of incorporation provided that the members of the company and their successors yearly for ever, after their said discretions, at their free liberty and pleasure, shall and may have and take without contradiction, four persons condemned, adjudged and put to death for a felony, by the due order of the King's laws of this realm, for anatomists . . . to make incisions of the same body . . . for their further and better knowledge and instruction, insight, learning

En 1565, la reine Elizabeth accorde le même privilège au Collège des Médecins et en 1663 à la Société royale, chacun ayant droit à quatre cadavres. En 1752, une loi permit de remettre les cadavres de tous les assassins exécutés aux anatomistes. Au XVI^e siècle, Charles Quint consulte les théologiens de son temps à ce sujet au cours d'une grande assemblée tenue à Salamanque. Bologne devint un grand centre de recherches parce que le pape Benoît XIV décréta que les cadavres de tous les patients décédés à l'hôpital de Bologne devraient être disséqués. Une grande opposition se manifesta d'abord, mais, à la fin, la recherche expérimentale l'emporta et donna l'hégémonie scientifique à cette ville [3].

Il faut lire des ouvrages comme ceux d'Ambroise Paré ou d'André du Laurens pour se rendre compte de la situation exacte de la médecine en ces temps lointains. Dans Ambroise Paré, on trouve la reproduction d'une foule d'instruments chirurgicaux qui servaient également à la dissection. Les rugines ou raspatoires permettaient de couper et de racler les os. On utilisait différents forets pour ouvrir le crâne, des ciseaux pour séparer le péricrâne et de magnifiques bistouris au manche travaillé et incrusté [4].

Les voleurs de cadavres se recrutaient parmi les étudiants, parmi les médecins et souvent parmi les membres d'une famille que l'appât du gain rendaient moins difficiles. Ils entraient dans les cimetières au cours de la nuit, les plus prudents ayant soin d'enivrer le gardien ou de l'acheter. Ils creusaient la fosse encore fraîche, forçaient le couvercle du cercueil, généralement du côté de la tête, et enlevaient le cadavre. En Canada, les voleurs de cadavres opérèrent plus longtemps qu'en Europe, la loi étant à peu près inopérante, faute de sanctions [5].

Lorsque le docteur Shepherd commença d'enseigner l'anatomie à McGill, il dut, tout comme les autres, se servir de cadavres volés. Ce sont des étudiants, en majorité canadiens-français, qui défrayaient partiellement ou totalement leurs études avec le fruit de ces détour-

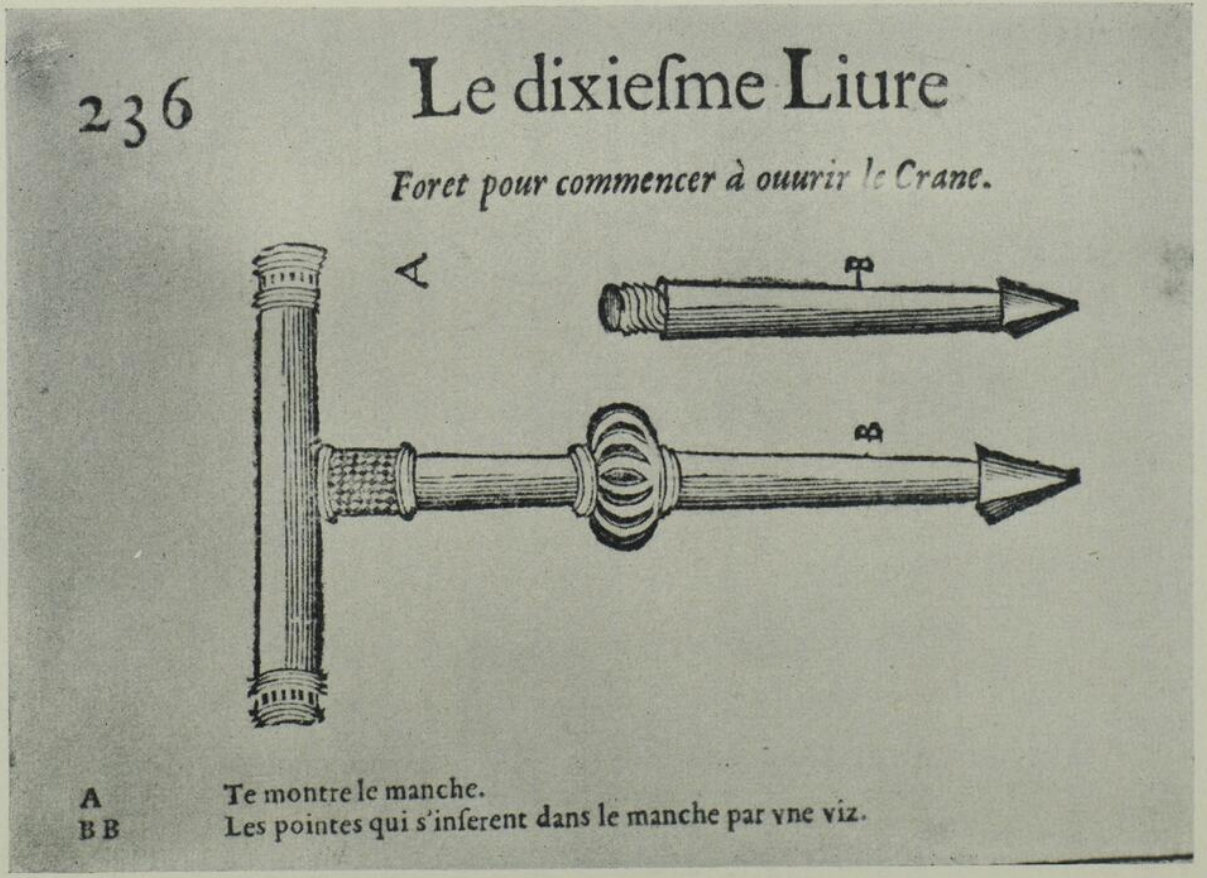
---

and experience in the said science of Faculty of Surgery, etc. » (McGill University Publications, Series VIII (Medicine) No. 35, W. B. HOWELL, *Some bumble workers in the cause of anatomy a hundred years ago.*

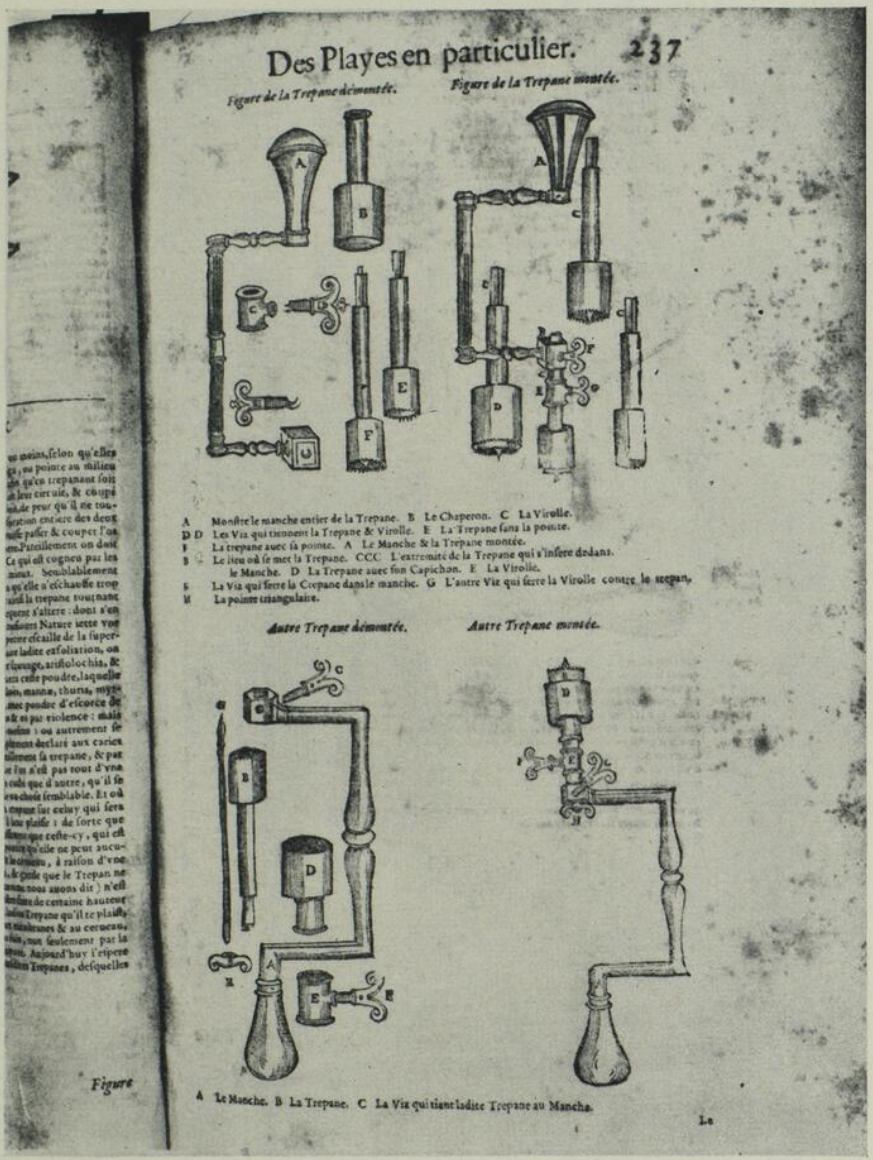
3. BOWELL, *ibid.*, p. 22, (tiré à part des *Annals of Medical History*).

4. Voir les reproductions ci-contre.

5. BOWELL, *Some bumble workers . . .*, p. 25.



Foret pour commencer à ouvrir le crâne.
(Cf. *Œuvres d'Ambroise Paré.*)



A gauche, figure de la Trépane démontée, à droite, la trépane montée.
(*Œuvres d'Ambroise Paré.*)

220 Le dixieſme Liure

Corne'ius Celſus. Hippocr.

dit Hippocrate, il eſt meilleur guarir les maladies auec longitude de temps. Doncques la ſection ſe fera auec vn raſoir : & où il y auroit playé du baſton qui auroit donné le coup, icelle ſeruira d'vne deſdites incisions.

Raſoir pour faire inciſion.

Punction du pericrane dangereuſe.

Aucuns enleuent toute la piece dudit cuir muſculeux & Pericrane, ce que i'ay fait pluſieurs fois. Puis apres faut bien ſeparer le Pericrane d'auec le Crane, de peur qu'on ne le touche de la trepane (car tel attouchement ſeroit cauſe d'induire douleurs & inflammations) en commençant aux angles de la playe auec tel Cizeau.

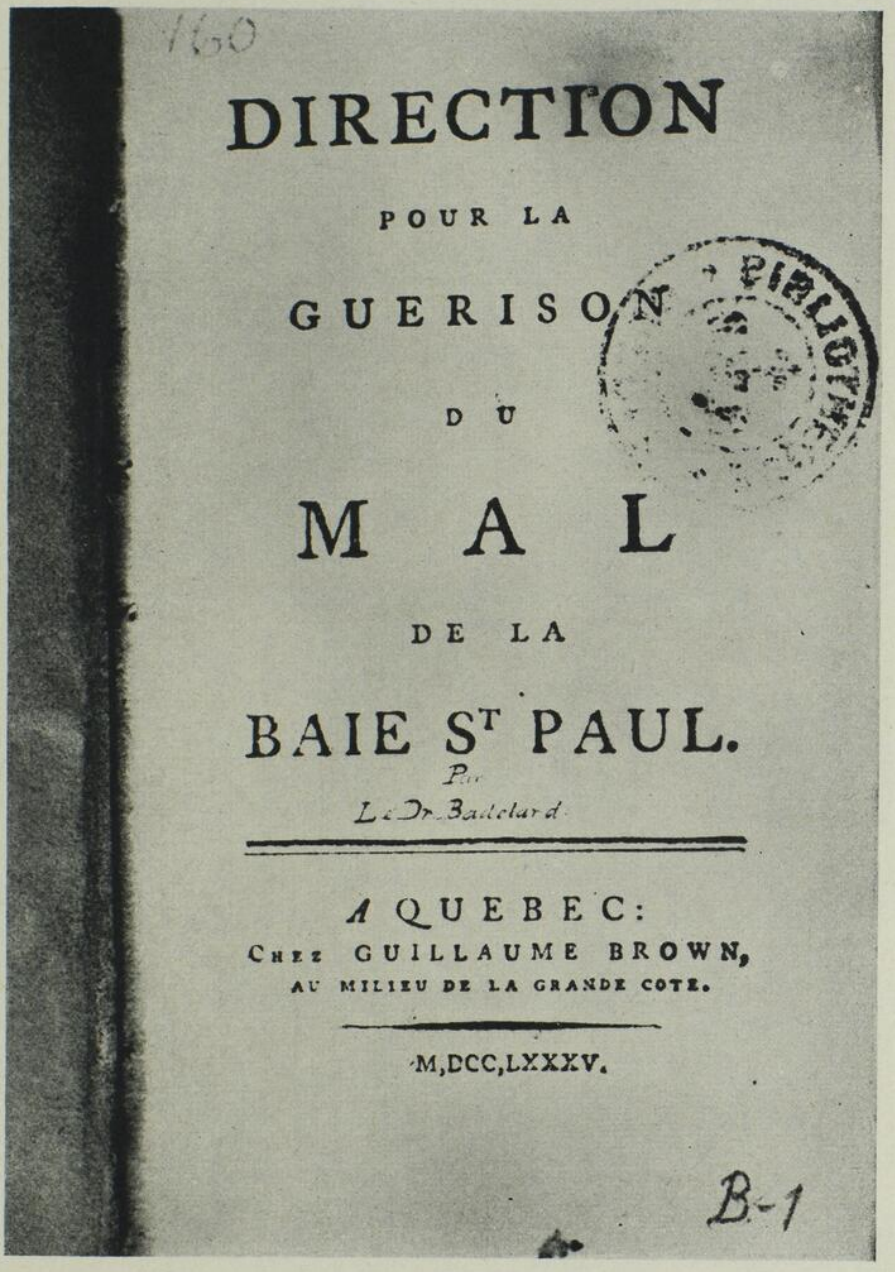
Cizeau pour ſeparer le pericrane.

Ligature de vaiſſeau.

Et apres faut emplir toute la playe de charpy, afin de tenir les lévres eſleuées, & dilatées iuſques au lendemain, & par deſſus appliquer remedes repercuſſifs & reſtrainctifs du flux de ſang. Et s'il aduenoit qu'il fuſt impetueux & ſi grand qu'il ne peuſt eſtre eſtanché par iceux, alors faudroit lier le vaiſſeau, faiſant vn point d'aiguille, commençant à paſſer l'aiguille à la partie exterieure au trauers de tout le cuir muſculeux, puis la repaſſer par la partie interieure, & faire le nœud deſſus, y appliquant vne petite compreſſe ronde faite de linge, de groſſeur d'vn tuyau de plume d'oye, de peur que le fil ne couppe le cuir, & euiter la douleur : le ſerrant ſi fort que le ſang ne puiſſe paſſer outre ledit vaiſſeau. Et ainſi faiſant l'on eſtanche le flux de ſang, que les remedes aſtrictifs ne peuuent faire. Ce que i'ay fait pluſieurs fois à vn charretier, lequel ainſi qu'il eſtoit ſur ſa charrette tomba la teſte premiere ſur le pauê en ſe

Hiſtoire.

Rasoir et cizeau de barbiers pour procéder aux incisions. Le cizeau horizontal servait à séparer le péricrâne. (*Œuvres d'Ambroise Paré.*)



160

DIRECTION

POUR LA

GUERISON

DU

MAL

DE LA

BAIE ST PAUL.

Par

Le Dr Badelard

A QUEBEC:

CHEZ GUILLAUME BROWN,

AU MILIEU DE LA GRANDE COTE.

M,DCC,LXXXV.

BIBLIOTH

B-1

semblable a celle-cy. Apres l'ouuerture faite, on vſera de gargariſmes mondificatifs, comme, ℞. aqua hord. ℔ß. mellis roſar. & ſyrop. roſar. ficcar. añ. fiat gargariſma : Ou bien de vin & miel meſlez enſemble, deſquels à toutes heures s'en gargariſera : & apres la mondification on fera cicattrice à l'vlcere, adiouſtant aux ſuſdits gargariſmes vn peu d'alum de roche.

Figure des deux Biſtories courbées, dont l'vne eſt ouuerte, l'autre enfermée dans ſon manche, ou chaſſe.

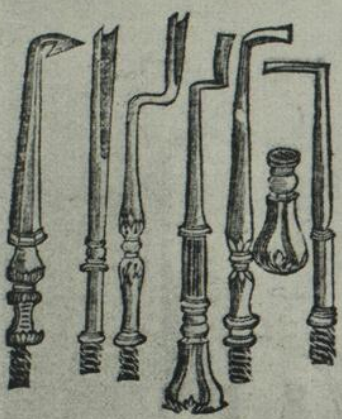
De Gongrona (c'eſt à dire Goüetre) Bronchocele. CHAP. IX.

GONGRONA, eſt vn mot duquel vſe Hippocrate en la ſentence 14. de la troiſieſme ſection du 6. des Epid. & ſignifie ce qu'on dit en François Goüetre, ou, Goüetron, en Grec, *Bronchocele* en Latin *Hernia gutturis* : qui eſt vne tumeur en la gorge & au col, & vient du mot Grec *Gongros* qui ſignifie promptement certaine eminence ou appendice ronde, qui croiſt aux troncs des arbres, appellée par Pline [illegible]

Figure de deux bistouris courbés dont l'un est ouvert et l'autre enfermé dans son manche.
(Reproduit d'après les *Œuvres d'Ambroise Paré.*)

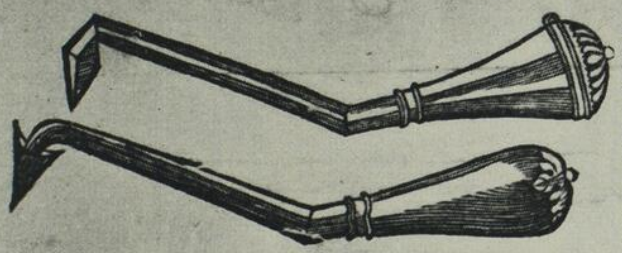
Dés Playes en particulier. 221

Rugines, ou Raſpatoires.



On racle l'os, quand il eſt fendu & ſciſſuré, afin de voir iuſques où penetre la fente, & auſſi pour l'applanir lors qu'il eſt raboteux, noir, & vermolu : & aux cartilages alterez & corrompus. Or il faut ceſſer de racler l'os quand on en void ſortir vn peu de ſang : apres on y doit mettre deſſus des poudres cephaliques, comme racines d'iris de Florence, farine d'iris, thus, ariſtoloche, eſcorce de racines de panax, leſquels ſeichent & detergent ſans acrimonie ny piqueure.

Rugines d'autre façon que les precedentes, pour couper dauantage l'os.



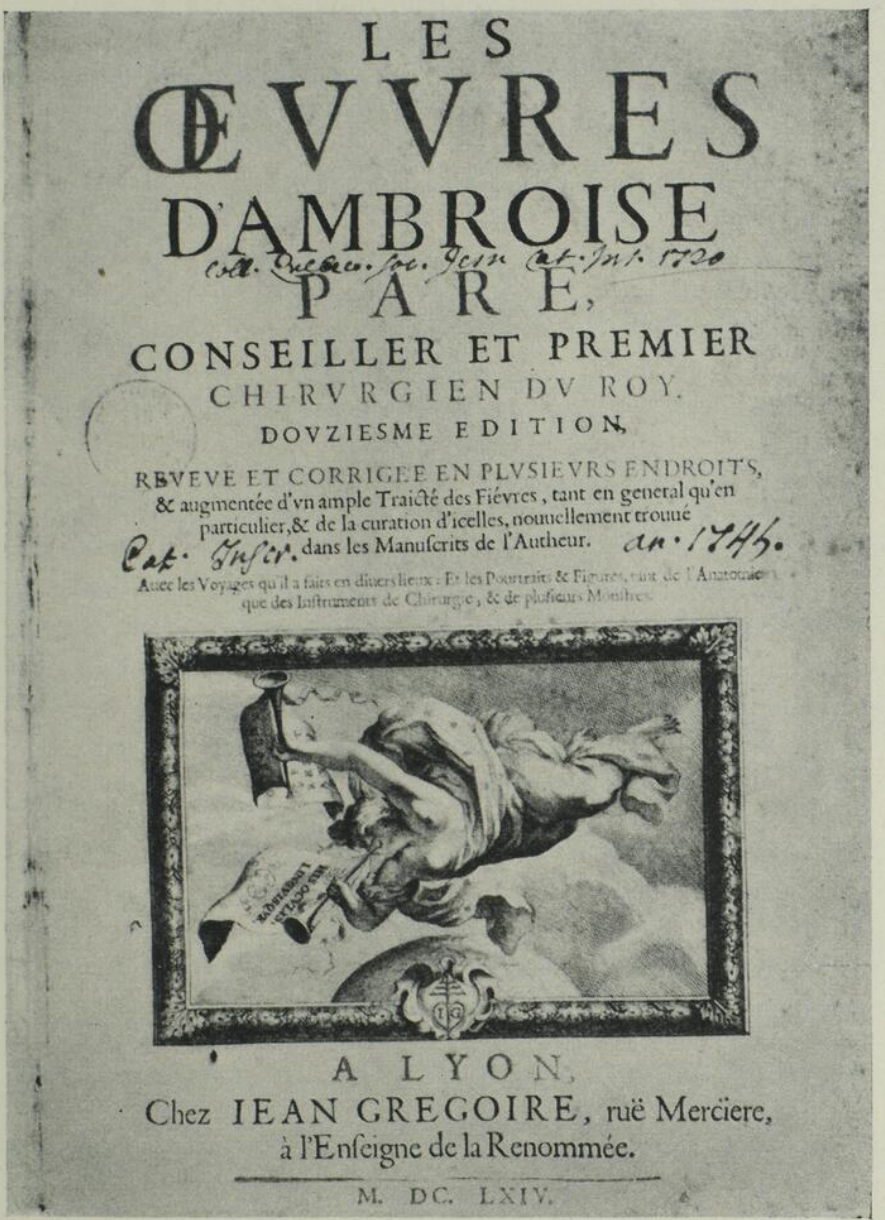
Et pour le dire en vn mot, quand l'os eſt ſeulement fendu ou fiſſuré, le Chirurgien ſe contentera de dilater & ouurir l'os, auec les ſuſdites Rugines, & non par trepanes, encor que a ſciſſure penetre les deux tables : & ſi elle ne deſcend que iuſques à la deuxieſme table, ne la faut ruginer que iuſques-là : mais ſi l'os eſt contus & caſſé en plusieurs pieces, faut les oſter auec inſtrumens conuenables : & s'il eſt neceſſaire y appliquer la trepane ; on le fera comme nous dirons tantoſt. *Paul nota,*

De la Contuſion, qui eſt la ſeconde eſpece de Fracture. CHAP. V.

PAR contuſion ſe fait ſouuentesfois vne ecchymoſe ; c'eſt à dire, effuſion de ſang, ſous le cuir muſculeux, auec coagulation dudit ſang ſans playe. Et ſi la contuſion eſt grande, & que le cuir ſoit ſeparé du Crane, alors faut faire ſection & ouuerture, afin d'euacuer le ſang, & n'appliquer *L. hum cont*

Instruments de chirurgie reproduits d'après une gravure extraite des *Œuvres d'Ambroise Paré*. Ce sont des rugines qui servaient à râcler les os.

Page frontispice des *Œuvres d'André du Laurens*, ouvrage du XVIIe siècle qui se trouve à la bibliothèque de l'université Laval.



LES
ŒVVRES
D'AMBROISE
PARE,
CONSEILLER ET PREMIER
CHIRVRGIEN DV ROY.
DOVZIESME EDITION,
RBVEVE ET CORRIGEE EN PLVSIEVRS ENDROITS,
& augmentée d'vn ample Traicté des Fiévres, tant en general qu'en
particulier, & de la curation d'icelles, nouuellement trouué
dans les Manuſcrits de l'Autheur.
Auec les Voyages qu'il a faits en diuers lieux : Et les Pourtraits & Figures, tant de l'Anatomie
que des Inſtruments de Chirurgie, & de pluſieurs Monſtres.
A LYON,
Chez IEAN GREGOIRE, ruë Merciere,
à l'Enſeigne de la Renommée.
M. DC. LXIV.

Page frontispice des *Œuvres d'Ambroise Paré* dont on trouve quelques exemplaires à la bibliothèque de l'université Laval.

nements de cadavres. Nombre de corps, enlevés au cimetière de la montagne, descendirent la côte des Neiges en traîneaux. A ses débuts, le docteur Shepherd dut payer maintes fois l'amende pour avoir utilisé ces cadavres. Il eut aussi maintes aventures. Un jour, un étudiant trouva la dépouille mortelle de l'un de ses oncles dans la salle de dissection. La première stupeur passée, il s'adressa au docteur Shepherd : « What for you got mine oncle here ? » Après s'être fait quelque peu prié, il renonça à toute réclamation en disant : « S'pose mine oncle come, s'pose he stay. » Un autre découvrit sa grand-mère sur la table de dissection. On allait même jusqu'à voler les corps pendant qu'ils étaient exposés à la demeure de leurs parents. L'indignation atteignit son maximum quand les audacieux cambrioleurs subtilisèrent les corps d'un certain nombre de religieuses et d'écolières mortes de la typhoïde. Cette fois, les voleurs de cadavres ne purent livrer leur macabre marchandise. Toutefois, ils n'étaient pas à bout de ressources ; ils cachèrent les cadavres dans la neige et ne les rendirent aux parents que moyennant une bonne compensation [6].

Avant l'établissement des grandes écoles de médecine, chaque médecin qui le pouvait avait, dans sa maison, une salle de dissection. La plupart des hommes de l'art avaient avec eux trois ou quatre apprentis [7]. La loi exigeait que tout candidat à la licence subisse un examen et démontre certaines connaissances anatomiques avant de pouvoir exercer légalement la profession. En d'autres termes, la loi l'obligeait à disséquer, mais pouvait le punir s'il le faisait [8].

Il arrivait toutes sortes de mésaventures aux jeunes gens qui étudiaient ainsi l'anatomie chez un médecin. Le docteur Worthington [9] qui étudia sous le docteur Douglas raconte, dans ses souvenirs, une apparition dont il fut victime.

Douglas habitait côte de la Montagne. Il enseignait l'anatomie chez lui depuis qu'il s'était établi à Québec. Au commencement, la salle de dissection dans laquelle il donnait ses cours occupait le sous-sol, mais un jour il avait transporté son installation dans le grenier et converti

6. BOWELL, *ibid.*, p. 25.
7. DOUGLAS, *ibid.*, p. 169.
8. *Ibid.*
9. *Ibid.*, p. 163 et suiv.

le sous-sol en une cuisine *just for the sake of pleasant associations*. La vielle bonne de Douglas, une Irlandaise du nom de Kitty, craignait autant les revenants que les souris.

Par un beau matin d'été, alors que la famille Douglas était à la campagne, Worthington descendit à la cuisine et aperçut un homme assis devant le poêle. Le jeune homme voulait fumer et tenta de prendre un tison dans le feu pour allumer son cigare. Mais l'homme avait les pieds devant la porte du poêle et ne bougeait point. Plusieurs fois, il lui demanda de se retirer. L'inconnu n'en fit rien. Exaspéré, Worthington tira la porte, mais les pieds ne bougèrent pas. On eut dit qu'ils avaient traversé la feuille de fonte. *The stove door went right straight through them*. Worthington regarda le fantôme dans les yeux, recula jusqu'à l'escalier circulaire et, se tournant, monta quatre à quatre les dix-huit marches qui le séparaient du rez-de-chaussée. En terminant son récit, l'ancien médecin ajoute qu'il n'avait ni fumé, ni bu. Il a toujours crû que le fantôme était descendu du grenier au sous-sol et Kitty également.

Ainsi, tant bien que mal, l'anatomie progressait et les jeunes médecins du XVIII^e^ et du XIX^e^ siècle s'initiaient à la science. « Le précepteur enseignait toute la médecine et la chirurgie à ses élèves. La connaissance de l'anatomie, les futurs chirurgiens l'apprenaient grâce à la dissection qui se faisait avec soin et régulièrement malgré les obstacles. La pratique au bureau et les visites servaient de cliniques. L'étudiant vivait presque constamment avec son précepteur (quatre, cinq, six et même sept ans quelquefois), devenait son ami, acquérait une compétence remarquable dans la pratique de la profession et se sentait alors capable de se présenter devant le bureau provincial. Quelques-uns des meilleurs médecins que nous avons eus au Canada ont fait leur cours de médecine et de chirurgie de cette façon. » [10]

Ces paroles de *sir* William Osler constituent un bel éloge de la profession médicale du dernier siècle. Von Iffland ne parle pas de ses aventures avec autant de sérénité. C'est qu'il n'avait pas su résister à la colère du peuple. Lorsque des Québécois eurent mis sa demeure à sac, quand on eut inhumé ses pièces anatomiques en présence d'une escorte

10. Cité par M. CHARLTON, *Outlines of the History of Medicine in Lower Canada under the English Regime*, Cf. *Annals of Medical History*, vol. vi, N. M., September 1924, Serial No 23, p. 312.

civile et d'un détachement du 27e Régiment, il quitta la Capitale et alla s'établir à Sorel dont il composa l'histoire.

Le plus étonnant de l'affaire, a-t-il écrit un jour, dans un compte-rendu de ces événements, compte-rendu probablement enjolivé pour les besoins de la cause, c'est que le cadavre même qui avait provoqué l'ire des Québécois, était précisément celui d'un défunt sur lequel le coroner avait, quelques jours plus tôt, tenu une enquête. On l'avait ramassé à la Pointe-Lévis. C'était un étranger, totalement inconnu de tous. Il avait, cependant, trouvé le chemin de la salle de dissection [11].

---

11. CHARLTON, *ibid.*, p. 316.

ANALYSES

René LERICHE. **Essais de traitement de l'ictus cérébral et de ses séquelles paralytiques.** *La Presse médicale,* **60** : (6 février) 1952.

L'auteur rappelle comment il a été amené à concevoir une thérapeutique vaso-motrice dans les ictus cérébraux. Il est parti de l'hypothèse que, autour de tout foyer d'ischémie cérébrale, il existe une zone de troubles fonctionnels de la vaso-motricité, du type stase, qui augmentent les dégâts : certains faits chirurgicaux qu'il résume lui ont montré la possibilité de réduire cette perturbation vaso-motrice périfocale.

Il a commencé par des ramisections chez des hémiplégiques et continué par des sections du nerf vertébral. Les résultats l'ont conduit à essayer le blocage stellaire dans des ictus emboliques. Deux premiers cas heureux ont été publiés en 1936, avec Fontaine. Depuis lors, neuf cas favorables ont été recueillis. Aux États-Unis, une statistique importante a été publiée, en 1950, par Naffziger et Adams. Elle porte sur 225 cas, parmi lesquels les auteurs comptent 155 ictus traités immédiatement, avec 59 pour cent de résultats bons (c'est-à-dire avec guérison complète) ; 24 pour cent d'améliorations et seulement 17 pour cent de résultats nuls.

Leriche conseille d'infiltrer, aussitôt que possible, du côté opposé à la paralysie, de recommencer, six heures après, et de continuer par une infiltration par jour, pendant une quinzaine.

Il rappelle les recherches de Sousa Pereira qui, avec l'artériographie, a vu, chez les animaux et chez l'homme, que le blocage et la sympathectomie cervicale augmentent considérablement le nombre des faisceaux visibles sur le cerveau. Il pense que la sympathectomie n'est pas indiquée, pour l'instant, chez les malades ayant des éclipses cérébrales et en rapporte une observation suivie pendant vingt-huit mois. Il examine, en terminant, le résultat du blocage stellaire répété chez les hémiplégiques anciens : beaucoup de résultats nuls mais quelques améliorations très notables.

Étant donné la détresse des hémiplégiques anciens et surtout des aphasiques (il y a aux États-Unis, 500,000 ictus apoplectiques et hémiplégiques), il semble que la méthode du blocage précoce doit être largement essayée.

Pierre JOBIN.

S. HEISER, et J. J. SCHWARTZMAN. **Variation in the rœntgen appearance of the skeletal system in myeloma.** (Aspect radiologique variable du squelette dans le myélome multiple.). *Radiology*, **58** : 178-191, (février) 1952.

Le diagnostic du myélome multiple par examen radiologique devient de plus en plus difficile. Les lésions « à l'emporte-pièce » ne sont plus pathognomoniques et elles seraient l'exception plutôt que la règle. De plus en plus, on rapporte des cas de myélome sans lésion osseuse évidente.

En dix ans, les auteurs ont étudié 66 cas de myélome multiple ; chez 57, il y a eu examen radiologique du système osseux. Au point de vue radiologique, Heiser et Schwartzman ont classé leurs patients en 6 groupes.

1° Pas de lésion osseuse radiologiquement décelable, si l'infiltration myélomateuse se fait dans la moelle sans altérer les travées osseuses ou ne produisant que des lésions microscopiques.

2° L'ostéoporose n'est pas pathognomonique du myélome multiple. On peut avoir de la décalcification dans l'ostéoporose sénile ou post-ménopausique, dans l'hyperthyroïdie et l'hyperparathyroïdie, dans l'atrophie osseuse après immobilisation.

3° Groupe indéterminé : transition entre l'ostéoporose et l'ostéolyse. On note des pertes de substance mal délimitées, à contours flous, qu'on peut rencontrer dans les métastases ou dans l'ostéoporose métabolique sévère.

4° Zones de destruction osseuse bien délimitées. C'est le type classique de « trous à l'emporte-pièce ». Ces lésions originent dans la médullaire, envahissent parfois le cortex et le périoste et forment des masses tumorales dans les tissus environnants.

5° Zones destructives évidentes mais mal délimitées. Ces lésions se confondent avec des lésions métastatiques. Elles peuvent aux estrémités simuler la goutte ou l'arthrite rhumatoïde. Souvent la destruction d'une seule vertèbre est la première manifestation de la maladie.

6° Destruction osseuse importante. On a soit remplacement de l'os par la tumeur avec vestiges de cortex ; soit zones de destructions croisées par des travées osseuses, c'est l'aspect réticulé ; soit destructions avec gonflement cortical, c'est l'aspect en bulle de savon pouvant simuler l'hyperparathyroïdie, d'autant plus que ces lésions sont souvent généralisées.

Puis les auteurs décrivent les lésions trouvées dans chaque région du squelette.

Sur 53 crânes examinés, 12 sont normaux ; 32 montrent des trous à l'emporte-pièce. 9 colonnes sur 51 s'avèrent normales, 16 sont décalcifiées et 20 sont l'objet de destruction marquée. Sur 51 bassins, 12 ne montrent rien d'anormal, 12 ont des lésions indéterminées, 12 des trous à l'emporte-pièce et 6 des lésions destructives marquées. Chez 10 sujets, les côtes sont normales, chez 19, il y a des lésions indéterminées et chez 19, des lésions bien délimitées. Au niveau des os longs, 33

patients ont des lésions indéterminées et 39 présentent des zones de destruction bien délimitées.

L'âge n'a pas de rapport avec les lésions osseuses. 54% des patients sont des mâles et 46%, des femelles ; habituellement c'est le contraire.

Le rapport alcumine/globuline est inversé dans 63% des cas.

La recherche des protéines de Bence-Jones dans les urines n'est positive que dans 40% des cas et il n'y a pas de corrélation avec la destruction osseuse.

L'hypercalcémie est fonction de la destruction osseuse.

La ponction sternale est positive dans 92% des cas et les examens électrophorétiques se sont avérés positifs dans 77 pour cent des 22 derniers patients.

En conclusion, les auteurs croient que l'examen radiologique n'est jamais pathognomonique. Chez 8 de leurs sujets, il n'y avait pas de lésion osseuse radiologique. A l'autopsie, on a trouvé des lésions microscopiques chez deux patients. Les lésions généralisées à l'emporte-pièce ne se sont rencontrées que chez huit malades.

C'est pourquoi le diagnostic de myélome multiple ne doit pas se faire seulement par la radiologie, mais surtout par les examens de laboratoire : ponction sternale et électrophorèse.

Robert LESSARD.

J. A. TURNER et E. A. MORGAN. **Corticotropin (ACTH) in the treatment of acute laryngotracheitis.** (ACTH dans le traitement de la laryngotrachéite aiguë.) *American Journal of Diseases of Children*, **83** : 440, (avril) 1952.

A cause de l'efficacité très relative du traitement de la laryngotrachéite, les auteurs ont cherché un moyen de modifier les réactions défensives de l'organisme en stimulant l'activité cortico-surrénale par l'ACTH. Ils ont basé leur expérimentation sur les quatre facteurs suivants :

1° On sait que les bactéries pathogènes contiennent l'hyaluronidase qui favoriserait la diffusion ou l'extension de l'infection.

Il a été démontré que l'extrait cortico-surrénal s'oppose à l'action de l'hyaluronidase.

2° Selye a démontré que l'ACTH stimule l'action phagocytaire des cellules du système réticulo-endothélial qui est un élément important dans la réaction de défense de l'organisme contre les infections.

3° Grenell et McCawley ont démontré que la perméabilité capillaire augmentée par le *stress* peut être très diminuée si on administre l'ACTH. Or, l'on sait que, dans la laryngotrachéite, l'œdème du larynx résulte surtout de l'augmentation de la perméabilité capillaire qui survient au moment de l'infection.

4° Enfin, si l'œdème du larynx est d'origine allergique, ce qui n'est toutefois pas prouvé, on pourrait penser que l'ACTH préviendrait

l'œdème laryngé à cause de son effet inhibiteur sur la formation de l'histamine.

En partant de ces possibilités théoriques raisonnables, les auteurs ont expérimenté l'action de l'ACTH sur le terrain clinique.

Dix enfants atteints de laryngotrachéite ont reçu à leur admission le traitement *classique*. Sur les dix enfants, cinq ont reçu de l'ACTH. L'âge des cinq enfants qui ont reçu l'ACTH a varié entre dix-huit mois et douze ans. Les doses ont été de 15 milligrammes, toutes les quatre heures.

Les conclusions sont que les résultats ont été les mêmes dans les deux groupes, avec ou sans l'ACTH.

Donat LAPOINTE.

Hans SELYE. **The story of the adaptation syndrome.** (Historique du syndrome d'adaptation.) *Acta Inc. medical publishers.*

Nous avons reçu à la bibliothèque de la Faculté de médecine *The story of the adaptation syndrome*, par Hans Selye (*Acta Medical Publishers*, Montréal 1952). Cette histoire est racontée dans le style familier selon les données nouvelles de l'endocrinologie. Quelle est l'action des hormones sur les réactions d'adaptation? Dans quelles maladies les hormones exercent-elles une influence décisive?

L'auteur étudie d'abord l'évolution du concept du *stress* ; c'est la description du syndrome d'adaptation. Sa dynamique demande d'expliquer le rôle du cortex surrénalien et du lobe antérieur de l'hypophyse. Les maladies de l'adaptation dépendent des circonstances conditionnelles qui, en variant, produisent des maladies diverses. Enfin, l'auteur étudie le jeu des différentes hormones d'adaptation.

Pierre JOBIN.

Maurice FELDMAN et P. MYERS. **The rœntgen diagnosis of prolapse of the gastric mucosa into the duodenum.** (Le diagnostic radiologique du prolapsus de la muqueuse gastrique dans le duodénum.) *Gastro-Enterology*, **20** : (janvier) 1952.

L'examen radiologique de 371 malades consécutifs fait par les auteurs a démontré l'existence d'un prolapsus de la muqueuse gastrique à travers le pylore dans 14 pour cent des cas. La fréquence est donc plus grande que la littérature pouvait le faire croire.

Étiologie. Deux facteurs sont surtout à retenir. Des modifications de la muqueuse, soit une redondance, soit une hypertrophie des plis souvent causée par une gastrite et une activité péristaltique accrue. Ces deux éléments s'influencent réciproquement.

Affections concomitantes. Dans 38.5 pour cent des cas de prolapsus, il existait en même temps un ulcère duodénal, une gastrite hypertrophique dans 46 pour cent des cas ; un ulcère gastrique dans 5.8 pour cent et une duodénite dans 3.8 pour cent.

Symptômes. Il n'y a pas de symptômes pathognomoniques. Dans la plupart des cas, le tableau ressemble à celui de l'ulcère duodénal. L'examen physique est négatif. Les hémorragies massives sont possibles, le mælena fréquent. L'analyse des sécrétions gastriques et la gastroscopie ne sont pas d'un secours appréciable.

Diagnostic radiologique. De nombreux cas opérés ont permis d'établir des critères radiologiques aujourd'hui bien connus. La démonstration radiologique de cette affection dépend de plusieurs facteurs, les plus importants étant : le degré de la redondance, l'extension du prolapsus et l'activité péristaltique. L'importance du prolapsus peut varier chez le même individu, au cours du même examen et lors d'examens successifs. La position du malade peut faire modifier de beaucoup les images ainsi que l'intensité du péristaltisme.

Jean-Paul DUGAL.

E. BARTELS et H. ELTORM. **Prolapse of the gastric mucosa through the pylorus : physiological or abnormal ?** (Le prolapsus de la muqueuse gastrique à travers le pylore est-il physiologique ou anormal ?) *Gastro-Enterology*, **20** : (janvier) 1952.

Les considérations anatomiques suivantes expliquent le mécanisme du prolapsus : le tissu conjonctif qui sépare la muqueuse gastrique des tuniques musculaires est très lâche et, pour cette raison, la muqueuse peut glisser à peu près librement sur la musculeuse. Dans la région immédiatement prépylorique, la muqueuse est fixée solidement aux plans sous-jacents.

Les auteurs discutent brièvement de la pathogénie et du diagnostic, sans mentionner de faits nouveaux.

Pour répondre à la question posée, on a revisé tous les examens radiologiques de l'estomac faits durant une année ; la plupart des patients avaient subi cet examen à cause de troubles qualifiés dyspeptiques.

Des 240 patients, 44, ou 18.3 pour cent, présentaient un prolapsus, dont 34 très importants. Dans une deuxième étude, 42 personnes sans trouble digestif et sans cardiopathie furent examinées. On a trouvé chez elles 10 prolapsus importants et 10 d'un volume moindre. Ainsi, le nombre des prolapsus est plus élevé dans ce groupe-contrôle.

En discussion, les auteurs concluent que le prolapsus de la muqueuse gastrique doit être regardé comme un phénomène normal constaté chez plus de 25 pour cent des sujets examinés. Dans la plupart des cas, ce prolapsus n'engendre pas de symptômes.

Il est toutefois possible qu'un prolapsus volumineux s'incarcère et provoque une sténose ou un saignement.

La constatation d'un prolapsus n'exige donc pas de thérapeutique spéciale ni de traitement chirurgical.

N. B. La fréquence du prolapsus de la muqueuse gastrique à travers le pylore est sûrement grande ; ces deux articles et bien d'autres en font foi. Établir le rôle pathogène que peut jouer cette anomalie dans un syndrome digestif donné est un problème difficile. Un examen complet doit éliminer toute autre cause possible. Nous sommes d'avis que les indications opératoires sont très exceptionnelles.

Jean-Paul DUGAL.

R. ARON-BRUNETIÈRE, J. BOURGEOIS-GAVARDIN et I. KOHEN. **La chloromycétine en dermatologie. Traitement de la rosacée du visage.** *La Presse médicale*, **60** : 424, (26 mars) 1952.

L'origine de certaines dermatoses est souvent assimilée à des phénomènes allergiques dus à des germes microbiens saprophytes localisés en un point quelconque de l'organisme qu'il est parfois difficile à préciser. L'acné rosacée du visage et certaines folliculites de la face seraient de cette nature. S'il en était ainsi le traitement rationnel consisterait à essayer de détruire le ou les réactogènes microbiens responsables de ces affections. L'usage du vaccin ne paraît pas rationnel, celui-ci risque de se comporter comme un réactogène et, ainsi, provoquer des aggravations violentes comme il en arrive parfois après les injections de TAB ou d'anatoxines staphylococciques.

Supposant qu'il s'agit, le plus souvent, de microbes de la flore intestinale, les auteurs se sont adressés, pour combattre ces micro-organismes, à la chloromycétine dont le spectre d'action englobe la plus grande partie de cette flore. L'expérimentation a porté sur 200 malades des deux sexes. La chloromycétine est employée à des doses plutôt minimes, la dose totale étant de 6 grammes, répartie à raison d'un gramme par jour, les deux premiers jours, de 0 g. 75 par jour, les quatre jours suivants, et 0 g. 50 par jour, les deux derniers jours. Des doses plus élevées n'ont pas amélioré les résultats. Parfois, il est utile de prolonger la cure de quatre à six jours

En général, l'amélioration se fait sentir après deux à quatre jours de traitement. On note la disparition des éruptions, du prurit, des poussées congestives postprandiales ; l'érythème ne s'efface pas complètement, elle pâlit cependant. L'adjonction de la vitamine B_1 à la chloromycétine prévient très souvent l'apparition de troubles digestifs et généraux causée par l'administration de cet antibiotique. Dans les cas où les résultats semblent incomplets ou restent nuls, l'administration conjointe de l'auréomycine permet d'obtenir la guérison. La chlomycétine a pu donner les résultats suivants : guérisons totales et améliorations considérables dans 48.4 pour cent des cas ; améliorations nettes dans 10

pour cent des cas ; des résultats minimes ou des échecs dans 32.6 pour cent des cas.

Le traitement ne met pas à l'abri des récidives et il faut en avertir les malades. Ces récidives sont assez fréquentes ; elles surviennent dans des délais assez variables : de quarante-huit heures après la fin du traitement à plusieurs mois, elles sont en général moins violentes que les atteintes initales ; elles cèdent rapidement au traitement.

Le traitement à la chloromycétine n'exclut pas la thérapeutique locale qui est souvent nécessaire pour modifier le terrain vasculaire. L'action de la chloromycétine dans l'acné rosacée et les folliculites récidivantes de la face apparaît assez constante pour placer cet antibiotique au premier rang de leur médication.

Honoré NADEAU.

J. JOHNSON, de Penn Valley (Narberth P. O.), Pa., et C. R. KIRBY. **Surgical treatment of infantile coercition of the aorta.** (Traitement chirurgical du rétrécissement de l'aorte, type infantile.) *Annals of Surgery*, **127** : 1119-1126, (juin) 1948. Les auteurs ont travaillé en collaboration avec le Département Harrison de chirurgie expérimentale de l'École de médecine de l'université de Pennsylvanie et de la Clinique chirurgicale de l'Hôpital universitaire de Pennsylvanie, Philadelphie.

D'après Johnson et Kirby, le rétrécissement de l'aorte peut présenter deux types : premièrement, un type infantile, dans lequel il y a une portion rétrécie et allongée de l'aorte, au début de la crosse ; deuxièmement, un type adulte, où l'on trouve une constriction abrupte au niveau ou dans le voisinage du canal artériel.

C'est Crafoord, de Stockholm, qui a pratiqué la première opération pour rétrécissement de l'aorte, le 19 octobre 1944. Il a rapporté deux opérations du type adulte qui ont réussi où il a pu réséquer la zone rétrécie et faire une anastomose bout-à-bout des deux bouts de l'aorte qu'il a pu suffisamment libérer pour les mettre en contact l'un avec l'autre. Il a utilisé la technique préconisée par Carrel pour la suture vasculaire. En juin 1946, Crafoord avait déjà opéré sept malades du type adulte et, dans chaque cas, il avait pu exciser le segment court et rétréci et pratiquer une anastomose bout-à-bout.

C'est peu de temps après Crafoord que Gross a opéré son premier malade et il s'est servi de la suture continue renversée en forme de matelas. Le 8 juin 1947, il avait réussi vingt-trois opérations avec deux morts seulement. Il a pu compléter l'anastomose sur vingt de ses malades. Les deux autres présentaient des rétrécissements du type infantile avec des zones rétrécies si longues qu'il lui a été impossible de rapprocher les bouts de l'aorte et par conséquent de réséquer la zone rétrécie. Gross considère ces deux malades comme inopérables.

Johnson et Kirby ont opéré récemment trois malades pour rétrécissement de l'aorte du type infantile. Leurs âges étaient respectivement de 13, 17 et 20 ans. La partie rétrécie dans les trois cas s'étendait sur une longueur de plusieurs centimètres. Il est évident qu'il fut impossible d'appliquer la technique de Crafoord ou de Gross. Cependant, il leur a paru possible d'utiliser l'artère sous-clavière pour constituer le pont et remplacer la partie réséquée de l'aorte. Chez deux malades, ils ont commencé par anastomoser l'artère sous-clavière à la partie supérieure de l'aorte descendante avant de faire la résection du rétrécissement. Chez le troisième malade, on a dû abandonner l'opération parce que les vaisseaux athéromateux étaient trop friables. Ce dernier malade est mort d'hémorragie dans les quelques minutes qui ont suivi l'opération.

Le résultat fut bon chez le premier malade, avec un retour à la normale de la pression artérielle dans les membres supérieurs. Chez le second malade, la pression systolique n'a pas baissé, tandis que la diastolique est revenue à la normale. Les auteurs croient que l'utilisation de l'artère sous-clavière pour constituer un pont qui, dans le type infantile, remplacera la partie rétrécie de l'aorte est un procédé qui vaut vraiment la peine d'être essayé chez des sujets choisis.

Pierre JOBIN.

REVUE DES LIVRES

Allergie et traitement sclérosant, par R. TOURNAY et R. VIÉVILLE. Avant-Propos du docteur Hubert JAUSION, ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce, médecin-chef directeur des laboratoires de l'Hôpital franco-musulman de Paris. Préface du docteur Pierre BLAMOUTIER, secrétaire général de la Société française d'allergie. Un volume in-8°-raisin (16 × 21) de 112 pages, avec une planche hors texte. *Librairie Vigot Frères*, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris (VI[e]), France.

Après un bref rappel de quelques notions très générales sur l'allergie, les auteurs montrent en quoi les modalités d'application de la cure sclérosante des varices et des hémorroïdes réalisent des circonstances favorables, parce que voisines des conditions expérimentales, à l'apparition des réactions allergiques.

Ils formulent quelques hypothèses sur la genèse de ces réactions observées en phlébologie. Ils examinent ensuite l'interprétation selon laquelle la sclérose veineuse thérapeutique postinjectionnelle serait une réaction allergique locale du tissu veineux.

MM. Tournay et Viéville communiquent un certain nombre d'observations, les unes extraites de la littérature française et étrangère, anglo-saxone et scandinave notamment, les autres inédites. Ils les commentent « avec une objectivité et une prudence bien dignes de leur esprit clinique averti » (Blamoutier). On constate ainsi que toutes les médications sclérosantes ont été réactogènes.

Suit un bilan portant sur : la fréquence, les conditions d'apparition, la symptomatologie, la question des tests allergiques en phlébologie, la prévention et le traitement de ces réactions bénignes ou graves.

Enfin, les auteurs discutent les rapports que peuvent avoir avec l'allergie : le prurit anal, la coagulation sanguine, certaines phlébites, et les ulcères de jambe.

Action parfois heureuse des antihistaminiques de synthèse sur le prurit anal ; influence de l'élévation ou de l'abaissement du taux de

prothrombine sur certains syndromes allergiques ; allergie microbienne et phlébites infectieuses, rapports entre d'une part : infection, hyabironidase, thrombophlébites et leurs séquelles articulaires, et allergie d'autre part ; enfin intérêt possible, dans les ulcères de jambe capillaritiques, de certains antihistaminiques qui possèdent une action élective sur la perméabilité capillaire.

Ce sont là autant d'hypothèses de travail qui intéresseront vivement les lecteurs de cet « essai de pathologie générale » clair et précis « où chaque fait est sobrement exposé, puis minutieusement analysé et discuté. La critique lucide y est émaillée de traits piquants qui contraignent parfois le sourire, et c'est tant mieux, car une forme aimable ne nuit jamais » (Jausion).

Précis-Classeur de jurisprudence vétérinaire, par R. BRION, professeur de clinique médicale et de jurisprudence à l'École nationale vétérinaire de Lyon. 2e édition 1950. Un volume de 380 pages, livré dans une reliure-classeur à feuillets mobiles. *Librairie Vigot Frères*, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris (VIe), France.

Bien qu'aucune transformation essentielle n'ait bouleversé en ces dernières années les notions de jurisprudence utiles aux vétérinaires, de multiples changements se sont cependant produits, qui motivaient la révision complète de ce *Précis*.

Il a conservé le même esprit de simplicité, ainsi que l'essentiel de sa structure et de son plan ; mais certains chapitres ont du être remaniés, et d'autres complètement refondus, en fonction de nouveaux textes légaux ou de l'orientation donnée à différents problèmes par les tribunaux. En particulier, la question de l'assurance contre la mortalité des animaux a été développée et une importance plus grande a été accordée au chapitre de la responsabilité professionnelle des vétérinaires, en raison du nombre et de la variété des conflits auxquels elle donne naissance, et de leurs graves conséquences pour les praticiens. D'autre part, notre profession, suivant en cela l'évolution moderne de la société qui laisse de moins en moins de liberté à l'individu pour l'englober dans des collectivités, s'est solidement organisée ; tout en restant libérale, elle est désormais soumise à une réglementation que tous ses membres doivent connaître et qu'ils sont dans l'obligation de respecter. Aussi a-t-il fallu faire une nouvelle rédaction du chapitre traitant de la jurisprudence professionnelle.

Par ailleurs, on notera le changement de la compétence des tribunaux, mise en harmonie avec la dévaluation de notre monnaie ; les importantes décisions de la Cour de cassation sur l'expertise obligatoire et préalable à l'action en matière de tuberculose bovine ; la tendance qu'ont les juges à protéger les acheteurs d'animaux malades, dépourvus devant l'étroitesse de la garantie légale, en acceptant de plus en plus

largement d'appliquer la garantie conventionnelle tacite ; la nouvelle interprétation de l'article 10 de la loi du 2 août 1884 en cas de mort de l'animal atteint d'un vice rédhibitoire, etc.

Mais *la principale nouveauté* de cette *deuxième édition* est certainement sa présentation en feuillets mobiles. Il est apparu que le vétérinaire doit pouvoir compter en permanence sur l'exactitude des renseignements qu'il cherche dans son *Précis de jurisprudence*. Il n'a ni le temps ni la possibilité de procéder de lui-même, sur le livre qu'il a entre les mains, aux corrections et modifications rendues nécessaires par l'apparition de textes légaux ou les changements de doctrine. Aussi nous proposons-nous de publier, en principe annuellement, des feuillets qui viendront prendre la place de ceux qui seront périmés, de telle sorte que l'ouvrage soit constamment à jour et que son lecteur ait l'assurance d'y puiser la législation en cours. C'est là, croyons-nous, une heureuse innovation en la matière, déjà appliquée avec succès pour d'autres publications. Tel qu'il sera, ce *Précis* aura ainsi acquis des qualités de permanente actualité, ce qui, en l'occurrence, présente un intérêt certain.

Souhaitons que cette formule entraîne l'agrément de tous ceux qui ont besoin d'être tenus au courant de l'évolution de la Jurisprudence vétérinaire, et nous serions amplement récompensés si elle leur paraissait commode et utile.

Notions cardiologiques nouvelles, par C. LIAN, professeur de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et P. DANSET, médecin assistant des Hôpitaux, ancien interne des Hôpitaux de Paris et ancien chef de clinique. Un volume de 214 pages, avec 39 figures. *Masson & Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^{e}), France.

Le professeur Lian a envisagé, avec son collaborateur, les nombreuses questions qui ont été l'objet de ses recherches personnelles, soit que celles-ci aient ouvert de nouveaux chapitres cardiologiques, comme la description de l'insuffisance ventriculaire gauche, la notion du diagnostic clinique possible de l'infarctus du myocarde, la mesure et la valeur diagnostique de la vitesse de circulation, la radio-électrokymographie, etc., soit qu'elles aient accru en étendue ou en précision certaines données, comme le diagnostic clinique et phonocardiographique du rétrécissement mitral ; la séméiologie du rétrécissement aortique, de la calcification du péricarde ; le diagnostic clinique et le traitement du flutter auriculaire ; le diagnostic clinique des tachycardies paroxystiques ventriculaires ; le traitement médical et chirurgical de l'angine de poitrine, etc.

Pour tous les points traités, le sujet est envisagé dans son évolution depuis le début du siècle jusqu'à aujourd'hui.

Cette étude trouvera audience auprès des étudiants et auprès de tous les médecins curieux des mouvements de la cardiologie.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Manifestations cliniques de l'insuffisance cardiaque. — Traitement de l'insuffisance cardiaque. — Le bruit de galop présystolique et les dédoublements du 1er bruit. — La mesure de la vitesse de circulation. — Diagnostic de l'angine de poitrine d'origine coronarienne. — Traitement médical et chirurgical de l'angor d'origine coronarienne. — Diagnostic et traitement de l'infarctus du myocarde. — Les étapes électrocardiographiques du diagnostic topographique des perturbations myocardiques ; les dérivations thoraciques bipolaires en chaîne. — Diagnostic clinique et traitement des tachycardies paroxystiques. — Diagnostic et traitement du flutter auriculaire. La trémulation auriculaire. — Diagnostic et traitement des bradycardies. — Syncopes et bloc de branche. — L'ictus laryngé des bronchitiques. — Diagnostic clinique et phonocardiographique du rétrécissement mitral. — Les bronchites répétées au cours du rétrécissement mitral. — La radio-électro-kymographie. — L'auscultation dorsale des souffles et frottements dans les affections cardio-vasculaires. — La maladie bleue due à la tétrade de Fallot. — Le rétrécissement congénital de l'isthme aortique ou coarctation de l'aorte. — La persistance du canal artériel. — La dilatation congénitale de l'artère pulmonaire. — Les souffles continus. — Les lupo-érythémato-viscérites malignes. — Les formules sphygmomanométriques et leur interprétation. — A propos du diagnostic des dilatations de l'aorte. — Du rôle effacé de la syphilis dans l'étiologie des scléroses artérielles. — Exploration artérielle des membres inférieurs ; son importance dans le diagnostic des artérites des membres inférieurs. — L'hypotension artérielle permanente d'allure idiopathique et l'hypotension artérielle orthostatique.

Problèmes quotidiens en puériculture, par Jean DAYRAS, médecin de l'Hôpital Saint-Michel. Préface du professeur J. CATHALA. Un volume de 126 pages. *Masson & Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe), France.

Ce petit ouvrage se présente comme une sorte de complément aux manuels de puériculture. Alors que ces derniers schématisent les règles générales communes à tous les sujets, cette étude servira plutôt de guide dans la perpétuelle adaptation de ces règles aux cas particuliers.

« . . . Le contact du bébé avec les personnes et les choses font naître une foule de conflits quotidiens, de problèmes, au premier rang desquels se placent tous ceux qui ont trait à la santé ou à la maladie, écrit dans sa préface le professeur Cathala. Chacun résoudra ces problèmes selon son tempérament. Les uns n'en font qu'à leur tête ; d'autres, sans plus y penser, font comme tout le monde, c'est-à-dire s'abandonnent à la coutume et à la routine ; d'autres encore, envahis par une terreur panique abdiquent tout jugement personnel, et s'en rapportent aveuglément aux conseils ou aux prescriptions impératives de l'autorité la mieux qualifiée à leurs yeux : parente, amie, infirmière, assistante, médecin, texte sacré

du manuel de puériculture. C'est parfait si le conseil est bon, et s'il est applicable. Mais il est possible qu'il ne soit pas, ou ne soit plus bon. Il est possible également que, bon, il ne soit plus applicable en la rigueur stricte de sa forme. Il faut donc parfois adapter la lettre pour agir selon l'esprit.

« . . . L'efficacité en médecine infantile est souvent faite de peu de choses. Il faut exorciser les fantômes, dégonfler les vanités insupportables, faire comprendre à chacun que les désordres, qui inquiètent, ne sont pas une grande maladie, mais très simplement la réponse très logique et cohérente de l'organisme du bébé à un environnement matériel, physique, psycho-affectif, que ne perçoivent pas ceux qui la créent, dont encore moins ils s'accusent. »

C'est donc au « bon sens » et à la connaissance personnelle des enfants dont le lecteur aura à s'occuper quotidiennement que le docteur Dayras fait appel. Il a voulu habituer les élèves à ne pas tout attendre de leurs cours, à savoir assouplir leurs notions générales à tous les cas particuliers et à trouver eux-mêmes ce que, seule, la connaissance de l'enfant et de son milieu peut leur apprendre. Les infirmières, les sages-femmes, les médecins eux-mêmes, trouveront profit à cette lecture qui leur permettra de conseiller utilement les mères.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Avant-Propos. L'examen du nourrisson. Connaître son enfant. Sa conformation. Son développement psycho-moteur. Le poids et la taille. L'habillement du nourrisson. L'allaitement au sein. L'allaitement mixte. La ration alimentaire dans l'allaitement artificiel. L'âge de la première bouillie. Les aliments autres que le lait et les bouillies. Les troubles digestifs du nourrisson. L'anorexie du nourrisson. Quelques types de vomisseurs. Quelques particularités sur les diarrhées. Les nourrissons qui crient la nuit. La première dentition et ses incidents. Hygiène et maladies de la peau. Les rhinopharyngites. L'opération précoce des végétations. Les otites du nourrisson. Les affections broncho-pulmonaires. Glandes et ganglions. Soins aux malades. La fièvre. Les convulsions. La prévention des maladies. Vaccination. Isolement. Faut-il donner des médicaments aux enfants ? L'éducation du nourrisson. La gymnastique. Il faut agir à temps. Conclusions.

Traitement des habitudes, par le docteur Paul BERGOUIGNAN. Un volume in-16° (16 × 18,5) de 176 pages. *Librairie Vigot Frères,* éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris (VI[e]), France.

On croit fort malaisé de gagner soi-même une bonne habitude et presque impossible d'en perdre une mauvaise. Rien, cependant, de plus facile et de plus bref quand on le désire vraiment. Il suffit de consacrer quelques minutes quotidiennes, soit à exécuter l'action à rendre habituelle, soit à contrarier l'habitude condamnée.

Des malaises et même certaines maladies dus à une habitude néfaste disparaissent ainsi sans retour, surtout si l'on prend soin de cultiver en même temps son attention. Par ces simples moyens, on acquiert ou regagne sans peine la maîtrise de soi.

Sont étudiés successivement dans cet ouvrage : *Les Habitudes.* — *Habitudes et Hygiène.* — *La Culture de l'attention.* — *Malaises de circonstance.* — *Les Maladies par habitude.* — *Constipation habituelle.* — *Insomnie habituelle.*

Les maladies des bronches. Étude anatomique, physio-pathologique, clinique et thérapeutique, par le docteur Jacques LECŒUR. Un fort volume de 608 pages, avec 240 figures. 1er édition 1950. *Librairie Vigot Frères*, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris (VIe), France.

Enfin, un ouvrage sur la pathologie bronchique qui n'est pas dû à un oto-rhino-laryngologiste, mais est conçu et rédigé par un pneumologue et un médecin connaissant l'anatomie pathologique, la physiopathologie, la clinique, les méthodes instrumentales et la thérapeutique, et non celle d'un spécialiste axé sur les méthodes diagnostiques endoscopiques, encore que le docteur Lecœur soit un de ceux qui, en France, possèdent la plus grande expérience de la bronchoscopie.

C'est pour ces raisons que l'auteur n'a pas voulu centrer son ouvrage sur une méthode diagnostique telle que la bronchoscopie, si précieuse soit-elle.

Après un rappel de l'anatomie des bronches, c'est la *physio-pathologie* qui sert de base et de fil directeur à tout l'ouvrage : d'une part, *les obstructions bronchiques* dont les aspects, les lésions, et les mécanismes sont étudiés avec précision, d'autre part, les *troubles sécrétoires.*

Après l'étude des méthodes d'examen, de l'appareil bronchique, comprenant les indications et la technique de chacune de ces méthodes, *les bronchites* sont étudiées dans leur ensemble avec les données modernes de l'anatomie pathologique et de la bronchoscopie.

Pour la première fois, en un vaste chapitre sont passés en revue les syndromes cliniques des *obstructions bronchiques qui, jusqu'à ce jour, n'ont été envisagés que fragmentairement à propos de chaque affection bronchique.* C'est là un des points et une originalité des plus importants de cet ouvrage. Les *tumeurs des bronches* aux tableaux si variés qui constituent le fond de ces affections bronchiques subaiguës et chroniques sont étudiées et une grande partie du livre de Lecœur est consacrée au *cancer et à la tumeur mixte.* Puis, sont traitées les *tumeurs bénignes*, inflammatoires et spécifiques, ainsi que *les compressions extrinsèques des bronches.*

Vient ensuite un chapitre consacré aux obstructions bronchiques non tumorales : postopératoires – posthémoptoïques, obstructions par lésions inflammatoires, traumatiques, spécifiques, etc.

L'atteinte des bronches au cours de la tuberculose fait l'objet d'une étude excessivement détaillée où tous les aspects si polymorphes de la tuberculose bronchique sont envisagés.

Les *lésions en surface* de la muqueuse bronchique et de la broncholithiase font la transition entre les *lésions inflammatoires* ou tumorales précédemment étudiées et les *lésions dégénératives* envisagées dans les chapitres suivants.

La *dilatation des bronches* est traitée à la fois avec précision et détail et avec une hauteur de vue qui permet de saisir et de comprendre les problèmes soulevés par cette affection.

Les *kystes bronchogéniques* sont l'objet du dernier chapitre et leur étude constitue à la fois une vaste analyse et synthèse de nos connaissances sur ces formations entrées récemment dans la nosologie.

Le livre se termine sur l'évocation des *problèmes pathogéniques* soulevés par l'*emphysème pulmonaire.*

Comme on peut le voir par ce bref aperçu, c'est l'ensemble de tous les faits anatomiques, physiologiques et cliniques concernant les bronches que le docteur J. Lecœur traite dans son livre, et loin d'être un exposé encyclopédique, *c'est le résultat de son expérience d'anatomo-pathologiste, de clinicien et d'endoscopiste qu'il a condensé dans son ouvrage.* Cette expérience se reflète dans l'abondante illustration qui comporte 240 figures se rapportant presque toutes à des malades de sa clientèle personnelle.

Pneumonies et pneumopathie aiguës de l'enfance. Étude clinique et radiologique, par G. MOURIQUAND et J. SAVOYE. Un volume in-8° de 208 pages, avec 90 figures. *Librairie Vigot Frères*, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris (VI^{e}), France.

La notion classique de pneumonie semble être actuellement mise à l'épreuve par l'introduction de notions nouvelles, portant notamment sur la topographie des zones où se localiseraient les divers processus d'hépatisation (mais ici nous ne sortons pas de la vraie pneumonie) et surtout par l'introduction, en particulier par l'école américaine, de la notion des pneumonies atypiques à virus.

Les auteurs du livre *Pneumonies et pneumopathies aiguës de l'enfance* sont, si l'on peut dire, des « vétérans » de l'étude de la pneumonie infantile puisque l'un d'eux a écrit dès 1910 (avec E. Weill) ce triangle pneumonique qui reste à la base de son étude radiologique et l'autre s'est longtemps penché avec lui sur celle de la pneumonie silencieuse, affection qui échappe souvent au médecin qui ne possède pas les éléments délicats de son diagnostic que lui apporte ce livre.

Il lui apporte aussi dans leurs traits essentiels l'histoire des hépatisations zonaires, et surtout celle de ces « penumonies atypiques » que les auteurs opposent à la pneumonie classique et qu'ils rangent, avec de forts arguments du point de vue clinique et radiologique, dans la classe des congestions classiques, avec cette nouveauté que certaines d'entre

elles relèvent non d'éléments bactériens mais de virus, dont la présence est décélée, mais non toujours, par celle des agglutinines froides, à rechercher désormais dans ces cas.

Les pneumonies dites « centrales » et « hilaires » sont discutées.

De larges chapitres séméiologiques permettront de s'orienter dans ces notions. Ils étudient avec minutie, mais clarté, toutes les nuances du diagnostic et du pronostic. La broncho-pneumonie infantile, les atélectasies, les formes de tuberculose voisines des pneumopathies aiguës sont campées d'autre part en face de la pneumonie classique et ramenées à leur domaine propre.

Le médecin d'enfant et de médecine générale trouveront enfin dans ce livre tous les éléments anciens et nouveaux de la thérapeutique de la pneumonie et des pneumopathies aiguës de l'enfance.

A ce titre, comme aux autres, il mérite d'entrer dans la bibliothèque du médecin qui, pour sa pratique quotidienne, veut être « à jour ». Une belle illustration radiologique et une abondante bibliographie l'y aideront.

CHRONIQUE, VARIÉTÉS ET NOUVELLES

XXII[e] Congrès médecins de langue française du Canada

PROGRAMME SCIENTIFIQUE PRÉLIMINAIRE

Centenaire de la Faculté de médecine

MARDI, 23 SEPTEMBRE 1952

2 h. 30 p.m. LA BIOLOGIE DES GLANDES SURRÉNALES.

I[re] Partie — Notions fondamentales

Président : P[r] Robert COURRIER, Collège de France.

a) *Rôle de l'hypophyse vis-à-vis des surrénales :* J. B. COLLIP, doyen de London, Ont.

b) *Médullo-surrénale : les effets physiologiques, pharmacologiques et pathologiques de la médullo-surrénale :* Henri HERMANN, doyen de Lyon, France.

c) *Cortico-surrénale : les effets physiologiques, pharmacologiques et pathologiques de la cortico-surrénale :* Hans SELYE, Montréal.

d) *En discussion :* P[r] Robert COURRIER.

MERCREDI, 24 SEPTEMBRE 1952

9 h. 00 a.m. SÉANCE MÉDICO-CHIRURGICALE.

(20) 1. Antonio LECOURS, Ottawa : *La sympathectomie dorsale* (films) ;

(20) 2. Lucien LARUE, Québec : *L'épilepsie, aspect médical ;*
(20) 3. Jean SIROIS, Québec : *L'épilepsie, aspect chirurgical ;*
(20) 4. J.-Édouard SAMSON, Montréal : *Aspect clinique et thérapeutique de la scoliose de croissance* ;
(20) 5. Guy BERTRAND, Sherbrooke : *Recherches sur l'irradiation nerveuse de la douleur abdominale* ;

En discussion : Un médecin invité.

2 h. 30 p.m. SYMPOSIUM SUR LES SURRÉNALES.

IIe Partie — Applications cliniques.

a) *Syndrome clinique d'hypo- et d'hyper-fonctionnement :* Pr BÉNARD, Paris ;
b) *Surrénale et hypertension artérielle* : Pr MOUQUIN, Paris ;
c) En discussions : Pr Louis-Paul DUGAL, Québec.

9 h. 00 p.m. HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

sous les auspices de la Société d'Histoire de la médecine de Québec.

(20) 1. Sylvio LEBLOND, Québec : *Le Dr Joseph Painchaud* ;
(20) 2. Roméo BOUCHER, Montréal : *La médecine en 1852* ;
(20) 3. Charles-A. MARTIN, Québec : *Quelques mythomaniaques célèbres* ;
(20) 4. Gabriel NADEAU, Ruthland, Mass.

Exposition de documents anciens : Drs Benoît Boucher, Antoine Roy et Charles-A. Martin.

JEUDI, 25 SEPTEMBRE 1952

9 h. 00 a.m. SÉANCE MÉDICO-CHIRURGICALE.

(20) 1. Jean-Paul ROGER et Jean-Marie LEMIEUX, Québec : *Thoracoplastie et résection pulmonaire* ;
(20) 2. Wilfrid CARON, Québec : *Considérations sur la chirurgie ano-rectale* ;
(20) 3. Eustace MORIN, Québec : *Les avitaminoses* ;
(20) 4. Gérard GAGNON, Chicoutimi : *Les diverticulites du Meckel* ;
(20) 5. Roland CAUCHON, Québec : *Cancer des voies urinaires* ;
(20) 6. Ernest DUMONT, Campbellton : *Traitement des brûlures intéressant 50% et plus de la surface cutanée* ;

En discussion : Un médecin invité.

2 h. 30 p.m. MALADIES DU THORAX.

(30) 1. Jules PRÉVOST et Léandre DÉCARIE, Montréal : *Tumeurs du médiastin* ;

(30) 2. Paul ROBERT, Montréal : *Diagnostic du cancer du poumon* ;
(30) 3. Joffre GRAVEL, Québec : *Diagnostic et traitement chirurgical des malformations du cœur et des gros vaisseaux* ;
(30) 4. Fernando HUDON, Québec : *L'Anesthésie dans la chirurgie thoracique* ;

En discussion : Un médecin invité.

9 h. 00 p.m. ÉCONOMIE MÉDICALE.

VENDREDI, 26 SEPTEMBRE 1952

9 h. 00 a.m. SÉANCE MÉDICO-CHIRURGICALE.

(20) 1. Pierre MORISSET, Saint-Georges de Beauce : *Les données récentes sur l'infarctus du myocarde* ;
(20) 2. Hector BEAUDET, Québec : *Cancer de l'œsophage* ;
(20) 3. Jean-Louis BONENFANT, Québec : *Les réticuloses aiguës de l'adulte* ;
(20) 4. Jean-Paul DUGAL, Québec : *La colite ulcéreuse* ;
(20) 5. Émile GAUMOND, Québec : *La vitaminothérapie à haute dose en dermatologie* ;

En discussion : John HAMILTON, Toronto.

2 h. 30 p.m. PATHOLOGIE VASCULAIRE DES MEMBRES.

(30) 1. Jacques TURCOT, Québec : *Les troubles capillaires et lymphatiques* (diagnostic et traitement) ;
(30) 2. Georges-Étienne CARTIER, Montréal : *Les troubles de la circulation veineuse superficielle et profonde, y compris les ulcères variqueux* (diagnostic et traitement) ;
(30) 3. Richard LESSARD, Québec : *Les troubles de la circulation artérielle* (diagnostic) ;
(30) 4. Gustave AUGER, Québec : *Les troubles de la circulation artérielle* (traitement) ;

En discussion : Un médecin invité.

Lutte antituberculeuse plus intense dans Québec

La lutte antituberculeuse dans la province de Québec sera grandement aidée par l'établissement de cliniques permanentes de rayons-X dans 12 unités sanitaires de comté. C'est ce qu'a déclaré récemment le ministre fédéral de la Santé, quand il a annoncé que des subventions

fédérales, au montant de $45,000, serviront à fournir à ces 12 cliniques le matériel radiographique nécessaire.

Québec utilise déjà couramment des cliniques mobiles de rayons-X en vue de découvrir les cas de tuberculose. Mais, à cause des distances à parcourir, du grand nombre de gens à radiographier et des longs intervalles entre les visites, les cliniques mobiles ne peuvent pas couvrir tout le terrain. Des cliniques permanentes, ouvertes toute l'année, seront utiles pour diagnostiquer les cas suspects, examiner les personnes venues en contact avec des tuberculeux et continuer les soins aux malades sortis des sanatoriums.

Bien que la lutte antituberculeuse ait fait de grands progrès dans la province de Québec au cours des quatre dernières années, il reste encore beaucoup à faire. Des rapports statistiques récents révèlent que le taux de la mortalité due à la tuberculose est de 39.3 dans la province de Québec, comparé au taux moyen national de 25.9. Ces cliniques réussiront, espère-t-on, à dépister des cas de tuberculose demeurés jusqu'ici clandestins, de sorte que l'on puisse traiter la maladie avant qu'elle n'ait fait trop de progrès.

D'un universitaire et d'un militaire, le docteur Petitclerc

L'armée est une nécessité pour un pays. C'est un champ d'action fort honorable où un homme peut exercer certaines aptitudes et qui a été laissé en grande partie entre les mains des sujets de langue anglaise en notre pays.

On a connu dernièrement certaines rectifications de fait à ce sujet et, par exemple, l'Université Laval s'intéresse de plus en plus à son corps de cadets, le C.E.O.C. Laval. Des étudiants y peuvent entrer au contact de la vie militaire et même décider parfois de s'y faire une carrière enviable.

Pour ce qui est de la vie médicale, il y aurait encore beaucoup à faire. Nous voyons bien aux quartiers des unités médicales de réserve du manège Feuille-d'Érable, des étudiants en médecine de plus en plus nombreux, et plusieurs jeunes gradués se sont même enrôlés dans les dites unités. Mais il faut plus qu'intéresser les jeunes, il faut intéresser les autorités universitaires autant que les militaires aux besoins médicaux que connaîtra l'armée, dut-il advenir un conflit.

Lors des deux dernières guerres, il n'y eut pas ici entre ces autorités les relations qui eussent pu, comme en d'autres milieux, permettre à nombre de nos médecins de faire leur part en créant des hôpitaux militaires où ils auraient pu faire bénéficier nos soldats blessés de leur savoir et, davantage même, où ils auraient pu eux-mêmes bénéficier de l'extraordinaire champ d'expérience qu'est la médecine (ou la chirurgie) de guerre. D'autres universités ont joué un grand rôle dans l'organisation de tels hôpitaux et ils eurent l'assistance la plus complète des autorités

militaires. Ce qui fit que les meilleurs hommes des Facultés allaient à tour de rôle en ces organisations pour un an ou deux. Ils servaient à la fois leur pays et leur université. Cette dernière retirait de multiples avantages de leur expérience et savait leur en tenir compte de bien des façons.

Qu'on nous permette de mentioner ce rêve des relations qui pourraient exister entre Québec et Ottawa et des résultats qui en découleraient, d'autant qu'il y eut un homme qui l'a fait chez-nous et que c'est le docteur J.-L. Petitclerc.

Nous venons d'apprendre que le ministère de la Défense à Ottawa a nommé le docteur Petitclerc, colonel honoraire de la 18e Ambulance de champ. Nous voulons profiter de cette occasion pour féliciter chaleureusement notre chef de Service de chirurgie aux Anciens-Combattants, pour parler, hélas trop brièvement, de sa carrière militaire et pour aussi causer un peu dans le sens de ses idées, comme le démontre le début de cet article. C'est que notre patron aime mieux les idées que les seuls compliments plats et comme il nous a été souvent donné de parler avec lui de ces questions militaires et universitaires, nous voyons là une belle occasion de défendre une cause pour laquelle ce grand universitaire, doublé d'un grand soldat, a tellement donné de lui-même.

C'est le 6 août 1914, que le docteur Petitclerc s'enrôla d'abord dans l'armée pour partir pour l'Europe l'année suivante. Il fit la guerre et fut décoré de la médaille de « Mons ». Cependant, c'est à Saint-Cloud, en un hôpital militaire des plus occupés que ses talents de jeune et brillant chirurgien le destinaient. Il y devint même chirurgien en chef et il aime souvent nous raconter la vie chirurgicale intense qu'il y faisait et dont il sait nous tirer encore maintes leçons.

Quand arriva 1939, le colonel Petitclerc fut un des premiers à prendre l'uniforme encore et il s'embarquait en 1940 pour l'Europe comme commandant de cette même 18e Ambulance de champ dont il devient aujourd'hui le colonel honoraire. Honneur que trop mérité. Il n'est pas un militaire ici, dans quelque champ d'action que ce soit, qui ait donné plus de lui-même à la cause militaire de son pays : quatre ans dans une première guerre et cinq ans encore dans une autre, et cette deuxième fois, il sacrifia en plus de ses années, sa clientèle, son Service, sa maison et son confort, enfin il se donna en entier encore une fois. Tout cela au service d'une idée. Pour qu'on ne puisse pas dire à Ottawa qu'il n'y avait pas d'universitaire canadien-français capable de jouer un rôle de premier plan dans une organisation hospitalière.

On ne peut pas dire que son dévouement fut couronné du succès mérité. Il y eut à cela plusieurs raisons et ce n'est pas le temps de refouiller le passé. Le docteur Petitclerc lui-même préfère toujours regarder en avant.

Un conflit mondial est toujours possible qui, cette fois, on s'en doute, exigera davantage les efforts de chacun de nous. Ce n'est pas en jouant le jeu de l'autruche qu'on l'évitera, non plus qu'en récriminant sur les bêtises du passé. Aussi bien regarder les choses en face et commencer déjà à se préparer. Nous voulons tous jouer notre rôle en tant que médecins canadiens-français. A nous de nous imposer comme tels, à nous de trouver chez les nôtres plusieurs Petitclerc cette fois, si possible.

Oui, on forme déjà des cadres où nos médecins pourront apprendre à jouer ce rôle. Le lieutenant-colonel Kerr vient d'obtenir l'établissement à Québec d'un C.C.S. de réserve. C'est un genre d'hôpital d'avant-poste, avec Services de médecine et de chirurgie et avec garde-malades. L'université et les médecins en général devraient déjà s'y intéresser. Nous avons de plus trois autres unités médicales de réserve et notre *mess* où sont conviés tous les médecins au manège Feuille-d'Érable, voisin du Palais-Montcalm. Lors des fêtes du centenaire de notre École de médecine, nous y donnerons une grande réception en l'honneur de notre nouveau colonel honoraire où nous espérons que se rencontreront toutes nos autorités, tant universitaires que militaires, de même que tous les médecins. Il faut coordonner les efforts de tous en prévision du futur parfois assez sombre. Il faut lutter contre l'incompréhension des uns, la léthargie des autres . . . Il peut nous arriver de perdre espoir, mais il faut nous souvenir d'une parole du docteur Petitclerc même. Un jour qu'il nous parlait de certaines de ses difficultés et de ses désillusions, je lui demandais : — « Docteur vaut-il vraiment la peine de tenter encore une fois de réaliser cette coopération entre Ottawa et Laval ? Vaut-il la peine d'essayer de réveiller l'intérêt chez les nôtres ? » — « *Il ne faut jamais lâcher.* »

Voilà la réponse d'un homme comme le colonel Petitclerc.

Amyot JOLICŒUR

Don du Gouvernement de France

Le doyen Charles Vézina vient de remettre à la bibliothèque de la Faculté de médecine la série des volumes suivants qui lui ont été gracieusement offerts par l'ambassade de France au Canada.

SIMONET, H. — **L'Alimentation humaine.** *Masson & Cie*, 1951.

QUENU, Jean. — **Nouvelle pratique chirurgicale illustrée.** Fasc. II, III. *G. Doin & Cie*, 1948-1949.

FORGUE, E. — **Précis de pathologie externe.** Tome II. *G. Doin & Cie*, 1948.

ÉTIENNE-MARTIN. — **Précis de médecine légale.** *G. Doin & Cie*, 1950.

LANGERON, L. — **Précis d'endocrinologie clinique.** *G. Doin & Cie*, 1949.

AUBRY, M. & LEMARIETY, A. — **Précis d'oto-rhino-laryngologie.** *Masson & Cie*, 1949.

GASTINEL, Pierre. — **Précis de bactériologie médicale.** *Masson & Cie*, 1949.

LEMIERRE, A. — **Traité de médecine.** Tome III. *Masson & Cie*, 1951.

FEY, B. — **Traité de technique chirurgicale.** Tome III. *Masson & Cie*, 1952.

DUBREUIL, G. & BAUDRIMONT, A. — **Manuel théorique et pratique d'histologie.** *Vigot Frères*, 1950.

CHIRAY, M. — **Confrontations radio-anatomo-cliniques.** Fasc. III. *G. Dion & Cie, Masson & Cie*, 1949.

JAUBERT de BEAUJEU & CARUANA. — **Étude téléradiographique des poumons du cœur et de l'estomac de nourrissons normaux.** *Librairie Maloine*, 1950.

CREYSSEL, J. & SUIRE, P. — **Choc traumatique.** *Masson & Cie*, 1949.

HARTMANN, Henri. — **Tumeurs du sein.** *Masson & Cie*, 1951.

MORIN, Marcel & autres. — **La streptomycine.** *Masson & Cie*, 1949.

DELHERM, L. & autres. — **Les principales positions utilisées en radiographie.** (Technique, indications, résultats) *Librairie Maloine*, 1951.

GUNTHER. L. — **Radiologie téorique et appliquée.** *Librairie Polytechnique Ch. Béranger*, 1951.

LECŒUR, Jacques. — **Hémoptysies non tuberculeuses et hémoptysies sans causes.** *G. Doin & Cie*, 1945.

LABORIT, H. — **Physiologie et biologie du système nerveux végétatif au service de la chirurgie.** *G. Doin & Cie*, 1950.

LÉGER, Lucien & autres. — **Maladies du squelette.** *Masson & Cie*, 1949.

BARIÉTY, M. & autres. — **La trachée et les bronches cartilagineuses.** *Masson & Cie*, 1951.

RŒDERER, C. & LEDENT, R. — **La pratique des déviations vertébrales.** *G. Dion & Cie*, 1951.

BERNARD, Étienne. — **Phtisiologues et phtisiologie.** *Masson & Cie*, 1951.

LABORDE, Simone. — **Le problème du cancer.** *G. Doin & Cie*, 1951.

ISELIN, Marc & autres. — **Traitement non opératoire des ulcères gastro-duodénaux perforés.** *Éditions médicales Flammarion*, 1951.

COTTET, Jules. — **L'Exploration fonctionnelle des reins dans la pratique médicale.** *L'expansion scientifique française*, 1951.

FISCHGOLD, H. — **Électroencéphalographie et électrocorticographie de l'épilepsie.** *L'Expansion scientifique française*, 1951.

FLEURY, Paul & COURTOIS, Jean. — **Les diastases.** *Librairie Armand Colin*, 1948.

CHIRAY, M. & autres. — **Syndrome digestifs et pathologie neuro-hormonale.** *Librairie Maloine*, 1944.

LE HUCHE, R. — ***Inlays* et *Onlays bridges* sur dents vivantes.** *Julien Prélat*, 1951.

BENHAMOU, Ed., & autres. — **Les thérapeutiques antibiotiques des maladies infectieuses.** *Masson & Cie*, 1950.

MINISTÈRE de la SANTÉ PUBLIQUE. — **Thérapeutique par la pénicilline.** *Masson & Cie*, 1947.

Actualités odonto-stomatologiques. N° 7, *Julien Prélat*, 1947.

FESSARD, Alfred. — **Leçon inaugurale.** (Collège de France — Chaire de neurophysiologie générale) Nogent-le-Rotrou, *Impr. Daupeley-Gouverneur*, 1950.

Cadeau du centenaire à la bibliothèque médicale

Le docteur William W. Francis conservateur de la bibliothèque Osler à l'université McGill vient d'offrir en cadeau à l'occasion du Centenaire de la Faculté de médecine, un volume sur l'histoire de la médecine dans la région de Détroit, intitulé : *Doctors under three flags.*

C'est l'histoire de la médecine canadienne depuis les débuts de la colonie jusqu'à il y a un siècle environ. Les trois drapeaux sont ceux de la France, de l'Angleterre et des États-Unis. On y trouve l'histoire de la fondation de la région et de la ville de Détroit, ainsi qu'un aperçu de la vie primitive que menaient les médecins au XVI^e siècle. On y parle des docteurs George Christian Anthon, McCoskry, Zinz Pitcher, M. S. Chapin et William Beaumont.

Le docteur Louis-Paul Dugal à l'honneur

La Faculté de médecine et l'université Laval se réjouissent de l'honneur qui vient d'échoir à l'un de ses professeurs, le docteur Louis-Paul Dugal, o.b.e., directeur de la section de recherche de l'Institut de physiologie, directeur du département de Physiologie expérimentale et professeur titulaire à la Faculté de médecine. Le docteur Dugal a mérité le prix Montyon que l'Académie des sciences de l'Institut de France décerne au chercheur qui a produit les travaux les plus brillants et méritants en recherches médicales. L'Institut de France est la plus célèbre institution savante du monde occidental et elle n'attribue ce prix qu'une fois par année. C'est le professeur Robert Courrier du Collège de France, secrétaire de l'Académie des Sciences, qui nous a transmis l'heureuse nouvelle en soulignant l'importance universelle des travaux de recherches que le professeur Dugal a publiés sur l'acclimatation au froid.

« Le Saguenay médical »

Les médecins de l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier de Chicoutimi viennent de donner naissance à un journal médical dont le n° 1, volume 1, nous apprend que la revue est instituée pour « suivre les progrès de la médecine et fournir aux médecins de l'Hôtel-Dieu de Saint-Vallier l'occasion de publier leurs travaux. Ses fondateurs ont l'unique ambition de produire une bonne revue médicale, sans défendre une cause quelconque, ni s'engager dans des querelles de personnes ». Le docteur Edmond Potvin, président du bureau médical, ajoute qu'on y publiera des notes historiques sur les médecins et les hôpitaux de la région. « Nous sommes assez vieux, écrit-il, pour faire nous-mêmes notre presse. »

Le rédacteur en chef, le docteur Wilfrid Lachance, a divisé sa revue en rubriques classiques et nous l'en félicitons. En plus de communications originales, il présente des revues cliniques et des analyses de travaux scientifiques parues dans les principaux périodiques : la chronique hospitalière complète le tableau.

Voici le sommaire complet :

EDMOND POTVIN :
Présentation 1

COMMUNICATIONS

VINCENT GUIMOND et WILFRID LACHANCE :
Leucorrhée 2

GASTON COMTOIS :
Emploi combiné du métrazol et du curare dans l'éthylisme aigu 5

REVUE CLINIQUE

V. GUIMOND, M. BÉLANGER, N. BUTAS (résident en gynécologie) :
Chorio-épitheliome et dosage des prolans « B » 8

FRANÇOIS BRISSON et CARLOS de TORREGROSA (résident en chirurgie) :
Obstruction du cholédoque par un parasite 10

REVUE DES PÉRIODIQUES

VINCENT LAPERRIÈRE :
Dos forcé 11

MAURICE BÉLANGER :
Les 17-cétosteroïdes urinaires. Étude critique 12

GASTON COMTOIS :
L'Emploi de la novocaïne pour les transfusions rapides 12

FRANÇOIS BRISSON :
La vagotomie dans le traitement de l'ulcère peptique 13

JOSEPH BRUNEAU :
Métaplasie épithéliale dans l'infarctus de la prostate 14

GASTON LAPOINTE :
Les connaissances actuelles du potassium dans les états physiologiques et pathologiques 15

MAURICE BÉLANGER :
Les manifestations cliniques de la porphyrie aiguë 16

SYLVIO LEBLOND :
Agglutination test for rheumatoid arthritis 16

CHRONIQUE HOSPITALIÈRE

Historique de l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier 17

C'est là non seulement un effort louable mais une réalisation prometteuse qui dénote l'ambition de faire plus et mieux chez un groupe de

médecins ardents et désireux de n'être inférieurs à ceux de nulle autre région pour la qualité des services qu'ils veulent rendre à la société. On y sent du reste l'influence du Dr Sylvio Leblond, chef du Service de médecine à l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier et professeur titulaire à la Faculté de médecine de Laval.

Admission au Collège royal

Parmi la liste que nous publiions le mois dernier des candidats qui furent heureux aux examens admettant au titre de *fellow* du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada figurent deux noms que nous avons omis involontairement : le docteur Jacques Ringuet, m.d. 1938, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph de Rimouski ; le docteur Édouard Beaudry, m.d. 1947, assistant dans le Service de chirurgie A de l'Hôtel-Dieu de Québec et aide d'anatomie à la Faculté de médecine.

Le docteur Paul Painchaud à la Société d'ophtalmo-oto-laryngologie

Le docteur Paul Painchaud, professeur titulaire de clinique d'oto-rhino-laryngologie à l'Hôtel-Dieu, vient d'être élu président de la Société canadienne d'ophtalmo-oto-laryngologie, au cours d'une réunion scientifique où des communications furent présentées par les professeurs Jean Lacerte, Paul Guertin et Louis Royer. Les autres officiers élus sont : le docteur Paul-Étienne Julien, de Shawinigan, vice-président ; le docteur Valmore Latraverse, de Montréal, secrétaire ; les docteurs Henri Pichette, de Québec, Victor Lepage, de Rimouski, et Jules Brahy, de Montréal.

Prix à la Faculté de médecine

Prix du lieutenant-gouverneur

Médaille d'argent décernée à l'élève finissant qui a obtenu le plus de points dans les examens finals à la fin des différentes années du cours :

Cinquième année..... M. Léon GROSLOUIS.

BAnQ
NUMÉRIQUE

Page(s) manquante(s) ou non-numérisée(s)

Veuillez vous informer auprès du personnel de BAnQ
en utilisant le formulaire de référence à distance, qui se trouve en ligne :

https://www.banq.qc.ca/formulaires/formulaire_reference/index.html

ou par téléphone **1-800-363-9028**

Bibliothèque et Archives nationales Québec

Recommandée et prescrite par le Corps Médical dans le monde entier

INDICATIONS :

ARTHRITISME

Rhumatisme aigu, chronique	Une bouteille par jour, soit :
Goutte	un verre à jeun, un verre à chaque
Diabète arthritique	repas et un verre le soir.

VICHY CELESTINS

EAU MINÉRALE ALCALINE NATURELLE — PROPRIÉTÉ DE L'ÉTAT FRANÇAIS

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Gravelle urique et phosphatique	Une bouteille par jour comme ci-dessus.
Albuminurie des goutteux et des graveleux	Une demi-bouteille par jour : soit :
Cystites. — Néphrites	Un verre à jeun.
Artério-sclérose au début	Un verre une demi-heure avant le repas du midi.
	Un verre le soir

●

MÉFIEZ-VOUS DES IMITATIONS — PRESCRIVEZ « CÉLESTINS »

Représentants exclusifs pour le Canada.

HERDT & CHARTON, Inc.

2027, avenue du Collège McGill, - Montréal, Canada.

Vago Frenal

"LE FRENATEUR DU VAGUE"

Chaque comprimé contient

Boro-potassium tartrate.... 0.20
Phénobarbital..... 0.05
Extrait de hyocyamus..... 0.005

INDICATIONS

Maladies nerveuses, épilepsie névrose, danse de Saint-Guy, convulsions. Modérateur de l'éréthisme nerveux. Traitement préventif du mal de mer, du mal d'auto, du mal d'avion.

POSOLOGIE

1 à 3 comprimés par jour.

PRÉSENTATION

Tube de 20 comprimés.
Flacon de 100 et 500 comprimés.

Échantillon médical et documentation complète envoyés aux médecins sur demande.

Préparé par les Laboratoires Mexyl, Genève, SUISSE.

Représentants exclusifs pour le Canada : **HERDT & CHARTON, INC.** 2027, avenue du Collège McGill Montréal.

VIRALTONIC

STIMULANT PHYSIOLOGIQUE POLYVITAMINE

Dragées **Élixir**

Indications :

Déficiences nerveuses — Fatigue intellectuelle — Fatigue musculaire — Anémies — Convalescence

PRÉPARÉ PAR LES LABORATOIRES JUNOD, GENÈVE, SUISSE.

Vitamines et Minéraux :

Riboflavine..... 12 mgms.
Thiamine HCL..... 40 mgms.
Niacimide..... 400 mgms.
Fer ammonium citrate.... 1 gramme
Phosphate de manganèse 4 décigrammes
Sulfate de strychnine..... 2 mgms.
Sulfate de cuivre..... traces
Élixir aromatique q. s..... 100 c.c.

Représentants exclusifs au Canada

HERDT & CHARTON,

Montréal

Posologie :

Élixir : 1 à 2 cuillerées à thé avant les repas, trois fois par jour.

Dragées : 2 à 4 dragées par jour.

Présentation :

Flacon 8 oz. Élixir ; bouteille de 200 dragées.

Prix du gouvernement de la République française

Médaille d'argent décernée à l'étudiant de 5e année qui s'est classé premier aux examens finals de la même année :

Cinquième année..... M. Jean-Marcel GAGNON.

Prix Morrin

Première année...	1er prix...	M. François PARANT ;
	2e prix...	M. Normand PLANTE.
Deuxième année...	1er prix...	M. Guy SAUCIER ;
	2e prix...	M. Pierre TREMBLAY.
Troisième année...	1er prix...	M. Jean-Paul BRETON ;
	2e prix...	M. Louis TOUCHETTE.
Quatrième année..	1er prix...	M. Jacques BOULAY ;
	2e prix...	M. Jean-Marc VERREAULT, M. Maurice CRÉPEAU } *ex æquo.*

Prix Lemieux

Première année..... M. Jean VEILLEUX.

Prix Vézina

Quatrième année..	1er prix...	M. Maurice CRÉPEAU ;
	2e prix...	M. Pierre-Paul DEMERS.

Prix Nadeau

Deuxième année...	1er prix...	M. Pierre TREMBLAY ;
	2e prix...	M. André CRÉPEAU.
Quatrième année..	1er prix...	M. Pierre-Paul DEMERS ;
	2e prix...	M. Maurice CRÉPEAU

Prix Jobin

Première année..... M. Jean VEILLEUX.

Prix Laënnec

Quatrième année..... M. Maurice CRÉPEAU.

Prix de l'internat

Quatrième année..... M. Maurice CRÉPEAU.

Prix Poliquin

Cinquième année..	1er prix...	M. Léon GROSLOUIS
	2e prix...	M. Jacques BRUNET, M. Eugène GORAYEB, M. Léo-Paul PICHETTE } *ex æquo.*

Prix Simard

Première année..... M. Charles SAINT-PIERRE } *ex æquo.*
M. Jean VEILLEUX }

Prix de l'ACFAS

Deuxième année..... M. Rock LEMIEUX.

Prix du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec

Attribué à l'étudiant de 5e année qui a obtenu le plus de points en pathologie médicale :

Cinquième année..... M. Claude BOURQUE

Attribué à l'étudiant de 2e année qui a obtenu le plus de points en physiologie :

Deuxième année..... M. Rock LEMIEUX.

Prix René-Fortier

Attribué à l'étudiant de 5e année qui a obtenu le plus de points en pédiatrie :

Cinquième année..... M. Claude BOURQUE } *ex æquo.*
M. Claude D'AMOURS }

Professeurs agrégés à la Faculté

A la suite du concours d'agrégation de la Faculté de médecine, trois nouveaux professeurs agrégés ont reçu leur nomination du Conseil universitaire : le docteur Jacques Turcot, F.R.C.S., F.A.C.S., assistant universitaire, en chirurgie ; le docteur Antoine Pettigrew, assistant universitaire, en chirurgie ; le docteur Jean Grandbois, assistant universitaire, en dermato-syphiligraphie.

Nominations à la Faculté de médecine de Laval

Le *docteur Gustave Auger*, professeur titulaire de propédeutique chirurgicale et assistant dans le Service « B » de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, a été nommé chef de clinique dans ce même Service.

Médication de choix

dans les cas de sinusites, laryngites et dans les infections des voies respiratoires

FORMULE

Iodoforme — Menthol
Iodures — Camphre

Ampoule de 1 cc.
(En solution huileuse de faible acidité.)

PRÉSENTATION :
Boîtes de 6, 25 et 100 ampoules.

Documentation complète et échantillon sur demande

REPRÉSENTANTS EXCLUSIFS POUR LE CANADA:

HERDT & CHARTON, INC.

"MÉDICAMENTS DE MARQUE"

2027, AVENUE DU COLLÈGE McGILL, MONTRÉAL.

Nous avons le plaisir de vous informer que le prix de ces ampoules a été réduit récemment de 25%.

HYPER-PROSTAL

(AMPOULES BUVABLES)

CHALONE TESTICULAIRE PROSTATOLYTIQUE

TRAITEMENT SCIENTIFIQUE

DU PROSTATISME DE LA POLLAKIURIE

DE LA SÉNILITÉ PRÉCOCE

Documentation et échantillon sur demande

Préparé au Canada selon la formule et le procédé de fabrication des

LABORATOIRES SPARTOL

PARIS. MONTRÉAL.

Représentants exclusifs au Canada

HERDT & CHARTON, INC.

2027, avenue du Collège McGill, - Montréal.

Le *docteur F.-X. Demers*, assistant dans les Services de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital de l'Enfant-Jésus et professeur agrégé à la Faculté de médecine, a été chargé du cours de gynécologie.

Le *docteur Jean Sirois*, chef des Services de neuro-chirurgie de l'hôpital de l'Enfant-Jésus et de l'hôpital Saint-Michel-Archange et assistant universitaire à la Faculté, a été chargé du cours de neuro-chirurgie.

Le *docteur Jacques Turcot*, F.R.C.S., F.A.C.S., assistant universitaire dans le Service « A » de chirurgie à l'Hôtel-Dieu, a été chargé d'un cours de pathologie chirurgicale.

Le *docteur Marcel Guay*, assistant universitaire dans le Service de médecine à l'Hôtel-Dieu, a été chargé d'un cours de séméiologie.

Le *docteur Maurice Turcotte*, assistant universitaire dans le Service de médecine de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, a été nommé chef de clinique dans ce même Service.

Le *docteur Maurice Samson*, assistant hospitalier dans le Service de chirurgie de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, a été chargé d'un cours de propédeutique dans ce même hôpital.

Association des médecins canadiens en France

La dernière réunion officielle de l'Association des médecins canadiens en France s'est tenue le mardi 20 mai à la Maison canadienne.

Ont reçu leur certificat de stage : les docteurs Laframboise, Dugas, Gagnon, Tarte, Filteau et Julien.

Étant donné le grand nombre de départs pour le Canada, et notamment celui du président, le docteur Melançon, il a été procédé à une désignation provisoire d'un président et d'un secrétaire, destinés à assurer la marche de l'Association par intérim jusqu'au moment des nouvelles arrivées en octobre, où une nouvelle élection générale aura lieu.

Le docteur Lorrain et le docteur Dionne sont élus respectivement président et secrétaire-trésorier à l'unanimité.

De plus, étant donné la part extrêmement active qui a été prise par le docteur Hillemand à l'orientation des Canadiens depuis son retour du Canada, il a été porté à la connaissance de l'Association que la section franco-canadienne de l'A. D. R. M. l'a désigné comme président-adjoint à la Commission d'orientation des études médicales. Il sera assisté dans l'orientation, lorsque cela lui sera possible par le professeur Jean Bernard, le docteur Chigot conservant la direction de l'orientation chirurgicale.

Bourse au docteur Mercédes Thérien

La fondation Nuffield vient de décerner une bourse d'études post-doctorales en sciences naturelles à Mademoiselle Mercédes Thérien, professeur auxiliaire et assistante de recherches à l'Institut de physiologie de l'université Laval. Elle ira poursuivre ses études et ses recherches en Angleterre, à l'université Cambridge, sous la direction du professeur Young. La fondation Nuffield accorde des bourses à ceux qui possèdent déjà un doctorat ès sciences et qui ont quelques années d'expérience dans l'enseignement et la recherche universitaire ; le Comité n'accorde qu'une bourse par année au Canada et c'est la première fois qu'un membre du personnel de l'université Laval en obtient une.

Mlle Thérien a déjà mérité des bourses du Conseil national de recherches (1945) et de la *Canadian Life Insurance Officers Association* (1951). Depuis 1945, elle étudie et poursuit ses travaux de recherches sous la direction du professeur Louis-Paul Dugal du département de physiologie expérimentale de la Faculté de médecine ; elle est docteur ès sciences (1948) avec très grande distinction ; depuis deux ans, elle est professeur auxiliaire et chargée des travaux pratiques à l'Institut de physiologie. Au cours de sa carrière, Mademoiselle Thérien a publié une vingtaine de travaux scientifiques sur le rôle hormonal de l'acide ascorbique.

Pierre JOBIN.