

Il est maintenant possible pour la faculté médicale de prescrire l'**AESCULUS HIPPOCASTANUM** (Marron d'Inde) et l'**HAMAMELIS VIRGINICA** et d'obtenir des résultats.

L'**AESCULIN** en contient des extraits concentrés, riches en essence, fraîchement préparés.

L'**AESCULIN** est préparé selon l'art par des gens de l'art.



FORMULE PAR 100 C.C.

Ext. Aesculus Hippocast. Sem. Liq. "Officine"	- - - -	40 c.c.
Ext. Hamamelidis Virg. Fol. Liq. "Officine"	- - - -	40 c.c.
Sol. glycero-hydroxy-ethylic. citric.	- - - -	20 c.c.

OFFICINE CANADIENNE INCORPORÉE

Fabricants de Spécialités Pharmaceutiques

MONTREAL — LABORATOIRES: LACHINE, QUE.

J. L. GIRARDEAU-GINGRAS, Phm.B., Président—Gerant Général

A. ROUSSELLE, Directeur

Distributeurs: Lymans Agencies, Ltée., Casier Postal, 1050, Place d'Armes, Montréal

*Aux vigiles
involontaires*



R_x

UPNOS

DOSE: Une cuillerée à dessert (ou 1 ou 2 comprimés) dans un peu d'eau tiède, lait ou jus de fruit, une heure avant le coucher. Répéter au coucher si nécessaire.

UPNOS liquide s'obtient en flacons de 100 c.c. et de 250 c.c. Les comprimés UPNOS sont offerts en boîtes de 24 et en flacons de 100 comprimés.

MÉDICATION SYMPTOMATIQUE
DE

*l'Insomnie nerveuse, passagère ou
persistante des*

Neurasthéniques
Psychopatiques
Surmenés

*Insomnie douloureuse
du prurit
des névralgies
des opérés*

*Insomnie fébrile des maladies
contagieuses*

LE LABORATOIRE DU BISMOL

99 Harbour, KINGSTON, B.W.I.

945, rue Côté
MONTRÉAL

45 Peddar, HONG-KONG

Représentants pour les États-Unis: **Geo. J. WALLAU Inc., 153 Waverly Place, N.-Y.**

DISTRIBUTEURS :

MONTRÉAL: La Cie Pharmaceutique DesBergers.
WINNIPEG et RÉGINA: National Drugs Limited.
VANCOUVER: B. C. Drugs Limited.

TORONTO: Drug Trading, National Drug & Chemical Co. Ltd.
CALGARY et EDMONTON: Alberta National Drugs Ltd.
HALIFAX et SAINT-JEAN: National-Canadian Drugs Ltd.



L'épreuve du Temps

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

ANÉMIES SECONDAIRES

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

FERRO-CATALYTIC

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

Charles E. Frosst & Co.
MONTREAL.- CANADA

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

CAPSULES
pour adultes
et
SIROP
pour enfants

SOMMAIRE

BULLETIN

LeSAGE:

- Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord — Le Congrès d'Ottawa-Hull, septembre 1938 559

MEMOIRES

Albéric MARIN:

- L'ictère chez les syphilitiques 562

L.-C. SIMARD:

- Sur la fréquence du cancer du sein chez la femme, dans la province de Québec, de 1927 à 1936 565

Emile LEGRAND:

- Troubles neuro-psychiatriques consécutifs à l'électrocution 571

RECUEIL DE FAITS

M. ROCH:

- Histoire d'un tabes à évolution lente — Réflexions sur la guérison des douleurs fulgurantes par une pneumonie 583

Léon GERIN-LAJOIE:

- Un cas d'auto-transfusion 586

Pierre SMITH et Gérard AUMONT:

- Dolichocôlon et interventions chirurgicales multiples 588

Georges HEBERT:

- Colique hépatique après cholécystectomie 591

Jean TREMBLAY:

- Considérations sur certains phlegmons du cou d'origine dentaire 593

REVUE GENERALE

G. PINSONNEAULT:

- Les indications de la biopsie dans le diagnostic des tumeurs 597

PETITE CLINIQUE

Donatien MARION:

- Môle hydatiforme 605

Jean PANET-RAYMOND et Marcel OSTIGUY:

- Un cas de syndrome paralytique unilatéral global des nerfs crâniens 606

VARIETES

François De MARTIGNY:

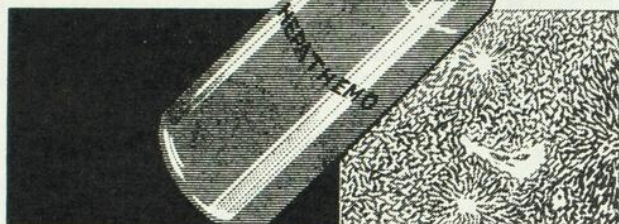
- En marge de la chirurgie canadienne 610

- FORMULAIRE 616

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHEMO

DESCHIENS



Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau

Forme ampoule • Forme sirop

**SYNDROMES
ANÉMIQUES**

DESCHIENS, 2, RUE PAUL BAUBRY - PARIS (VIII^e)
REPRÉSENTANT : ROUGIER, 350, RUE LENOIR - MONTRÉAL (CANADA)

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession - PARIS 15

OUABAÏNE ARNAUD

INDICATIONS

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

FORMES

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

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

Draeger



SOMMAIRE

(Suite)

ANALYSES 618

MEDECINE

Corrélations entre pathologie humaine et météorologie. Les idées de F. Petersen (p. 618). Nouvelles recherches sur l'hérédité de l'hypertension artérielle (p. 618). Les microdoses d'histamine en thérapeutique, en particulier dans le traitement des états allergiques (asthme, urticaire, migraine) et des ulcères gastroduodénaux (p. 619).

PHTISIOLOGIE

Le traitement des blessures thoracopulmonaires et de leurs complications (p. 620).

ENDOCRINOLOGIE

Goitre exophtalmique avec asystolie et rythme cardiaque normal (p. 620).

NEUROLOGIE

Chémoprophylaxie de la poliomyélite (p. 621). Tempérament et constitution des migraineux (p. 621).

PEDIATRIE

Traitement des néphrites aiguës de l'enfant (p. 622). Pyélocystites du nourrisson et anomalies congénitales des voies urinaires (p. 622). À propos des néphrites avec œdème chez le nourrisson (p. 623).

OBSTETRIQUE

Les transfusions de sang placentaire pratiquées avant et après les opérations (p. 623). Diagnostic biologique fait par l'étude quantitative des hormones gonadotropes du sérum sanguin chez les femmes enceintes (p. 623).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Le traitement des angiomes (p. 624).

RADIOLOGIE

Les méthodes d'irradiation des tumeurs malignes de l'amygdale (sarcomes et cancers) et leurs résultats (p. 624). Radiothérapie de l'herpès simple (p. 625).

LABORATOIRE

Essais de sérothérapie préventive antivaccinale (p. 625).

SOCIETES 626

La Société Médicale de Montréal: Séance du 5 avril 1938 (p. 626). Assemblée scientifique du Bureau médical de l'hôpital N.-Dame: Séance du 21 avril 1938 (p. 628).

NECROLOGIE 638

Le Docteur Noé Fournier.

REVUE DES LIVRES 639

BIBLIOGRAPHIE 644

NOUVELLES 648

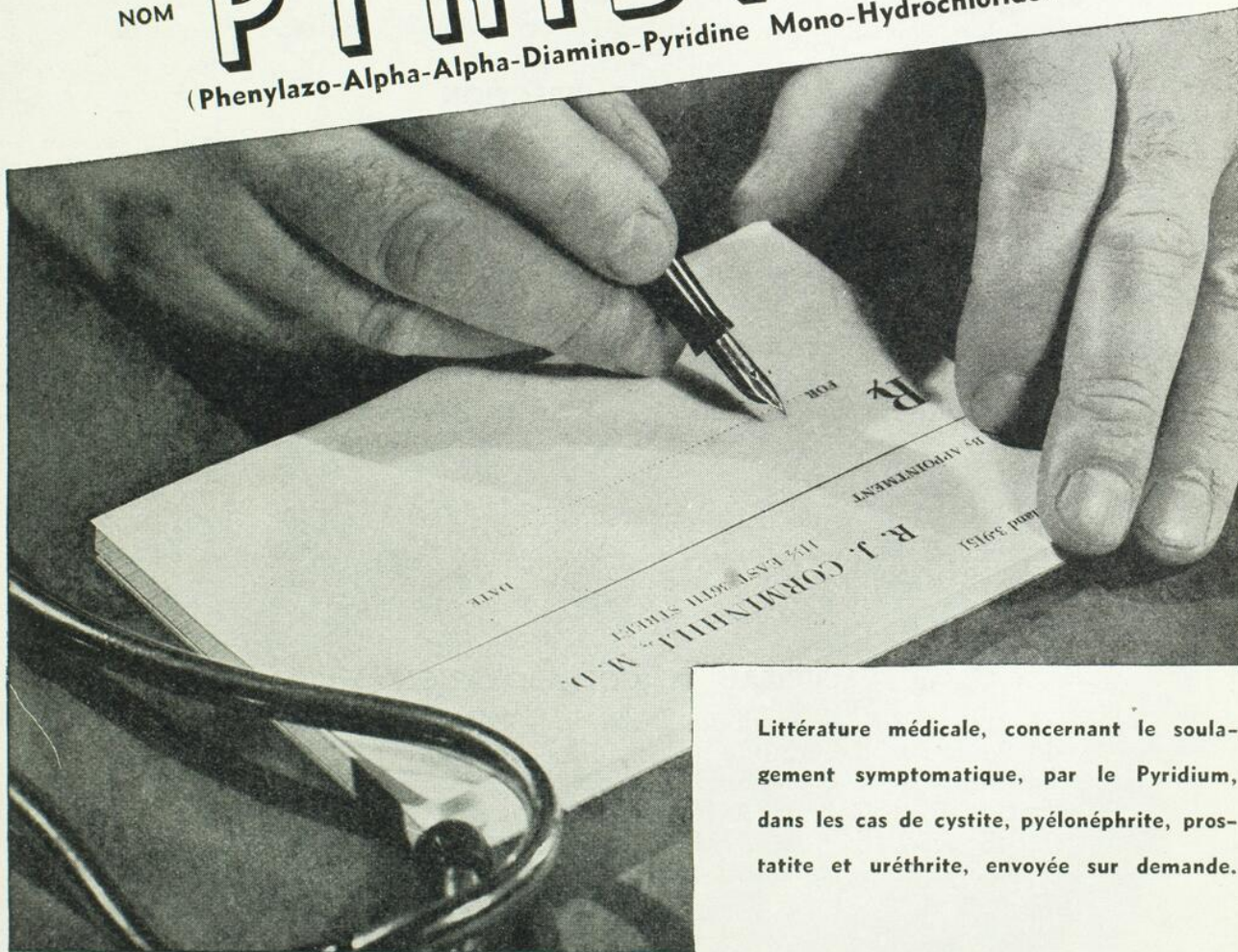
Congrès d'Ottawa-Hull: 5, 6, 7 et 8 septembre 1938. — Soutenances de thèses. — Concours Casgrain-Charbonneau. — Honneur au Dr W. Leblond de Québec. — Révision des études médicales. — Unités sanitaires de la province de Québec à l'honneur. — Comité provincial de Défense contre la Tuberculose, Inc. — 5e Congrès de la Presse Médicale Latine. — Cours de perfectionnement en Pédiatrie. — Congrès des Pédiatres de langue française. — Congrès International du Cancer. — XXVe Congrès Français de Médecine. — Déclaration de la poliomyélite.

LIVRES REÇUS EN MAI 1938 666

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

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

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



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

MERCK & CO. LTD.

Fabricants Chimistes

MONTREAL

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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



DIRECTION SCIENTIFIQUE

MEMBRES D'HONNEUR

Professeur Emile Sergent, de Paris.

Professeur Maurice Roch, Genève.

Professeur Pierre Masson.

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

BUREAU DE DIRECTION

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

BUREAU DE RÉDACTION

Rédacteur en chef

Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction

Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint

Roma Amyot

Membres

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

BUREAU DE COLLABORATION

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

Produits Spéciaux des LABORATOIRES LUMIÈRE

— 45, rue Villon, LYON —

ROUGIER FRÈRES — 350, rue Le MOYNE À MONTRÉAL (Canada)

Oléochrysos Lumière	L'or et le strontium. Suspension dans l'huile d'aurothiopropanol et sulfonate de strontium. Imprègne l'organisme lentement et régulièrement. Tuberculoses - Rhumatismes - Syphilis - Dermatoses.
Emgé Lumière	Médication hyposulfite magnésienne. Prophylaxie et traitement de tous les troubles liés à un état d'instabilité humorale. ANTI-CHOC.
Allochryisine Lumière	Chrysothérapie de la tuberculose par voie intramusculaire.
Cryptargol Lumière	Antiseptique intestinal non toxique. Adultes: 4 à 6 pilules par jour. Enfants: 1 à 4 cuillerées à café de granulé par jour.
Cryogénine Lumière	Antipyrétique et Analgésique. Pas de contre-indication. Un à trois grammes par jour.
Borosodine Lumière	Calmant antispasmodique. Adultes: Solution, une demi-cuillerée à 2 cuillerées à café par jour. Enfants: Sirop, une demi-cuillerée à 4 cuillerées à café par jour.
Tulle Gras Lumière	Pour le traitement des plaies cutanées. Évite l'adhérence des pansements. Se détache aisément sans douleur, ni hémorragie. Active les cicatrisations.
Rhéantine Lumière	Vaccinothérapie antigonococcique par voie buccale, quatre sphérules par jour, une heure avant les repas.
Entérovaccin Lumière	Antitypho-colique polyvalent. Pour immunition et traitement de la fièvre typhoïde.
Allocaïne Lumière	Aussi active que la cocaïne. Sept fois moins toxique. Mêmes emplois que la cocaïne.
Opozones Lumière	Préparations organothérapeutiques à tous organes contenant la totalité des principes actifs des organes frais.
Persodine Lumière	Dans tous les cas d'anorexie et d'inappétence.
Hémoplase Lumière	Médication énergique de toutes les déchéances organiques, quelle qu'en soit l'origine. (Ampoules, Cachets, Dragées, Granulés).

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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

●

ADMINISTRATION

OFFICIERS

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

COMITÉ EXÉCUTIF

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

COMITÉ DE PUBLICITÉ

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

COMITÉ DE PROPAGANDE

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

CORRESPONDANTS

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

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

SULFOCIDE

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

INFECTIONS
STREPTOCOCCIQUES
& GONOCOCCIQUES



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

●
LITTERATURE ET
ECHANTILLONS
SUR DEMANDE

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE
MONTREAL

• L'Union Médicale •

(du Canada)

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

Fondée en 1872

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

OFFICIERS

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

Rédacteur en chef
Albert LeSAGE

Secrétaire de la rédaction
Léon Gérin-Lajoie

Secrétaire adjoint
Roma Amyot

Membres

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

ONT COLLABORÉ AU VOLUME 66

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

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

POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY

EPINEPHRINE
STOVAINE
ANESTHÉSINE
EX¹ DE MARRONS
D'INDE PRAIS STABILISÉ



4
PRINCIPES
ACTIFS

HÉMORROÏDES

LABORATOIRES MIDY, 67 AVENUE DE WAGRAM, PARIS, (France)

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

TENEBRYL GUERBET

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

Moyen de contraste pour Urographie Intraveineuse

THERAPEUTIQUE ANTALGIQUE
TRAITEMENT IODÉ
RADIODIAGNOSTIC

LIPIODOL

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

AMPOULES
CAPSULES
EMULSION
COMPRIMÉS

LAB^{tes} A GUERBET & C^{ie}
22, RUE DU LANDY
ST OUEEN - PARIS

LAFAY

LABORATOIRES A. GUERBET & CIE - PARIS

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

OFFICIERS DE L'ASSOCIATION

Des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord

PRÉSIDENT HONORAIRE

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

DIRECTEUR-GÉNÉRAL

R.-E. VALIN,

165 est, ave Laurier, Ottawa.

SECRÉTAIRE-TRÉSORIER

Donatien MARION,

326 est, boul. St-Joseph, Montréal.

EXÉCUTIF DE L'ASSOCIATION

R.-E. VALIN

D. MARION

J.-A. JARRY,

J.-H. LAPOINTE

Arthur RICHARD

COMITÉ DU XV^e CONGRÈS

J.-H. LAPOINTE, Président

J.-R. BÉLISLE, 3^e Vice-président

A. RICHARD,

Secrétaire

R. LAROCHELLE, 4^e "

J.-M. LAFRAMBOISE,

Trésorier

B.-G. BOURGEOIS, 2^e Vice-présidentA. GRANGER 5^e "

ANCIENS PRÉSIDENTS

J.-E. DUBÉ

R.-E. VALIN

Albert LeSAGE

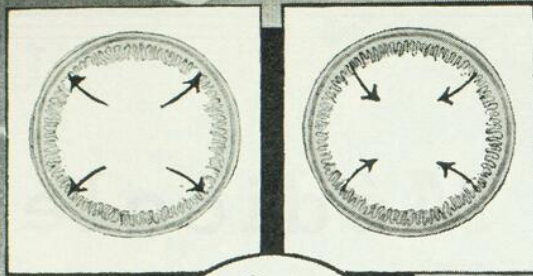
P.-C. DAGNEAU

J.-A. JARRY

Albert PAQUET

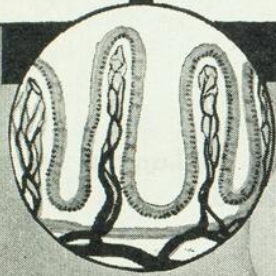
MEMBRES DU CONSEIL

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



Usual direction of osmotic force in intestine.

Reversal of osmotic force by Sal Hepatica in solution. Fluid is retained in intestine for production of Liquid Bulk.



Direction normale de la force osmotique dans l'intestin.

Le changement de la force osmotique par Sal Hepatica en solution. Les substances fluides sont retenues dans l'intestin pour constituer son volume liquide.

Osmotic Influence

gives **LIQUID BULK** for COLONIC IRRIGATION

L'Action Osmotique produit LE VOLUME DE LIQUIDE pour L'IRRIGATION DU COLON



L'action osmotique de SAL HEPATICA retarde quelque peu l'absorption par l'intestin des liquides ingérés. Le volume de liquide qui en résulte stimule le péristaltisme; il lubrifie et nettoie le tractus intestinal et facilite l'élimination des déchets. L'efficacité de SAL HEPATICA repose sur le fait que le volume surajouté est pratiquement composé d'eau.

Les alcalins minéraux que contient SAL HEPATICA aident à neutraliser l'excès d'acidité stomacale. Ils constituent également un cholagogue efficace qui facilite la digestion en augmentant l'écoulement de la bile.

SAL HEPATICA agit d'une façon analogue à celle d'eau minérale de sources réputées. Il constitue une savoureuse boisson effervescente.

Echantillons et littérature envoyés sur demande.

SAL HEPATICA

Nettoie le tractus intestinal et aide la nature à combattre l'acidité gastrique

1241-F, rue Benoit **BRISTOL-MYERS COMPANY** Montréal, Canada

• L'Union Médicale •

(du Canada)

Fondée en 1872

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

●

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

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

●

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

●

COLLABORATION: Seuls les travaux inédits sont acceptés.

●

MANUSCRITS: Les manuscrits doivent être dactylographiés avec double interligne.

L' *AMPHO-VACCIN* INTESTINAL

à ingérer

INFECTIONS MICROBIENNES
AIGUES OU CHRONIQUES

EMPLOI COMMODE ET AGREABLE

IL AGIT RAPIDEMENT PAR SON LYSAT, SANS
CHOC NI REACTION, ASSURANT RAPIDEMENT
UN

MICROBISME INTESTINAL NORMAL
AVEC TOUTES SES CONSEQUENCES HEUREUSES



AUCUNE CONTRE-INDICATION

Laboratoires des] **AMPHO-VACCINS**

AGENTS GENERAUX:

MILLET, ROUX & Cie Limitée
1215, rue Saint-Denis - Montréal

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

Nous n'acceptons pas des négatifs de clichés.

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

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

•

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

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

•

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

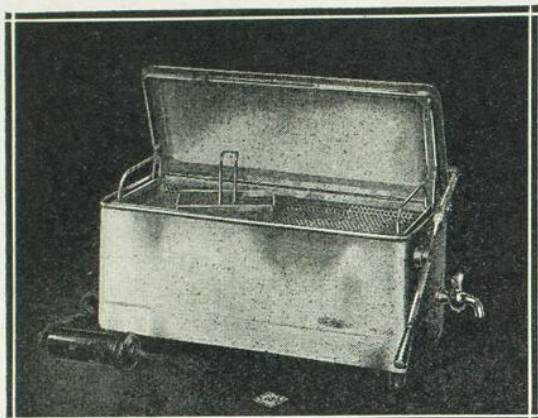
	4 pages	8 pages	16 pages	32 pages
100	\$3.00	\$ 5.00	\$ 7.50	\$12.50
200	3.75	6.00	11.00	18.00
500	5.50	10.50	17.00	26.50
1000	7.75	15.00	23.15	33.00

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

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

100 \$ 5.00
200 6.50
500 11.00
1000 18.50

STERILISATION



**EFFICACE
AUTOMATIQUE
ECONOMIQUE**
POUR
Médecins et Hôpitaux

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

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

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

Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.

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

"CASTLE"

REPRESENTANTS
EXCLUSIFS :

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée, Montréal

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

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

Générateurs à Thérapie Profonde 200 - 400 K. V.

Générateurs Combinés (Diagnostic - Thérapie)

Générateurs à Diagnostic (Haut Milliampérage)

Générateurs à Diagnostic (Condensateurs)

Générateurs à Diagnostic pour Praticien

Tables à Rayons-X (modèles de tous genres)

Fluoroscopes verticaux. Stéréoscope

Civière Radiographique Spéciale

Appareils à Haute - Fréquence

Escamoteurs de Cassettes

Ampoules à Rayons-X

Electro-Cardiographe

Accessoires.



▲
Littérature
descriptive
gracieusement
fournie
▼

CASGRAIN & CHARBONNEAU
Limitée

REPRESENTANTS EXCLUSIFS

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

•

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

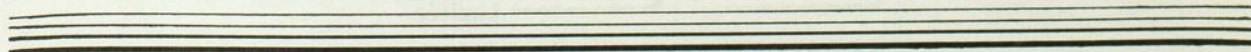
•

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

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

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

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



*toutes les
vitamines*

PANVITA

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

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

Littérature et échantillons.


Dépositaire pour le Canada et les Etats-Unis:

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



PREMIÈRE
HORMONE MALE

PERANDREN

"CIBA" 

De nombreuses observations cliniques bien définies sur l'action du **Perandren** (propionate de testostérone) sont maintenant acquises. Les applications pratiques de cette thérapeutique nouvelle dans certains symptômes et réactions pathologiques dus à un trouble de la sécrétion hormonale chez l'homme et quelquefois chez la femme deviennent de plus en plus précises. Outre les ampoules de **Perandren** de 5 mgrms, l'expérimentation clinique a reconnu la nécessité de doses plus fortes; des ampoules de 10 et 25 mgrms sont donc maintenant présentées pour l'usage thérapeutique.

Par suite du développement de notre hormone orchitique de synthèse, le **Perandren**, il nous a été possible de diminuer d'à peu près de 50% le prix des ampoules de 5 mgrms, et de fixer des prix les plus bas pour les ampoules de 10 et 25 mgrms.

*Ampoules de 1.1 cc.
contenant
5, 10 et 25 mgrms.*

*Boîtes de
3 et 6 ampoules*



CIBA

759 Victoria Sq., Montreal.

ELECTRARGOL

Argent colloïdal électrique à petits grains, stérile et stable

Constitue la base de la

MÉDICATION ANTI-INFECTIEUSE GÉNÉRALE ET LOCALE

Médecine: Pleurésies, Méningites, Phlébites.

Gynécologie: Métrites, Vaginites.

Chirurgie: Plaies, Suppurations, Fractures Ouvertes, Absès Superficiels, Phlegmons, Panaris, Absès du sein, Anthrax.

(Ampoules de 5 et 10 c.c.)

- Collyre Electrargol en ampoules compte-gouttes stérilisées de 25 c.c., permettant l'instillation nasale ou oculaire dans les meilleures conditions d'asepsie.

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

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

GENESERINE

Polonovski et Nitzberg

granules — gélules — gouttes — ampoules.

SÉDATIF DES
TROUBLES SYMPATHIQUES

—♦♦—
HYPO-ACIDITÉ

—♦♦—
TACHYCARDIE

GENATROPINE

Polonovski et Nitzberg

granules — gouttes — ampoules.

SÉDATIF DU VAGUE

—♦♦—
HYPERCHLORHYDRIE

—♦♦—
SPASMES DIGESTIFS

—♦♦—
VOMISSEMENTS

GENOSCOPOLAMINE

Polonovski et Nitzberg

granules — gouttes — ampoules.

ANESTHÉSIE CHIRURGICALE

—♦♦—
PARKINSONISME

—♦♦—
SYNDROMES
POSTENCÉPHALITIQUES

Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, Pharmacien, PARIS

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



PEPTONE IODÉE SPÉCIALE

LA PLUS RICHE EN IODE ORGANIQUE, ASSIMILABLE, UTILISABLE

Iodogénol Pépin

GOÛT
AGRÉABLE

TOUTES LES INDICATIONS DE L'IODE
ET DES IODURES MÉTALLIQUES

TOLÉRANCE
PARFAITE

Bien supérieur aux Sirops et Vins Iodés ou Iodotanniques.

PRESCRIRE

AUX ENFANTS : 10 à 30 gouttes par jour. — AUX ADULTES : 40 à 60 gouttes par jour.

Échantillons sur demande
à MM. les Docteurs.

Laboratoires PÉPIN & LÉBOUCQ,
COURBEVOIE — PARIS

Dépôt général pour le Canada: J. Eddé, Limitée, New Birks Bldg., Montréal.

Après

La CONFERENCE DE MINUIT

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

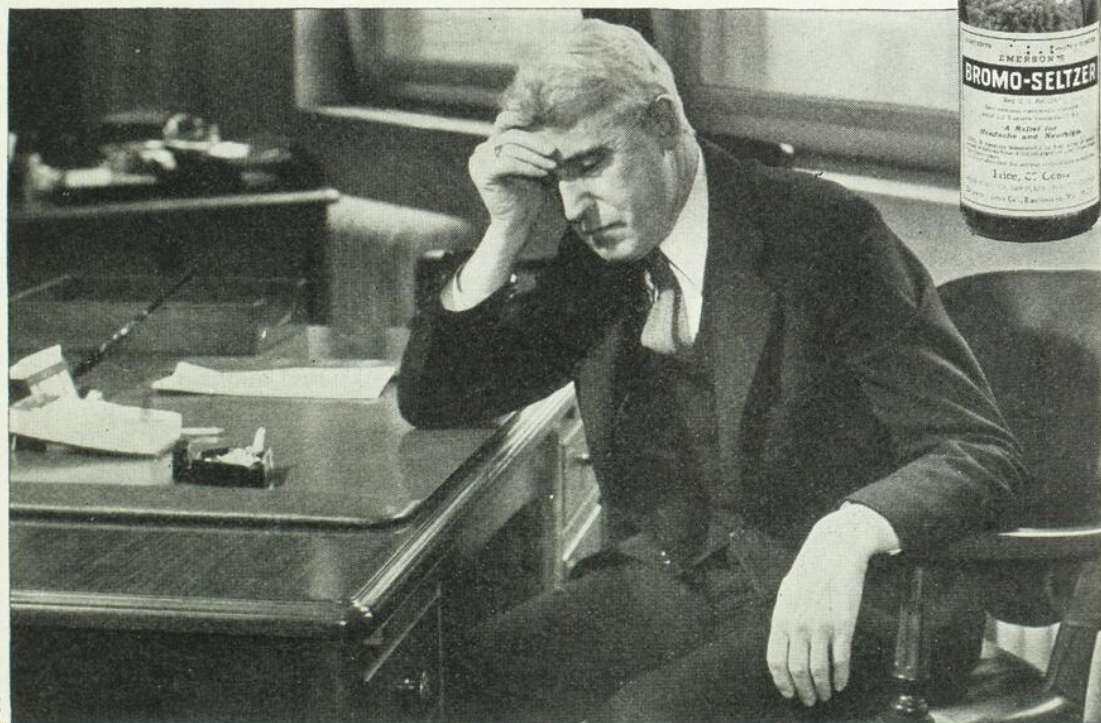
Votre première pensée est de soulager la douleur. Vous éliminez les narcotiques. Songez alors à **Bromo-Seltzer** qui empêche la transmission de la douleur

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

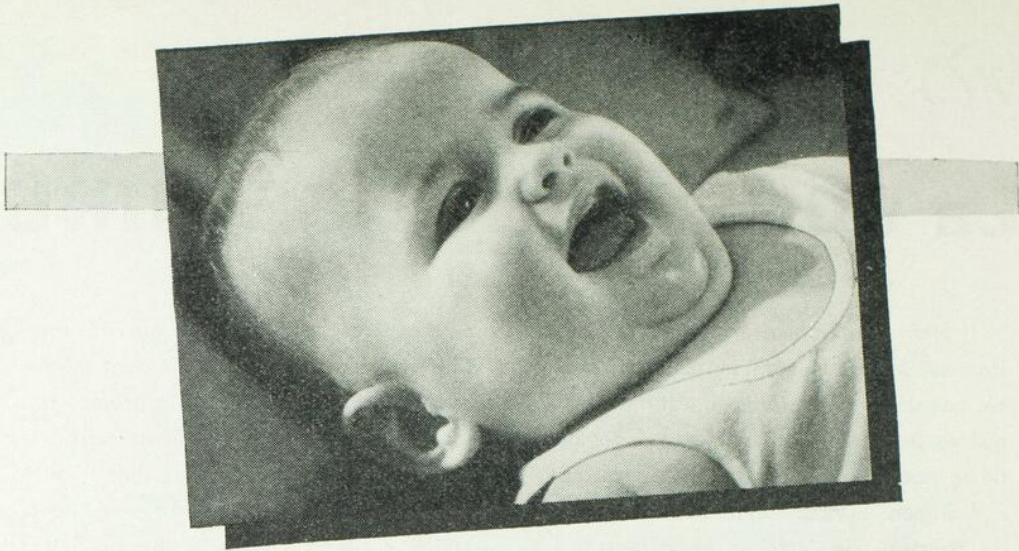
Bromo-Seltzer apporte un prompt soulagement et stimule en même temps les facultés intellectuelles. Il calme l'irritation nerveuse et permet le repos. Les citrates contenues dans le **Bromo-Seltzer** tendent à faciliter la digestion, à restaurer la réserve alcaline et à augmenter la sensation de bien-être.

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

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



BROMO-SELTZER LTD. TORONTO, CANADA



Le Comité sur les Aliments FAIT SON RAPPORT:

« Il est, bien entendu, abondamment prouvé que les bébés et les très jeunes enfants ont besoin d'un supplément de Vitamine D... Il semble au Comité qu'il est dans l'intérêt du public en général de reconnaître et d'accepter le renforcement des aliments au moyen de la Vitamine D... De tous les aliments ordinaires qui sont vendus, le lait est celui qui se prête le mieux à recevoir un supplément de Vitamine D. » — LE COMITÉ SUR LES ALIMENTS, Association Médicale Américaine: J. A. M. A., 16 janvier 1937.



UN LIVRET POUR LES MEDECINS

— Vous êtes prié d'écrire pour demander un exemplaire du livret intitulé: «Alimentation Simplifiée pour Bébés». Vous y trouverez des renseignements provenant d'autorités compétentes sur l'emploi du Lait Carnation Irradié dans tous les cas d'alimentation — normale ou difficile... Carnation Company, Ltd., Toronto, Ontario.

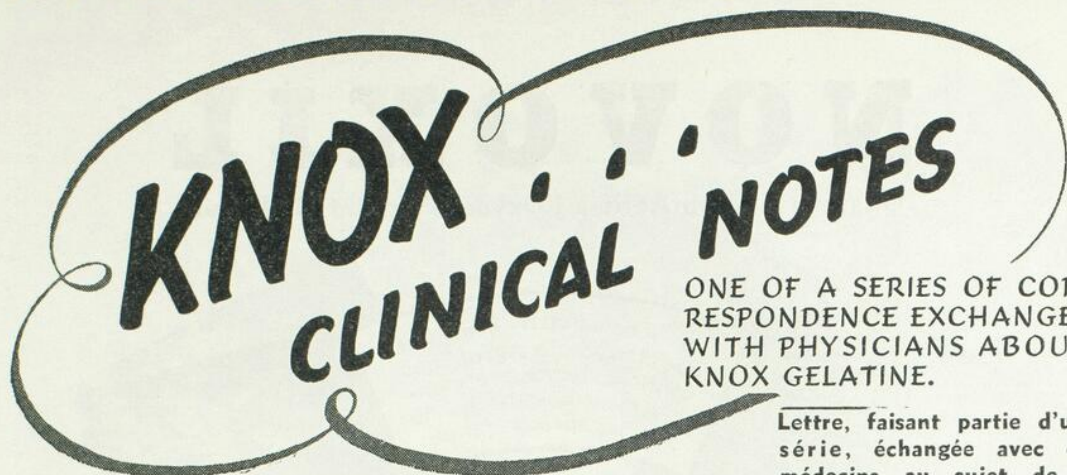
DANS le Lait Carnation Irradié, le médecin a, à sa disposition, un lait de qualité indiscutable, auquel on a ajouté de la Vitamine D en l'exposant à l'action des rayons ultraviolets. Des épreuves biologiques assurent, à ce lait, une haute teneur en Vitamine D, et le soin méticuleux dont il est l'objet au cours de sa préparation en garantit la pureté et l'uniformité au point de vue alimentaire.



CARNATION MILK IRRADIÉ

UN PRODUIT CANADIEN "Provenant de vaches bien nourries"

NOTES CLINIQUES à propos de KNOX



ONE OF A SERIES OF CORRESPONDENCE EXCHANGES WITH PHYSICIANS ABOUT KNOX GELATINE.

Lettre, faisant partie d'une série, échangée avec des médecins au sujet de la Gélatine Knox.

QUESTION

concernant la Gélatine Knox comme adjuvant au régime

Un médecin sympathique nous écrit: « Je traite un cas d'affection cœliaque à qui je désire donner de la gélatine avec des jus de fruit, en omettant le sucre. J'apprécierais recevoir vos suggestions concernant sa préparation. »

REPONSE du Laboratoire de la GÉLATINE KNOX

Voici deux bonnes manières d'administrer la Gélatine Knox sous forme concentrée:

LA BANANE « KNOX » FOUETTÉE.

Écrasez parfaitement une banane mûre. Saupoudrez sur le dessus 2 enveloppes de Gélatine Knox et fouettez en mêlant bien la gélatine et la banane. Lorsque le tout est bien mélangé, servez.

Total: Environ 250 calories.

LE FRUIT « KNOX » FOUETTÉ.

Mettez le contenu de 2 enveloppes de Gélatine Knox dans une soucoupe ou un plat à céréale. Ajoutez-y 8 cuillerées à soupe de n'importe quel jus de fruit frais ou de conserve, du jus de raisin par exemple. Laissez tremper pendant cinq minutes et mangez avec la cuillère à thé.

Total: 4 onces de mélange — 100 calories.

Pourquoi devez-vous insister sur la Gélatine mousseuse Knox?

Parce que la Gélatine Knox contient 85 p. c. de protéine sous forme facilement digestible — parce qu'elle ne contient absolument pas de sucre ou autres substances susceptibles de causer des gaz ou de la fermentation. La Gélatine Knox ne doit pas être confondue avec une poudre de gélatine manufacturée, chargée de sucre. La Gélatine Knox a été employée avec succès dans les régimes de convalescents, des anorexiques, des tuberculeux, des diabétiques, des colitiques et des vieillards.

Échantillons et livres de recettes utiles envoyés sur demande. Écrivez au Dépt. 472.



GÉLATINE MOUSSEUSE KNOX PURE ET SANS SUCRE

KNOX GELATINE LABORATORIES, Johnstown, N. Y.

NOVOXIL

(Onguent Squibb Actif à l'Oxyde d'Argent Colloïdal)



PREPARATION A L'OXYDE D'ARGENT, D'UN TYPE NOUVEAU ET INUSITE

NOVOXIL * est un onguent qui contient 5 pour cent d'oxyde d'argent colloïdal dispersé dans une base de pétrole. Il offre les avantages distinctifs suivants:

- | | |
|---|--|
| 1. Bactéricide. | 5. Non irritant. |
| 2. Grand pouvoir de pénétration des tissus. | 6. Sans action caustique. |
| 3. N'est pas précipité dans les tissus, mais, en apparence, complètement éliminé. | 7. Puissamment stable. |
| 4. Non toxique. | 8. Ne tache pas les tissus viables, mais tache de façon permanente le linge et les bandages. |

NOVOXIL est utile dans n'importe lequel des cas suivants:

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. Eruptions cutanées infectées. | 7. Blessures malignes infectées (profondes ou superficielles). |
| 2. Ulcération chronique. | 8. Conditions proctologiques. |
| 3. Lésions érysipélateuses. | 9. Infection des alvéoles dentaires. |
| 4. Plaies de lit. | 10. Blépharite. |
| 5. Herpès. | 11. Infections de la voie génitale inférieure de la femme. |
| 6. Blessures bénignes. | |

Pour que vous puissiez éprouver par vous-même le produit, nous nous ferons un plaisir de vous envoyer un paquet gratuit de Novoxil avec imprimés expliquant de façon plus détaillée ses effets et ses utilisations. Adressez votre demande au Professional Service Department, 36 Caledonia Road, Toronto, Ont.

NOVOXIL (Onguent Squibb à l'Oxyde d'Argent Colloïdal) est fourni en tubes de 1/4 once et en pots de 1/4 livre.

* Novoxil est une marque de fabrique de E. R. Squibb & Sons.

E. R. SQUIBB & SONS, OF CANADA LIMITED

Fabricants de Produits Chimiques pour le Corps Médical depuis 1858

GÉLOGASTRINE LICARDY



GÉLOGASTRINE

1 cuillerée à bouche
avant chaque repas
ou au moment des crises

GÉLOGASTRINE

2 tablettes avant
chaque repas
ou au moment des crises

LABORATOIRES LICARDY - 38, Brd Bourdon, NEUILLY-PARIS

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

NEUROTROPHOL BYLA

Tonique Nervin à base

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

SURMENAGE — EPUISEMENT — NEURASTHENIE

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

SPLENARMONE BYLA

Reconstituant général, à base

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

ANEMIES — CONVALESCENCE

(AMPOULES et SIROP)

LES ÉTABLISSEMENTS BYLA, PARIS

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

POMMADE AU
PICRATE DE BUTÉSINE

**POUR BRÛLURES DE TOUS
 DEGRÉS ET DE TOUS GENRES**

Par une triple action anesthésique—anal-
 gésique—antiseptique la pommade au
 Picrate de Butésine, Abbott, constitue le
 traitement idéal pour les brûlures de tous
 degrés et de tous genres.

Dans les brûlures même les plus graves la
 douleur aiguë trouve un rapide soulage-
 ment. Toute cause d'infection est effica-
 cément combattue. La granulation et la
 reconstitution des cellules épithéliales
 sont stimulées.

La pommade au Picrate de Butésine don-
 ne des résultats particulièrement précieux

dans le traitement des brûlures étendues
 dues aux insulations.

Une application simple et rapide fait de la
 pommade au Picrate de Butésine le traî-
 tement de choix des grands hôpitaux
 modernes et des cliniques d'urgence des
 établissements industriels.

Conditionnement: tubes de 1 oz.
 et de 2 oz., pots de 1 lb. et 5 lb.

LABORATOIRES ABBOTT

388 OUEST, RUE SAINT-PAUL - MONTRÉAL



Veuillez s. v. p. m'envoyer littérature et échan-
 tillon de la Pommade au Picrate de Butésine.

Dr _____

Adresse _____

BULLETIN

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

LE CONGRÈS D'OTTAWA - HULL, SEPTEMBRE 1938

« Nous pourrons alors compter sur un élan
généreux de toutes les bonnes volontés que
rien ne viendra paralyser, et les obstacles
seront facilement surmontés. »

Prof. BROCHU, 25 juin 1900, à Québec.

Le Congrès de l'Association des M. L. F. A. N. tiendra ses assises à Ottawa sous la présidence du Dr Lapointe, les 5, 6, 7 et 8 septembre prochain.

Depuis 1902, date du premier Congrès, à Québec, présidé par le Prof. Brochu, le fondateur, les médecins canadiens-français, animés d'un esprit d'étroite collaboration et de confiance, se sont ralliés spontanément et fidèlement autour de cette vaste organisation qui s'étend non seulement à tous les centres français de l'Amérique du Nord, mais aussi en France et même dans les pays de race latine, en particulier l'Italie et la Roumanie, qui se sont déjà fait représenter à Montréal et à Québec en 1934.

Ces Congrès nous ont fait connaître et apprécier en stimulant notre zèle pour les travaux de recherches.

D'autre part, nos Universités françaises ont bénéficié de ces relations étroites avec les pays d'Europe et les centres médicaux français d'Amérique. Il suffit, pour s'en convaincre, de rappeler le splendide isolement dans lequel nous vivions avant 1902, en le comparant à notre situation actuelle et aux innombrables avantages que nous en avons tirés pour reconnaître les bienfaits inappréciables d'une telle organisation. Toutes les fondations françaises subséquentes, au Canada, dérivent de notre Association des M. L. F. A. N. qui a sonné le réveil en France et ailleurs, telles: l'*Alliance Française*, *France-Amérique*, les *missions Françaises et Canadiennes*, l'*Institut Franco-Canadien*; les *Professeurs Français* en mission d'enseignement dans la province de Québec, nos délégués à la Sorbonne pour y enseigner notre histoire, les *bourses canadiennes et françaises*, les *livres*, les *journaux*, les *médicaments* et l'*enseignement français* de plus en plus prônés et répandus ici. Bref, ce sont ces liens, ces échanges de vues et les sympathies racières qui exercent aujourd'hui une *influence décisive* sur notre avenir intellectuel si plein de promesses. Ce résultat magnifique, nous le devons à notre Association, *une et indivisible*, ne l'oublions pas. Nos hommes d'Etat en ont compris l'importance, même au début, ce fut là leur mérite, en contribuant généreusement des deniers publics à chaque Congrès,

afin de stabiliser une œuvre aussi méritoire. Nous comptons toujours sur leur appui, car notre pays en a largement bénéficié. Mais les médecins doivent, avant tout, donner l'exemple de la solidarité en cette circonstance, en assistant, nombreux, au Congrès d'Ottawa, en Septembre, présidé par le Dr Lapointe, dont l'inlassable activité et le programme intéressant, que nous publions, ici même, mérite les encouragements de tous. Nous ne doutons pas, malgré tout, que les deux plus importants centres de la province de Québec doivent s'unir, une fois de plus, pour en assurer le succès.

Québec, berceau de l'Association, siège de notre plus ancienne Université où se recrutent des médecins de haut savoir, dont nous connaissons l'élan et le bel esprit d'abnégation...

Montréal, avec sa grande Université française, dont les activités nombreuses et variées contribuent si largement au mouvement scientifique en cette province, et cela, sans hésitation ni restrictions, soucieuse, par-dessus tout, de l'intérêt général.

Ottawa, capitale du Canada, siège du Gouvernement, où nous comptons des élèves nombreux, actifs et instruits et qui luttent avec succès pour implanter les méthodes françaises en Ontario. Tous sont d'anciens élèves de nos Universités. Nous leur devons notre appui sincère et loyal, quelles que soient, souvent, les difficultés de l'heure.

Les *Provinces de l'Ouest*, où s'essaient, dans les principaux centres, bon nombre de nos meilleurs élèves qui nous ont quittés à regret pour aller tenter fortune là-bas et y faire connaître nos méthodes et un peu de notre âme canadienne.

Mentionnons aussi Trois-Rivières, Sherbrooke, St-Hyacinthe, Joliette, les provinces Maritimes et les centres Franco-américains.

Nous faisons donc un appel à tous de se grouper de nouveau près du Comité Exécutif afin de réaliser, une fois de plus, le but si cher à ceux qui en furent les pionniers ainsi qu'à leurs dignes successeurs. N'oublions pas que nous sommes une minorité au Canada et en Amérique. Nous devenons une force, du point de vue médical, si nous nous solidarisons, surtout durant nos congrès de médecine, en vue de publier quelques-uns de nos travaux de recherches et certaines de nos observations poursuivis, sans bruit ni trêve, dans nos hôpitaux, si bien outillés, et dans nos deux grandes Universités Françaises d'Amérique.

Souvenons-nous qu'une nation n'est pas enfermée dans les quatre murailles d'un Parlement, et que le véritable patriotisme est un acte de foi, sans cesse renouvelé, de chaque citoyen, de chaque groupement social, et en toute occasion, dans l'avenir de sa race... pourvu qu'elle dure selon sa tradition et sa culture, car « la science, dit-on, donne en peu de temps l'expérience de plusieurs siècles ».

PROGRAMME PRÉLIMINAIRE DU CONGRÈS

Le congrès aura lieu les 5, 6, 7, 8 du mois de septembre 1938 et voici dans les grandes lignes le programme ainsi qu'une liste partielle des sujets qui y seront traités:

Lundi, le 5 septembre: Ouverture solennelle du congrès. Seront invités les représentants de l'Etat, de la magistrature, du clergé, etc...

Mercredi, le 7 septembre, à neuf heures du soir: Réception du président du congrès, suivie de danse.

Jeudi, le 8 septembre, à huit heures du soir: Banquet et bal.

Quelques-uns des sujets qui seront traités:

Les tremblements — diagnostic clinique.
Examen du fond de l'œil comme moyen de diagnostic et de contrôle.
Dystonies neuro-végétatives.
Pathologie et thérapeutique de l'individu.
Conception moderne — maladies contagieuses.
Hémorroïdes et leur traitement par les injections sclérosantes.
Traitement moderne des brûlures.
L'hypertension artérielle.
Abdomen aigu.
Vision et accidents d'automobile.

Traitement chirurgical de l'impuissance chez l'homme.

Les progrès de l'insulino-thérapie.

Les tumeurs broncho-pulmonaires, bénignes et malignes.

Médecine d'Etat et assurance-maladie.

Le syndrome angineux.

Chimio-vaccino-pyrétothérapie de la Syphilis nerveuse.

Conception actuelle de l'éclampsie.

Hydronephroses latentes simulant des troubles digestifs.

Traitement chirurgical de l'hypertension artérielle.

Les comas — diagnostic différentiel.

La radiothérapie des affections cutanées non-cancéreuses.

Les hémorragies utérines.

Le problème amygdalien.

Les douleurs lombo-sacrées.

L'encéphalographie gazeuse dans les services de neurologie médicale.

Lever précoce en chirurgie abdomino-pelvienne.

Diagnostic précoce du cancer de l'estomac.

Les maladies de la thyroïde.

Diagnostic de l'épilepsie par l'épreuve de l'eau.

ERRATUM

Les noms exacts des auteurs du mémoire suivant: **LEONTIASIS OSSEA ET MALADIE DE PAGET**, paru dans le numéro de mai, sont **MM. G. Pinsonneault** et **Albert Jutras** et non **Albert Dupras**. Nous adressons nos excuses aux auteurs.

MÉMOIRES

L'ICTÈRE CHEZ LES SYPHILITIQUES

Par Albéric MARIN.

Nous avons déjà publié ici même, (*Union Médicale*, avril 1929) un mémoire auquel nous empruntons aujourd'hui pour le bénéfice de celui-ci.

Un syphilitique, au cours de son existence, peut faire de l'ictère et le diagnostic étiologique de ce syndrome présenter de réelles difficultés. La clinique et le laboratoire nous démontrent fort bien qu'il s'agit d'un ictère chez un syphilitique, mais ne peuvent bien souvent nous donner d'autres indications.

Et cependant diverses éventualités se présentent. Envisageons a) d'abord le cas du syphilitique récent ou ancien non traité, b) ensuite celui du syphilitique qui subit ou vient de subir une cure.

A) Ce malade, par exemple, peu de jours après l'apparition de son chancre, s'aperçoit d'un léger ictère. Sous le coup du traitement spécifique, ictère et ulcération primaire disparaissent aussitôt. C'est l'ictère syphilitique primaire (Gastou, Sevestre, Laurent).

Cet autre, lors de son explosion secondaire, avec les signes cliniques de la septicémie tréponémique, montrera une teinte jaunâtre de la peau et des conjonctives. Ici encore, la médication antiluétique agira vivement. C'est l'ictère syphilitique secondaire. (Fournier, Gaucher, Ramond).

Ce troisième enfin, rendu à une période plus ancienne de son infection, avec ou sans lésions cutanéomuqueuses, aura un ictère dû à une infiltration scléro-gommeuse du foie. Ici, le diagnostic est toujours hésitant et ce n'est vraiment qu'un traitement d'épreuve positif qui confirmera celui d'ictère syphilitique tertiaire.

A part ces accidents liés à la tréponémie et dont l'étiologie est d'habitude assez aisément

mise à jour, il peut en survenir d'une autre nature: lithiasique, catarrhal, en rapport avec un cancer de la tête du pancréas, du foie, paludéen, etc.

L'ictère lithiasique s'individualise facilement: colique hépatique, nausées, vomissements, jaunisse.

L'ictère catarrhal a un début fébrile, donne de l'embarras gastro-intestinal, une langue saburrale.

L'évolution lente, insidieuse, l'amaigrissement, la palpation révèlent la néoplasie.

L'histoire du malade, l'hypertrophie de la rate, les accès fébriles, la recherche de l'hématozoaire permettent de dépister la malaria. Les différents cas que nous venons de passer en revue rapide, se posent habituellement avec assez de clarté pour rendre inutiles plus de commentaires. Le diagnostic n'en est pas tellement ardu et indique la conduite à tenir.

B) Mais il se présente des circonstances où la difficulté de résoudre le problème étiologique devient très grande.

Ce sont ces ictères para-thérapeutiques qui s'installent chez des syphilitiques durant une cure arsénobenzolique ou peu de temps après celle-ci. S'ils apparaissent au cours du traitement, ils sont dits intra-thérapeutiques (Clément-Simon) et post-thérapeutiques, s'ils surviennent quelque temps après sa cessation.

Dès les débuts de l'arsénothérapie, lorsqu'un syphilitique en cours de traitement ou venant de le terminer, faisait de la jaunisse, on l'attribuait à tout coup au médicament. C'était une réaction toxique et l'arsenic devenait formellement contre-indiqué chez ce sujet.

De nos jours encore, en de très nombreux milieux, cette façon de concevoir les choses

est solidement ancrée: le syphilitique a reçu de l'arsenic, celui-ci est donc à blâmer.

Cette attitude simpliste a conduit à de nombreux abus. Elle omet le fait que la syphilis, elle aussi, peut être responsable de ce syndrome ou encore que le réveil d'un microbisme latent des voies biliaires par choc médicamenteux est capable de le réaliser.

Donc, trois éventualités à envisager: intoxication, syphilis du foie, biotropisme.

INTOXICATION.

Elle est, croyons-nous, exceptionnelle.

Si la jaunisse survient dès les premières injections, il est difficile de croire que ces petites doses aient pu empoisonner le malade. Si elle se montre quelques semaines après la dernière piqûre, la théorie de l'intoxication est encore plus dure à faire accepter.

Comment croire en effet que l'arsénobenzol peut être coupable de cet accident alors qu'il est éliminé depuis longtemps et que les recherches de laboratoire n'en peuvent déceler aucune trace?

On considère qu'une forte dose (0.90 ctgs) est complètement sortie de l'organisme 5-6 jours après son administration. Fenwick, Sweet, Lowe, Lynch, Bailey n'ont pas trouvé de traces d'arsenic dans les urines de ces ictériques. Même une autopsie n'a pas montré du côté du foie une teneur d'arsenic anormalement élevée.

Nous traitons depuis des années à doses hautes et prolongées plusieurs alcooliques qui supportent le traitement aussi bien que les sujets sains. Ceux-ci réagissent tout autant que les tarés.

Si l'arsénobenzol était un toxique du foie, l'ictère surviendrait infailliblement chez tous; à une dose donnée, tous auraient des accidents et constamment.

Ainsi que le souligne Tzanck, une caractéristique de l'intoxication c'est de donner à tous les mêmes phénomènes, à la même dose: « Un toxique agit de façon identique sur la collectivité, non pas différemment sur quelques personnalités. »

L'ictère est des plus rares même si le traitement est poursuivi durant des années. Ce qui frappe, au contraire, c'est de constater qu'il est beaucoup plus fréquent dès les premières semaines, bien avant qu'aient été données des doses élevées et nombreuses. (Ruge, Wiles, Sims). La dose élevée n'y est donc pour rien. Milian estime qu'à peine 1% des jaunisses parathérapeutiques sont d'origine toxique.

On ne peut pas plus accuser le novar d'en être responsable que d'attribuer à la syphilis tous les méfaits qui arrivent à un vérolé. (Irgáng).

Enfin, notons, et ceci est très important, que la presque totalité de ces malades ne feront plus d'accidents s'ils sont remis au novar. A peine 2% de ceux-ci sont exposés à faire un nouvel ictère (Soffer). S'il s'agissait d'intoxication, il est logique de croire que la reprise entraînerait les mêmes effets.

SYPHILIS HÉPATIQUE

1° Ainsi que nous l'avons dit tout au début de cet article, dans les cas d'infection récente, l'ictère ou sub-ictère qui apparaît quelque temps après le chancre ou au cours de l'explosion secondaire chez des sujets non traités, est d'origine tréponémique. Il se montre insidieusement sans épisode hépatique et disparaît rapidement avec les antiluétiques.

Mais chez le sujet qui, lors de sa période secondaire, n'a reçu que quelques petites doses d'arsenic, peut survenir cette complication dans les quelques semaines qui suivent. Ainsi, un malade reçoit en 5-6 piqûres environ 3 grammes de novar et, voyant disparaître son éruption, il abandonne sa cure. De 6 à 10-12 semaines plus tard s'installe lentement, sans épisode hépatique, un ictère, en même temps que se voient des signes concomitants de syphilis: adénite, plaques muqueuses, alopecie. Il ne peut s'agir ici d'intoxication, mais d'une hépato-récidive. Et le traitement arsénobenzolique ne l'aggrave pas mais la guérit.

Cependant en certains milieux, l'on croit encore à l'origine toxique de cette hépatite et, partant, on contre-indique formellement le

novar. Loin de le redouter, il faut l'administrer, ce qui amènera une disparition rapide de ce syndrome.

La vérole a eu un regain d'activité du fait d'un traitement incomplet. Le foie n'a pas été touché par l'arsenic, mais par le tréponème. Du reste, ceci s'observe tout autant chez des individus qui n'ont reçu que du bismuth, mais à doses restreintes. Là encore, ce n'est pas l'excès de médicament que l'on doit incriminer, mais plutôt sa déficience.

Notons enfin que cet accident survient aussi chez des arsénorésistants qui, ne recevant que du novar, se conduisent en fin de compte comme s'ils ne recevaient exactement rien du fait de cette arsénorésistance.

2° A une période plus avancée de sa maladie, au bout de quelques ou plusieurs années, le sujet irrégulièrement traité qui fait de la jaunisse présentera un problème plus difficile à résoudre. S'il y a longtemps, des mois, qu'il n'a reçu d'injections, en devra évidemment écarter d'emblée une étiologie médicamenteuse.

On songera plutôt à un ictère infectieux ou encore à un cancer de ce carrefour, etc.

Il est possible qu'il s'agisse d'une hépatite scléro-gommeuse syphilitique, mais des signes de présomption seuls existent. Nous n'avons aucun signe de certitude pour nous guider. Seul le traitement d'épreuve prudemment conduit nous en démontrera la nature.

BIOTROPISME

Il nous est souvent donné d'observer des malades qui dès les premières piqûres de novar font de l'ictère. Il ne semble pas que l'ancienneté de leur infection ait quelque influence sur ce phénomène, survenant tout autant chez les syphilitiques récents que chez les anciens. Donc, dès la 3e ou 4e piqûre, le malade a

quelques nausées, des vomissements, puis, dans les 2-3 jours, présente de la température et de l'ictère.

Il ne peut s'agir ici d'intoxication, puisque l'on n'a pas encore atteint de fortes doses. Il ne saurait non plus être question de syphilis, puisque le sujet est en cours de traitement.

Evidemment, un ictère lithiasique de coïncidence est possible, mais si nous l'écartons, il nous reste la cause la plus fréquente dans ces circonstances: le biotropisme.

En effet, le choc thérapeutique a déterminé le réveil d'un microbisme latent des voies hépatiques qui occasionne un ictère infectieux bénin, lequel disparaîtra avec les moyens ordinaires et dans les délais habituels. Et si plus tard le malade est remis au novar, il ne refera pas d'ictère (excepté environ 2% des cas). Les réactions biotropiques ne se reproduisent plus, parce que la virulence du microbisme est épuisée. Les choses se passent ici comme dans les autres cas de biotropisme médicamenteux indirect. Par exemple, certains après une ou quelques injections de 914 présenteront de l'herpès, mais dans la suite n'en sont plus incommodés, le virus s'étant épuisé.

Cette notion du biotropisme nous explique la cause de la plupart de ces ictères. Elle est de la plus haute importance car elle nous montre qu'ils ne sont pas toxiques et qu'ils ne sont pas une contre-indication à la poursuite du traitement novarsénobenzolique. Elle nous indique de plus que la syphilis est loin d'être toujours en cause, puisqu'ils s'observent aussi chez des sujets non syphilitiques qui sont soumis au novar pour d'autres raisons que la syphilis¹.

1. Nous publierons sous peu une série d'observations, recueillies dans notre service de dermatosyphigraphie de l'hôpital Notre-Dame, qui illustrent les idées que nous venons d'exposer.

SUR LA FRÉQUENCE DU CANCER DU SEIN CHEZ LA FEMME, DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC DE 1927 A 1936

Par **L.-C. SIMARD**,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Pathologiste à l'hôpital Notre-Dame.

C'est à la demande du Dr M. A. R. Young, de Lamont, Alberta, que j'ai réuni ces notes statistiques sur la fréquence du cancer du sein dans la province de Québec. Monsieur Young a remarqué que les femmes ukrainiennes, qui ont beaucoup d'enfants et les allaitent pendant longtemps, sont rarement atteintes de cancer du sein. Croyant qu'il pouvait y avoir un rapport entre les grossesses fréquentes et la rareté du cancer du sein, connaissant d'au-

tre part le taux élevé de la natalité dans la province de Québec, M. Young me demanda des détails sur la fréquence du cancer du sein chez les femmes mariées et célibataires, dans notre province.

J'ai d'abord utilisé les cas de cancers du sein opérés à l'hôpital Notre-Dame de 1927 à 1936 et j'ai demandé aux statisticiens des services de santé, municipal et provincial, de me fournir les chiffres de mortalité par cancer du

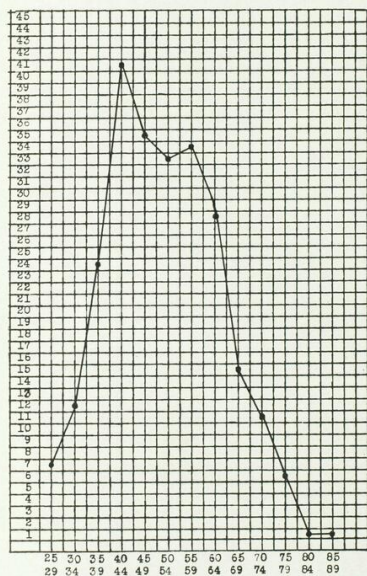
Tableau n° 1

	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936		%
25 à 29....	—	—	—	2	—	1	1	1	—	2	7	2.9
30 à 34....	2	—	—	1	2	1	3	3	—	—	12	4.9
35 à 39....	—	2	3	4	—	2	6	2	5	—	24	9.7
40 à 44....	8	2	3	2	2	4	11	2	5	2	41	16.5
45 à 49....	2	4	2	3	3	2	8	5	5	1	35	14.1
50 à 54....	3	4	3	5	2	2	3	4	6	1	33	13.3
55 à 59....	3	3	5	3	4	2	6	3	2	3	34	13.7
60 à 64....	6	5	2	4	3	2	2	3	1	—	28	11.3
65 à 69....	2	—	2	2	—	1	3	2	1	2	15	6.0
70 à 74....	2	—	2	2	2	2	—	1	—	—	11	4.4
75 et plus..	1	2	—	2	—	—	—	3	—	—	8	3.2
	29	22	22	30	18	19	43	29	25	11	248	

sein, pour la même décade. Je remercie cordialement le docteur Eugène Gagnon de Montréal et le Docteur P. Parrot de Québec qui m'ont aimablement répondu. Mon travail a été grandement facilité par la collaboration et le dévouement de Monsieur Parrot.

Il y a eu à l'hôpital Notre-Dame de 1927 à 1936, 248 cas de cancers du sein chez la femme, traités par la chirurgie. Les diagnostics cliniques furent confirmés par l'examen histologique.

Tableau n° 2

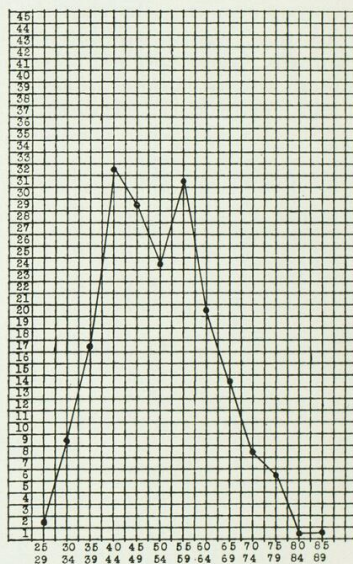


Dans le tableau 1, on trouvera, pour chaque année, la répartition totale des cas d'après l'âge des patientes. Il y a un point intéressant à faire ressortir dans ce tableau: c'est entre 40 et 50 ans que le cancer du sein paraît le plus fréquent, plus précisément entre 40 et 45 ans.

Dans d'autres statistiques, en particulier celle de Simons de Berlin, (Zeits f. Krebs, p. 58, 1922), le plus grand nombre de cas se trou-

ve entre 50 et 60 ans. (Simons: 40 et 50, 27.7%; 50 et 60, 34%). Il semble donc que le cancer du sein survient chez nous plus fréquemment à un âge moins avancé. Mais cette fréquence, que nous venons d'indiquer, ne rend pas compte de la date approximative où le cancer est apparu. Les âges fournis sont ceux des patientes le jour où elles ont été hospitalisées. Si l'on ajoute que soixante quinze pour cent des femmes viennent consulter au moins un an après avoir constaté la présence d'une

Tableau n° 3



petite tumeur au sein, on peut conclure que dans près de la moitié de nos cas, les cancers du sein ont pris naissance avant l'âge de 45 ans.

Dans le tableau 2, on trouvera la courbe de fréquence d'après l'âge pour tous les cas; les tableaux 3 et 4 donnent les mêmes indications pour les femmes mariées et les célibataires.

En consultant les dossiers des femmes mariées on constate que 17 d'entre elles n'ont ja-

mais eu de grossesses. Il faudrait donc les soustraire du nombre de femmes mariées et les ajouter à celui des célibataires. Mais pour établir la fréquence relative du cancer du sein chez les femmes mariées et les célibataires, nous utiliserons tantôt les chiffres de population totale où l'on ne fait pas mention des femmes qui n'ont pas eu d'enfants. Il nous faut donc conserver le chiffre 194 pour les femmes

2) Le nombre de femmes mariées qui ont été enceintes se comporte vis-à-vis celui des femmes mariées sans enfants comme 10 est à 1.

3) Le nombre de femmes qui ont été enceintes se comporte vis-à-vis celui des femmes qui n'ont pas été enceintes comme 2.3 est à 1.

Il semble donc que la femme non mariée est relativement plus souvent atteinte de cancer du sein que la femme mariée.

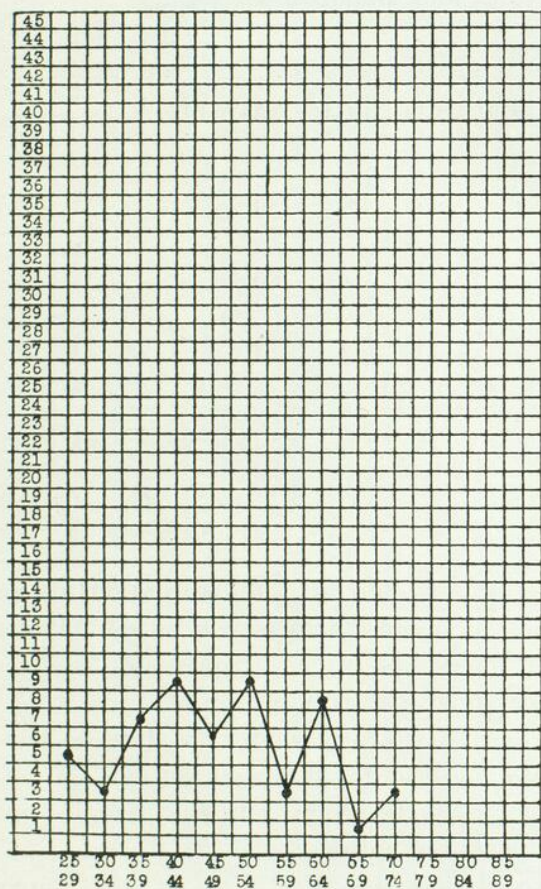
Nous avons suivi, pour effectuer ces derniers calculs, la méthode employée par Simons. Il nous a paru plus intéressant d'établir un rapport de fréquence basée sur la population féminine de la province de Québec. La population moyenne de femmes mariées au-dessus de 25 ans, dans la province de Québec de 1927 à 1936 était 603,708; la population moyenne de célibataires au-dessus de 25 ans était de 125,987. En utilisant nos chiffres de l'hôpital Notre-Dame, nous avons un taux de morbidité par cancer du sein chez la femme mariée de 3.21 par cent mille, et chez la célibataire de 4.28. Le cancer du sein à l'hôpital Notre-Dame est donc relativement plus fréquent chez les célibataires que chez les femmes mariées.

Afin de contrôler nos chiffres sur la morbidité, nous avons cru bon de reproduire le tableau de mortalité par cancer du sein dans la province de Québec de 1927 à 1936.

De 1927 à 1936, 2,261 femmes sont mortes par cancer du sein, sur ce nombre 1,778 étaient des femmes mariées, et 483 des célibataires. Si nous établissons le taux de mortalité avec les populations respectives déjà mentionnées (603,708 femmes mariées; 125,987 célibataires) nous obtenons un taux de mortalité de 29.45 par 100,000 chez la femme mariée et un taux de 38.36 par 100,000 chez la célibataire. La fréquence du cancer du sein et la mortalité par cancer du sein sont donc relativement beaucoup plus grandes chez les célibataires que chez les femmes mariées.

Ces notes statistiques que nous venons de présenter n'ont pour but que de démontrer la plus grande fréquence relative du cancer du

Tableau n° 4



mariées, mais nous avons cru bon d'attirer l'attention sur ce point.

Le tableau 5 établit par année le nombre de cas de cancers du sein chez les femmes mariées, chez les femmes mariées sans enfants, et chez les célibataires.

On peut tirer de ce tableau, les conclusions suivantes:

1) Le nombre des femmes mariées se comporte vis-à-vis celui des célibataires comme 3 ou 4 est à 1.

sein chez la célibataire, dans la province de Québec. Le rapport *femme mariée-célibataire* de morbidité par cancer du sein, à l'hôpital Notre-Dame, est dans les mêmes proportions que celui de la mortalité par cancer du sein dans la province de Québec.

Grâce au Dr Hardisty Sellers du Ministère de la Santé de la province d'Ontario, j'ai obtenu de la province voisine les chiffres de mortalité par cancer du sein. De 1927 à 1936, 3,913 femmes sont mortes par cancer du sein; 3,224 étaient des femmes mariées, et 689, des

en majeure partie française dans le Québec et en majeure partie anglaise dans l'Ontario. Cette statistique sera beaucoup plus intéressante, lorsqu'on pourra la comparer avec les statistiques des autres provinces portant sur le même sujet.

*
* *

L'étude des dossiers des patientes de l'hôpital Notre-Dame nous a permis de faire deux constatations importantes.

Tableau n° 5

	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936		%
Femmes mariées.....	21	13	17	19	15	14	30	23	18	7	177	71.4
Femmes mariées sans enfants.....	1	3	2	3	1	1	3	—	2	1	17	6.8
Célibataires.....	7	6	3	8	2	4	10	6	5	3	54	21.8
	29	22	22	30	18	19	43	29	25	11	248	100%

Cancers du sein à l'hôpital Notre-Dame, de 1927 à 1936; répartition des cas par années, chez les femmes mariées qui ont eu des enfants, chez les femmes mariées sans enfants, chez les célibataires.

célibataires. Pour la même décade la population moyenne, féminine, âgée de plus de 25 ans était: 758,914 femmes mariées, et 151,004 célibataires. Le taux de mortalité par cancer du sein, par 100,000 de population fut donc, dans la province d'Ontario, de 40.25 chez les femmes mariées, et de 45.69 chez les célibataires. Les femmes mariées de la province d'Ontario, de même que celles de la province de Québec, meurent moins souvent de cancer du sein que les célibataires. Dans l'ensemble cependant les taux de mortalité par cancer du sein sont sensiblement plus élevés dans la province d'Ontario que dans la province de Québec. Ces chiffres mériteraient une étude approfondie de la part d'un statisticien, afin d'élucider les facteurs qui provoquent une telle différence: tels que le taux de natalité beaucoup plus élevé dans la province de Québec que dans la province d'Ontario, la population

La première a trait à 6 observations de malades qui, opérées pour cancer du sein, avaient subi longtemps avant l'apparition de leur cancer une ovariectomie totale.

Voici l'âge des patientes, la date de l'ovariectomie, la date de la mamectomie et, entre parenthèses, le temps qui s'est écoulé entre chaque intervention.

Madame Cot... 65 ans, ovariectomie 1899, mamectomie 1929, (30 ans).

Madame Lah... 60 ans, ovariectomie 1909, mamectomie 1930, (21 ans).

Madame Dela... 71 ans, ovariectomie 1912, mamectomie 1929, (17 ans).

Madame Deli... 44 ans, ovariectomie 1918, mamectomie 1933, (15 ans).

Sœur M. P... 54 ans, ovariectomie 1920, mamectomie 1930, (10 ans).

Madame Ber... 42 ans, ovariectomie 1932, mamectomie 1935, (3 ans).

Les travaux expérimentaux de Lacassagne, Bagg et plusieurs autres qui ont mis en lumière l'action de la folliculine, agent provocateur du cancer de la mamelle chez la souris, ont permis de penser qu'une modification de la

sécrétion hormonale ovarienne pouvait être à l'origine du cancer du sein.

Si, chez la femme, la sécrétion hormonale ovarienne intervient d'une façon ou d'une autre dans l'apparition du cancer du sein, son

Tableau n° 6

	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936		%
20 à 24.....	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	3	
25 à 29.....	2	2	—	3	2	1	2	2	3	1	18	
30 à 34.....	2	6	7	6	8	7	6	6	6	6	60	} 7.4
35 à 39.....	9	3	9	10	12	8	13	21	7	13	105	
40 à 44.....	17	12	27	25	16	25	19	20	21	13	196	} 20.8
45 à 49.....	24	28	25	29	17	28	28	29	37	29	274	
50 à 54.....	24	16	24	29	20	27	39	37	26	23	265	} 24.2
55 à 59.....	26	18	26	20	31	24	24	42	40	39	290	
60 à 64.....	25	24	25	24	29	19	28	27	21	27	249	} 22.7
65 à 69.....	31	22	24	23	27	26	19	29	31	34	266	
70 à 74.....	15	22	16	26	22	25	29	15	31	25	226	} 15.8
75 à 79.....	12	13	5	11	16	18	16	14	16	18	131	
80 à 84.....	8	11	15	6	5	14	10	9	16	15	109	
85 à 89.....	6	8	2	3	4	7	4	5	9	7	55	
90 à 94.....	—	—	2	1	2	2	1	1	—	2	11	
95 à 99.....	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	2	
100 ans.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	
	201	186	207	217	212	232	239	257	264	246	2261	

Mortalité par cancer du sein dans la province de Québec, de 1927 à 1936; répartition des cas d'après l'âge, au moment du décès.

action doit être bien éloignée, sinon tout à fait nulle dans certains cas, si l'on tient compte des six observations que nous avons résumées plus haut.

La deuxième constatation importante est le long retard apporté par les femmes à consulter un médecin. 75.8% des femmes sont venues à l'hôpital plus d'un an après avoir découvert qu'elles avaient une petite tumeur au sein. Par conséquent, dans 75% des cas, au moment de l'opération, le cancer avait toutes

chances d'avoir donné des métastases et compromis sérieusement l'efficacité de l'intervention.

Ceci nous donne l'occasion d'insister sur l'extrême urgence qu'il y a d'organiser le plus tôt possible et sagement, la lutte anti-cancéreuse dans la province de Québec. La lutte contre la tuberculose, la mortalité infantile et le cancer doivent passer, chez les organismes qui s'occupent de la santé publique, au premier plan de leurs préoccupations.

Méningite tuberculeuse *

Diagnostic. — Etant donné le pronostic de la méningite tuberculeuse dans l'immense majorité des cas, il importe de ne porter ce diagnostic qu'à bon escient; or, comme Haguenuu l'a récemment rappelé, il n'existe qu'un seul symptôme certain de la méningite tuberculeuse: la présence du bacille de Koch dans le liquide céphalo-rachidien. Il faut donc toujours rechercher avec soin ce bacille dans le liquide céphalo-rachidien.

On le trouve toujours en cas de méningite tuberculeuse à condition de le rechercher aussitôt après la ponction lombaire, de centrifuger très longtemps le liquide et d'examiner avec patience la lame.

Si, malgré tout, on ne trouve pas de bacilles tuberculeux, on peut rechercher dans le liquide céphalo-rachidien d'autres éléments de diagnostic, non pathognomoniques, mais de probabilité: présence d'une fine pellicule se rétractant au bout d'un certain temps et tombant au fond, hyperalbuminose habituellement modérée, augmentation importante des lymphocytes, disparition presque complète du sucre, diminution des chlorures, diminution des cendres. Ces trois dernières constatations, si elles sont parallèles, doivent faire présumer la méningite tuberculeuse.

La réaction du benjoin colloïdal montre des modifications de la courbe de floculation qui ne sont pas propres à la méningite tuberculeuse; la réaction de Vernes à la résorcine est habituellement très positive.

Dans certains cas, le liquide céphalo-rachidien peut être atypique: hémorragique ou xanthochromique, présence de polynucléaires en proportion importante, sans que ces caractères permettent à eux seuls d'éliminer le diagnostic de méningite tuberculeuse.

C'est en définitive par l'examen du liquide céphalo-rachidien que peut être affirmé le diagnostic de méningite tuberculeuse qui se pose en pratique avec

toute une série d'états toxiques ou infectieux présentant un tableau clinique voisin: méningites urémique, vermineuse, cérébro-spinale, poliomyélite aiguë, encéphalite, réactions méningées des maladies de l'enfance, spirochétose ictéro-hémorragique, enfin méningite lymphocytaire curable (v. au chapitre Méningites aiguës le sous-chapitre consacré à cette affection, p. 291). *Curabilité de la méningite tuberculeuse.*

Le rapport de M. R. Cruchet (de Bordeaux) au dernier Congrès de Médecine, était intitulé: La méningite tuberculeuse est-elle curable? L'auteur a demandé à près de deux cents confrères, professeurs ou médecins praticiens, phthisiologues, neurologistes, pédiatres, cliniciens français ou étrangers de communiquer leurs statistiques.

Si l'on tient compte de tous les cas relatés soit en France, soit à l'étranger, le nombre des méningites guéries dont la nature tuberculeuse est certaine, atteint à l'heure actuelle, d'après Chapuy et Burn, le chiffre de 90, ce qui ne représente en réalité, comme l'a dit dans sa thèse Mme Jousset, que la deux cent millièmes partie des cas mortels.

Discutant ces faits, Chapuy et Burn indiquent qu'à côté de la méningite tuberculeuse proprement dite existent certainement des états méningés causés par des formes atténuées du bacille tuberculeux. Des faits cliniques, bactériologiques et anatomo-pathologiques viennent à l'appui de cette manière de voir.

Pour que la notion de la virulence du bacille en cause puisse être précisée, il faut ne plus hésiter à pratiquer systématiquement l'inoculation du liquide céphalo-rachidien, faire préciser si les lésions expérimentales ont été totalement absentes, très atténuées et curables ou au contraire généralisées et superposables à celles du type Villemain, enfin effectuer le plus souvent possible des cultures sur milieu de Lowenstein.

Pour le pronostic, ces examens n'ont aucun intérêt pratique, car leurs résultats parviennent en général beaucoup trop tardivement, mais leur intérêt scientifique paraît considérable.

* *L'Année Médicale Pratique* (René Lépine, éditeur, Paris, 1937).

TROUBLES NEURO-PSYCHIATRIQUES CONSÉCUTIFS À L'ÉLECTROCUTION

Par **Emile LEGRAND**,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Médecin légiste à l'Université de Paris.

Depuis quelques années, l'industrie réalise des progrès énormes, grâce aux modes divers de production et d'application de l'énergie électrique. Malheureusement, à côté de ces heureux résultats, il faut souvent enregistrer des accidents déplorables. L'électricité fait des victimes dont le nombre croit sans cesse; en plus d'engendrer des troubles neuro-psychiatriques variés, elle occasionne parfois des morts foudroyantes.

L'histoire des commotions électriques est de date assez récente. A notre connaissance, c'est en France, vers 1879, que le premier accident du genre fut observé; celui d'un ouvrier tué par un courant alternatif de 250 volts. D'autres observations de plus en plus nombreuses suivirent bientôt. Un relevé fait vers 1910 indique, pour une année déterminée, en Europe, une mortalité d'environ 200 cas; vers le même temps, aux Etats-Unis, où l'industrialisation est beaucoup plus répandue, on en rapporte plus de 250 cas.

Aujourd'hui, bien que nos connaissances sur ce problème se soient enrichies d'études nombreuses et d'expérimentations multiples, ce chapitre des troubles neuro-psychiatriques dus à l'électricité reste bien mal connu et bien incomplet. Les mécanismes invoqués pour expliquer la mort sont même fort discutés.

Les premiers observateurs comme d'Arsonval (1887) et Tatum (1890) ont prétendu, à la suite de leurs expériences, l'un, que la mort était le résultat d'une inhibition du système nerveux; l'autre, au contraire, y voyait l'effet d'une action directe du courant électrique sur le cœur, entraînant sa paralysie.

Pour Grange, la mort serait due à des lésions bulbaires.

Aux Etats-Unis, au cours de certaines électrocutions judiciaires, on constatait parfois qu'un condamné traversé pendant 17 à 50 secondes par un courant de 1,200 à 2,000 volts ne succombait pas toujours après un premier choc. Seule la respiration était arrêtée et le cœur continuait à battre. Parfois même ce condamné revenait à la vie, si on tardait trop à réappliquer le courant; c'est ce qui arriva dans le cas de Taylor, en 1893, alors que l'appareil refusa de fonctionner une deuxième fois.

Prévost et Batelli, après des études expérimentales minutieuses, proposent deux mécanismes pour expliquer la mort, selon le voltage en jeu. Pour les courants alternatifs dont la tension est inférieure à 120 volts, la mort serait due à un arrêt du cœur en tremulation fibrillaire, la respiration ne cessant qu'après. Pour les courants de tension supérieure à 1,200 volts, la respiration s'arrêterait d'abord par suite d'une inhibition des centres nerveux, alors que le cœur continuerait à battre; la mort surviendrait plus tard par asphyxie. Pour les courants de tension moyenne, soit entre 120 et 1,200 volts, les deux mécanismes agiraient en conjonction.

Ces expériences devaient modifier le mode d'électrocution judiciaire aux Etats-Unis. En 1902, pour Czolgosz, assassin du président Mackinley, on se servit d'un courant de 1,800 volts qui supprima d'abord la respiration, puis d'un courant de 300 volts qui arrêta le cœur. Mais la question était loin d'être résolue au point de vue pratique, car en 1904 Michel Schiller recevait deux chocs de 1,800

et 1,900 volts, puis pendant 53 secondes un autre choc de 250 volts; or, il vivait encore trois minutes plus tard. Actuellement les Américains se servent d'un courant moyen de 400 volts qui leur donnerait de meilleurs résultats.

Les auteurs contemporains expliquent la mort autrement. Ils retiennent surtout l'importance des manifestations nerveuses. La dissociation cardiaque auriculo-ventriculaire ne serait plus un fait primordial, mais traduirait plutôt une atteinte des nerfs du cœur, dont la paralysie accompagne celle de la respiration. Pour Hédon, l'inhibition du système nerveux serait le mécanisme essentiel. C'est aussi l'opinion que défend Jellinek (Vienne) depuis plusieurs années.

On sait que le mode d'action d'un courant électrique ne dépend pas de sa tension mais plutôt de l'intensité qui traverse le corps, soit de son ampérage. D'après Zimmern: « on est tué par des ampères et non par des volts. » Cela explique certains faits cliniques d'apparence déconcertante: tel ouvrier est traversé pendant quelques minutes par un courant de 25,000 volts sans malaise important; tel autre trouve la mort par un courant de petit voltage.

Mais qu'on le sache bien, *il n'y a pas de courant inoffensif*. Tous peuvent être dangereux et mortels, depuis le 40 volts qui a fait une victime (Balthazar) jusqu'au 50,000 volts et au delà.

Facteurs étiologiques

Pour comprendre l'action d'un courant électrique nous tiendrons compte des éléments extrêmement variés qui conditionnent la résistance de l'individu. A ce point de vue, il est banal de distinguer la forme du courant; le courant continu, dont la foudre n'est qu'une modalité, aurait quatre fois moins d'effet que le courant alternatif. Ce dernier semble pro-

duire plus facilement des effets tétanisants alors que le premier, par son action électrolytique, détermine des lésions tissulaires plus profondes et plus durables. De même sa tension; le point, l'étendue et la durée du contact; l'isolement relatif par rapport au sol; l'état de résistance du corps selon que la peau est sèche, calleuse ou humide; l'état physiologique de l'accidenté, tout cela jouera un rôle de première importance.

On a tenté de chiffrer la résistance du corps humain. Pour Zimmern, la peau sèche d'une main d'ouvrier offre une résistance de 100,000 ohms alors que cette même résistance diminue à 1,000 ohms si la main est moite et sans couche cornée. Jellinek note des différences de 1,600 à 80,000 ohms de la paume de la main à la plante des pieds. Cette résistance ne serait plus que de 1,000 ohms de bouche à anus; ce qui est la moyenne de résistance interne du corps humain. Cette dernière est encore estimée à 750 ohms par Zimmern et à 600 ohms par Mauduit. Ces divergences dépendent avant tout de l'état physiologique des points de contact. Une peau fine, vascularisée, n'offre que peu de résistance; par exemple, certains sujets à grande conductibilité cutanée ne peuvent dévisser une lampe allumée sans éprouver des malaises dans tout l'avant-bras. Certaines maladies également, comme le Basedowisme, diminuent la résistance électrique. Il en serait de même pour l'enfance. Par contre, chez certains aliénés, elle serait augmentée d'après Séglas qui l'a vu atteindre le chiffre de 70,000 ohms. Personnellement nous croyons que cette augmentation de la sensibilité électrique va de pair avec les autres modes de sensibilité; nous savons tous avec quelle indifférence certains aliénés supportent les blessures, le froid excessif, les brûlures et les auto-mutilations de tous genres.

On a étudié aussi la résistance relative des tissus. Uzac croit les graisses, les tendons,

les cartilages ou les os moins sensibles que les colonnes sanguines ou les muscles baignés de sang. Des expériences montrent que des tubes remplis de solution saline sont bons conducteurs et se dilatent parfois jusqu'à leur rupture par effet Joule. Il est possible que les vaso-dilatations et les extravasations sanguines rencontrées occasionnellement s'expliquent par un mécanisme analogue. La résistance offerte au courant par la surface cutanée entraîne la production d'une température élevée qui carbonise les tissus avec dégagement de produits volatils. Cet effet Joule augmentera à son tour la résistance des mêmes tissus, car leur lésion et cette production gazeuse opposeront au courant une barrière plus grande. Nous dirions même que la brûlure joue désormais un rôle semblable à celui d'un interrupteur.

Le facteur psychique joue-t-il aussi un rôle? La psycho-résistance, que Jellinek appelle « la capacité de frayeur », est un fait généralement admis. Un contact prévu ne produit pas les mêmes effets qu'un contact inattendu. Tel sujet peut volontairement toucher sans inconvénient un courant qui lui serait fatal dans d'autres circonstances; nous serions portés à croire que ce facteur aurait part à certains échecs de l'électrocution américaine. Par contre, Jellinek n'a pas réussi à tuer un lapin chloroformé, avec un courant de 1,500 volts qui tuait le lapin témoin de même race. Enfin, le sommeil et l'ivresse diminueraient les effets du choc électrique.

De tous ces faits et opinions, il résulte que dans les atteintes par haut voltage les résistances paraissent incapables de limiter les effets des grandes masses d'électricité; dans les bas voltages, les effets les plus divers sont observés, des plus légers jusqu'aux plus graves. C'est l'appréciation des résistances qui donne la clé du problème.

Anatomo-pathologie

Les études anatomo-pathologiques chez les électrocutés sont très rares; les médecins lé-

gistes ne complètent pas assez souvent leurs observations par un examen histologique. L'autopsie des cas mortels nous montre des hémorragies diffuses dans toutes sortes de tissus et des lésions histologiques du système nerveux sur l'interprétation desquelles l'accord est loin d'être accompli. Pourtant, des études ont été faites, tant sur les cas mortels des animaux en expérience, que sur les condamnés électrocutés aux Etats-Unis, ou sur les électrocutés par accident.

Corrado a trouvé, chez des chiens électrocutés, des altérations portant sur le corps cellulaire et ses prolongements. Querton signale la même chose après une excitation électrique violente des centres nerveux.

Jellinek a fait l'examen histologique du cerveau de deux personnes tuées par la foudre; les lésions trouvées sont les mêmes que dans la mort par électrocution au moyen de courants fabriqués; ce sont des déformations des corps cellulaires et de leurs prolongements, avec présence de vacuoles à l'intérieur de la cellule, dissolutions de la substance chromatique, hémorragies capillaires autour desquelles la substance nerveuse est comme refoulée et déchirée. Comme lésions macroscopiques, cet auteur mentionne ailleurs une nécrose de la dure-mère, un état congestif du cerveau, une méningite séreuse avec dilatation ventriculaire, des hémorragies cérébrales, méningées et médullaires. Schneider et Muller ont fait les mêmes constatations.

Mlle Rabinovitch, résumant les autopsies pratiquées sur les criminels électrocutés dans l'Etat de New-York, rapporte des hémorragies punctiformes disséminées dans la substance nerveuse, particulièrement au niveau du quatrième ventricule. Dans une autre observation, Müller, Vieilledent et Mme Marchand trouvent sur un sujet touché à mort au niveau de la nuque par un courant de 220 volts, des lésions vasculaires et œdémateuses de la moelle cervicale, du cervelet et du cerveau.

Kratter nie ces lésions, de même que Bordier et Piery. Batelli ne trouve que des alté-

rations pleuro-pulmonaires d'ordre circulatoire telles que congestion, œdème, petites hémorragies sous-pleurales.

Forster pratiqua une laminectomie sur un sujet électrocuté par un courant de haut voltage pénétrant par la main droite. Il y eut perte de connaissance, douleurs à la nuque et à l'épaule. Il s'était produit une atrophie avec paralysie des muscles droits, une hémiplégie spastique droite et une dissociation de la sensibilité du type syringomyélique des deux bras. L'opérateur trouva une arachnoïdite de la moelle cervicale avec une sclérose des faisceaux postérieurs droits et une atrophie des 5e et 6e racines cervicales droites.

Enfin O. Langworthy releva avec des courants alternatifs ou continus de 110 à 1000 volts, des lésions cellulaires nettes du cerveau et de la moelle, passagères ou définitives selon l'intensité du courant. Ces lésions siégeaient principalement dans les centres respiratoires. Dans un cas de mort chez un homme de 60 ans qui, au cours d'un épisode dépressif, avait pris pendant environ 20 minutes un courant alternatif de 2200 volts — le courant allant de la main gauche au pied gauche — il constata à l'examen histologique de petites hémorragies punctiformes médullaires et des changements de structure dans ces cellules des noyaux du vague qui jouent un rôle important dans la respiration; en plus de l'œdème, les noyaux étaient repoussés à la périphérie de la cellule. Dans un autre cas, chez un condamné de 24 ans électrocuté par un courant de 2200 volts appliqué pendant 2 minutes, il rencontra en plus des mêmes lésions de dislocation et d'œdème cellulaire, un épaississement de la pie-mère. Les lésions cellulaires lui paraissent produites plus facilement par les courants continus, et les lésions hémorragiques par les courants alternatifs.

Cette discordance d'opinion sur les lésions trouvées à l'autopsie par les différents auteurs, rend difficile l'élaboration d'une théorie pathogénique des séquelles neuro-psychiatriques observées. L'inhibition des centres

nerveux, la tétanisation des muscles respiratoires, la fibrillation ventriculaire, la vasodilatation viscérale, l'action physico-chimique du courant détruisant l'équilibre tissulaire, l'ébranlement cellulaire, l'hypertension céphalo-rachidienne ont été invoqués tour à tour.

Symptomatologie

Les symptômes cliniques sont assez bien connus. D'abord, les brûlures. Certaines d'entre elles résultent de l'étincelle produite près de la victime ou de l'inflammation des vêtements par celle-là; elles ne se différencient guère des brûlures banales. Les autres, soit les brûlures électriques, sont dues au passage du courant à travers l'organisme. Elles ont un aspect particulier que nous connaissons bien; elles sont indolores par suite de la destruction des extrémités nerveuses et aseptiques parce que les agents microbiens sont carbonisés en même temps que la peau. Elles ne tendent donc pas à la suppuration et donnent une escarre racornie qui s'élimine lentement. Parfois, au cours de son évolution, nous voyons se sphacéler les tissus environnants qui semblaient sains de prime abord; c'est qu'ils étaient touchés dans leur vitalité. La réparation se fait habituellement sans complication, par bourgeonnement des bords et de la profondeur, jusqu'à la production d'une cicatrice brunâtre, adhérente, englobant souvent les tendons. Quelquefois, quand l'escarre s'élimine, surviennent des hémorragies plus ou moins grandes qui peuvent nécessiter la ligature des vaisseaux. Rappelons cependant que ces plaies électriques peuvent s'infecter. L'infection s'étend en profondeur sous les os nécrosés, particulièrement dans les plaies du crâne, et donne naissance à des abcès. Ces brûlures se voient aux surfaces d'entrée et de sortie, avec toutes les sortes de courants. Toutefois, les bas voltages ne les produisent que rarement, car sur 11 cas, Uzac ne les a observées que 2 fois. Par contre, les hauts voltages les produisent constamment.

Pour mémoire seulement, nous mentionnons les troubles transitoires de l'innervation cardiaque. Certains d'entre eux, cependant, peuvent être durables; Lian, Laygue, Lyon et Caen publièrent l'histoire d'un homme de 25 ans, porteur d'une lésion mitrale, qui trois jours après avoir touché un courant de 1500 volts, présenta de la dyspnée, de la toux, de l'arythmie complète par fibrillation auriculaire ainsi que le montra l'électro-cardiogramme. Cet état devint permanent par la suite.

SIGNES NEUROLOGIQUES

Ils ne sont pas très fréquents. Sur 300 cas d'électrocution, Naville et de Morsier n'en trouvèrent que 30 qui ont présenté des manifestations neurologiques d'ailleurs de courte durée. En effet la guérison survient rapidement en quelques jours ou quelques semaines dans les cas favorables.

La perte de connaissance manque souvent. D'après les statistiques de Naville et de Morsier, elle n'existe que dans un tiers des cas d'accidents par basse tension et dans les deux tiers des cas d'accidents par haute tension. En réalité, avec les faibles tensions, nous notons plutôt une syncope brève qui peut aussi survenir presque immédiatement après le choc. Elle a une durée de quelques secondes à quelques minutes et n'est pas suivie d'amnésie ni d'autres malaises. Comme cause on peut invoquer un trouble circulatoire ou un réflexe inhibitoire.

Avec les tensions élevées, la commotion obtenue ne se différencie guère de ce syndrome de mort apparente par arrêt momentané du cœur et de la respiration. Ici, la perte de connaissance dure souvent plusieurs heures et est généralement suivie d'un état confusionnel de quelques jours, revêtant parfois l'aspect de l'agitation maniaque. Parfois aussi elle laisse temporairement à sa suite des troubles du rythme cardiaque, des céphalées et même des vomissements. On signale également, tant pendant qu'après la période commotionnelle,

une spume sanguinolente aux lèvres, ce qui peut s'expliquer par des phénomènes d'œdème pulmonaire. Il arrive quelquefois que la commotion a lieu avec chute sans perte de connaissance; les malaises accusés se limitent alors à des troubles de la vue et à des bourdonnements qui se dissipent rapidement, à une crispation des doigts et à une tétanisation des muscles de l'avant-bras qui souvent englobe les muscles des membres inférieurs et du thorax.

Les convulsions accompagnent rarement le passage du courant. Elles sont toujours de courte durée et ne se voient pratiquement qu'avec les tensions basses ou quand le courant passe par la tête.

Immédiatement après l'électrocution, il est habituel d'observer des faiblesses musculaires localisées particulièrement au voisinage des points d'entrée du courant et des troubles passagers sous forme de paresthésie douloureuse, de parésie ou de paralysie, de tremblement, d'hypoesthésie, de crampes, de contractures musculaires même.

La disparition complète et rapide de ces malaises est de règle. Toutefois, une période de quelques semaines ou de quelques mois peut être nécessaire avant de voir s'annoncer la guérison. Il se peut aussi que ces troubles se transforment en des syndromes plus sérieux que nous allons rapporter. Ces lésions peuvent toucher tout l'axe cérébro-spinal, c'est-à-dire les nerfs périphériques, la moelle ou le cerveau.

Nerfs périphériques

Les nerfs périphériques ne sont pas lésés facilement par les chocs électriques comme si leur périnèvre les rendait peu perméables au passage du courant. Sans doute, après une électrocution, il est rapporté certains cas de névrite; la plupart du temps celle-ci est secondaire aux brûlures locales, aux troubles vaso-moteurs qui les accompagnent, à des gangrènes, ou des phénomènes de thrombose. Apparemment, le courant en soi ne semble

pas jouer un rôle bien important. Les altérations du névrilemme et des cylindraxes vues par Madame Wilbouchevitch et Wildegrans dans les nerfs avoisinants ces lésions locales sont pour nous une preuve en faveur de cette hypothèse. A cela, nous ajouterons une autre constatation: à l'examen histologique, les nerfs prélevés sur les membres amputés ont paru sains. Cependant, Natorp cite un cas de névrite sans lésion du voisinage; Crouzon et Robert en rapportent un également. La pathogénie de cette névrite nous échappe.

Patrikios et Sbarounis ont observé un syndrome causalgique avec tétanisation du membre supérieur après une électrocution. Cet homme de 37 ans, receveur de tramways, en fixant le trolley de sa voiture vint en contact avec un courant triphasé de cinq cent cinquante volts. Son bras droit fut immédiatement envahi par de violentes douleurs, comparables à des brûlures, qui s'irradiaient à l'épaule, au cou et à la tête, du même côté. Dans la suite, tout effort de mobilisation du membre fixé en extension devint pénible et intolérable. De plus, la main était œdématiée, la peau pâle et chaude et les poils légèrement redressés. Rapidement l'état général s'altéra et la souffrance atteignit un tel degré que les auteurs pratiquèrent une stlectomie suivie peu après de guérison.

Deux cas d'électrocution au moyen d'un courant de faible tension ont été vus par Desclaux et Granducheu. Dans l'un, une contracture du biceps droit s'établit dès le moment de l'accident et devint irréductible dans la suite bien que l'examen clinique fût par ailleurs absolument négatif. Dans l'autre, une paralysie des deux jambes s'installa d'abord puis regressa rapidement à droite; mais à gauche, il subsista, comme séquelle neurologique, une faiblesse musculaire avec une légère contracture de la jambe, sans autres signes cliniques. L'électro-diagnostic montra un trouble de l'excitabilité galvanique avec réaction myotonique qui permit d'éliminer l'hypothèse d'un hystéro-traumatisme.

Malgré ces quelques faits, nous pouvons conclure que les lésions des nerfs périphériques sont habituellement peu prononcées et transitoires.

Moelle

Plusieurs cas de syndromes médullaires sont relatés à la suite des électrocutions. Presque toujours, il s'agit de courants de haut voltage. Les troubles apparaissent précocement ou peu de jours ou de mois après la commotion électrique. Dans l'observation que nous rapportons plus loin, les troubles sphinctériens débutèrent quelques heures seulement après le traumatisme. Panse a vu, après un accident du même genre, la paralysie immédiate des sphincters. Kennedy rapporte à son tour l'histoire d'un homme qui, aussitôt après le choc électrique, présenta un syndrome paraplégique avec troubles sphinctériens; cette paralysie des membres inférieurs persévérait encore 6 ans plus tard.

Dans une observation de Schumacher, la paraplégie survient 4 jours après l'accident et évolue lentement vers la spasticité. Dans le cas de Jaeger, la paraplégie ne s'établit pas avant plusieurs semaines. Le temps de latence est de 2 mois chez le malade de Bing. A propos d'un sujet électrocuté par un courant de 8,000 volts, Sellner décrit une paraplégie spastique s'étant manifestée quelques mois après la prise du courant; l'amélioration n'aurait eu lieu que 6 ans plus tard. Heller note également une paraplégie d'une durée de 3 mois provoquée par un courant de 240 volts passant de la main au pied.

Le malade de Mellissinos touche un courant alternatif de haute tension avec ses deux mains, perd connaissance, et présente après des hématomésés. Quarante-huit heures plus tard, il a une parésie des muscles interosseux et un syndrome de Claude-Bernard-Horner. Dans la circonstance, nous admettons avec l'auteur l'existence probable de lésions siégeant sur les racines des nerfs et sur les cornes latérales de la moelle cervicale, car c'est là que se trouve

situé le centre végétatif cilio-spinal. De plus, c'est la région traversée par le courant.

Jellinek a constaté le même syndrome chez un électrocuté mort 7 ans plus tard de tuberculose. L'examen histologique laissait voir en outre d'un épaissement des méninges, des lésions vasculaires, une rétraction cellulaire avec lésions nucléaires localisée aux cornes latérales de la moelle cervicale.

Dans la plupart de ces observations, les malades ont présenté des brûlures plus ou moins graves et sont restés dans le coma pendant quelques heures. Les troubles remarquables dans la suite consistaient en monoplégies ou paraplégies. Parfois, il est mentionné une hémiplégie d'un côté avec une parésie du bras opposé ou une paraplégie avec des troubles sensitifs aux membres supérieurs. Il est noté également des monoplégies avec une sensibilité modifiée dans le sens syringomyélique.

C'est l'intensité de la commotion électrique qui d'habitude règle la gravité des troubles moteurs. Bien que la guérison soit souvent rapide, il arrive malheureusement que certaines paralysies évoluent vers la spasticité et une période de quelques années peut être nécessaire avant qu'une amélioration soit appréciable.

On a proposé une explication pathogénique de ces myélites, comme on l'a fait d'ailleurs pour les névrites. Elles succéderaient d'une part aux brûlures du tronc et de la colonne vertébrale, et d'autre part au passage du courant à travers la moelle. Personnellement, nous croyons qu'il s'agit plutôt d'un processus toxique infectieux secondaire aux lésions de la peau. Ceci nous permet de comprendre le temps de latence plus ou moins long qui s'écoule depuis l'accident jusqu'à l'apparition des signes neurologiques. Toutefois, cette doctrine d'une myélite infectieuse n'explique pas les cas sans brûlures. Ici, il est logique de supposer qu'un processus dégénératif de la moelle, principalement des cornes antérieures et des cordons latéraux, préside à leur formation.

A part ces paralysies des membres, il est

rapporté plusieurs cas d'atrophies musculaires, principalement après les électrocutions par les courants de bas voltage. Ces sortes de lésions ne paraissent pas dues à des atteintes des nerfs périphériques, mais plutôt à des altérations des cellules radiculaires de la moelle. Presque toujours, leur développement se fait lentement dans le membre touché par le courant. Au début, on accuse une faiblesse douloureuse du membre atteint; ultérieurement, un syndrome net d'atrophie musculaire survient, intéressant certains muscles seulement, ou bien les muscles de la racine du membre ou des extrémités, ou bien encore les muscles du membre tout entier. Les extenseurs sont les plus atteints.

S'il est vrai que les douleurs névritiques réelles font défaut, on y observe cependant des sensations d'engourdissement. L'examen objectif montre que les troubles de la sensibilité sont moins étendus et plus discrets que ceux de la motilité. Parfois même, ils occupent des territoires tout différents. Habituellement, ces troubles évoluent sans phénomènes vaso-moteurs ou trophiques de la peau. Ces atrophies musculaires, même celles qui apparaissent longtemps après le traumatisme, sont précédées de réactions électriques de dégénérescence. En règle générale, ce syndrome reste localisé au membre touché par le courant et disparaît quelques mois plus tard. Cependant, il peut envahir le membre opposé ou même les quatre membres, revêtant alors l'aspect d'une sclérose latérale amyotrophique. De telles atrophies sont aussi rapportées dans le domaine des nerfs crâniens car la surdité, l'atrophie de la langue, certains troubles de la déglutition, sont d'observation relativement courante.

Le pronostic de ce syndrome d'atrophie musculaire n'est pas toujours favorable; bien souvent, il constitue une séquelle indélébile. Pour l'expliquer, nous sommes près de croire que les lésions aiguës du début ont fait place à un processus pathologique de sclérose secondaire.

Cerveau

Nous avons déjà mentionné dans cet exposé les symptômes cérébraux immédiats qui accompagnent la commotion électrique et dont la guérison est habituelle. Il en est d'autres qui font suite aux brûlures électriques crâniennes et à l'infection qui leur est secondaire. Il arrive que la brûlure n'intéresse pas seulement les parties molles du cuir chevelu mais carbonise aussi les os du crâne et parfois même les méninges et le tissu cérébral. En de telles circonstances, ces lésions cérébrales en foyers donneront une symptomatologie particulière selon leur localisation. Cependant, on a noté des lésions de la dure-mère et du cerveau sans signes cliniques correspondants. Lorsque ces brûlures donnent lieu à une infection, celle-ci peut pénétrer sous les os du crâne et former des abcès assez profondément situés dans le tissu cérébral — c'est là, semble-t-il, une caractéristique de ces abcès — ou bien des méningites ou des encéphalites diffuses.

Abstraction faite des troubles cérébraux qui ne relèvent pas directement de l'action du courant électrique, comme par exemple les fractures du crâne, les commotions cérébrales, les hémorragies méningées qui sont dues à la chute après l'électrocution accidentelle, il est certain que les manifestations encéphaliques sont peu fréquentes. C'est aussi l'opinion émise par Naville et de Morsier qui ne voient que très rarement « les séquelles neurologiques encéphaliques ».

Cependant, il y a des complications véritables. Mariani constate, sur un de ses malades, victime d'une décharge électrique, un syndrome cérébelleux accompagné d'atrophie optique et de cataracte. Achard et Clerc citent un cas d'hémiplégie avec troubles sensitifs qui disparaît en quelques jours. Crouzon également note une hémiplégie après électrocution. Dans un autre cas de Crouzon, un ouvrier est traversé de main à main par un courant de 1500 volts. Pendant quelques instants, cet homme reste debout, raidi, bras

allongés, bouche ouverte et les mains crispées sur le fil électrique. Le courant coupé, il est amnésique pour le reste de la journée. Le lendemain, une agitation motrice généralisée apparaît et se localise quelques semaines plus tard au côté droit. Désormais, c'est le tableau clinique d'un syndrome choréo-athétosique persistant unilatéral.

L'épilepsie, dans ce genre de traumatisme, est une rareté, elle apparaît ordinairement de 10 à 15 jours après l'accident et est causée par les lésions cérébrales résiduelles. Il en était ainsi des cas de Jolly, de Pratz, de Schmuking et de Jellinek. Ewald rapporte de même une épilepsie chronique survenue chez un homme de 21 ans, par suite de brûlures profondes du crâne et qui se termina 8 ans plus tard par le suicide.

A part ces cas de brûlures avec lésions cérébrales locales, il ne paraît pas que l'électrocution en elle-même puisse provoquer l'épilepsie chronique.

Les troubles visuels sont aussi fréquents que variés. Chacun connaît la cataracte électrique avec son début parfois tardif; elle est une opacification antérieure du cristallin faisant suite vraisemblablement à la tétanisation des muscles ciliaires. Les atrophies optiques et les œdèmes papillaires transitoires sont des faits suffisamment démontrés. Il en est de même des troubles auriculaires se manifestant sous forme de bourdonnements ou de surdité cochléaire plus ou moins complète.

Par contre, les prétendus états parkinsonniens attribués aux électrocutions ne nous paraissent pas convaincants. Il ne semble pas que le passage du courant dans l'organisme joue un grand rôle dans l'étiologie de ce syndrome. Les mêmes remarques s'appliquent au goitre exophtalmique. Cependant, Kurella rapporte sept observations personnelles d'électrocution par haute tension; dans trois d'entre elles, il est fait mention d'un syndrome basedowien.

Les relations possibles entre la sclérose en plaques et l'électrocution ont fait l'objet de

nombreuses discussions. Apparemment, l'électricité est incapable de provoquer une sclérose en plaques authentique. La narration de tels syndromes apparus tardivement est bien peu concluante; car, dans ces cas, l'étiologie reste des plus douteuses. Les faits relatés comme tels, appartiennent plutôt à des myélites banales diverses; on n'y retrouve pas le groupement classique des symptômes cérébraux, cérébelleux, oculaires, bulbo-protubérentiels et médullaires de la sclérose en plaques véritable.

Troubles mentaux

Après une commotion électrique, quelle que soit sa nature et la localisation du point d'entrée, des troubles psychiques peuvent apparaître comme après un traumatisme quelconque. Généralement ils sont aigus et de courte durée. Après perte de connaissance plus ou moins longue, le sujet reste confus et amnésique pendant un certain temps. D'autres fois, les troubles mentaux ne surviennent que quelques heures ou même quelques jours plus tard. Un cas de Jellinek présenta des fugues deux jours après un choc électrique et guérit dans la suite. Un deuxième de ses cas, un jeune garçon de 10 ans frappé par la foudre, était atteint dix jours plus tard d'une psychose d'angoisse. Dans trois autres observations, le même auteur mentionne une crise de fureur d'une durée de deux heures immédiatement après le traumatisme, un délire confusionnel d'une durée de 24 heures et enfin un délire de persécution d'une durée de quelques semaines; dans ce dernier cas seulement, il y eut une période de latence de 21 jours avant l'apparition du thème délirant.

Le traumatisme électrique peut aussi réveiller un état pathologique préexistant. C'est ainsi que des états psychasthéniques sont apparus après une électrocution ou ont été aggravés par elle.

Naville et de Morsier, dans leur rapport au Congrès International de neurologie de Berne (1932), n'admettent pas l'existence de

« psychose durable ou de démence dues à une électrocution par courant industriel ». Cette opinion est un peu trop catégorique à notre avis, même si les cas relatés sont extrêmement rares. Schiff, avec Picard et Pouffary, rapportent l'histoire d'une psychose hallucinatoire chronique apparue après une électrocution. Leur malade qui avait un passé paludéen et alcoolique, fut interné six mois plus tard pour des troubles mentaux atypiques, voisins de ceux du *delirium tremens*. Amélioré, il reprend au bout de quelques mois ses habitudes alcooliques et revient à l'asile avec le même tableau clinique. Les auteurs admettent ici que l'électrocution est responsable de l'état mental présenté; pour nous, cet accident n'aurait que déclenché l'apparition d'une crise d'origine alcoolique et paludéenne.

Marchand et Picard publient un cas de démence survenue après une fulmination. Leur malade, sobre, sans passé pathologique, devint sourd et halluciné peu après l'accident. Peu à peu il évolua vers un état démentiel. L'autopsie, pratiquée cinq ans plus tard, révéla des adhérences méningées, un aspect lactescent de la pie-mère et une dilatation d'un ventricule latéral. A l'examen histologique, il trouvèrent des lésions chroniques hyperplasiques de l'arachnoïde, une sclérose cérébrale diffuse sans plaques séniles, de l'atrophie des cellules nerveuses, des corps granuleux autour des vaisseaux, et des nodules névrogliques dans le parenchyme cérébelleux.

Joffroy rapporte un syndrome tabo-paralytique chez un homme de 25 ans qui subit plusieurs électrocutions successives par un courant alternatif de 720 volts. Après une perte de connaissance suivie d'un état confusionnel de quelques minutes, le malade revient à lui et reprend son travail. Trois semaines plus tard, apparaissent des céphalées, des bourdonnements, des éblouissements et de l'amblyopie. Six semaines après, on note des vertiges avec chute et une cécité progressive; puis apparaît un état mélancolique avec

tentative de pendaison. Dans la suite, soit après une évolution de six ans, ce malade fait un ictus hémiplegique transitoire suivi bientôt d'un syndrome de *paralysie générale*. L'auteur porte ce diagnostic malgré l'absence des signes humoraux de la syphilis, si ce n'est une légère lymphocytose rachidienne.

Pour nous, il n'est pas admissible que l'électrocution ait causé la dernière phase de cette maladie. Nous adressons la même critique à Kurella, Adam, Eulenburg et autres qui ont étiqueté « paralytiques généraux » des malades non-syphilitiques qui, quelque temps après une électrocution, avaient présenté un Argyll, de l'atrophie optique, des ictus apoplectiformes, de légers troubles de la parole et un état démentiel progressif, car la nature syphilitique de la paralysie générale est aujourd'hui bien établie. Nous croyons qu'il faut ranger ces cas dans les pseudo-paralysies générales traumatiques chez lesquels la démence, les idées délirantes, le comportement du sujet, l'inégalité pupillaire si fréquente après les traumatismes crâniens, évoluent sans les signes neurologiques et humoraux de la paralysie générale. Nous savons que ces derniers syndromes sont à base de lésions dégénératives. Les sujets dont les reins fonctionnent mal ou dont les vaisseaux ont perdu leur élasticité semblent les plus prédisposés à ce genre de lésions, surtout s'ils ont fait abus d'alcool.

La pathogénie des troubles mentaux post-électriques semble relever d'un mécanisme vasomoteur. Même dans les cas où le courant passe uniquement par les membres et le tronc, le choc électrique déclenche une hypertension sanguine brusque et intense qui, surtout chez les artério-scléreux, provoque occasionnellement dans le cerveau des extravasations sanguines plus ou moins grandes. Jellinek invoque l'hypertension du liquide céphalo-rachidien et pour lui le traitement de choix serait la ponction lombaire. A tout événement, les séquelles psychiques sont très rares, et dans une statistique récente, Pietrusky et

Schraber ne trouvent que cinq fois des troubles mentaux importants sur 589 accidents électriques.

Par contre, les névroses post-électriques sont très fréquentes surtout chez les accidentés du travail. Ici, l'hystérie est certainement au premier plan; nous mettons de côté bien entendu les cas de simulation. Mais avant de porter le diagnostic de pithiatisme, gardons-nous bien d'étiqueter ainsi des faits qui, en réalité, reconnaissent une cause organique. A ce point de vue, le malade de Souques atteint d'une monoplégie avec troubles sensitifs, qui guérit après une simple pulvérisation de la peau avec le chlorure de méthyle, semble bien être un cas d'hystéro-traumatisme. Il en est de même du malade dont nous rapportons ici l'histoire.

Observation

M. Cr., âgé de 24 ans, est admis à l'hôpital St-Jean-de-Dieu en novembre dernier, pour des crises nerveuses atypiques avec allégations de perte de connaissance et d'amnésie consécutive.

Au début d'octobre dernier, il travaillait sur un paquebot quand celui-ci fut frappé par la foudre. A ce moment-là, M. Cr. était sur une passerelle de bois posée entre les remises et le paquebot et tenait de la main droite un hauban. De plus, il avait les mains gantées de cuir. Lors de la fulguration, il aurait été projeté à une distance de cinq pieds et aurait perdu connaissance pendant environ dix minutes. Revenu à lui, il accusa une sensation de plénitude dans la tête, de brouillards devant les yeux, d'engourdissement du bras droit et des douleurs au genou droit. Cependant, il ne portait aucune trace de brûlure.

Transporté à l'hôpital, on lui fit un premier examen neuro-psychiatrique absolument négatif; de plus, la ponction lombaire ne révéla aucune modification pathologique du liquide céphalo-rachidien.

Le même soir, il entre dans un état de

fureur qui nécessite la contrainte. Il en sera ainsi pendant deux semaines alors que plusieurs fois par jour il s'agite, cherche à mordre ses voisins, frappe le personnel, se fait claquer les dents, etc. A ce comportement, s'ajoutent quelques troubles somatiques puisque, pendant la première semaine qui suit l'accident, notre malade en plus d'une rétention urinaire présente des hématuries. Peu après, cette rétention devait faire place à de l'incontinence urinaire.

Vers le 20 octobre, on note une légère hyperthermie de deux à trois jours. C'est alors que son transport à St-Jean-de-Dieu est décidé et le malade en est averti. Les crises cessent pendant trois jours. On fait mention également à cette époque d'une légère hémiparésie gauche; malheureusement, nous n'avons pas le détail de l'examen neurologique.

A l'asile, l'examen objectif ne révèle rien de particulier: pas de parésie ni de paralysie apparente; pas de trouble de la sensibilité sous ses différents modes, de l'équilibration ou de la coordination; pas d'atrophie musculaire; pas d'œdème de stase au fond de l'œil, ni trace d'hémorragies. Psychiquement, l'orientation est bonne; aucun thème délirant ou hallucinatoire et aucun affaiblissement intellectuel. Le comportement, en dehors des crises, est normal. Souvent le malade accuse des céphalées à caractère indéfini. Durant le premier mois de son internement, il ne fait qu'une crise d'agitation au cours de laquelle il se jette sur son lit et frappe son matelas de ses poings.

Envoyé en congé d'essai, au début de décembre, il revient à l'asile un mois plus tard, parce que les crises d'agitation sont réapparues. Il aurait même proféré des menaces à l'égard de sa famille. Depuis son retour, les crises sont fréquentes et ont une durée variant de vingt minutes à quelques heures. Chaque fois, il se plaint d'abord de maux de tête puis se jette sur son lit ou par terre, se roule dans tous les sens, se plie le corps en deux, exécute des danses sauvages autour de son lit, frappe

son matelas avec ses poings et le sol avec la paume de ses mains ouvertes, essaie des culbutes acrobatiques, fait du « shadow boxing » devant la fenêtre, tente de grimper au mur comme s'il s'agissait d'une échelle, grimace, grince des dents, parle de Chinois qui l'entourent, etc. La crise terminée, il s'informe immédiatement des circonstances qui l'ont accompagnée. Bien que le malade se dise inconscient à ces moments-là et qu'il allègue une amnésie consécutive, nous avons constaté à plus d'une reprise qu'il se rend parfaitement compte du milieu ambiant et que rien du monde extérieur ne lui échappe.

Pour aider au diagnostic, nous avons provoqué nous-même par simple suggestion, au moyen d'une légère pression exercée à la face latérale du cou, une crise classique d'hystérie, en tous points semblable à celle que nous venons de décrire.

Depuis qu'il est interné nous n'avons jamais trouvé de troubles somatiques quelconques. Le Bordet-Wassermann est négatif.

Notons encore ici que cet homme sans passé pathologique avoué, reçoit de ses employeurs une partie de son salaire et d'une assurance une indemnité en maladie; cela à une période de l'année où il est toujours sans emploi et forcé au chômage. Il se dit aussi versé en électricité et il sait les accidents qui peuvent faire suite à une électrocution.

Après une observation prolongée et minutieuse, nous en arrivons ici à la conclusion d'un hystéro-traumatisme. Nous rapportons ce cas, non pas en raison de sa rareté, mais plutôt à cause des erreurs d'interprétation qu'il peut offrir. Il ne se rapproche nullement de l'épilepsie dont il n'a aucun des caractères. Il semble qu'une émotion-choc ait produit cet état qui a fait suite à quelques troubles initiaux peu importants. La persistance de l'état pathologique n'est peut-être pas étrangère à l'intérêt pécuniaire que le blessé y trouve. La question de la simulation peut se poser ici avec assez de justesse. Sa différenciation d'avec les manifestations hystériques n'est pas toujours

facile et à ce point de vue, toutes les discussions sont permises.

Disons en terminant, que même si les cas de pithiatisme secondaires aux électrocutions, et que l'on a rapportés comme tels, appartiennent souvent à de véritables maladies organiques, il n'en existe pas moins qui sont purement fonctionnels.

Conclusions

De cet exposé, nous retiendrons que l'électricité industrielle ou atmosphérique produit des accidents nombreux avec toutes les sortes de courants.

Fréquemment, l'électrocution occasionne la mort par des mécanismes sur lesquels nous n'avons pas encore d'idées bien précises; il semble toutefois que les troubles du système nerveux jouent un rôle de premier plan. Dans un grand nombre de cas, une mort tardive peut être due à des brûlures étendues.

En général, les accidents d'électrocution guérissent assez bien. Mais des séquelles neuro-psychiatriques peuvent apparaître à des dates plus ou moins éloignées du traumatisme avec un pronostic parfois très sombre. Comme le soutient Duhem, « il faut faire les plus extrêmes réserves sur l'avenir fonctionnel des victimes qui sont frappées ».

Des théories pathogéniques diverses ont été émises pour expliquer les effets de l'électrocution. Nous les avons exprimées sans parti pris dans cette étude. Nous nous sommes cependant cru autorisé à émettre certaines opinions qui nous paraissaient entraînées par la logique des faits.

BIBLIOGRAPHIE

- P. SCHIFF, J. PICARD et C. POUFFARY: « Psychose hallucinatoire chronique et électrocution. » (*Encéphale*, p. 46, 1928.)
- Ernest De CRAENE: « Les psychoses post-traumatiques. » (*Ann. de Médecine légale*, juillet 1935.)
- O. CROUZON, J.-A. CHAVARY, R. Martin: « Électrocution ayant laissé des troubles choréo-athétosiques persistants. » (*R. Neurol.*, p. 245, 1924.)
- J.-C. MELLISSINOS: « Lésions de la moelle épinière consécutives à une électrocution. » (*Ann. Méd. lég.*, mars 1935.)
- F. NAVILLE et G. De MORSIER: « Symptômes neurologiques consécutifs aux électrocutions industrielles. » (*R. N.*, mars 1932.)
- MULLER: « Un cas d'électrocution par courant alternatif à haute tension. » (*Ann. de Méd. légale*, avril 1927.)
- F. NAVILLE et J. De MORSIER: « Troubles mentaux et électrocution. »
- MULLER, VIEILLEDENT et Mme MARCHAND: « Lésions histologiques dans un cas de mort par électrocution par courant de 220 volts. » (*Ann. de Méd. légale*, novembre 1934.)
- L. MARCHAND et J. PICARD: « L'action des commotions électriques sur le système nerveux. » (*Encéphale*, avril 1935.)
- BALTHAZAR: *Précis de médecine légale.*
- BALTHAZAR: « L'électrocution accidentelle par les courants d'éclairage. » (*Ann. de Méd. légale*, février 1922.)
- KENNEDY: « Case of pyramidal sclerosis following electrical burns. » (*Arch. of Neur. and Psych.*, 1920, p. 1026.)
- PATRIKIOS et SBAROUNIS: « Syndrome causalgique avec tétanisation du membre supérieur après électrocution. » (*R. N.*, février 1938.)
- UZAC: « Accidents produits par l'électricité. » (*Ann. de Méd. légale*, novembre 1936.)
- JELLINEK: « Troubles mentaux comme suite du trauma électrique au point de vue médico-légal. » (*Ann. de Méd. légale*, novembre 1934.)
- L. DESCLEAUX et R. GAUDUCHEAU: « Deux cas d'électrocution par courant de basse tension. » (*Ann. de Méd. légale*, p. 95, 1932.)
- C. LION, G. LAYGUE & LYON et CAEN: « Fibrillation auriculaire permanente consécutive à une électrocution chez un métral. » (*Ann. de Méd. légale*, p. 559, 1930.)
- ZIMMERN: « Les méfaits de la basse tension. » (*P. Méd.*, 10 janvier 1930.)
- O. LANGWORTHY: « Nerve Cell injury in cases of Human Electrocution. » (*Journ. A. M. A.*, 95: 107, 1930.)
- O. LANGWORTHY: « Abnormalities produced in the Central Nervous system by electrical injuries. » (*Journal Exp. Med.*, 51: 943, 1930.)
- JOFFROY: « Troubles mentaux consécutifs à l'électrocution. » (*Encéphale*, n° 12, 1908.)
- LANGLOIS et BINET: « Maladies par agents physiques. » (*Nouveau traité de Méd.*, fasc. VIII.)

RECUEIL DE FAITS

HISTOIRE D'UN TABÈS À ÉVOLUTION LENTE

Réflexions sur la guérison des douleurs fulgurantes par une pneumonie

Par **M. ROCH,**

Professeur de clinique médicale (Genève).

Comme le signalait encore récemment dans ce périodique M. Albéric Marin, la malariathérapie et d'autres procédés pyrétothérapiques donnent des succès étonnants dans la syphilis nerveuse, plus précisément dans la paralysie générale. Les résultats sont bien moins brillants en ce qui concerne le tabes. Dans cette maladie, c'est spécialement contre l'atrophie des nerfs optiques, contre les crises viscérales, contre les douleurs paroxystiques parfois si torturantes qu'on a employé la pyrétothérapie¹.

La malariathérapie ne donne pas constamment de bons résultats et elle comporte des risques qu'on hésite bien plus à faire courir à des tabétiques qu'à des paralytiques généraux, en sorte que pour les tabétiques, je n'ai jamais voulu la mettre en pratique.

Ai-je eu tort? Les hasards de la clinique m'ont permis de recueillir une observation qui m'a frappé et va contribuer à vaincre ma réserve.

Observation

Cette observation concerne une femme qui vient de mourir dans mon service à l'âge de 72 ans.

Je la connais depuis 1912; elle avait alors 46 ans. A cette époque, j'eus à la traiter pour un empoisonnement grave par les champignons (*Amanita phalloïdes* Fries): diarrhées et

vomissements incoercibles l'avaient intensément déshydratée et je crois l'avoir sauvée par d'abondantes injections de solutions chlorurées isotoniques; ces injections n'avaient pas empêché l'apparition d'un ictère grave dont, miraculeusement, la malade guérit.

On s'intéresse toujours particulièrement à qui l'on a rendu service et, à cet égard, les médecins sont tous un peu comme le Monsieur Perrichon de Labiche. C'est pourquoi j'ai continué à suivre cette malade avec attention et sympathie.

L'année suivante, en 1913, elle a 47 ans. Elle rentre à l'hôpital pour « des douleurs extraordinaires partout ».

Elle était syphilitique sans que nous nous en doutions. Son infection datait de 1888 quand elle avait 22 ans. Elle eut alors une fausse couche spontanée, accident qu'elle ne racontait pas volontiers et dont l'aveu nécessita un interrogatoire de juge d'instruction.

La localisation des douleurs les plus vives dans la région hépatique, le souvenir de l'hépatite ictérogène qu'avaient provoquée naguère les champignons firent orienter le diagnostic du côté d'un état hépato-biliaire manifesté d'une manière quelque peu extravagante chez une névropathe.

Les pupilles réagissaient bien, les réflexes tendineux existaient, j'ignorais l'infection syphilitique en sorte que je puis me pardonner de n'avoir pas immédiatement pensé au tabes.

Deux ans plus tard, en 1915, cette femme entre pour la troisième fois à l'hôpital. Elle a eu des douleurs bizarres dans les seins et le dos, quelques mois plus tard, des lancées

1. F. Bering: *Münchener med. Wschr.* 72: 1455; 1925. — G. Wüllenweber: *Ibid.* 72: 2036; 1927. — J. Wagner-Jauregg: *Handbuch der Neurologie*, 8: 72: 1926. — A. E. Bennett: *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 107: 845 (12 sept.). 1926.

à la face antérieure de la cuisse droite. Ces douleurs résistent à tous les analgésiques. La malade les compare à celles que provoqueraient des secousses électriques ou des aiguilles enfoncées brusquement dans la chair. Ces comparaisons sont tellement classiques que, cette fois-ci, on pense au tabes. On trouve alors que les pupilles sont en myosis et qu'elles ne réagissent pas à la lumière. Quant aux réflexes tendineux, les patellaires sont faibles et les achilléens sont abolis. Ceux-ci, dans la règle, disparaissent les premiers et il ne faut jamais négliger de les rechercher lorsqu'on soupçonne le tabes. Le signe de Romberg est légèrement positif: la malade debout se tient bien, elle se met à osciller aussitôt qu'elle ferme les yeux. La réaction de Wassermann est positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien qui montre en outre des signes d'irritation méningée tout à fait typiques: 0,5 o/oo d'albumine et 17 lymphocytes par mm³.

On institue un traitement au biiodure de mercure et comme palliatifs, on prescrit des opiacés et des antithermiques analgésiques.

De 1915 à 1926, soit pendant plus de 10 ans, la malade négligente se soigne très irrégulièrement et très insuffisamment. Le tabac et l'alcool ont plus d'attraits pour elle que les injections antisiphilitiques. Le tabes continue d'évoluer lentement et de se manifester par des douleurs lancinantes dans les bras et les jambes, douleurs intermittentes devenant avec les années de plus en plus vives et de plus en plus fréquentes.

A cause de sensations paresthésiques dans le membre inférieur gauche, la malade rentre à l'hôpital en 1926. Elle a alors 60 ans. On remarque chez elle de l'agitation, de la loquacité que l'on met sur le compte d'une imprégnation alcoolique qui existe certainement.

Quant aux signes de tabes, ils se sont accrus: la pupille droite est plus petite que la gauche dont le contour est irrégulier. Le réflexe pupillaire à la lumière est toujours aboli et les réactions à la convergence et à

l'accommodation sont devenues médiocres. Les réflexes tendineux sont abolis, complètement abolis aux quatre membres. Il y a de légers troubles vésicaux. On est étonné de ne déceler aucun signe d'ataxie et de constater que le signe de Romberg est toujours peu marqué.

On ne trouve aucun symptôme d'aortite. Le sang ne donne pas la réaction de Wassermann.

Néanmoins, j'ordonne des injections de néo-salvarsan. La deuxième injection de 45 cg provoque une violente crise épigastrique et une exacerbation des lancées fulgurantes dans les membres en sorte qu'on interrompt — peut-être à tort — le traitement spécifique.

Rentrée chez elle, la malade continue à souffrir comme devant. Pour calmer ce qu'elle appelle « ses rhumatismes », elle use de nombreux médicaments. Celui qui lui donne le meilleur résultat est l'un des plus banaux: l'acide acétyl-salicylique (aspirine).

Pour son malheur, en été 1927, elle fait une longue marche à la suite de quoi les douleurs fulgurantes reprennent une intensité terrible; les lancées intolérables sont particulièrement localisées dans les cuisses, l'aîne, le bas ventre.

Que signifie cette localisation? Peut-on l'expliquer? L'étiologie de cette recrudescence me suggère l'idée que la marche prolongée a provoqué un tassement de la colonne vertébrale qui, par compression, a augmenté l'irritation des racines postérieures. Le tassement n'a pas été sensible dans la partie supérieure de la colonne, le poids à supporter étant relativement minime; le tassement était impossible dans la région sacrée qui est rigide; il s'est produit au maximum dans la région dorsale inférieure et dans la région lombaire.

Lorsque j'étais étudiant, la mode était encore de traiter les douleurs tabétiques par l'élongation de la colonne selon la méthode de Notchoukowski. On suspendait les malades par la tête et on les obligeait à marcher en touchant à peine le sol. Le remède paraissant pire que le mal, on a généralement renoncé à

ce mode de traitement. Peut-être aussi les constatations anatomiques, montrant les lésions plus nerveuses et fasciculaires que méningées, ont-elles été pour quelque chose dans cet abandon. Quoi qu'il en soit, par sa longue promenade, notre malade a fait exactement le contraire de ce qu'on cherchait à obtenir sur les pendus d'il y a 40 ans.

Ses douleurs atroces la ramènent à l'hôpital où l'on constate toujours à peu de chose près les mêmes symptômes. Le sang ne donne plus la réaction de Wassermann; le liquide céphalo-rachidien ne la donne pas davantage et il ne contient plus que 0,4 d'albumine et deux lymphocytes par mm³. En fait, nous sommes dans une période de stabilisation de la maladie.

On pratique une série d'injections de bismuth.

Un nouveau séjour à l'Hôpital nous ramène la malade en 1931; elle a 65 ans; son état s'est aggravé et compliqué. Ses douleurs fulgurantes ne l'ont jamais quittée; des signes de sciatique, des paresthésie des membres inférieurs sont venus s'y ajouter. Le sphincter vésical est devenu insuffisant.

Quant à l'aorte qui avait été soigneusement examinée aux séjours précédents, pour la première fois, elle présente des symptômes d'altération. L'examen aux rayons X montre qu'elle est opaque et élargie, et l'on entend à la base un souffle systolique ayant son maximum à droite du sternum. Il est difficile de dire s'il s'agit d'une aortite syphilitique à évolution très lente ou de lésions athéromateuses qui n'auraient rien de surprenant chez une femme de 65 ans ayant abusé du tabac et de l'alcool. La suite de l'évolution me fait admettre l'aortite syphilitique et l'autopsie le confirmera. Ainsi, voici une syphilitique qui présente ses premiers signes d'aortite 43 ans après la date présumée de l'infection. Nous voici bien loin des 10 ou 20 années considérées comme le délai habituel entre l'accident primitif et les localisations vasculaires.

Les douleurs continuent à être extrêmement violentes lorsque se déclare une pneumonie. Celle-ci évolue en une semaine en provoquant une fièvre qui a oscillé continuellement entre 39.4° et 40.2°. Dès le premier jour de cette fièvre, les douleurs disparaissent *et cette disparition persiste pendant plus de huit mois*. La malade peut reprendre ses occupations, faire son ménage et même travailler à son jardin sans être incommodée.

En 1932, elle revient à l'hôpital pour de l'insuffisance cardiaque plus que pour ses douleurs. La pression artérielle est de 16-6, montrant ainsi une forte différence entre la maxima et la minima; il existe un double souffle à la base. Nous avons donc maintenant la notion que l'aortite récurrente a provoqué de l'insuffisance des valvules sigmoïdes.

En 1934, les douleurs fulgurantes dominent de nouveau la scène. Il y a des crises gastriques avec vomissements, des crises intestinales s'accompagnant de diarrhées. Des traitements bismuthiques et mercuriels ont été mal supportés.

Enfin, âgée de 71 ans en 1937, cette fidèle malade nous revient, souffrant toujours atrocement. Etant dans le service, elle contracte, en 1938, comme 6 ans auparavant, une pneumonie et aussitôt les douleurs disparaissent. Nous nous en réjouissons non sans être inquiets de l'état général. Bientôt, en effet, le cœur s'affaiblit et la malade succombe sans avoir pu bénéficier longtemps de la nouvelle disparition de ses douleurs.

Commentaires

Je pense qu'il n'est pas utile d'ajouter à cette observation de longs commentaires. Je voudrais seulement que vous retinsiez quelques-uns des enseignements que nous apporte cette histoire. Celle-ci nous montre tout d'abord qu'un tabes à son début peut être considéré comme un état névropathique. Cela n'est pas particulier au tabes: beaucoup de cas de tumeur cérébrale, de sclérose multiloculaire, d'encéphalite, de troubles circula-

toires cérébraux, avant d'être bien caractérisés, peuvent faire admettre à tort une névrose.

Elle nous donne un exemple de tabes ayant débuté 25 ans après l'infection syphilitique et d'une aortite spécifique ne s'étant manifestée qu'après une incubation de 43 ans.

Dans la symptomatologie de ce tabes qui a évolué avec une extrême lenteur pendant 24 ans, les douleurs fulgurantes ont toujours été au premier plan. Ces douleurs n'ont été

améliorées notablement et d'une manière durable que par l'intercurrence d'une maladie fébrile aiguë.

Ne vous semble-t-il pas, comme à moi, que ce fait doit disposer à envisager favorablement les traitements pyrétothérapeutiques chez les tabétiques tout au moins chez ceux qui sont particulièrement tourmentés par des douleurs fulgurantes?

UN CAS D'AUTO-TRANSFUSION¹

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

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal,
Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame.

Je rapportais, ici même, il y a environ 18 mois, des cas de transfusion pratiquée avec du sang conservé, recueilli chez des donneurs vivants. Nous ne faisons pas alors œuvre originale, mais nous insistions sur le fait que nous croyions être le premier à le faire dans cette institution. Nous avons répété et nous répétons couramment cette manœuvre avec avantage. Je dois avouer que nous sommes encore à chercher le bocal idéal pour la conservation du sang qui permettrait le moins de manipulation et le moins de risque d'infection. Il est vrai que nous n'avons pas eu d'ennuis imputables à l'infection; nous croyons qu'ils pourraient apparaître du fait que le bocal est découvert durant quelques instants pour la collection du sang dans la seringue ou le bock à transfusion, et afin de prévenir cette possibilité nous cherchons encore un appareillage qui répondrait aux besoins de la cause.

Mais tout ceci est une autre histoire. Le cas qui nous intéresse est différent. Une quantité de 350 cc. de sang recueilli sur la personne du mari avant l'opération de notre malade fut placée dans la glacière pour sa

parfaite conservation dans le bocal ordinaire. En réchauffant le sang suivant la méthode habituelle quelques instants avant l'intervention le bocal se brisa et ce fut une perte complète. Nous nous trouvions sans réserve sanguine et nous avons utilisé une méthode originale d'auto-transfusion que nous présentons pour discussion, critique et suggestion. Nous n'avons pas eu l'occasion de répéter l'expérience, mais quelques médecins, à qui nous en avons parlé, ont trouvé cette méthode quelque peu osée.

Les urgences en gynécologie sont relativement limitées. Les plus nombreuses ont trait à des pertes sanguines, avortement, inondation péritonéale à la suite de rupture de grossesse ectopique, rupture utérine, kyste tordu avec hémorragie interne. La plupart de ces cas bénéficieront considérablement d'une transfusion. L'urgence de l'intervention en est d'ailleurs relative. Je m'en rapporte pour cela à l'article de d'Argencourt (*L'Union Médicale* de février 1938) où il est démontré clairement qu'il vaut mieux attendre quelques heures après l'arrivée d'une malade à l'hôpital, surtout si celle-ci a fait un trajet quelconque en auto, en chemin de fer ou en voiture. Il faut bien se rendre à l'évidence qu'en plus du choc hémorragique, la patiente dans ces cas souffre

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

Pour discussion, voir p. 635 du présent numéro.

également d'un choc moral considérable dont il faut tenir compte et que l'on est porté à ignorer ou à négliger malheureusement trop souvent. Il vaut mieux laisser se remettre la malade des fatigues du déplacement et de l'émotion de la sentence opératoire prononcée par le médecin de famille ou le chirurgien, surtout si la pression artérielle n'est pas trop abaissée et si le pouls, bien que rapide, est plein et bien frappé. La patiente est toujours très pâle, très « shockée ». Le repos, la tranquillité, l'obscurité réussiront souvent à améliorer cet état, sans pour cela abolir l'urgence de l'intervention, mais l'éloigner de quelques heures. Dans un milieu hospitalier, l'observation de tous les instants permet à l'infirmière et à l'interne de dépister un changement pour le mieux ou le pire. Dans cette dernière éventualité, évidemment l'intervention s'impose et le chirurgien est appelé à intervenir sans plus de délai, une demi-heure, une heure après le premier examen.

Tel ne fut pas notre cas, bien au contraire, qui sembla s'améliorer malgré la persistance de l'hémorragie interne, comme on put le constater à l'intervention.

Observation.

Mad. A. E... Dossier 639-1938, 27 ans, entre à l'hôpital le 24 janvier, à midi. Elle est envoyée pour un syndrome abdominal douloureux dont le début brusque remonte à 12 heures. Le 23 janvier, dans la soirée, la patiente ressent subitement une très vive douleur dans le bas-ventre du côté gauche. Etat syncopal. La douleur a persisté jusqu'à son entrée à l'hôpital avec perte progressive des forces. En décembre, les menstruations apparues en temps normal ont été suivies d'un léger suintement sanguinolent, noirâtre, brunâtre pendant 5 à 6 jours. Le 18 janvier, reprise du suintement sanguinolent brunâtre qui persiste jusqu'à l'apparition de la crise douloureuse qui conduisit la malade à l'hôpital.

Malgré l'absence du retard de règles, l'histoire est assez classique de la rupture d'une grossesse ectopique.

L'examen confirme nos appréhensions: abdomen ballonné, contracture légère à tout l'abdomen. Douleur provoquée à la fosse iliaque gauche; matité dans les flancs et à la région sus-pubienne. Au toucher, l'utérus est difficilement délimitable d'une masse rénitente et fluctuante, très douloureuse, remplissant les culs-de-sac. La pression exercée sur le cul-de-sac postérieur est très douloureuse et déclenche le « cri » classique du Douglas.

La malade est très pâle, le facies anxieux, l'expression est celle d'une personne qui souffre, la soif est intense, la langue est sèche et rouge, les muqueuses sont décolorées. La respiration est de 28 à la minute et le pouls à 130, petit, filant.

On pose l'indication d'une urgence relative et l'on tient la malade sous une observation constante jusqu'à l'heure choisie pour l'intervention, soit 5 heures p.m. La malade reçoit des hémostatiques, des stimulants, des sédatifs, elle est mise au repos le plus absolu avec de la glace sur l'abdomen.

A l'heure précitée, laparatomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, issue d'une grande quantité de sang dans la cavité abdominale. Devant l'incident dont nous avons mentionné le fait plus haut, nous soutirons à la seringue 150 cc de sang de la cavité. Ceci nous permet de nous rendre compte que c'est bien le côté gauche qui est en cause et les pinces sont placées sur le ligament large et au niveau de la corne utérine. Extraction de nombreux caillots; annexectomie gauche. Suspension du moignon des ligaments. Evidement de la cavité. Drain-cigarette dans le Douglas. Fermeture en trois plans.

Durant l'intervention mon second interne a procédé immédiatement à la transfusion du sang de la malade. L'observation constante de l'état cardiaque et respiratoire de la malade durant cette transfusion nous a montré qu'elle n'en subissait aucun effet fâcheux. La transfusion fut pratiquée très lentement avec le bock, et nous l'avons terminée par 1000 cc de sérum glucosé et physiologique à parties égales et suivie de 60 cc de sérum glucosé hypertonique à 20%.

Suites opératoires normales, sauf une petite grippe qui survint à la 9^{ème} journée, sans importance. La malade quitte l'institution complètement rétablie, le 17 février.

Commentaires

Avons-nous été imprudent en agissant de la sorte? Quels accidents immédiats auraient

pu survenir? Quels accidents éloignés aurions-nous pu observer? Quelles contre-indications à ce mode de transfusion? Autant de questions que je pose à mes lecteurs éventuels pour en obtenir des suggestions, des idées, peut-être des reproches.

DOLICHOCOLON ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES MULTIPLES

Pierre SMITH,
Chirurgien

par
et
de l'hôpital Saint-Luc.

Gérard AUMONT,
Interne

Nombre de malades souffrant d'un côlon dolicholisé présentent très souvent un passé pathologique chargé, en rapport avec des lésions viscérales multiples associées. D'autres ont subi, à tort ou à raison, de nombreuses interventions chirurgicales diverses sans résultat appréciable.

Nous avons eu l'occasion d'observer et de traiter, naguère, trois malades dont l'histoire nous semble à ce point de vue, présenter une certaine valeur documentaire.

Observation I¹.

Madame X, âgée de 35 ans, se plaint de constipation opiniâtre accompagnée de ballonnement considérable et très douloureux du cadre colique. Dès l'adolescence, elle a souffert de constipation et de douleurs abdominales diverses: crampes, coliques.

Au mois de mai 1928, en raison d'une salpingo-ovarite douloureuse, il a été pratiqué simultanément une salpingectomie bilatérale, une ovariectomie gauche et l'appendicectomie. Un mois plus tard (juin 1928), elle subit une cholécystectomie pour cholécystite calculeuse.

En novembre 1933, nouvelle laparotomie: section d'une bride adhérentielle pelvienne,

tendue de l'utérus à la fosse iliaque gauche et comprimant fortement le sigmoïde.

Le 14 octobre 1935, en présence de crises répétées et menaçantes de volvulus du sigmoïde, nous réséquons une anse sigmoïdienne dolicholisée, sur une longueur de 41 centimètres. (Procédé de Sénèque et Milhiet). Guérison sans incident. Sédation temporaire des troubles pré-opératoires. Mais, au bout de quelques mois, la constipation intense avec crises de ballonnement abdominal et menaces de volvulus du transverse nécessitent une nouvelle intervention, que nous pratiquons le 5 août 1936. Nous réséquons alors 40 centimètres de côlon transverse dolicholisé. Suites opératoires sans incident alarmant. Amélioration très remarquable et persistante des troubles intestinaux.

Observation II.

Mlle R. C., âgée de 42 ans, entre dans notre service de l'hôpital Saint-Luc, le 16 novembre 1937. Elle se plaint de troubles dyspeptiques divers, de constipation marquée, et de douleurs surtout localisées au cadre colique.

Elle aurait contracté une rougeole en bas âge, et souffert de rhumatisme polyarticulaire aigu vers l'âge de sept ans. En outre, elle raconte une histoire de troubles digestifs dont le début remonte à 1915. Ces troubles rappel-

1. Cette observation, aujourd'hui intentionnellement abrégée, a été publiée « in extenso » avec figures, dans l'*Union Médicale du Canada*, numéro d'avril 1937.

lent l'évolution d'un ulcus gastro-duodéal: périodes de malaises gastriques avec sensations de brûlements, calmées par l'ingestion d'aliments et d'alcalins; rétention gastrique accompagnée souvent de nausées et de vomissements. Ces périodes alarmantes, au cours de ces dernières années, se sont compliquées de cinq à six hématoméses. Aux périodes d'aggravation, succèdent des périodes de sédation de durée variable.

En 1937, elle est hospitalisée dans un service de chirurgie où elle subit une gastro-suspension de Lambret. A la suite de cette

Nous intervenons le 4 février 1938. Anesthésie par inhalation. Résection de l'anse colique dolicholisée, sur une longueur de 45 centimètres. La pince-clamp à trois branches de Rankin nous a permis de réaliser une suture colique séro-séreuse avec un maximum de sécurité, c'est-à-dire en maintenant parfaitement oblitérées les deux tranches à suturer, jusqu'à la fin de l'anastomose². Fermeture de la paroi abdominale sans drainage. Anus coecal droit de dérivation, temporaire. Guérison sans incident. Oblitération spontanée de l'anus de dérivation vers le 15^e jour. Selle spontanée et

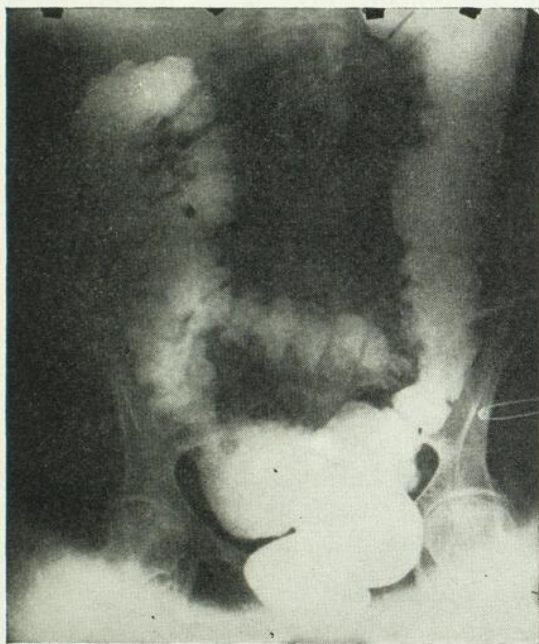


FIG. I. — (Mlle R. C.) Dolichocôlon transverse. (Avant la résection.)

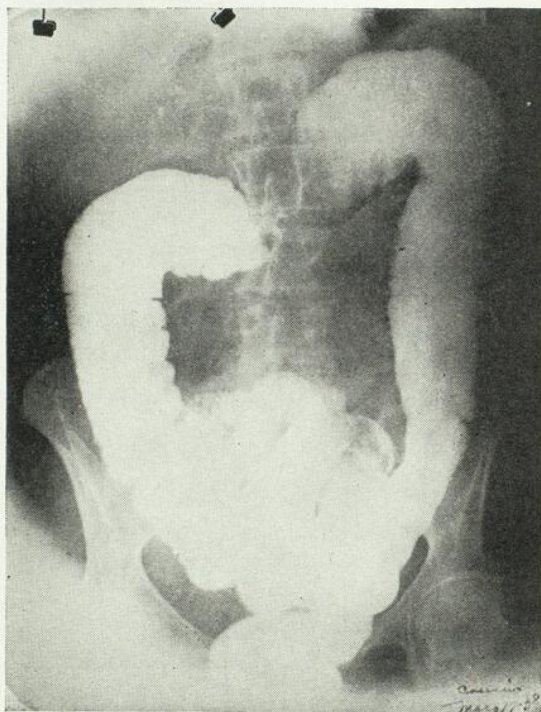


FIG. II. — (Mlle R. C.) Côlon transverse dont l'anse dolicholisée a été réséquée. Radio prise six semaines après l'intervention. Au moment de la radiographie, spasme au niveau du transverse.

intervention elle accuse un mieux-être appréciable. Cependant, la malade souffre encore de constipation au point de rester cinq à six jours sans selle spontanée. Les douleurs localisées au cadre colique persistent en s'aggravant. Il existe un amaigrissement marqué, une asthénie notable. Une radiographie des côlons, pratiquée le 14 janvier 1938, donne le résultat suivant:

« Remplissage facile de tout le cadre colique. Allongement de tout le transverse. Dolichocôlon transverse. Le sigmoïde forme une boucle simple. » (Fig. 1.)

normale vers le même temps. Nous demandons une radiographie de contrôle qui est pratiquée le 17 mars 1938, c'est-à-dire six semaines après l'intervention. Résultat: « Le lavement opaque traverse aisément tout l'ensemble du côlon, spasme dans la partie médiane du transverse. » (Fig. 2.)

2. Je sais gré au Docteur Charles Bohémier d'avoir bien voulu me permettre d'utiliser sa pince-clamp de Rankin pour cette intervention.

La malade quitte l'hôpital le 4 avril 1938. Elle est contente et optimiste, et pour cause: les selles sont maintenant à peu près normales. Elle ne présente plus de douleurs coliques. Son état général est grandement amélioré; elle a même engraisé de 5 à 6 livres.

Observation III.

Mlle A. M., âgée de 21 ans, entre dans notre service de chirurgie le 8 mars 1937. Elle se plaint de constipation habituelle et de crises

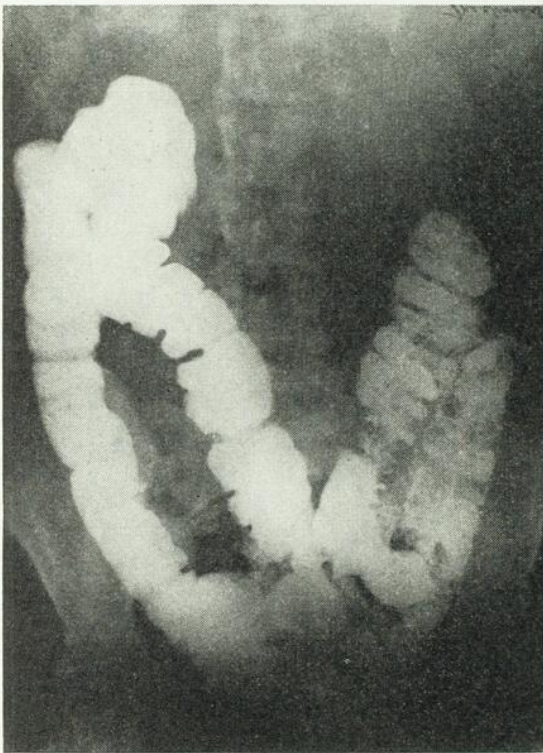


FIG. III. — (Mlle A. M.) Ptose du transverse. Douleurs et signes cliniques analogues à ceux d'un dolichocôlon transverse.

coliques douloureuses, accompagnées de vomissements, de ballonnement parfois très marqué. Opérée en 1911: appendicectomie. Trois semaines après cette intervention, cure de hernie ombilicale; en 1914, laparotomie pour libération d'adhérences. En 1916, laparotomie basse pour libération d'adhérences et ovariectomie gauche. Trois ans plus tard, intervention pour libération d'adhérences et salpingectomie gauche. En 1936, nouvelle laparotomie pour libération d'adhérences et intervention sur les annexes droites. Depuis 1914,

les mêmes crises coliques douloureuses qu'elle présentait avant l'appendicectomie n'ont pas cessé. Au contraire, l'aggravation est devenue progressive. La constipation persiste parfois 3 ou 4 jours consécutifs et même davantage. Les efforts de défécation durent de une à deux heures avant d'obtenir une selle. Absence totale des règles, bouffées de chaleur, étourdissements, moiteurs, depuis l'intervention chirurgicale subie en 1936.

Lors de son séjour dans notre service nous demandons l'examen radiologique des côlons. L'examen donne le résultat suivant. « Le lavement pénètre aisément dans tout le cadre colique; arrêt momentané par spasme de l'ascendant. Cœcum pelvien douloureux à la palpation. Ptose du transverse. La malade n'évacue que le tiers de son lavement. » (Fig. 3.)

Nous serions donc ici en présence d'une ptose marquée du transverse. Cependant les phénomènes cliniques sont en tout point comparables à ceux présentés par les malades porteurs de dolichocôlons qui nécessitent la résection. C'est pourquoi nous faisons entrer cette observation dans le cadre des dolichocôlons.

Cependant, cette malade, après une période d'accalmie de plusieurs jours, demande son congé. Elle est actuellement (mai 1938) hospitalisée dans une autre ville du Dominion, en raison d'une recrudescence des douleurs coliques accompagnées encore de ballonnement sur le cadre colique.

Commentaires

Chez ces trois malades, les lésions coliques coexistaient depuis une époque plus ou moins lointaine avec d'autres lésions viscérales, justiciables ou non d'interventions chirurgicales. Ainsi notre dernière malade, qui n'était âgée que de 21 ans, a déjà été opérée six fois pour lésions abdominales diverses. A notre sens, la résection du transverse devra être pratiquée tôt ou tard chez cette malade, et seule cette résection saura l'améliorer, sinon la guérir.

Il n'en reste pas moins vrai que les troubles viscéraux multiples associés à ceux du doli-

chocôlon, et les interventions itératives antérieures compliquent singulièrement le problème des indications opératoires des résections coliques. Cependant, la constipation persistante, l'amaigrissement, l'asthénie et surtout les douleurs coliques intenses semblent toujours com-

mander la résection des anses coliques anormalement ptosées et allongées. D'autant plus qu'un soulagement marqué, sinon une guérison définitive, est souvent la rançon heureuse de ces résections.

COLIQUE HÉPATIQUE APRÈS CHOLÉCYSTECTOMIE ¹

Par **Georges HÉBERT**,

Médecin de l'hôpital Notre-Dame

En parlant des troubles qui surviennent à la suite de cholécystectomie Chiray a dit « qu'ils étaient *souvent légers, parfois notables et quelquefois sérieux* ».

C'est une vérité que nous connaissons tous actuellement et sur laquelle de nombreuses statistiques s'accordent parfaitement. Permettez-moi de citer celles d'Hartman et Petit Dutailis qui indiquent un taux de 34% de petits troubles et de 12% de troubles sérieux; celles de Volovici: 60% de troubles légers, 15% de troubles graves (dus à des adhérences ou à de l'angiocholite chronique); celles de Judd: 83% de résultats satisfaisants, 17% de résultats non satisfaisants.

Il semble donc que les auteurs soient en parfait accord pour nous dire qu'il existe 15% environ de mauvais résultats à la suite de cholécystectomie.

De plus ils sont aussi de l'avis de Messieurs Judd et Stanton « que les opérations pour syndrome douloureux franc du type colique hépatique sont moins souvent suivies de séquelles douloureuses que les opérations faites chez les malades à signes flous ».

Ils estiment enfin que les résultats ne sont pleinement acquis qu'un an et demi environ après l'intervention, et que le taux de mortalité s'élève, même chez les jeunes, à 4% selon les statistiques allemandes et 2.6% selon celles des frères Mayo.

Au point de vue clinique, tout malade qui se présente pour séquelles douloureuses après cholécystectomie pose un problème de diagnostic et de traitement. C'est un de ces problèmes que je désirerais discuter.

Observation:

Il s'agit d'un journalier de 35 ans, opéré il y a cinq ans à la suite d'une crise aiguë de lithiase biliaire. Il avait présenté sa première crise un mois auparavant. On lui fit une cholécystectomie et, son appendice ayant été trouvé apparemment suspect, on en fit l'exérèse.

Le rapport anatomo-pathologique décrit au niveau de cet appendice « une muqueuse en grande partie abrasée et un muscle présentant une réaction inflammatoire chronique ». La vésicule biliaire contenait deux calculs de la grosseur d'un marbre à jouer et mesurait onze centimètres.

Les suites opératoires furent assez normales à part une suppuration de la paroi qui dura 5 à 6 semaines. Depuis cette intervention, le patient n'avait pas eu le moindre trouble digestif ou autre. Il ne suivait aucun régime et même s'abandonnait quelquefois aux excès de table.

Mais voici que le 29 mars 1938, il ressent une douleur en barre au niveau de l'épigastre et des hypocondres droit et gauche, il a des nausées et vomit un liquide jaune-verdâtre pendant que s'installe une violente céphalée.

1. Communication présentée à la *Société de Gastro-entérologie de Montréal*, séance du 26 mars 1938.

Les selles ne sont pas décolorées; au contraire, il a remarqué que depuis quelques jours, elles sont plus foncées et malodorantes. Les urines ont un aspect jaune brun, et, depuis cinq jours, un prurit généralisé a fait son apparition.

Le 31 mars, à son arrivée à l'hôpital Notre-Dame, dans le service de chirurgie, on note un ictère assez prononcé. Cet ictère s'accroît dans les jours qui suivent, pour disparaître ensuite complètement en une dizaine de jours. Il existe de l'albumine et de l'urobiline dans les urines, tandis que dans le sang le B. W. est négatif, la glycémie normale, l'urée à 0 gramme 46, et la cholestérine à 1 gramme 87.

Les signes positifs de l'examen objectif se résument comme suit:

Langue sale; dents en mauvaise condition et amygdale cryptiques; hypocondre droit douloureux à la palpation profonde avec cicatrice vicieuse très importante, adhérente aux plans voisins.

Sur requête du service de chirurgie, je vois ce malade le 7 avril. Il n'est plus souffrant, ses conjonctives sont encore sub-ictériques et son teint légèrement jaunâtre.

L'examen attentif de la paroi antérieure de son abdomen me permet de sentir à quelques centimètres en dehors de la partie médiane de la cicatrice une petite masse de la grosseur d'un œuf. Cette masse est très dure et semble se prolonger avec une bande de tissu scléreux, tout en gardant une certaine mobilité. On ne peut la percevoir que si l'on soulève la région lombaire droite et elle demande une palpation bi-manuelle très profonde. Il semble qu'elle soit tout à fait indépendante de la large cicatrice de cholécystectomie, elle-même adhérente aux plans profonds.

* * *

Qu'est-ce donc que cette masse et quel rôle peut-elle avoir joué dans l'apparition des troubles présentés par ce malade?

J'ai pensé qu'il pouvait s'agir simplement d'un noyau cicatriciel calcifié. Mais une radiographie simple de l'hypocondre droit n'a pas révélé la moindre opacité en rapport avec une

calcification quelconque. Il s'agirait alors d'une masse scléreuse exceptionnellement consistante.

Avant d'admettre cette hypothèse, je me suis demandé si cette tuméfaction pouvait être en rapport avec le canal cholédoque?

La situation anatomique de ce canal n'en permet pas normalement la palpation, quelque profonde qu'on puisse la pratiquer. Mais dans un cas pathologique, chez un cholécystectomisé avec cicatrice adhérente aux plans sous-jacents, je ne suis pas sûr que les rapports ne soient pas changés. Dans de telles circonstances, si la masse pouvait être en rapport avec le cholédoque, il faudrait ou bien qu'il s'agisse d'un calcul ou bien d'une adénopathie péricholédocienne.

Un calcul pourrait s'être formé dans la paroi du cholédoque, ou bien, il pourrait avoir pris naissance dans une néo-vésicule formée aux dépens du moignon cystique.

Quant à une adénopathie, il faudrait songer soit à une hypertrophie du ganglion de Moscogni, ce qui est peu probable parce qu'il a dû être enlevé avec la vésicule, soit du ganglion de l'hiatus ce qui serait plus plausible. Il faudrait alors évoquer, à l'origine de cette hypertrophie ganglionnaire soit une hépatite, soit une pancréatite, soit une duodénite. Qu'il y ait eu infection, ceci ne nous surprendrait pas, vu le mauvais état de la bouche. Une fois hypertrophié, le ganglion en comprimant le cholédoque, eût provoqué la crise qui a conduit notre malade à l'hôpital. Cette hypothèse aurait eu encore à son appui le fait assez extraordinaire que cette masse de la grosseur d'un jaune d'œuf à mon premier examen le 7 avril, a diminué dans les jours suivants et le 14 avril, elle n'avait plus que le volume d'une fève.

J'ai revu hier mon malade et j'ai été surpris de constater que la palpation de l'abdomen était beaucoup plus facile et m'orientait plus vraisemblablement vers l'hypothèse d'un noyau scléreux cicatriciel profond, sans rapport probable avec le cholédoque. Dans ce cas, il me reste à supposer que notre homme a fait une cholédocite, une angiocholite ou

encore une duodénite avec spasme du sphincter d'Oddi, ou bien qu'il a présenté un calcul de son cholédoque nullement en relation avec la masse abdominale.

Le début absolument subit, la faible température et la courte durée de l'évolution me fait opter pour un calcul au niveau de son cholédoque.

Dans ces conditions, le processus lithiasique menace l'avenir de notre malade et je propose que nous établissions chez lui un traitement à peu près comme suit: régime des lithiasiques biliaires; pas de graisses cuites et particulièrement pas de mayonnaise, pas de fritures et pas de sauces grasses.

Prohibition des aliments conservés ou fermentés, parce qu'ils peuvent apporter au foie des poisons nocifs susceptibles d'augmenter le déficit fonctionnel de cet organe.

Prohibition aussi des aliments riches en cholestérine (œufs, cervelles, etc.).

La culture physique sera hautement recommandée.

Si le processus adhérentiel semblait continuer son évolution, il faudrait songer au traitement diathermique à ondes courtes et faire quelques séries d'injections d'éther benzyl-

cinnamique selon la méthode préconisée par A. Gosset, Gutmann et Sahiel. Les résultats obtenus par ces auteurs sont très intéressants, puisqu'ils s'élèvent à un taux de 33% de guérison et 33% d'amélioration.

Enfin, si les crises douloureuses avaient tendance à se répéter, je n'hésiterais pas à tenter le traitement cher à Maurice Chiray: gluconate de calcium administré en injections intra-veineuses à la dose de 5 cc pour une solution à 10% en association avec le traitement parathyroïdien.

BIBLIOGRAPHIE

- René A. GUTMAN: « Les syndromes douloureux de la région épigastrique », 2 vol. Doin, éditeurs, Paris, 1934.
- M. CHIRAY, I. PAVEL et A. LOMON: « La vésicule biliaire et ses voies d'excrétion ». Masson, éditeurs, Paris, 1936.
- R. D. McCLURE: « Les complications post-opératoires de la cholécystectomie ». *Annals of Surgery*, p. 253-61, août 1929.
- M. EPSTEIN: « Contribution à l'étude des troubles observés après cholécystectomie pour lithiase biliaire ». *Thèse de Lyon*, 1930-31.
- Louis RAMOND: « Calculs du cholédoque ». *Conférences de clinique médicale pratique*, vol. 8, pages 128-166. Vigot, éditeurs, Paris, 1930.

CONSIDÉRATIONS SUR CERTAINS PHLEGMONS DU COU D'ORIGINE DENTAIRE¹

Par Jean TREMBLAY,

Chirurgien à l'hôpital Notre-Dame.

Nous n'avons pas l'intention de traiter la question entière des phlegmons du cou, nous voulons nous en tenir à quelques considérations à la suite de deux cas que nous allons rapporter.

D'abord un cas d'angine de Ludwig et ensuite un cas d'adéno-phlegmon du cou d'origine dentaire.

Angine de Ludwig

Observation.

Le 4 février 1938, une patiente âgée de 44 ans, nous est amenée de la campagne, souffrant d'une tuméfaction médiane sous-mentonnière depuis plusieurs jours. Son état est très grave, elle a été administrée avant son départ. Son facies est plombé; battements des ailes du nez, trismus. Elle peut à peine ouvrir la bouche, parle très difficilement; on comprend qu'elle est malade depuis une dizaine de jours.

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

La maladie aurait débuté par une amygdalite.

Elle a des frissons; à 3 heures, température 96°; à 4 heures, température 100°. Le pouls bat à 130.

Nous opérons la malade d'urgence. Nous faisons deux incisions le long du maxillaire inférieur à travers le digastrique et le mylo-hyoïdien. Il nous faut aller jusqu'au plancher de la bouche pour évacuer une collection purulente très fétide. Drainage par mèches et tubes. Sérum anti-gangreneux. Lavages à l'eau oxygénée. La malade guérit après 23 jours de convalescence.

*
* * *

Cette maladie, appelée angine de Ludwig, n'est pas une angine et fut décrite par Gensoul six ans avant Ludwig. C'est une inflammation aiguë du plancher de la bouche. Les ganglions lymphatiques sous-maxillaires sont en relation avec les lymphatiques du plancher de la bouche, la langue et le maxillaire inférieur. C'est une lésion grave.

Il y a le phlegmon circonscrit et le phlegmon diffus qui est l'expression d'une infection hypervirulente et gangreneuse.

On peut avoir de l'œdème de la glotte.

L'angine de Ludwig tue par intoxication générale.

Le point de départ est ordinairement une carie dentaire, quelquefois une amygdalite.

Si le phlegmon est circonscrit, les signes de l'inflammation aiguë apparaissent: douleur, gonflement au-dessous de la langue, trismus, température. Gonflement œdémateux du plancher buccal; le pus sub-lingual se collecte un peu partout.

Si le diagnostic est précoce, par vaccins, lavages chauds intra-buccaux, on peut tenter d'enrayer la suppuration, mais la plupart du temps la collection évolue vers la suppuration.

Lecène déconseille d'aborder ces cas par voie naturelle, il faut aborder ces collections intra-linguales et intra-linguo-épiglottiques par des incisions sus-hyoïdiennes.

Si c'est un phlegmon gangreneux: angine de Ludwig avec prédominance d'infection générale, il faut agir vite, puisque, d'après Lecène, on ne peut sauver qu'un malade sur deux.

La cellulite gangreneuse se reconnaît: œdème monstrueux du plancher de la bouche, facies plombé, trismus considérable, pouls petit. On ne saurait trop le répéter: les signes locaux cèdent le pas aux signes généraux et « c'est pour cette raison qu'il n'est pas permis de confondre le phlegmon circonscrit et l'angine de Ludwig » (Ménégaux).

Traitement: sérothérapie antigangreneuse; débridements larges par voie sus-hyoïdienne (2, 3 incisions); localement, lavages à l'eau oxygénée. Si l'asphyxie est menaçante: laryngectomie.

Adéno-phlegmon du cou d'origine dentaire

Voici une catégorie de malades que nous recevons souvent et dont nous sommes obligés de faire des balafres du cou, quand nous ne sommes pas forcés d'en faire des balafres de la face.

Ces malades nous arrivent avec des phlegmons du cou après extraction dentaire; ils sont souvent en plus porteurs de lésions des maxillaires. L'infection ou plutôt la propagation de l'infection est-elle due à des manœuvres intempestives, extraction dentaire, ensementement par le traumatisme; ou est-elle due au fait que le dentiste a attendu trop longtemps pour intervenir, attendu que l'ostéite ou l'ostéomyélite s'installât aux maxillaires?

Observation.

Une malade âgée de 30 ans entre dans le service le 14 février pour phlegmon du cou et envahissement de la joue gauche à la suite d'une extraction dentaire quelques jours auparavant. Elle a tous les signes d'une infection aiguë: rougeur, tuméfaction, trismus.

Une radio le 15: « présence d'un petit séquestre osseux ou racine dentaire dans un grand lac de pus ou d'un grand trou d'ostéite » (Fig. I).

Le 18, extraction par le dentiste d'une esquille, cause du phlegmon, par voie endo-buccale.

La patiente reçoit quelques injections de charbon; comme la tuméfaction ne régresse

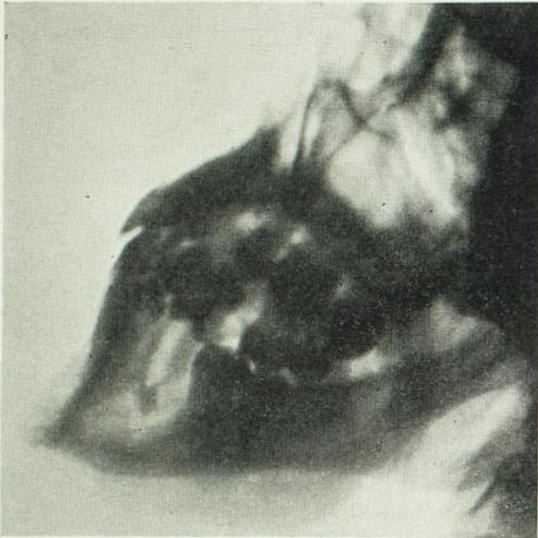


Fig. I. — Esquille osseuse dans un lac de pus.

pas, on doit intervenir. Le 26, ouverture et contre-ouverture dans la région cervicale.

L'infection continue de se propager et le 5 mars on doit inciser une collection qui s'est localisée à la région parotidienne supérieure; drainage.



Fig. II. — Réparation osseuse.

Après deux mois de traitement, la patiente quitte l'hôpital en voie de guérison. Une radio

« montre que la lacune a diminué de taille. Il n'y a plus d'image d'esquille » (Fig. II).

*
* *

La région latérale du cou réagit bien aux infections et suppure facilement. Voici pourquoi:

1) La région carotidienne est riche en ganglions qui s'agglomèrent autour des jugulaires.

2) Le groupe jugulaire externe est la continuation du groupe intra-parotidien.

3) Le groupe jugulaire interne s'étend de la base du crâne jusqu'à la clavicule. Il y a une trentaine de ganglions qui reçoivent les lymphatiques efférents des ganglions parotidiens, sous-maxillaires, sous-mentonniers, rétro-pharyngiens, pré-laryngés, pré-trachéaux et des chaînes récurrentielles (Rouvière). Ils reçoivent en outre les collecteurs lymphatiques des fosses nasales, du pharynx, du cou, du conduit auditif externe, de l'oreille moyenne, de la langue, de la voute et du voile du palais, des amygdales, des glandes sous-maxillaires, sublinguales, du corps thyroïde.

Nous n'envisagerons pas les infections du maxillaire supérieur dont les réactions se manifestent par des sinusites, car cet os est jugal par sa face externe, orbitaire par sa face supérieure, et nasal par sa face interne.

Les accidents ayant pour point de départ le maxillaire inférieur sont plus fréquents.

Nous envisagerons les inflammations aiguës d'origine dentaire du maxillaire inférieur.

Nous laissons de côté les accidents de la dent de sagesse qui forment un autre chapitre de pathologie.

Au début, le diagnostic oscille entre l'ostéophlegmon et l'adéno-phlegmon. D'après Sébileau, « quand il s'agit d'un ostéo-phlegmon sans participation ganglionnaire, le rebord inférieur de la mandibule dessine son relief normal; il y a, entre le massif facial et la région cervicale, une délimitation nette. Au contraire, s'il s'agit d'un adéno-phlegmon sous-maxillaire ou sous-mental, l'œdème inflammatoire franchit le rebord maxillaire inférieur,

parce que l'inflammation dans ces suppurations cervicales gagne toujours le tissu cellulaire de la région faciale.»

Les ostéo-phlegmons du maxillaire inférieur sont faciaux, les phlegmons sous-mentaux et sous-maxillaires sont à la fois faciaux et cervicaux. Le premier signe est le trismus; il faut chercher l'infection dans la bouche.

Le point de départ de l'infection étant dentaire et la dent étant localisée, l'ostéomyélite se présente sous deux formes: ostéo-phlegmon et ostéomyélite vraie.

Ostéo-phlegmon, vulgairement appelé abcès dentaire, collection de pus sous-périostée sans atteinte du tissu spongieux de l'os. Le pus a tendance à s'évacuer au dehors à travers le périoste.

Si pour des causes locales ou générales l'infection attaque plus profondément l'os maxillaire, il s'agit d'une véritable ostéomyélite.

L'os est frappé et souvent il se fait des séquestrations.

C'est ici que le problème se pose.

Faut-il enlever une dent qui est l'origine d'une ostéo-périostite pendant la période des accidents aigus?

Selon Brocq, les auteurs se divisent en trois groupes:

1) Les avulsionnistes systématiques (Sébi-leau). Voici les avantages:

- a) supprimer le corps étranger septique;
- b) permettre un drainage par l'alvéole ouverte.

2) Les abstentionnistes systématiques.

Ils combattent l'infection par l'hygiène buccale, vaccinothérapie, incision de la collection

purulente sans enlever la dent en période aiguë.

Ils reprochent à la méthode d'extraction à chaud les mauvaises conditions d'anesthésie locale, les risques d'hémorragie, les dangers d'alvéolite post-opératoire, les dangers d'ensemencement à distance par le traumatisme opératoire.

3) Les éeectiques.

Brocq est partisan d'enlever le plus tôt possible une dent fonctionnellement mauvaise quand elle est la cause de l'ostéo-périostite.

Cependant, il faut considérer:

a) quelle est la dent dont origine l'infection par la percussion et surtout la radiographie;

b) l'accident nécessite-t-il l'extraction, quand doit-on procéder?

1) Accidents bénins: cellulite molle, fluxion dentaire: *traitement conservateur*.

2) Cas moyens: monoarthrite apicale; question de degré.

Si les phénomènes ne sont pas trop violents, s'il n'y a pas d'extension vers le plancher de la bouche: *il faut temporiser*.

S'il y a collection: *incision « per os » contre l'os*. C'est dans ces cas qu'il y a infection à distance quand on enlève la dent.

3) Cas sérieux.

L'os est profondément infecté, grosse tuméfaction, cellulite importante avec extension au plancher de la bouche.

Il faut supprimer la dent d'urgence, et s'il y a cellulite hyperseptique, il y a indication d'incisions larges dans les régions sous-maxillaires et sous-mentale. [Bull. et Mém. Société Chirurgie, 1929.]

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

REVUE GÉNÉRALE

LES INDICATIONS DE LA BIOPSIE DANS LE DIAGNOSTIC DES TUMEURS¹

Par **G. PINSONNEAULT**,

De l'Institut du Radium.

La biopsie est l'examen microscopique d'un fragment de tissu qu'on prélève sur un malade, pour y étudier les modifications histologiques en vue d'aider au diagnostic. La biopsie est donc un procédé d'exploration médicale au même titre, par exemple, que le radiodiagnostic. Comme tel, la biopsie a un domaine défini, une discipline propre et une valeur déterminée. Comme tel, elle intéresse non seulement les histo-pathologistes, mais tout le corps médical en général. Qui sait si avec le perfectionnement et la simplification des techniques la biopsie ne tendra pas un jour à pénétrer dans la pratique courante, comme la chose se passe à l'heure actuelle pour le radiodiagnostic? A mesure qu'on se débarrassera de la déplorable habitude qu'on a de raisonner sur des maladies, au lieu de raisonner un malade, on sentira davantage les inconvénients des diagnostics qu'on ne peut poser qu'en collaboration.

Nous empruntons au travail très documenté de Hellwig les notes historiques qui suivent.

En 1838 — il y a donc exactement un siècle — Mueller formula l'opinion que tous les cancers étaient constitués de cellules. Après cette découverte, tous les pathologistes se lancèrent à la recherche d'une cellule cancéreuse spécifique. Lebert, Hannover et d'autres crurent un moment l'avoir identifiée dans certains sarcomes, et forts de leur définition, retranchèrent l'épithélioma du cadre des cancers, sous prétexte que la cellule spécifique n'exis-

tait pas dans les épithéliomas. Velpeau, en 1855, dans un mémoire retentissant, fit table rase de toutes ces prétentions au moyen d'arguments cliniques, et l'étude histologique des tumeurs tomba dans un discrédit qui devait durer trente ou quarante ans. Virchow lui-même, l'homme le plus considéré de cette époque en matière de pathologie, le fondateur de l'anatomo-pathologie, garda jusqu'à la fin de sa vie une certaine prévention contre la biopsie dans le diagnostic des tumeurs. En 1888, dans un article de la grande presse médicale allemande, il insistait sur les incertitudes de la biopsie et mettait ses collègues en garde contre des diagnostics trop avancés. Les mauvaises langues insinuèrent naturellement que l'erreur fameuse dont le célèbre anatomo-pathologiste fut victime, dans le cas de l'Empereur, fut pour beaucoup dans cette attitude. On sait en effet que Guillaume Ier mourut en 1888 d'un cancer du larynx. Cette lésion, qui fut identifiée du premier coup d'oeil, par Bergmann, fut méconnue par Virchow à trois périodes différentes, sur trois spécimens différents.

C'est Ruge, pathologiste berlinois, contemporain de Virchow, qui entreprit le premier en 1879 l'étude microscopique systématique du matériel chirurgical, dans le service du gynécologue Schroeder, et qui sut enfin donner à la biopsie une place d'honneur dans le diagnostic des tumeurs.

Depuis cette époque, le matériel s'est perfectionné et les techniques ont progressé à pas de géant. La biopsie est, à l'heure actuelle, le procédé le plus sûr dans le diagnostic de la malignité des tumeurs. Il ressort en effet,

1. Travail présenté à la *Société Médicale de Montréal*, séance du 22 mars 1938, tenue à l'Institut du Radium.

de plusieurs statistiques, que la précision du diagnostic clinique est de l'ordre de 65%, alors que celle du diagnostic histologique atteint 91%. Ce serait une erreur cependant de conclure de cet état de choses que toutes les tumeurs doivent être biopsiées. Il y a des biopsies nécessaires et il y en a d'autres dont il faut savoir se passer parce qu'elles sont inutiles ou parce qu'elles ne sont pas sans comporter certains dangers.

On peut parler de l'utilité de la biopsie de plusieurs points de vue. Il y a le point de vue de l'anatomo-pathologiste, le point de vue du chirurgien, le point de vue du radiologiste, celui de la science, celui des statistiques, et j'en passe. Mais il y a surtout le point de vue du malade, d'un malade en particulier, qu'il faut bien se garder de confondre avec le point de vue des malades en général, auxquels on pourrait parfois rendre d'importants services moyennant de légers ennuis pour le malade présent.

Nous nous placerons au strict point de vue de l'intérêt du malade actuel et nous considérerons qu'il est superflu de légitimer cette façon de voir. En partant de ce principe, nous poserons comme règle que *la biopsie est indiquée dans les cas où elle est pratiquement inoffensive et dans les cas où, tout en n'étant pas inoffensive, ses inconvénients sont nettement inférieurs aux avantages qu'on peut en tirer pour le choix et la conduite du traitement.* Or le traitement des tumeurs n'est plus aujourd'hui ce qu'il était il y a vingt ou trente ans. La période exclusivement chirurgicale des cancers est finie. Jadis, on pouvait se permettre une biopsie dangereuse pour éviter une opération mutilante grave. De nos jours, on dispose, avec la radiothérapie, d'un mode de traitement conservateur, qui ne légitime plus les mêmes prélèvements.

L'indication de la biopsie comporte donc préliminairement et nécessairement un examen clinique. Cette notion est essentielle. Fonder le diagnostic d'une tumeur sur sa structure histologique, avant de chercher à l'établir sur les caractères macroscopiques, est un non sens

qui n'a d'égal que celui de vouloir à tout prix se passer de biopsie. La malignité des cancers à *la période d'état* se diagnostique à l'œil nu aussi sûrement qu'au microscope. Les difficultés de diagnostic auxquelles peuvent prêter *les lésions au début*, les lésions atypiques ou les lésions rares, n'échappent pas toujours à l'examen histologique. Cela ne veut pas dire qu'il y ait des raisons de se contenter d'un seul procédé de diagnostic, alors qu'on en a deux à sa disposition, mais l'attitude de ceux qui mettent en doute un diagnostic de cancer, parce que celui-ci n'est pas fondé sur un examen histologique, peut, dans certains cas, être injuste et non motivée. La plupart des cancers cutanéomuqueux, une fois constitués, se reconnaissent aussi facilement que les affections dermatologiques courantes. L'ulcère néoplasique, le cancer papillaire, le cancer infiltrant sont en général des lésions reconnaissables à première vue. Leur aspect est le plus souvent d'une uniformité remarquable, qu'on les trouve sur la peau, dans la bouche, sur le col utérin, dans le rectum ou ailleurs. *Dans ces sortes de cancer, on a le devoir d'instituer immédiatement le traitement, sans attendre le résultat de la biopsie et quel que soit le résultat de la biopsie, à moins que le traitement projeté ne risque d'entraîner une mutilation grave, auquel cas il faut différer l'intervention jusqu'à la réponse du laboratoire et discuter le problème avec tous les éléments de diagnostic en mains.*

Dans les cancers profonds, c'est au chirurgien, aidé du radiologiste, d'établir d'avance l'opérabilité de la tumeur. « En aucun cas, on ne sera justifié de pratiquer une laparotomie pour fin de biopsie » (Masson). Sur une tumeur profonde, mise à découvert, c'est encore au chirurgien de prendre ses responsabilités et de juger, sans le secours de la biopsie, de l'extension à donner à l'intervention. Pour cela, il doit avoir un œil suffisamment exercé et une certaine expérience de la chirurgie des tumeurs. Il doit être en mesure d'identifier le tissu néoplasique sur l'aspect macroscopique des pièces aussi sûrement qu'un histo-patho-

logiste compétent pourrait le faire sur des pièces à congélation ou à l'Ultrapak (Masson).

L'utilité de la biopsie en vue de déterminer le degré de malignité (Classification de Duval et Lacassagne, de Broders et d'autres), constitue, pour le moment présent, une notion plus théorique que pratique. Le traitement du cancer est encore tellement dans l'enfance que, devant les moyens de thérapeutique actuels, tous les cancers sont également malins, en ce sens que pour aucun d'eux, on n'est en droit de se borner à des demi-mesures. Toutes les tumeurs malignes, quel que soit leur degré de malignité, sont justifiables de l'exérèse totale en tissu sain, ou de la dose maxima de radiations compatible avec la vitalité des tissus normaux ou des deux thérapeutiques combinées.

Quand il s'agit de décider si un cancer doit être traité par la chirurgie ou par les radiations, l'histologie a bien son mot à dire, mais cette détermination relève avant tout de la clinique.

En tenant compte des considérations qui précèdent, il semble qu'on puisse diviser les tumeurs en deux grandes catégories: I) les tumeurs *ulcérées* de la périphérie ou des portions immédiatement accessibles des cavités naturelles et II) les tumeurs dont l'accès nécessite une effraction des tissus normaux.

I. Tumeurs ulcérées de la périphérie ou des portions immédiatement accessibles des cavités naturelles.

Dans toutes ces tumeurs, l'indication de la biopsie ne fait de doute pour personne. Le prélèvement est alors facile et peu douloureux. Il est en outre plus inoffensif. Ces tumeurs ulcérées sont en effet des épithéliomas dans l'immense majorité des cas. On sait d'autre part, que les épithéliomas se généralisent par voie lymphatique. Or les lymphatiques n'existent et ne sont perméables que sur le pourtour des tumeurs, dans leur zone d'invasion (Masson). On a d'autant moins raison de se passer de biopsie dans ce groupe de tumeurs que la plupart des erreurs de diagnostic

clinique qui surviennent ont trait à des ulcérations précoces des muqueuses.

Quand la tumeur est difficilement accessible, il faut confier le prélèvement de la biopsie à un spécialiste et ne pas s'obstiner à aller pêcher soi-même, au petit bonheur, un fragment de tissu nécrosé ou un fragment de tissu sain.

Si on fait les frais de prélever une biopsie, il faut faire en sorte que le fragment soit utilisable pour la fin à laquelle il est destiné. Pour cela, on doit prélever une quantité suffisante de tissu, la quantité maxima compatible avec la localisation, la nature et le volume de la tumeur. La quantité à prélever n'est évidemment pas la même sur un cas d'épithélioma au stade I d'une corde vocale et sur un cas au stade III d'un col utérin! On doit prélever en pleine lésion, ou mieux, sur le bord de la lésion, sans aucune désinfection préalable, quitte à faire ensuite toute l'antiseptie qu'on voudra. Les anatomo-pathologistes préfèrent les fragments prélevés au bistouri. On peut se rendre à leur désir, quand il ne s'agit pas de tumeurs trop vascularisées. Dans ce dernier cas, il vaut mieux se servir de la pince emporte-pièce. Aussitôt le fragment prélevé, on coagule la brèche à l'aide du cautère ou d'une électrode diathermique. Le prélèvement au moyen du couteau diathermique est excellent à condition de savoir s'en servir et d'avoir l'habitude de la machine qu'on utilise. Il faut régler l'intensité d'avance et d'une façon parfaite, puis faire un trait de section rapide, de façon à réduire au minimum les phénomènes de coagulation.

En règle générale, plus le fragment sera petit, plus son prélèvement devra être soigné. Sur un fragment minuscule arraché à la pince ou à moitié coagulé à l'anse diathermique, les résultats de l'examen sont gravement compromis.

Avant l'opération, il vaut mieux se procurer au laboratoire le récipient et le liquide de conservation appropriés (fixateur) et s'enquérir du délai de conservation de la pièce (temps de fixation). On joint ensuite à l'envoi, le

diagnostic clinique posé et les détails anatomo-cliniques essentiels, ou mieux, un croquis de la lésion, en indiquant l'endroit où le fragment a été prélevé.

Il est assez rare que la biopsie d'une lésion ulcérée périphérique nécessite une anesthésie. Cette intervention en tous cas ne vaut jamais les risques et les ennuis d'une anesthésie générale. Les formes tubéreuses peuvent d'ordinaire être biopsiées sans aucune anesthésie. Dans le cancer du col utérin en particulier, le prélèvement est à peine perçu par la malade et se fait le plus souvent sans plainte de sa part. Les formes ulcéreuses sont plus délicates. Le fond de l'ulcération est en général peu sensible, mais il faut le débarrasser soigneusement des coagula, des croûtes ou des productions cornées qui peuvent s'y accumuler. Le prélèvement d'un volumineux fragment sur le bord d'une lésion ulcérée peut être assez douloureux. On y procédera après injection de novocaïne dans la base de l'ulcération, au niveau du segment où la biopsie doit se faire, en ayant soin que le fragment à prélever ne soit pas infiltré par le produit chimique. L'anesthésie régionale est parfois plus commode. L'anesthésie au chlorure d'éthyle est à rejeter.

Le tissu néoplasique *en général* donne une sensation visuelle et tactile difficile à définir, mais qui s'acquiert rapidement par la pratique. C'est un tissu *cellulaire* et *friable*. Quand on le regarde dans un éclairage convenable, qu'on le gratte à curette, qu'on le coupe au bistouri ou qu'on y mord avec une pince emporte-pièce, il laisse une impression qui ne trompe pas souvent et que tout chirurgien devrait connaître.

II. Tumeurs non ulcérées, ou dont l'accès nécessite l'effraction des tissus sains.

Ici la biopsie comporte toujours plusieurs inconvénients, qui sont plus ou moins sérieux, suivant la malignité de la lésion et suivant la quantité de tissus à traverser pour y parvenir.

Il y a d'abord l'ennui d'une intervention. Cet ennui est généralement léger, mais il peut dans certains cas devenir important et on aurait tort, en tous cas, de l'imposer au malade par pure curiosité diagnostique.

Il y a ensuite les dangers d'infection. On dira qu'avec des précautions on peut les éviter. Cela n'est malheureusement pas toujours vrai. Chez un cancéreux avancé, les réactions de défense sont amoindries et la vitalité des tissus, tendus ou plus ou moins infiltrés par la tumeur, est souvent déjà compromise. On peut présumer dans certains cas que l'ulcération des téguments va se produire spontanément, mais cela n'autorise nullement à devancer les accidents.

Le gros inconvénient des biopsies qui comportent une effraction des tissus sains réside dans le danger d'ensemencement et d'essaimage des cellules néoplasiques. Ce danger est réel et prouvé. Sur toute lame de bistouri qui a pénétré dans un foyer néoplasique, on retrouve *invariablement* des amas de cellules cancéreuses. Par des méthodes de coloration vitale, on est arrivé à démontrer que ces cellules peuvent rester vivantes plusieurs minutes après l'intervention. Ce danger n'est sûrement pas le même pour toutes les variétés de tumeurs malignes. Il a son point culminant pour les chondro-myxo-sarcomes des os et il est probable qu'il est peu marqué pour les tumeurs très différenciées. Les cellules néoplasiques libérées dans la plaie opératoire peuvent se greffer sur place ou être charriées par les lymphatiques, qui sont nombreux à la périphérie des tumeurs. Dans les tumeurs conjonctives, ces cellules libérées peuvent donner lieu à des métastases par la voie sanguine. Dans certaines tumeurs mixtes, par exemple, dans les variétés semi-malignes des glandes salivaires décrites par Masson, la biopsie peut être désastreuse. Elle peut donner lieu à des fistules intarissables comme il nous a été donné d'en observer deux cas. D'autre part, elle perfore la capsule, réalise artificiellement un mode d'envahissement qui aurait pu ne pas se produire de lui-même et crée des

difficultés parfois insurmontables pour une opération subséquente.

Toutes ces considérations nous prouvent surabondamment que la biopsie ne doit pas être acceptée sans discussion dans toutes les tumeurs. En nous plaçant toujours au strict point de vue thérapeutique *actuel*, il nous semble que le problème de la biopsie dans les tumeurs profondes peut se ramener, dans la plupart des cas, à l'une des trois alternatives suivantes:

A) *La tumeur est cliniquement maligne et inopérable.* La biopsie est nettement contre-indiquée. Exemples: squirrhe du sein, sarcome osseux avec métastase pulmonaire, cancer du sein avec métastases osseuses, etc. Les malheureux qui sont atteints de telles lésions ont droit à ce qu'on leur épargne les plaies.

B) *La tumeur est de malignité clinique indéterminée, mais son exérèse ne comporte pas de mutilation importante.* La question de prélever un fragment de tumeur ne se pose pas. On a ici à choisir entre l'expectation, l'ablation en bloc en tissu sain ou l'irradiation. Exemples: lipomes, chondromes, exostoses, certaines tumeurs mixtes de la parotide, ou d'ailleurs, les goitres, les kystes, etc.

Cette façon de voir peut soulever des objections pour les tumeurs douteuses du sein et nécessite, dans ce domaine, de plus amples développements. La question des cancers du sein est une question si difficile à tous égards — étiologie, pathologie, diagnostic et traitement — que toute directive absolue de conduite dans cette affection peut-être discutable et prise en défaut. Il ne s'agit donc pas en l'occurrence de trouver la solution parfaite du problème mais uniquement de chercher la règle qui expose au moins de dégâts et de déboires. On n'est jamais absolument sûr d'avance de la nature bénigne d'une tumeur du sein. En bornant l'intervention à une extirpation de la masse, on s'expose à une récurrence dans les lymphatiques. En faisant d'emblée un curetage de l'aisselle, on court le risque de mutilations inutiles. Alors on propose la

biopsie pour fixer l'étendue de l'intervention. Malheureusement, le fragment prélevé est par définition insuffisant pour renseigner sur la totalité d'une tumeur, souvent complexe, qui ne présente pas forcément dans toute son étendue, les mêmes indices de cancérisation. Ewing dit: « An experienced surgeon or pathologist should be able to recognize the great majority of malignant tumors of the breast by gross examination of the cut surface of the tumor. Unless he can do this, it is obvious that the tissue chosen for microscopic section may not contain the malignant tumor ». Et ailleurs: « In the case of small tumor, I think it is safer to remove the *whole* tumor, together with wide area of normal breast, using extreme care not to squeeze or roughly handle the cancerous mass. »

Dans les cas de tumeurs douteuses, Bloodgood préconise la conduite suivante. « The evidence that I have up to date indicates that when a surgeon removes a tumor of the breast and he, and his pathologist, or he, without his pathologist, are doubtful as to the diagnosis, there is no added risk (providing the tumor has been excised by cutting through normal breast tissue the wound has been closed, the axilla irradiated at once, the breast and the wound irradiated in five to ten days) while waiting, if sections of this doubtful border-line tumor are submitted to a number of the best microscopic diagnosticians. Then if they get the unanimous opinion of malignancy they can perform the complete operation. This statement is absolutely the reverse of what I have advocated in previous publications, but it is forced upon me by facts just as the previous statements were. The breast tumor of one month's duration, even when microscopically malignant, is a different tumor from that present six or more months, and there seems to be additional evidence that pre-operative irradiation, when the tumor is clinically malignant, and after the excision of the small lump for biopsy, offers a better chance of a permanent cure than a complete operation without pre-operative irradiation. »

Que penser de la biopsie extemporanée au cours d'une intervention où l'on est préparé en vue d'une cure radicale? Le plus ancien procédé de biopsie extemporanée consiste à opérer sur des pièces congelées. Il est en honneur aux Etats-Unis depuis près d'un demi-siècle et la technique en a été mise au point par Wilson dès 1905. Mac Carthy, de la Clinique Mayo, en a vanté les applications et les avantages et Bloodgood en fut très longtemps partisan. Mais Bloodgood, en matière de tumeurs, était aussi bon pathologiste que bon clinicien et aussi bon clinicien que bon chirurgien. Ses diagnostics et ses succès reposaient sur un ensemble de données difficiles à dissocier. En France, Leroux a introduit il y a quelques années, une méthode d'examen histologique rapide, connue sous le nom d'examen à l'Ultropak. Masson condamne absolument l'une ou l'autre de ces méthodes. D'après lui, ces procédés ne peuvent fournir un diagnostic certain que dans les cas où celui-ci est déjà possible sur le seul examen macroscopique de la pièce. Dans tous les autres, il pourrait prêter à des erreurs regrettables. Nous avons entendu certains chirurgiens exprimer l'opinion qu'ils accepteraient un diagnostic positif de cancer posé après examen de la pièce à l'Ultropak, mais qu'ils ne tableaient pas sur un diagnostic négatif. Il y a des épreuves de laboratoire qui ont une valeur presque absolue quand elles sont positives, mais ce n'est malheureusement pas le cas pour un examen histologique qui n'a guère plus de chance d'être correct quand il est positif que quand il est négatif sur la malignité. A ce propos, Bloodgood rapporte le fait suivant qui est à la fois suggestif et amusant. En 1896, Weir, professeur de Clinique Chirurgicale à l'Université Columbia, avait à opérer une grande dame pour une tumeur du sein. Comme il n'était pas fixé sur la nature de la tumeur, il se fit assister d'un des plus célèbres pathologistes de New-York, en vue d'un examen histologique extemporané sur des coupes congelées. La préparation sous le microscope, le pathologiste affirma catégoriquement qu'il

s'agissait d'une lésion maligne. Weir, sur le seul examen macroscopique, soutint l'opinion d'une lésion bénigne, et se borna à une intervention conservatrice. Trente ans après l'opération, la dame était en parfaite santé.

A un symposium sur la biopsie, tenu sous les auspices de l'American Radium Society en 1935, Stewart, du Memorial Hospital, a tenté de défendre et de remettre en honneur la méthode du prélèvement par ponction. Cette méthode n'est pas nouvelle. Carter Wood se rappelle l'avoir vue expérimentée par un médecin de St. Luke's Hospital autour de 1900. Il est possible que certains histologistes, particulièrement entraînés à ce mode d'examen, aient pu tirer de ce dernier un parti avantageux au point de vue du diagnostic. Il est également possible, qu'à condition d'être pratiquée par un homme compétent, la biopsie par ponction ait quelques rares indications. Mais d'une façon générale, on paraît en droit d'affirmer que c'est une méthode à condamner, parce qu'elle est peu sûre. Si le diagnostic histologique présente encore tant de difficultés malgré d'excellentes techniques et un excellent matériel, il est illogique et régressif d'introduire l'habitude de travailler avec des techniques ébauchées, sur un matériel qui, en plus d'être de mauvaise qualité, a le défaut capital d'avoir été prélevé à l'aveuglette. Ceci s'applique également, quoique à un degré moindre, à un autre mode de prélèvement mis en vogue aux Etats-Unis par Hoffman, et désigné sous le nom de « Punch-biopsy ».

C) *La tumeur est de malignité clinique probable et son exérèse semble devoir comporter une mutilation grave.* La tendance actuelle est d'irradier ces tumeurs avant de les confier au chirurgien.

Dans les tumeurs très radiosensibles, la biopsie est fortement contre-indiquée. Ces tumeurs très radiosensibles sont en général des tumeurs très malignes, parce que très métastasiées. Dans la plupart d'entre elles, les métastases empruntent la voie sanguine en plus de la voie lymphatique. On conçoit que la moindre effraction des tissus ajoute aux

dangers d'assaimage et de généralisation. D'ailleurs la radiosensibilité constitue à elle seule, un élément de diagnostic qui compense dans une certaine mesure l'absence d'examen histologique. Pour illustrer ce groupe, on peut citer la tumeur d'Ewing, le lymphosarcome, le lymphoépithéliome, certains épithéliomas baso-cellulaires, etc. Il est peut-être opportun de répéter ici que la radiosensibilité d'une tumeur ne se déduit pas forcément de son type histologique. On peut parfaitement tomber sur un sarcome d'Ewing qui soit radio-résistant et sur un épithélioma à différenciation avancée qui soit radiosensible. On n'est pas en mesure pour le moment de fournir la véritable explication de ces particularités. Dans l'état actuel de nos connaissances, le seul moyen *infaillible* de savoir dans quelle mesure une tumeur est radiosensible, c'est d'en tenter l'irradiation. On objectera que dans certains cas, l'irradiation peut faire perdre un temps précieux. L'inconvénient qui peut résulter de ce retard reste inférieur à celui qui peut résulter d'une biopsie malencontreuse.

Dans les tumeurs moyennement radiosensibles, la biopsie sera pratiquée aussitôt que la régression sera devenue stationnaire. C'est au chirurgien en collaboration avec le radiologiste, munis de tous les éléments de diagnostic, de décider de la conduite à tenir.

La biopsie par ponction, qui nous paraît à rejeter dans les tumeurs des parties molles, peut rendre d'énormes services dans les tumeurs des os, à condition que l'anatomopathologiste qui en est chargé, ait une grande habitude de ce genre d'examen et qu'il soit en même temps très versé dans l'interprétation des clichés radiographiques, qui pourront suppléer dans une certaine mesure au manque de données concernant l'architecture de la tumeur.

Dans les tumeurs radiorésistantes, la biopsie est d'une indication absolue à moins que les autres procédés d'exploration ne soient aptes à fournir un diagnostic ferme. Son exécution devra être confiée à un spécialiste qui se

concertera, devant le malade avec l'anatomopathologiste chargé de l'examen histologique.

Résumé et conclusions

Le tableau suivant est inspiré par les données actuelles concernant le traitement des tumeurs. Les directives qu'il contient eussent été inadmissibles, il y a quelques années comme il est possible qu'elles le deviennent de nouveau dans un avenir rapproché. D'autre part, ce tableau n'est qu'un schéma: c'est dire qu'il comporte les avantages et les inconvénients d'un schéma.

I. *Tumeurs ulcérées* de la périphérie ou des portions accessibles des cavités naturelles: la biopsie est toujours indiquée et souvent nécessaire.

II. *Tumeurs non ulcérées* ou dont l'accès nécessite une effraction des tissus normaux: la biopsie est à discuter.

A) La tumeur est cliniquement maligne et *inopérable*: pas de biopsie.

B) La tumeur est de malignité clinique indéterminée, mais son exérèse ne comporte *pas de mutilation importante*: pas de prélèvement, mais ablation totale, irradiation ou expectation.

C) La tumeur est de malignité clinique indéterminée mais son exérèse comporterait vraisemblablement une *mutilation grave*: trois cas sont à envisager.

1° La tumeur est très *radiosensible*: pas de biopsie.

2° La tumeur est *moyennement radiosensible*: la biopsie est indiquée après le traitement par les radiations.

3° la tumeur est *radiorésistante*: la biopsie est nécessaire aussitôt que la preuve de la radiorésistance est faite.

BIBLIOGRAPHIE

- BLOODGOOD, J. C.: «Biopsy in diagnosis of malignancy.» *South Med. Journ.*, **20**: 18; 1927.
 BLOODGOOD, J. C.: «Value of preoperative irradiation in bone tumors, whether for biopsy or any type of operative procedure including amputation.» *Amer. Journ. Surg. N. S.*, **27**: 35 (janvier), 1935.

- BLOODGOOD, J. C.: «Biopsy in breast lesions.» *Annals of Surgery*, **102**: (août), 1935.
- EWING, J.: «Biopsy in mammary cancer.» *Illinois M. J.*, **63**: 482 (mai), 1933.
- EWING, J.: «Biopsy in bone sarcoma.» *Amer. Journ. Surg. N. S.* **27**: 26 (janvier), 1935.
- HANFORD, John M., et CUSHMAN, D. HAAGENSEN: «Incisional biopsy.» *The Amer. Journ. Raentgenol. and Rad. Therapy.*, **35**: 238 (février), 1936.
- HELLWIG, C. A.: «Biopsy in tumors.» *Arch. Path.*, **13**: 607 (avril) 1932. (Bibliographie importante.)
- HOFFMAN, W. J.: «Punch biopsy in tumor diagnosis.» *Surg., Gyn., Obst.*, **56**: 829; 1933.
- MARTIN, Hayes E., et STEWART, Fred. W.: «The advantages and limitations of aspiration biopsy.» *The Am. Journ. Raentgen. Rad. Therap.*, **25**: 245 (février), 1936.
- MASSON, P.: «La biopsie.» *Journ. de l'Hôtel-Dieu*, n° 3, 149; 1935.
- MAC CARTHY, W. C.: «Indications and rules for biopsy.» *Proc. Staff Meetings Mayo Clinic*, **4**: 61 (20 février), 1929.
- MC GRAW, A. B., et HARTMAN, F. W.: «Present status of the biopsy.» *Journ. Amer. Med. Ass.*, **101**: 1205 (14 octobre), 1933. (Bibliographie importante.)
- NEELY, J. Marshall: «The value of the biopsy.» *Journ. Lab. and Clin. Med.*, **21**: 1124 (août) 1936.
- SAPHIR, Otto: «The transfer of tumor cells by the surgical knife.» *Surg. Gyn. Obst.*, **63**: 775 (décembre), 1936.
- WARD, Grant E., et GESCHICKTER, Charles F.: «Electro surgical biopsy.» *The Am. Journ. Raentgen. Rad. Therap.*, **25**: 248 (février), 1936.

Traitement des spasmes artériels par l'acétylcholine en injections intraveineuses *

On sait depuis les travaux du Prof. Villaret et de Justin-Besançon que l'injection intra-veineuse d'acétylcholine détermine un abaissement constant mais transitoire de la pression artérielle accompagné de ralentissement du pouls et d'une bouffée de chaleur souvent désagréable. C'est pour éviter ces petits incidents et aussi pour assurer au médicament une action plus prolongée qu'on recourt dans la pratique courante aux injections intra-musculaires.

Chez plus de 50 malades, le Prof. Loeper, Lemaire et Mallarmé ont utilisé la voie intra-veineuse et si-

gnalent de bons résultats, notamment dans des cas de crise épileptique, d'éclipse cérébrale par hypertension artérielle, d'angor aigu et de maladie de Raynaud. Il convient d'injecter le médicament à faible dose, un à deux centigr. dilués dans 10 cc. de sérum physiologique, et de pousser lentement l'injection. Bien que l'acétylcholine soit rapidement détruite dans le courant sanguin, l'effet favorable peut se prolonger plusieurs jours.

Les auteurs estiment que l'injection intra-veineuse est recommandable quand il faut agir vite, par exemple si l'on suppose un spasme artériel cérébral ou coronarien, et aussi lorsque les injections intra-musculaires paraissent avoir perdu de leur efficacité.

* *L'Année Médicale Pratique* (René Lépine, éditeur, Paris, 1937).

C. LIAN et J. FACQUET.

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

PETITE CLINIQUE

MÔLE HYDATIFORME

Par **Donatien MARION.**

Chef du Service d'Obstétrique, hôpital Notre-Dame.

Le 27 avril, un collègue m'appelle d'urgence auprès de Madame D., pour hémorragie utérine. Le tableau clinique offre un aspect peu rassurant: faciès pâle, lèvres décolorées, pouls à 120; P. A. 95/82, dyspnée *sine materia*, vertiges.

L'interrogatoire nous apprend que les dernières menstruations datent du 28 au 31 décembre; la grossesse évolue normalement jusqu'au début de mars, alors que se produisent des hémorragies abondantes, répétées, le plus souvent nocturnes. Le repos n'amène aucune accalmie, des vomissements coïncident avec ces hémorragies; la patiente voit son poids diminué de 22 lbs.

Au palper abdominal: masse qui remonte 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic, irrégulière, bosselée, plus accentuée à gauche.

Au toucher, des caillots obstruent la cavité vaginale, le col entr'ouvert laisse pénétrer deux doigts dans la cavité utérine.

Vue son état général mauvais, le transport à l'hôpital est décidé d'emblée; dès son arrivée dans le service, pendant que l'interne s'occupe de lui administrer coramine, sérum glucosé et physiologique, je fais, sous anesthésie, un curage digital qui ramène un véritable « pudding de tapioca », masse vésiculaire dans laquelle on ne trouve plus trace d'embryon. Je termine par un nettoyage soigné, quoique prudent, avec une curette large, et je laisse en place une mèche iodée pendant douze heures.

L'état d'anémie profonde (gl. r. 1,700.000, hémoglobine 35%) nécessite une transfusion sanguine de 250 cc., qui réalise une véritable

résurrection, les injections d'extrait de foie, associées à l'administration buccale de « ferrocatalytic » achèvent de réparer les déficiences sanguines. La pression artérielle remonte à 116/74 dès le 6 mai, le pouls se maintient à 80 et l'appétit redevient excellent.

Au premier abord, on aurait pu penser à une interruption de la grossesse par décollement de l'œuf, mais les hémorragies persistantes, le développement anormal de l'utérus, les vomissements et la perte de poids, portent à croire à la présence d'une môle hydatiforme.

La biologie nous apprend que le cycle génital de la femme soumet ses activités à un régulateur sous forme d'une hormone sécrétée par le lobe antérieur de l'hypophyse et désignée sous les noms de prolane, gonado-stimuline ou hormone gonadotrope. Normalement, la femme non enceinte élimine une faible quantité d'hormone par ses urines durant toute la durée de sa vie génitale; survient-il une grossesse, soit par une surproduction de cette hormone, soit par sa non-utilisation, une forte quantité est éliminée par les urines. Ce dernier phénomène permet le diagnostic précoce de la grossesse par le procédé d'Aschheim-Zondek (souris femelle impubère) par le procédé de Brouha-Hinglais, Simonnet (souris mâle impubère) ou par le procédé Friedmann-Brouha-Brindeau-Hinglais (lapine pubère). Par les deux premiers procédés, l'injection des urines d'une femme enceinte fait apparaître les signes précoces de puberté au niveau des ovaires ou des testicules des animaux en expérience.

Par le troisième procédé, on constate des follicules rompus, des hémorragies folliculaires et des corps jaunes actifs.

Cette méthode permet le diagnostic presque infaillible de la grossesse en évolution, mais ne permet pas le diagnostic différentiel entre une grossesse normale, une grossesse ectopique ou une dégénérescence des villosités choriales (môle hydatiforme).

Brindeau, M. et H. Hinglais ont imaginé une méthode quantitative (séro-titrage hormonal) par l'emploi du « réactif lapine ». Dans la grossesse normale, la sécrétion gonadotrope varie entre 2000 à 25000 unités, tandis que dans la môle hydatiforme, les chiffres atteignent 60000 unités ou davantage.

Cette méthode biologique quantitative, prétendent les auteurs, permet de caractériser chez la femme enceinte des états d'hypoactivité placentaire ou des états d'hyperactivité placentaire, correspondant à des circonstances pathologiques définies et que les méthodes biologiques ordinaires ne peuvent pas différencier (œuf malade, œuf mort, môle hydatiforme).

Le séro-titrage hormonal facilite donc le diagnostic différentiel de la grossesse normale

et de la môle hydatiforme; en plus, il peut rendre d'utiles services dans le dépistage précoce du chorio-épithéliome. Car la femme qui vient d'échapper aux accidents de la môle hydatiforme (hémorragie, anémie) reste sous la menace de la persistance de la suractivité des villosités choriales utérines dans la muqueuse utérine. Nous savons bien que dans les semaines qui suivent l'évacuation utérine, l'apparition de ménorragies ou de métrorragies fait suspecter le développement du déciduôme réalisé, et que la femme ainsi atteinte doit subir sans retard l'hystérectomie, mais nous restons dans l'incertitude quant à la généralisation de la maladie.

Le titrage périodique de l'hormone dans le sang permet de faire disparaître cette incertitude. D'après Brindeau et Hinglais; si le taux d'hormone tombe à zéro dans les 30 jours qui suivent l'expulsion de la môle, la femme peut être considérée en sécurité; au contraire, si le taux hormonal remonte après avoir baissé, la dégénérescence maligne est certaine.

UN CAS DE SYNDROME PARALYTIQUE UNILATÉRAL GLOBAL DES NERFS CRÂNIENS

Jean PANET-RAYMOND,
Assistant au Service de Neurochirurgie
de l'hôpital Saint-Luc,
Médecin de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu.

Par

Marcel OSTIGUY,
Assistant à la Clinique d'O.-R.-L.
de l'hôpital Saint-Luc.

et

Les nerfs crâniens, issus de la face inférieure du cerveau, sortent définitivement du crâne par les trous de la base. Ces trous, d'avant en arrière, sont: la lame criblée de l'ethmoïde, le trou optique, la fente sphénoïdale, le conduit auditif interne, le trou déchiré postérieur et le trou condylien.

D'où les principaux syndromes des nerfs crâniens décrits depuis quelques années: syndrome de la fente sphénoïdale, syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal, syndrome du con-

duit auditif interne, syndrome du trou déchiré postérieur, syndrome condylo-déchiré postérieur, syndrome de l'espace rétro-parotidien postérieur, selon les cas où l'un ou l'autre de ces différents nerfs sont atteints.

En clinique neurologique ces différents syndromes s'identifient avec le nom de ceux qui les ont décrits les premiers et portent ainsi le nom de Charles Foix, Vernet, Jacod, Gradenigo, Collet, Villaret, etc. On les rencontre encore assez fréquemment et surtout dans les services d'oto-rhino-laryngologie.

1. Communication faite à l'Assemblée scientifique du 20 mai 1937, à l'hôpital Saint-Luc.

Anatomie

Revoyons très rapidement, si vous le permettez, nos anciens souvenirs d'anatomie nerveuse:

<i>Trous de la base</i>	<i>Nerfs crâniens</i>
Lame criblée	
de l'ethmoïde	Nerf olfactif (I)
Trou optique	Nerf optique (II)
Fente	
sphénoïdale	Nerf M.O.C. (III), Pathétique (IV)
	Nerf M.O.E. (VI), Trijumeau (V ₁)
Trou	
grand rond	Trijumeau (V ₂)
Trou ovale	Trijumeau (V ₃)
Trou auditif	
interne	Nerf facial (VII), Nerf auditif (VIII)
Trou déchiré	
postérieur	Nerf glosso-pharyngien (IX)
	Nerf pneumo-gastrique (X)
	Nerf spinal (XI)
Trou condylien	Nerf grand hypoglosse (XII)

Toutes les variations peuvent se rencontrer selon que un ou plusieurs de ces syndromes se surajoutent, de là ces descriptions que l'on multiplie à plaisir pour individualiser un processus envahissant; il semble, en effet, inutile de surcharger la nomenclature, car qui nous dit qu'un syndrome partiel décrit maintenant ne deviendra pas un syndrome global par l'évolution de ce processus?

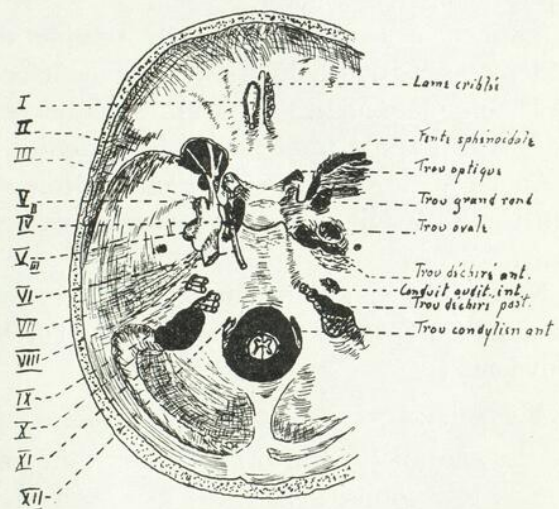
Ce qui est beaucoup plus rare c'est le syndrome paralytique unilatéral de tous les nerfs crâniens. Ce syndrome est assurément la conséquence de l'addition de tous les autres mais il mérite de devenir une entité anatomo-clinique bien définie. Il a été décrit en 1926 par Georges Guillain, Th. Alajouanine et Raymond Garçin qui lui consacra sa thèse en 1927.

Il est, dès lors, très simple de se représenter le tableau clinique de ce syndrome en ayant constamment à l'esprit ce petit schéma anatomique que nous vous avons présenté au début de cette communication. En un mot, qu'il nous suffise de vous le répéter, tous les nerfs crâniens sont touchés et, de ce fait, il existe des troubles relevant de la physiologie de chacun d'eux. Au lieu donc de vous faire une sèche démonstration de physiologie des nerfs crâniens, nous vous demanderons de bien vouloir examiner avec nous cette patiente que nous allons vous présenter. Nous noterons,

au cours de notre examen, les troubles qui relèvent de chacun de ces nerfs.

Observation

Madame Henri M..., âgée de 47 ans, hôpital Saint-Luc, No 32736, se plaint, en mars 1936, d'une surdité de l'oreille gauche et note, au mois de juillet suivant, des ganglions cervicaux. Une surdité droite s'installe à son tour en septembre de la même année et la patiente affirme qu'elle a remarqué qu'elle sentait moins bien les odeurs de cuisine et les parfums depuis le mois de novembre. En janvier 1937 elle accuse une diplopie: « elle voit embrouillé, » dit-elle, puis elle sent sa paupière gauche battre constamment puis s'abaisser graduellement. C'est alors qu'elle con-



Mcramisms, vus sur la base du crân. (d'après Pitris + Testut)

sulte et on institue un traitement aux rayons ultra-violetes que le praticien de ville fait d'ailleurs à son bureau sans amélioration aucune. Peut-être ces irradiations étaient-elles faites en vue d'atténuer certaines douleurs de la face qui étaient apparues à la même époque? Ces douleurs, apparues en janvier, englobaient toute l'hémi-face gauche et donnaient l'impression de véritable névralgie trigéminal.

En avril 1937, après quelques semaines de traitement roentgénétherapique (3000 R internat.) dans un hôpital de la ville, elle est adressée dans le service d'O-R-L où nous la

voyons afin de trouver une cause à sa dyspnée intense apparue depuis quelques semaines. Voici les constatations que nous faisons alors à ce premier examen:

Etat général: pâleur des téguments, dyspnée d'effort, haleine repoussante. Gros ganglion induré de la face latérale gauche du cou.

Systèmes cardio-vasculaire, respiratoire et rénal: aucun trouble organique expliquant cette dyspnée.

Cavum: à gauche, tuméfaction dure, infectée, douloureuse, de la grosseur d'un noyau de pêche, remplissant la moitié gauche du cavum et semblant adhérer par le haut. Sécheresse de la gorge.

Analyses chimiques: sang, urines, liquide céph.-rach., rien à noter.

Examen neurologique: aucun trouble des systèmes sensitivo-moteurs, aucune déficience de la force musculaire segmentaire, étant considérée la grande faiblesse de la patiente.

Aucun signe d'ordre cérébelleux. Bref, aucun signe d'atteinte du système nerveux central.

Nerfs crâniens: tous intacts à droite, sauf l'auditif qui présente une surdité de l'oreille moyenne.

A gauche:

I—anosmie vérifiée par les différents tests objectifs.

II—diminution de l'acuité visuelle. Champ visuel normal.

1^{er} mai ODV. 20/100 avec correction: 20/40

OGV. 20/100 avec correction: 20/20

28 mai ODV. 20/100 avec correction: 20/20

OGV. 20/200 avec correction: 20/100

Fond d'œil: légère pâleur du champ temporal gauche.

Réflexe consensuel aboli (lésion maculaire).

III—Mydriase pupillaire paralytique; pas de réflexe lumineux et d'accommodation. Paralyse de la musculature extrinsèque (droit supérieur, droit interne, droit inférieur, petit oblique). Ptose complète de la paupière supérieure.

IV—Paralyse du grand oblique.

V—Douleurs de la face dans tout le territoire du trijumeau. Hypoesthésie de ce territoire. Le réflexe cornéen semble aboli.

VI—Paralyse du droit externe de l'œil.

VII—Déviation de la bouche à droite, absence de plis frontaux à gauche, signe du peucier absent à gauche, déviation de la langue.

VIII—Surdité de l'oreille moyenne à droite et à gauche. Otite moyenne aiguë à gauche. Audition osseuse normale des deux côtés.

IX—Réflexe nauséux aboli: régurgitation des liquides.

X—Troubles du rythme cardiaque peu marqués, mais dyspnée intense.

XI—Paralyse du voile du palais et du sterno-cleido-mastoïdien.

XII—Parésie des mouvements de la langue sans atrophie apparente.

Etiologie

Nous pouvions envisager trois hypothèses pour expliquer cet étrange syndrome:

1° une méningite basilaire syphilitique ou tuberculeuse englobant ainsi tous les nerfs crâniens à leur sortie du crâne. Malheureusement, les preuves sérologiques et l'anamnèse ne nous permettaient pas de conclure dans ce sens;

2° une tumeur de la base du cerveau. Nous savons que ces tumeurs, inopérables d'ailleurs, ne donnent pas de signes d'hypertension intracrânienne par le fait que le néoplasme envahit l'os et provoque une trépanation spontanée de la base. De plus, sachant que la patiente était porteuse d'une tumeur du cavum identifiée comme lymphosarcôme à l'Institut du Radium et, ayant constaté des noyaux indurés dans le muscle sterno-cleido-mastoïdien et sous le maxillaire gauche, nous nous croyions justifié de poser le diagnostic de tumeur maligne du cavum envahissant la base du cerveau;

3° restait cette dernière hypothèse d'ostéite de la base du crâne que vint d'ailleurs confirmer la radiographie prise ces jours derniers où nous voyons une destruction des cellules ethmoïdales et de l'apophyse orbitaire gauche.

Nous avons donc soumis la patiente aux traitements radiothérapeutiques, convaincus que, en dépit de ce traitement, le néoplasme continuera d'évoluer très rapidement comme nous en avons une preuve dans l'apparition de nouveaux symptômes depuis son admission ici et ceci nous laisse malheureusement croire que le pronostic est fatal à brève échéance.

Epilogue

Cinq jours après, la température à grandes oscillations s'installe définitivement et la mort survient le 6 juin 1937.

L'examen nécropsique pratiqué par le Dr Farmer ne révèle rien digne de mention dans les viscères abdominaux ou thoraciques. Par contre, voici le rapport de l'examen du crâne et du cerveau:

« En ouvrant la boîte crânienne, la surface supérieure du cerveau paraît légèrement injectée. La base du cerveau ainsi que le bulbe et les nerfs crâniens ne montrent aucune lésion macroscopique. La base du crâne paraît libre, mais en ouvrant la portion pétreuse de l'os temporal, à gauche, on remarque que l'ossification normale de l'oreille moyenne est remplacée par une substance jaune verdâtre, d'aspect nécrotique. Un examen semblable de l'oreille moyenne droite n'a révélé aucune lésion macroscopique. Le cavum, à gauche, laisse voir une nécrose des parties osseuses et une matière jaune verdâtre, d'aspect nécrotique.

Examen histologique:

Cavum: dans ces coupes on ne voit que de la matière dégénérée nécrotique.

Oreille moyenne: dans ces coupes, on voit un néoplasme constitué par de nombreux nids de cellules à cytoplasme mince, de coloration basophile et à noyaux hyperchromatiques dont plusieurs sont en voie de mitose. A quelques endroits les cellules périphériques de ces foyers s'agencent comme les cellules basales de l'épithélium pavimenteux. Il existe un stroma conjonctif très abondant et des foyers de nécrose.

Ganglion du cou: le tableau histologique ressemble à celui des coupes prises au niveau de l'oreille moyenne.

Diagnostic histologique: épithélium pavimenteux stratifié.

Conclusion

Nous sommes ici en face d'un cas clinique typique de paralysie de tous les nerfs crâniens d'un côté. Ces cas, assez clairsemés dans la bibliographie neurologique, relèvent tous d'un processus néoplasique intense envahissant la base du cerveau et l'émergence des nerfs crâniens. Nous n'avons pas pu, dans ce cas, mettre en évidence l'envahissement des nerfs ou du cerveau, afin d'expliquer la symptomatologie, mais nous avons, par ailleurs, prouvé une lésion nécrotique du rocher qui pourrait avoir envahi beaucoup plus que nos recherches anatomiques ne nous ont permis de déceler.

Nous nous attendions de trouver une lésion très étendue de la base pouvant expliquer la totalité du syndrome tels les trois cas rapportés par R. Garcin et celui de Sani-Yaver où seuls les deux premiers cas de Garcin ont eu le contrôle anatomique; l'un démontrait un sarcome myxoïde et l'autre un fibrosarcome à point de départ pétreux. L'analogie de tous ces cas est flagrante et nous croyons, vu l'extrême rareté de ces faits, qu'il était intéressant de vous en faire une présentation.

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

VARIÉTÉS

EN MARGE DE LA CHIRURGIE CANADIENNE ¹

Par **François De MARTIGNY**,
Chirurgien de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc.

Depuis que nous avons obtenu notre doctorat, la chirurgie a subi une révolution radicale. Revivre une période aussi fertile en découvertes, la raconter même brièvement, tout analyser, est impossible dans une seule communication. Je serai incomplet, quoique long, et je m'en excuse d'avance.

C'est au commencement de notre vie d'étudiant que Lister a introduit l'antisepsie, que Terrier, quelques années plus tard, a imposé l'asepsie. Ces méthodes ont élargi le champ opératoire et permis de faire entrer dans la pratique courante des opérations qui *semblaient* alors impossibles à réussir.

Salle d'opérations

1) *Qu'était-ce qu'une salle d'opérations?*

Doyen décrivait ainsi la salle d'opérations de l'Hôtel-Dieu de Reims nommée « La Barberie ». Le « Barbier » et la « Barbière » étaient ses hôtes journaliers. Le matin, ces employés servaient aux externes le café au lait. Les externes arrachaient les dents et pansaient les ulcères variqueux. Chapeaux et vestons se trouvaient accumulés dans un placard obscur où se refugiaient, à l'arrivée des élèves, une demi-douzaine de chats favoris de la Barbière. Celle-ci préparait les cataplasmes, donnait les lavements dans les salles de femmes et se livrait à diverses besognes analogues.

Le Barbier, qui remplissait, dans les salles d'hommes, les mêmes fonctions, était en outre chargé de la salle des morts. Il aidait aux autopsies, recousait et ensevelissait les cadavres. Dans ses loisirs, il préparait les compresseurs, les bandes de toile pour les pansements, et les fils cirés qui servaient aux ligatures

d'artères pendant les opérations. Ces fils étaient les mêmes que ceux qui servaient aux autopsies.

Se présentait-il une opération, on appelait le Barbier, le plus souvent occupé, le matin, à la préparation des enterrements. Celui-ci, aidé de sa compagne, enlevait tasses et croûtes de pain, disposait le lit de douleur, puis passait au chirurgien, sans même s'être purifié les mains, ces fameux fils cirés.

La salle d'opérations n'était ainsi, dans bien des cas, qu'une étape vers la salle des morts.

En lisant ces lignes, on croit lire la description d'une salle du moyen âge; pourtant, quand il y a quelques années nous construisions notre hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc, un chirurgien proposait que la salle d'autopsie serve aussi de salle de pansements.

2) *Aujourd'hui, qu'est-ce qu'une salle d'opérations?*

Prenons, comme exemple type, une des salles d'opérations de Sainte-Jeanne-d'Arc. Les murs en ciment poli sont peints au ripolin de couleur vert tendre, les grandes verrières, rouge vermillon, répandent une lumière abondante qui ne décolore ni les tissus des malades, ni les aides. A deux pieds du parquet, fixée au mur, une tête d'arrosoir métallique se dévisse, ce qui permet de placer à l'intérieur une éponge trempée dans de la formaline. Relié par des tuyaux au système de vapeur, en ouvrant une valve, en dix minutes, la salle se remplit de vapeur humide de formol: en se condensant, elle tombe sur le parquet imperméable, stérilise complètement la salle. On propose maintenant, en plus, les rayons ultra-violetts. La table de bois est remplacée par une table métallique, manœuvrée en tous sens et facilement par l'anesthésiste ou l'infirmière. Quelques tables pour supporter les instru-

1. Travail présenté à la *Société de Chirurgie*, séance du mois d'avril 1938.

ments, deux cuvettes, un siège pour l'anesthésiste et c'est là le mobilier de la salle d'opérations.

A chaque salle est annexée une petite chambre où il y a des cuvettes avec robinet à eau chaude et froide. C'est dans ces chambres que le chirurgien et ses aides, après s'être lavé et aseptisé les mains, se revêtent, avant de pénétrer dans la salle d'opérations, de vêtements stérilisés. Les salles d'opérations sont séparées du reste de l'étage par des doubles portes sensées être toujours fermées. La stérilisation se fait dans une salle spéciale, dans des autoclaves à double paroi où l'on peut, à volonté, stériliser à air chaud, sec ou humide. L'anesthésiste a des chambres spéciales pour l'anesthésie.

Instrumentation

Je vous présente cette boîte qui renferme tout l'arsenal chirurgical de mon père. Malgré la pauvreté de cette instrumentation, il réussissait des opérations majeures. Mais sous l'influence de mon maître Péan et de Doyen, nous avons vu naître, se développer, se perfectionner une instrumentation complète où chaque instrument est destiné à un usage particulier. Cette instrumentation a jailli presque spontanément de leur cerveau en quelques années, puis chaque chirurgien a tenté de l'améliorer, d'ajouter, de perfectionner, de transformer ou de copier certains instruments. Malgré tous ces efforts désespérés, les changements ne furent pas transcendants.

Seule doit être mentionnée l'apparition du bistouri électrique (à ondes entrecoupées, à éclateur ou à ondes courtes). Cet instrument est, entre les mains d'un chirurgien, un bistouri merveilleux qui lui permet, s'il se familiarise à son maniement, de pratiquer d'une manière sûre presque toutes les opérations et laisse entrevoir que le champ de la chirurgie sera de plus en plus élargi.

Depuis des années je me sers exclusivement du bistouri électrique, l'hémostase se fait facilement, les surfaces de section guérissent

simplement mais un peu plus lentement, le choc opératoire est moins violent, les malades ne vomissent pas, ce qui s'explique, parce que le bistouri électrique, au lieu de sectionner les tissus, les fait éclater et en calfeutrant la ligne d'incision prévient l'invasion de polypeptides et l'élévation de température.

Un seul conseil: le chirurgien, qui emploie le bistouri électrique, doit prendre la précaution de séparer, par une alèze humide, le champ opératoire de l'anesthésiste et ne doit pas enlever les points de la peau (griffes de Michel, fil ou crin) avant le dixième jour. L'emploi du bistouri électrique ne présente aucune contre-indication.

Préparation du malade

La préparation de l'opéré a suivi une transformation identique au reste de la chirurgie. Que faisons-nous pour prévenir le risque opératoire et l'infection? Un examen sommaire des urines où nous nous contentions de la réponse: pas d'albumine, pas de sucre.

Nous avons vu apparaître la constante d'Ambard, d'appréciation si délicate, la recherche du PH, le dosage de l'urée et du glucose dans le sang. Nous y ajoutons la pression du sang, la numération globulaire, le temps de saignement, de coagulation et combien d'autres méthodes.

Des purgatifs, même violents, des grands lavements étaient donnés dans les heures qui précédaient l'opération. Le malade arrivait à la salle d'opérations déshydraté. Dans la plupart des cas, j'ai supprimé lavements et purgatifs et la statistique opératoire de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc, citée à la dernière séance de la Société, prouve que de ce côté nous avons raison.

Nous faisons la préparation du champ opératoire sur la table même d'opérations: lavage et savonnage de la peau, application de teinture d'iode; celle-ci, préparée bien souvent longtemps d'avance, brûlait alors, comme elle brûle encore aujourd'hui, la peau de nos opérés.

Pour toutes les opérations qui ne sont pas

urgentes, nous faisons appliquer, pendant plusieurs heures, des pansements savonneux, humides, chauds et nous recouvrons ces pansements de sacs chauds, espérant ainsi aseptiser complètement le champ opératoire et même vider les glandes sudoripores.

Sur la table d'opérations nous badigeonnons généreusement et largement le champ opératoire avec de l'éther pellidol. Le principal, c'est que la solution employée imprègne la peau profondément.

Anesthésiques

Un des grands progrès qui nous permet d'opérer avec plus de sécurité et diminuer les incidents que nous rencontrions autrefois, lorsque le chloroforme ou l'éther était donné au petit bonheur par des externes inexpérimentés ou des infirmières tremblantes, paralysées devant la responsabilité qu'on leur imposait, est le médecin anesthésiste de carrière.

Il faut ajouter qu'il a à sa disposition des appareils précis, au débit fixé d'avance, permettant de doser les mélanges anesthésiques suivant les besoins du moment. Malgré ces instruments et ces mélanges, nous ne possédons pas encore de méthode d'anesthésie idéale. Aussi, nous devons, en autant que possible, nous servir d'analgésiques, succédanés de la cocaïne, pour opérer à l'anesthésie locale, ou de préférence nous devons recourir aux nouveaux médicaments que l'on injecte dans les veines ou que l'on donne par inhalation ou lavement.

Depuis que j'opère tous mes cas d'appendice, de hernie et d'estomac à l'aide de l'anesthésie locale, j'ai remarqué que les réactions post-opératoires étaient moins vives et que les malades se remettaient *plus facilement*.

Opération

L'opération est une tragédie en trois actes:

Le premier acte comprend le diagnostic, le pronostic et où doivent se réunir en collabo-

ration étroite médecin, chirurgien, confrère spécialisé dans le laboratoire et l'anesthésiste.

Instruit par des chirurgiens canadiens et par des chirurgiens français, dans les services desquels les consultations ont été élevées au rang de dogme, fidèle à l'idéal de l'école française, je reste partisan parfaitement convaincu de l'opportunité des consultations avec des collègues compétents, honnêtes, avant de décider d'une opération grave. Je comprends que c'est au chirurgien qu'échoit la responsabilité définitive de la décision.

Le second acte est l'opération elle-même. Aujourd'hui, le chirurgien doit procéder avec une asepsie impeccable, une perfection d'exécution élégante, habile, qualités que l'on acquiert après une longue pratique. Le chirurgien cessera d'être un opérateur aux gestes brillants, impressionnants pour le médecin (ce dernier reste toujours le fournisseur principal de clients). Grâce à une technique plus précise, plus simple, plus douce, moins traumatisante, en ne faisant aucun geste inutile, se hâtant lentement, il terminera l'opération plus rapidement. Les statistiques effroyables de la fin du siècle dernier (25%, 30% de mortalité) se sont améliorées (2%, 3%, 4%) grâce à la rapidité opératoire, car la lenteur de l'opération est un facteur de gravité.

Je suis toujours scandalisé de voir dans certains services de chirurgie la multiplicité des aides qui entourent l'opérateur, multiplicité qui augmente les chances d'infection. Je suis arrivé dans toutes mes opérations à n'avoir qu'un seul assistant, chirurgien de carrière, dont la collaboration m'est précieuse, un interne, une infirmière stérilisée et une assistante infirmière. Les chances d'infection sont diminuées d'autant et les résultats plus satisfaisants.

L'opération terminée, il reste à appliquer le pansement. D'aucuns se rappellent le gros pansement ouaté de Guérin, maintenu par des larges bandes de coton qui ne tenaient rien en place. Les gros pansements abdominaux ont disparu, les bandes de coton sont restées

longtemps en vogue. Au début de ma carrière, à la contre-visite, je trouvais le pansement de mes laparatomisés remonté jusqu'aux aisselles, la cicatrice exposée, sans protection.

Vers 1902, j'ai commencé à maintenir les pansements à l'aide de bande de diachylon. J'insiste sur la nécessité de bien nettoyer la peau avec de l'éther, puis de chauffer le diachylon au-dessus d'une lampe à alcool avant de l'appliquer. Grâce à cette précaution, jamais on ne remarque d'infection de la peau qui reste des jours en contact avec le diachylon.

Le troisième acte est composé des soins post-opératoires. Ils sont bien simplifiés et les suites opératoires sont moins graves pour l'opéré et moins inquiétantes pour l'opérateur.

Médicaments

Nous avons à notre disposition, pour calmer les douleurs de nos malades dans les heures qui suivent l'opération, tous les principes actifs de l'opium et depuis quelques années les barbituriques. Je trouve ces derniers bien supérieurs, leur emploi me permet de supprimer presque complètement morphine, héroïne, Sédol, etc., et je ne crains plus l'accoutumance rapide que je rencontrais chez les grandes nerveuses.

Pour combattre le choc, la parésie intestinale, le médicament, qui nous donne le meilleur résultat, est le sérum physiologique ou hypertonique. Je l'emploie systématiquement depuis des années et je publiais mes premiers résultats dans « La Clinique » en 1902.

Le seul incident désagréable que j'ai remarqué est l'œdème des malléoles qui apparaît après des doses massives: dix litres et plus dans une journée. Alors il faut cesser momentanément d'injecter le sérum.

Après les interventions chirurgicales, le sérum est, je crois, maintenant employé au Canada par la grande majorité de nos collègues des hôpitaux, surtout depuis que Monsieur Pierre Duval, notre collègue de l'Académie de Chirurgie, est venu nous faire une conférence à l'Hôtel-Dieu de Montréal sur l'opportunité, la nécessité même, d'injecter

du sérum physiologique ou hypertonique après les opérations.

Infection

Pour combattre les infections, nous avons vu recommander toute une théorie de médicaments, tous, médicaments de choc. Les différents auteurs ou vulgarisateurs vantaient les vertus de celui-ci ou celui-là. Hâtez-vous de les employer pendant qu'ils guérissent, car beaucoup sont déjà passés aux oubliettes.

L'avenir de la thérapeutique est biologique et non chimique. La meilleure preuve pour moi c'est que les vaccins et sérums d'animaux sont d'un usage courant depuis des années et donnent des résultats toujours identiques. Vers 1910, j'ai cru que l'autosérothérapie pouvait remplacer les sérums d'animaux dans le traitement de certaines infections. En 1912, je publiais mes premières observations. Cette publication n'attira l'attention d'aucun confrère ni du monde médical. Depuis, petit à petit, la méthode de l'autosérothérapie et de l'hétérosérothérapie s'est implantée lentement dans la thérapeutique, a fait le tour du monde. Cette méthode canadienne est revenue au milieu de nous, un grand nombre de nos confrères injectent du sang humain dans différentes infections. J'ai lu avec plaisir l'annonce que le premier traité d'autosérothérapie et d'hétérosérothérapie vient d'être publié à Paris.

Grâce aux améliorations apportées aux lits d'hôpitaux par les ingénieurs, nous pouvons asseoir sans danger nos laparatomisés après vingt-quatre heures. Assis, ils sont plus confortables, nous diminuons les dangers d'accidents pulmonaires, nous raccourcissons le temps de la convalescence.

Spécialiste

Quand j'arrivai à Paris, je fus ébloui par le brio avec lequel les professeurs et les chirurgiens nous donnaient leurs cliniques, par la profondeur de leur science; leur exposé clair et précis égalait leur brio. Je les écoutais,

magnétisé devant ces spécialistes, je réfléchissais à la somme de travail que demandait une préparation comme la leur. Spécialistes comme ceux-là, personne ne les critiquera. Ils se sont préparés par des années d'études incessantes et arides. Ils ont réussi les concours d'externat, d'internat, de chef de clinique, de prosecteur, de chirurgien des hôpitaux et enfin de professeur agrégé. Ils forment l'école de Paris qui brille de par le monde d'un éclat sans pareil.

La spécialité s'impose. Il est nécessaire qu'après des études complètes des sciences médico-chirurgicales, un médecin songe à se spécialiser. Notre cerveau, malheureusement, je le crains, n'est pas assez puissant pour embrasser simultanément, dans toutes les spécialités, les transformations dont nous lisons la publication journallement dans les revues scientifiques.

Nous savons, et c'est tout à l'éloge de notre jeunesse, qu'elle est aussi bien douée que la jeunesse des autres pays. Elle n'a pas la science infuse, mais elle a l'enthousiasme et le pouvoir d'apprendre qui est plus développé peut-être chez nous que dans d'autres pays. Ces talents, ces dispositions naturelles ne peuvent s'épanouir et donner leurs fruits qu'après une préparation longue, une discipline sévère et un entraînement d'hôpital de plusieurs années.

Si elle continue, cette jeunesse, à nous donner l'exemple encourageant de constance dans le travail que nous constatons, nous sommes sûrs que l'Ecole canadienne-française brillera avant longtemps d'un éclat aussi vif que l'Ecole française son aînée.

Quand le moment sera venu, quand un poste de chirurgien sera vacant dans un hôpital, nous verrons des compétences nombreuses surgir et les bureaux médicaux des hôpitaux seront embarrassés pour choisir entre ces jeunes talents, bien préparés à succéder aux aînés; les chefs auront la satisfaction de remettre la direction de leurs services à des successeurs consciencieux.

Chirurgien

Il accepte une grave responsabilité celui qui prend la charge de diriger un service de chi-

urgie, envers le public qui lui confie sa vie en toute sécurité, envers le jeune confrère qui vient lui offrir sa collaboration, son aide, espérant pouvoir, sous la direction d'un maître, continuer à s'instruire dans l'art difficile de la chirurgie.

Le devoir du chef ou patron n'est-il pas d'aider le jeune confrère avec dévouement et patience, à développer son tempérament chirurgical, à lui donner l'opportunité de prendre contact avec le service, le charger de faire le diagnostic et d'instituer le traitement de certaines maladies, de le diriger, de le surveiller dans ses premières opérations, de le couvrir de son autorité au besoin, de le bien préparer, afin qu'il puisse devenir chef à son tour.

Et lui le patron? Ne devrait-il pas de sa propre initiative prendre sa retraite vers l'âge de 65 ans? Ce n'est pas après cet âge que l'on peut encore croire que l'on va révolutionner la thérapeutique et la chirurgie. Il faut prendre sa retraite, faire ce sacrifice héroïque, avant d'être forcé de partir par la poussée des jeunes. Ces derniers ont le droit que nous leur cédions la place, avant qu'une vaine attente d'un poste, qui n'arrive jamais, épuise leur ambition, stérilise leur pouvoir de travail créateur.

Chirurgie canadienne

La chirurgie canadienne n'existait pas encore. Pour qu'elle existât nous avons, nous de ma génération, construit des hôpitaux modernes, équipés au mieux. Vous avez dans ces maisons des malades en grand nombre, vous pouvez travailler par équipe à acquérir l'expérience, à faire des constatations, à rédiger des observations inédites sur vos traitements personnels.

Nous avons fondé des sociétés savantes où vous avez la possibilité de communiquer vos observations, le résultat de vos travaux; ces travaux sont passés au crible d'une critique quelquefois bienveillante.

Nous avons fondé et amélioré des revues scientifiques, lues par un nombreux public médical, ici et à l'étranger, qui accueillent et publient vos communications. Vous et nous

sommes donc outillés pour commencer à bâtir l'édifice de la chirurgie canadienne.

Je souhaite que nous ayons l'ambition d'être plus qu'un ouvrier apportant une pierre bien ciselée à l'édifice de la chirurgie. Je souhaite, dis-je, que l'on puisse dire de nous, au soir de notre vie: vous avez été les architectes dirigeant les ouvriers dans la construction du Temple de la Chirurgie canadienne-française.

En terminant, laissez-moi, avec Monsieur Amédée Baumgartner, ajouter: « Comment ne pourrions-nous pas, dans un accord parfait, exalter jusqu'aux plus hauts sommets cette Chirurgie, vision constante de nos efforts et de notre loyale émulation. En elle, ne décou-

vrons-nous pas les plus sévères disciplines et les plus nobles mobiles s'offrant à notre humaine activité; la poursuite de la Vérité dans la Science, qui nous détourne de la vulgaire médiocrité; la pitié pour nos malades, qui nous console des déceptions inévitables; la pratique de notre Art, qui nous enseigne l'impassible maîtrise dans l'angoisse des décisions redoutées. Ainsi, cette union indissoluble de nos pensées, de notre cœur et de nos mains, pourra toujours susciter de merveilleux bienfaits, si, pareils au poète embarqué sur le vaisseau portant nos destinées, nous cherchons, dans les Etoiles, la route qui conduit au port. »

Traitement de la maigreur *

Le traitement de la maigreur doit s'efforcer avant tout d'être un traitement étiologique.

Les causes principales de maigreur d'origine *exogène* sont: la sous-alimentation, dont l'anorexie mentale représente le plus haut degré, et l'excès de dépenses énergétiques (surmenage).

Parmi les maigreurs d'origine *endogène*, se placent au premier rang celle des mauvais assimilateurs (ptose, troubles sécrétoires digestifs), celle des hyperthyroïdiens, dont le traitement se confond avec celui de l'hyperthyroïdie, celle du diabète avec dénutrition, celle de la cachexie de Simmonds. Ailleurs enfin, faute d'étiologie précise, on en est réduit à parler de maigreur essentielle ou constitutionnelle.

1° On va tout d'abord, dans le traitement de la maigreur, s'efforcer d'assurer à l'organisme un bilan énergétique largement positif, en augmentant ses recettes tout en diminuant ses dépenses. Le régime sera donc substantiel, très calorifique, riche en hydrates de carbone et en graisses (on se méfiera toutefois d'une suralimentation excessive). Les heures de repos et d'activité seront prolongées (toutefois l'inactivité est à condamner, qui risque de retentir fâcheusement sur l'appétit).

2° Le traitement médicamenteux comprend, outre les stimulants digestifs (amers, eupeptiques...):

a) La *thyroïde* à très petites doses (Léopold-Lévi). L'emploi de ce médicament est moins paradoxal qu'il ne paraît; en effet, en stimulant les échanges nutritifs, en augmentant le métabolisme basal, il oblige l'organisme à chercher à accroître ses recettes. On donnera soit des cachets de poudre thyroïdienne (deux à cinq centigrammes par jour avec interruption d'un ou deux jours par semaine), soit de la thyroxine (un demi à un milligramme *pro die*).

b) Le *sucré*: ingestion quotidienne et matutinale de 50 à 75 gr. de sucre, soit 10 à 15 morceaux (Falta). Outre sa valeur nutritive, l'absorption d'une telle quantité de sucre est théoriquement suivie d'une phase d'hypo-glycémie réactionnelle, d'où exaltation de l'appétit lors du déjeuner de midi.

c) L'*insuline*: injections de 10 à 20 unités (Falta) ½ heure avant les 2 grands repas.

d) Les extraits injectables de *lobe antérieur d'hypophyse* à haute dose (Bickel).

Ajoutons encore la *climatothérapie* (climats tempérés, d'altitude moyenne-basse: 500 m., et, plus accessoirement, en hiver climats chauds), l'*héliothérapie* strictement surveillée, etc...

GILBERT-DREYFUS et André WIMPHEN.

* *L'Année Médicale Pratique* (René Lépine, éditeur, Paris, 1937).

FORMULAIRE

ASTHME CARDIAQUE

En pratique il y a trois cas :

I. *Asthme où l'élément cardiaque prédomine.*
Repos au lit. Régime hydro-lacté de réduction (1.000 à 1.500 grammes) durant quatre à six jours; puis régime lacté (1.500 grammes) pendant trois à quatre jours; enfin régime lacto-végétarien.

Deux cachets de théobromine de 0 gr, 50 et V gouttes de la solution de digitaline cristallisée au 1/1000, pendant dix jours. Interrompre trois ou quatre jours et reprendre. On peut employer, par voie intraveineuse, la solution digitalique à 1/5 de milligramme par centimètre cube.

II. *Asthme où l'élément rénal prédomine*
Le traitement sera plus sévère que celui indiqué ci-dessus. On donnera la théobromine seulement quand la sécrétion rénale paraîtra rétablie. S'il se produit des troubles cardiaques, la digitaline sera prescrite par périodes moindres.

III. *Asthme où le rein et le cœur semblent plus touchés.* — Régime hydrique ou hydro-lacté pendant quelques jours.

La théobromine et la digitaline seront conseillés s'il est nécessaire.

En cas de crises répétées, on pourra faire des injections de morphine à petites doses, et l'on redoublera de précaution quand il s'agira d'un cœur dilaté.

Réserver les iodures pour les cas où le cœur n'est pas défaillant et où le rein fonctionne assez bien.

BRULURES

Traitement local. — Laver à l'eau savonneuse. Appliquer ensuite une compresse de gaze enduite de pommade, après avoir ouvert

les vésicules et enlevé les lambeaux épidermiques. Voici quelques pommades:

Liniment oléocalcaire	40 grammes
Lanoline	20 —
Vaseline	
Huile goménolée } ââ	10 —
Ichtyol	
Orthoforme	2 —
Essence de verveine } ââ	XXX gouttes
Essence de lavande } q. s. pour consistance	
Carbonate de magnésie } crémuse	
Talc stérilisé }	

Pommade analgésiante de Reclus:

Acide phénique cristallisé	0 gr, 25
Bichlorure de mercure	0 gr, 03
Acide borique	1 gramme
Antipyrine	3 grammes
Salol	1 gramme
Iodol	0 gr, 50
Vaseline	100 grammes

Fixer la gaze enduite de pommade avec une bande peu serrée. Ne changer le pansement que lorsqu'il est imbibé par les sécrétions. Continuer jusqu'à ce que la surface soit couverte de granulations; appliquer alors un pansement à la vaseline ou au stéarate de zinc. Si les plaies sont très étendues, pratiquer les greffes épidermiques.

DENTIFRICES

Poudre:

Carbonate de chaux	60 grammes
Rhizome d'iris pulvérisé } ââ	10 —
Sucre de lait	
Camphre pulvérisé	4 —

ou:

Menthol	50 centigrammes
Salol	4 grammes
Savon	
Carbonate de chaux } ââ	10 grammes
Carbonate de magnésie	30 —
Essence de menthe	1 gramme
Pierre ponce pulvérisée	5 grammes

Savon:

Carbonate de magnésie	} ââ . 10 grammes
Racine d'iris	
Talc de Venise	
Savon médicinal en poudre	
Essence de menthe poivrée	X gouttes
Mucilage gomme arabique	q. s. pour pâte molle

DENTS (Anti-odontalgique)*Mixture:*

Camphre	} ââ 5 parties
Chloral	
Chlorhydrate de morphine	1 partie
(Mettre dans la dent cariée un peu de ce mélange.)	

ou:

Chloroforme	} ââ 2 grammes
Laudanum	
Créosote	
Teinture de benjoin	8 —
(Imbiber une boulette de coton et l'introduire dans le trou de la dent.)	

ou:

Chlorétone	} ââ 2 grammes
Camphre	
Essence de cannelle	0 gr. 50
Teinture de benjoin	6 grammes

(Appliquer sur la pulpe une boulette d'ouate imbibée de ce mélange.)

Solution:

Alcool rectifié	10 grammes
Tanin	2 —
(En badigeonnages.)	

Sirop:

Chlorhydrate de cocaïne	5 centigrammes
Laudanum de Sydenham	1 gramme
Sirop de safran	} ââ 5 grammes
Glycérine	
(Pour frictionner la gencive.)	

Extraits du *Formulaire de Pratique Médicale Courante* par Maurice Chiray et Albert R. Salmon. Chez Vigot Frères, Paris.

Dépistage du cancer du col de l'utérus par le test de Schiller *

Il nous paraît intéressant de signaler la thèse de Hassan Riagi (Paris, 1936) sur le test de Schiller qui, quelles que soient les réserves qu'on puisse faire sur sa valeur absolue, mérite d'être retenu, en raison de sa simplicité, de son innocuité et de sa rapidité. Cette réaction consiste à vaporiser sur le col utérin une légère quantité de solution iodo-iodurée de Lugol. Normalement, dans ces conditions, le col utérin prend une belle coloration brun-acajou. Il en sera de même

s'il existe une lésion ulcérée et suppurée par suite de la teneur des leucocytes en glycogène. Au contraire, s'il s'agit d'une érosion ou d'un épithélioma cylindrique formant ectropion, la coloration sera rose au niveau des plages d'épithélioma cylindrique. Enfin, et surtout si la coloration est blanche ou jaunâtre, il s'agira soit d'un cancer pavimenteux au début, soit d'une hyperkératose: toute zone blanchâtre doit donc être tenue comme suspecte et, de plus, la biopsie qui s'impose pourra être pratiquée très exactement au siège de la lésion. La réaction de Schiller paraît donc bien, ainsi que l'écrit Riagi, être le complément systématique de tout examen au spéculum si l'on soupçonne un cancer du col.

R. VAUDESCAL.

* *L'Année Médicale Pratique* (René Lépine, éditeur, Paris, 1937).

ANALYSES

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

MEDECINE

A. BROUSSEAU. — **Corrélations entre pathologie humaine et météorologie. Les idées de F. Petersen.** «*L'Hygiène Mentale*»; (janvier) 1938.

Il est constaté, d'après un nombre considérable de documents officiels, de cartes météorologiques, de statistiques fournies par le Gouvernement Fédéral et par les compagnies d'Assurances, qu'il y a un rapport évident entre les variations météorologiques et les changements physiques et psychiques que l'on peut observer chez l'individu sain comme chez le malade.

Aux Etats-Unis, prédominance en Nouvelle-Angleterre des obèses, des individus de petite taille, de poids inférieur à la moyenne, de moindre développement des muscles des extrémités, des scoliozes et du mauvais état des dents. A Chicago, il est observé que les mois de mars et d'avril, saison des plus grandes perturbations atmosphériques, donnent les chiffres les plus élevés des conceptions d'enfants atteints de malformations congénitales. La saison optimale pour la conception serait en avril. Le maximum de conceptions donnant naissance aux schizophrénies se trouve en avril également. Pour la psychose maniaco-dépressive, ce sont les mois de juin, de juillet et d'août.

Le maximum de cas de débilité mentale est rencontré dans les régions abritées des cyclones, et ces sujets sont conçus pendant la dernière moitié de l'année.

L'anémie pernicieuse prédomine en Colombie britannique et à l'Île-du-Prince-Edouard, c'est-à-dire aux deux extrémités Pacifique et Atlantique.

La sclérose en plaques passe pour fréquente surtout dans la région des Grands Lacs.

Déduisons qu'il ne reste que les mois de janvier, février, mai et juin pour concevoir sans tares, et que le rôle du climat sur toute une série de réactions humaines offre un sujet d'étude intéressant.

Alcide PILON.

M. C. RICHARD. — **Nouvelles recherches sur l'hérédité de l'hypertension artérielle.** «*Bulletin de l'Académie de Médecine*», 12 avril 1938.

L'auteur débute en rapportant la fréquence de l'apoplexie dans certaines familles et nomme plusieurs «*familles à hémorragie cérébrale*».

Depuis l'ère du sphygmomanomètre, le caractère familial de l'hypertension s'est affirmé et aujourd'hui ce facteur héréditaire dans la genèse de cette affection, se manifeste de plus en plus évident.

L'auteur nomme ensuite de nombreux médecins qui ont fait des recherches sur ce sujet et établi des statistiques et avec eux, après ses propres travaux, il en vint à la conclusion que le facteur familial dans l'hypertension se rencontre dans environ 70% des cas, et cela en se basant sur environ 5,000 cas d'hypertension.

L'auteur fait ensuite remarquer que certains médecins prétendent que l'hérédité hypertensive est souvent homonyme, c.-à-d. que si le père est atteint d'hypertension, ce sont plutôt les fils que les filles qui en héritent, et vice versa. Lui-même, d'après ses propres constatations, est de cet avis. Il termine la première partie de son travail en affirmant qu'il y a un âge, le même assez sensiblement pour toutes les générations, où survient l'accident hypertensif mortel.

Dans la deuxième partie de son travail, l'auteur cherchant les causes de l'hypertension, fait jouer un grand rôle au système nerveux végétatif, car d'après lui, des preuves évidentes du dérèglement du système nerveux neuro-végétatif, dans l'hypertension sont fournies: 1° par les réactions à certains produits dont l'action s'exerce électivement sur le S. N. V. et par les variations fréquentes du métabolisme chez les hypertendus; 2° par la fréquence avec laquelle apparaît l'hypertension chez les sujets qui présentent au maximum des perturbations végétatives, c.-à-d. chez les ménopausés et chez les thyroïdiens; 3° par la coexistence fréquente avec l'hypertension d'autres maladies attribuables au même dérèglement du S. N. V. comme l'asthme, la migraine, la goutte; 4° par la mise en évidence de troubles de la glyco-régulation, relevant du S. N. V. chez tous les hypertendus.

Tous ces troubles du S. N. V. ne seraient qu'une des modalités apparentes d'un dérèglement plus profond des centres régulateurs du tonus vasculaire.

Cherchant plus loin, l'auteur se demanda quelles pourraient être les causes de l'altération de ces centres nerveux. Avec d'autres auteurs, il en vint à penser

que ces troubles pouvaient résulter d'une syphilis héréditaire, car si on n'a pu trouver de renseignements précis tirés soit de la sérologie, soit d'une diminution de l'aptitude à la fécondation, soit d'une augmentation du nombre des avortements, par contre dans les dossiers étudiés, on a trouvé fréquemment dans les antécédents héréditaires certaines affections comme anévrysme de l'aorte, aortite, tabès, paralysie générale, etc.

L'auteur termine en se demandant si la solution du problème de l'hypertension ne résiderait pas dans la modification du terrain constitutionnel héréditaire, et cette modification s'obtiendrait en évitant d'unir les enfants de deux familles d'hypertendus. Ce serait là, d'après lui, et d'après l'état actuel de nos connaissances sur l'hypertension, le moyen le plus sûr d'enrayer l'inquiétante extension de l'hypertension artérielle.

Arthur RICHER.

M. André LAMBLING. — **Les microdoses d'histamine en thérapeutique, en particulier dans le traitement des états allergiques (asthme, urticaire, migraine) et des ulcères gastroduodénaux.** « Arch. des Mal. de l'App. Dig. », 28: 277 (mars), 1938.

Depuis les travaux de Deutsch, en 1931, sur l'efficacité de l'histamine utilisée en ionisation dans la douleur rhumatismale, dans les arthrites et les algies, plusieurs auteurs ont cherché à étendre l'action de ce produit dans le domaine des états allergiques, tels Bettman, puis Falk, en Allemagne, Delherm, puis Noël Fiesinger, puis Stahl et Masson, etc., qui l'ont étudiée à leur tour, dans le traitement de l'eczéma, de l'ulcère variqueux, de la crise d'asthme et d'urticaire.

Jusqu'ici, la voie perdermique est considérée comme indispensable à l'action thérapeutique. Depuis 1935, à Necker, l'A. l'a administrée par *voie sous-cutanée*, « dans le dessein de réaliser ainsi une véritable vaccination de l'état allergique... Le choc histaminique s'assimile au choc anaphylactique. Ainsi pouvait-on espérer obtenir une désensibilisation générale. Afin d'éviter une réaction histaminique générale et de mieux mithridatiser le sujet, on juge bon d'utiliser des doses au-dessous du taux limité susceptible de provoquer chez l'animal ou sur un organe, une réaction biologique ». D'où sortit la technique de la *série vaccinale suivante*: 20 injections d'un centicube de dilution de bichlorhydrate d'histamine progressivement décroissante, commençant à 1 pour cent millions et « gagnant par concentrations successives, chaque fois double de la précédente, le taux de 1 pour cent mille, celui-ci étant renouvelé à dix reprises ». Un gamma correspond à un millième de milligramme. La concentration maxima est de dix gammas.

La statistique comprend jusqu'ici treize malades à *manifestations allergiques*: quatre cas d'urticaire, sept cas d'asthme, deux cas de migraine.

Sur les trois cas d'*urticaire*, la méthode enregistre trois succès et un échec relatif. L'œdème de Quincke paraît plus sensible à la médication que l'urticaire simple.

Les résultats dans sept cas d'*asthme franc* démontrent que là où toute une série de médications avait dû être répétée sans succès, une ou deux séries d'histamine ont apporté aux malades une amélioration jusque-là inconnue.

Elles agissent mieux chez l'adulte. Il semble préférable d'agir avec plus de prudence chez l'asthmatique et d'espacer les injections tous les deux jours pour atteindre plus lentement la dose maxima.

Deux observations de *migraineux* nous encouragent à croire que certaines formes de migraine, même très anciennes, peuvent disparaître avec ce mode de traitement. Mais pour combien de temps?

Dans l'ensemble, les *états allergiques* entretenus par certains *facteurs alimentaires* cèdent de la meilleure manière à ce mode de désensibilisation. Ainsi un cas d'anaphylaxie très ancienne *au lait* et un autre cas d'*intolérance crue irréductible* à l'égard des farines de blé et d'orge. Cette désensibilisation ne pourrait-elle s'étendre aux troubles digestifs associés à de la diarrhée ou des vertiges, équivalents intestinaux ou végétatifs de certaines éruptions cutanées? On en a dit autant de certaines colites et hépatites allergiques, voire de certains ictères catarrhaux compliqués d'arthralgie, (Caroli, etc...)

Ne peut-on supposer qu'à l'instar de la peptone, agissant par ses amino-acides, l'histidine agit par l'histamine qu'elle engendre? Or, comme celle-ci a la propriété d'augmenter le taux de l'acidité chlorhydrique et d'entretenir, sinon de provoquer les ulcères digestifs, l'A. a amené à s'adresser à l'usage de l'histamine à des doses minimales à titre d'agents désensibilisants et peut-être hypoacidifiants.

Plus loin, dans treize observations d'ulcère gastroduodénaux mises au point et développées comme dans tout ce travail, l'A. dégage la notion de l'efficacité manifeste du traitement histaminique. La médication agit sur la crise douloureuse en cours, soit en abrégant nettement la durée, soit en atténuant l'algie. Dans cinq cas, les périodes douloureuses qui jusque-là se répétaient jusqu'à trois fois l'an, abandonnent le malade pendant dix-huit mois, ailleurs quinze mois, ou un an ou six mois. Comme inconvénients, à peine quelquefois, une sensation de gonflement épigastrique post-prandial précoce due à une hypertonie gastrique provisoire avec spasme pylorique.

Suit une discussion pathogénique où il est très difficile de conclure. Il est, en tout cas, étonnant de constater comment des doses aussi infinitésimales

d'histamine peuvent obtenir des effets à distance. Il existe déjà plusieurs travaux montrant les chiffres élevés d'histamine que peuvent contenir soit le sang, les urines ou les liquides d'œdème. Chez les urticariens, ils sont très élevés.

Il semble plutôt y avoir là, on croit le deviner, une action nerveuse locale, génératrice d'un ébranlement nerveux à long circuit, retentissant sur le secteur vago-sympathique en cause.

Jean LeSAGE.

PHTISIOLOGIE

Professeur MORELLI. — **Le traitement des blessures thoracopulmonaires et de leurs complications.** « La Presse Médicale », n° 25; (26 mars) 1938.

Devant des blessures thoracopulmonaires, il y a vingt ans, le médecin faisait très peu pour s'opposer à leurs complications trop souvent mortelles. Au pneumothorax, on aspirait l'air, à la pleurésie on soutirait le liquide. Partant du fait que « la pression négative mesure l'antagonisme entre le poumon qui tend à se rétracter en vertu de sa tension élastique et la paroi thoracique qui s'oppose », l'auteur a constaté au cours des blessures thoracopulmonaires que cette pression négative endo-pleurale faisait ventouse en aspirant le sang dans la cavité pleurale; il y a en plus les mouvements respiratoires qui s'opposent à la formation du caillot; toute dilatation inspiratoire excite le point lésé et favorise aussi les hémorragies et l'infection. L'hémo-pneumothorax est l'aboutissement de ces blessures. Il y a cependant moyen de parer à ces accidents en pratiquant d'avance un pneumothorax. On s'oppose ainsi à la neutralisation des pressions par l'injection d'air au lieu de permettre l'afflux de sang. Par ce moyen, l'hémostase est faite.

Pour équilibrer les pressions endo-pleurales, il faut des litres de sang; n'est-il pas préférable d'aller au devant en insufflant de l'air. Cet air fait office de tampon. Le pneumothorax est inutile si de gros vaisseaux saignent, parce que la pression nécessitée est trop forte, par conséquent incompatible avec la vie. Aussi le collapsus peut être entravé par de vieilles adhérences.

D'après l'auteur, le traitement des blessures thoracopulmonaires est le plus souvent conditionné par le pneumothorax.

La mort par hémorragie survient dans les premières heures seulement. Mais, si on a affaire à une simple blessure du poumon, causée par de petits projectiles, en quelques jours d'entretien, le pneumothorax peut avoir raison de cet accident. Dès les premières heures, il est préférable d'avoir recours aux pressions atmosphériques ou faiblement négatives; donc d'abstenir de pressions positives. Si le pneumothorax est ouvert à la paroi, on constate rarement un hémothorax sur-

tout si le poumon n'a pas d'adhérences, ce qui permet la rétraction totale et fait tampon. Si le pneumothorax ouvert s'accompagne d'une lésion d'un gros vaisseau, ou si des adhérences empêchent la compression totale, on doit clore l'ouverture pour provoquer un pneumothorax en pression positive. L'auteur a fabriqué un appareil spécial qui, par une double poire, fait tampon sur le thorax à l'intérieur comme à l'extérieur. Aussi l'air ne peut sortir et l'emphysème sous-cutané ne peut se produire. L'évacuation d'un épanchement sans substitution de gaz est dangereuse.

En conclusion, si le pneumothorax artificiel triomphe dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, il peut être employé avec succès dans celui de la pleurésie comme dans celui des blessures thoracopulmonaires. « Le pneumothorax détache les deux feuillets pleuraux, empêche la formation d'adhérences localisées et élimine la répercussion nocive du traumatisme respiratoire sur le point lésé. »

Paul-René ARCHAMBAULT.

ENDOCRINOLOGIE

S. F. HAINES et A. R. BARNES. — **Goitre exophtalmique avec asystolie et rythme cardiaque normal.** « Proceedings of the Staff Meeting of the Mayo Clinic », n° 9, 2 mars 1938.

L'asystolie constatée dans le goitre exophtalmique est due, en général, à un cœur hypothéqué antérieurement à l'apparition de la toxicité thyroïdienne.

Cependant une asystolie ne peut, quelquefois, s'expliquer que par la seule présence du goitre exophtalmique.

Il est très rare de rencontrer un état grave d'asystolie, dans la maladie de Basedow, avec un rythme cardiaque normal.

L'observation suivante est celle d'une patiente de cette catégorie.

Celle-ci présentait en septembre 1937, avec une intensité marquée, de la nervosité, du tremblement, de la faiblesse, symptômes apparus au cours de l'été 1936 et aggravés par une pneumonie lobaire.

A son entrée à la clinique, l'examen a révélé la présence d'une légère exophtalmie de l'œil droit plus spécialement, d'une augmentation du volume de la glande thyroïde, d'ascite, d'œdème généralisé même à la face et au cuir chevelu. Fond de l'œil normal. PA: 118/64. Pulsations: 98. MB: plus 38%. Examens de laboratoire: bilirubine du sérum sanguin: 3 mg. par 100 c.c.; Van den Berg indirect; radiographie du cœur: augmentation modérée; radiographie des poumons: congestion passive aux deux bases; électrocardiogramme: aplatissement des complexes avec absence ou presque de l'onde T dans les trois déri-

vations; test au bromosulphaléine: rétention hépatique du 4e degré; excrétion de l'acide hippurique dans les urines; quatre heures après l'ingestion de 6 mg. de benzoate de soude: 0.51 mg.; cholestérol sanguin: 128 mg. %; poids: 135 livres.

Vu la fonction hépatique viciée, on redoutait l'emploi d'un diurétique mercuriel. Comme aucun autre ne provoquait de diurèse, le salyrgan, prescrit avec prudence, donna un résultat heureux.

De la solution de Lugol fut prescrite dès l'entrée à la clinique.

En deux semaines il y eut chute du poids, de 135 à 110 livres, et diminution de l'œdème et de l'ascite. Le métabolisme basal baissait à plus 32. La bilirubine du sérum, de 3 mg. descendait à 1.3 mg. Le test au bromosulphaléine du 4e degré devenait du 2e. L'élimination de l'acide hippurique s'améliorait de 0.51 à 1.9 mg.

Après quatre semaines de préparation, une thyroïdectomie subtotale fut suivie de bons résultats. Le tissu thyroïdien enlevé pesait 50 grammes. Il s'agissait d'hypertrophie parenchymateuse. Une amélioration graduelle fut suivie de la disparition de l'œdème et de l'ascite.

Un mois après l'opération, le cœur était normal à la radiographie, à l'électrocardiographie et à l'auscultation. Le prurit disparaissait dès le deuxième jour de la thyroïdectomie.

Examens de laboratoire: élimination du bromosulphaléine: deuxième degré; bilirubine du sérum sanguin: 1.0 mg.; acide hippurique dans les urines: 2.9; MB: moins 1%.

Les examens répétés, physique, röntgenographique, fluoroscopique, électrocardiographique, ont donné l'impression que l'asystolie cardiaque, chez cette patiente, était probablement causée par la seule présence d'un goitre exophtalmique. Il en était tout probablement ainsi de la fonction viciée du foie où il y avait une congestion passive et comme conséquence de cette congestion, une cellule hépatique viciée chez cette basedowienne en asystolie.

Réal DORE.

NEUROLOGIE

L. SHAHINIAN, J. A. BACHER, R. C. McNAUGHT et R. R. NEWELL. — **Chémoprophylaxie de la poliomyélite.** « J. A. M. A. » 110: 1254 (16 avr.) 1938.

Reprenant les observations de Armstrong et de Harrison et les travaux de Schultze et Gebhart, les auteurs décrivent leur technique d'application d'agents chimiques au niveau de la muqueuse olfactive. Ils emploient, comme les auteurs précités, la solution à 1% de sulfate de zinc, car on sait que la muqueuse nasale de singes qui fut protégée par cette solution

devint imperméable au virus de la poliomyélite dans un pourcentage de cas remarquablement élevé, et que cette protection continuait de se manifester pendant un mois. Voici, du reste, la technique des auteurs: l'enfant est placé sur le dos au bout d'une table quelconque, — une table d'opération de préférence, — et sa tête, complètement renversée, repose sur les genoux du médecin, de telle sorte que la base du crâne, elle-même renversée, soit dans un plan strictement horizontal. L'opérateur écarte légèrement la narine à l'aide d'un spéculum nasal et laisse tomber goutte à goutte $\frac{1}{2}$ c.c. de la solution antiseptique, en évitant autant que possible la muqueuse nasale adjacente. De cette façon, le liquide atteint directement le bulbe et les nerfs olfactifs, le remplissage atteignant en moyenne 14 m.m. de hauteur. Cette quantité suffit, puisque l'aire olfactive ne descend pas plus bas que la moitié du cornet moyen. Cette opération est pratiquée dans les deux narines. On estime la durée de l'action prophylactique de la solution de sulfate de zinc à 1% à un mois. Lorsque la solution sera bien en place, on laissera l'enfant dans la position « tête renversée » pendant une minute, après quoi il pourra se relever et se débarrasser de l'excédent de solution en expirant résolument par le nez. L'excédent est rarement abondant, attendu que la quantité introduite remplit à peu près exactement l'aire olfactive et qu'elle y adhère. Cette technique est simple et peut être effectuée, en temps d'épidémie, par des infirmières et des aides bénévoles, mais elle n'est vraiment efficace que si elle est faite rigoureusement selon le mode que nous venons de décrire.

Jean SAUCIER.

Harold G. WOLFF. — **Tempérament et constitution des migraineux.** « Arch. of Neur. and Psy. »; 37: 895 (avril), 1937.

L'A. analyse 46 cas de migraine et reprend les théories d'Abraham, Fenichel et Meyer, qui englobaient même dans ce syndrome les personnes indécises, douteuses et sujettes aux paniques morales. Ces troubles sont appelés par Meyer « obsessive ruminative tension states ». Wolff avoue que le nombre des cas observés est assez restreint et qu'on ne doit pas en conclure que tous les migraineux présenteront les caractéristiques énumérées dans son travail. Mais il affirme que les différents facteurs caractère, situation sociale, réactions émotionnelles jouent un rôle important dans la pathogénie de la migraine. Parmi les troubles physiques qui accompagnent la migraine, W. énumère les phénomènes visuels, céphalées unilatérales, retentissements gastro-intestinaux, et surtout les changements vaso-moteurs déterminant la pâleur, la congestion et les frissons.

Il est à présumer que les douleurs de la migraine sont dues aux perturbations des filets sympathiques péri-artériels des vaisseaux méningés.

L'A. termine son étude en suggérant de faire subir aux migraineux certaines recherches sur les caractères psychobiologiques en plus des épreuves allergiques, biochimiques et radiologiques.

Dr PANET-RAYMOND.

PEDIATRIE

R. DEBRE, J. MARIE, Ph. SERINGE. — **Traitement des néphrites aiguës de l'enfant.** « Gazette Médicale de France et des Pays de Langue Française. » **44**: 961 (15 nov.), 1937.

Les auteurs exposent le traitement de :

- 1° la néphrite aiguë diffuse hypertensive;
- 2° la néphrite hématurique pure.

Dans la néphrite aiguë diffuse hypertensive, le régime sec de Von Noorden et Volhard constitue, à leurs yeux, le meilleur traitement.

Le régime lacté intégral est trop chloruré, tandis que le régime déchloruré et hypoazoté de Widal comporte une trop grande quantité de liquide.

La cure de Von Noorden s'établit comme suit :

- 1° Si hypertension forte et œdèmes abondants: diète absolue de 48 heures (cure de faim et de soif).
- 2° Alimentation sans liquide:
 - Riz à l'eau très cuit et très sucré;
 - compote de pommes et de bananes;
 - 100 grammes de chapie.

Principes du régime de Von Noorden: régime totalement déchloruré; composé uniquement d'hydrates de carbone; dépourvu de protéines; pauvre en eau.

Ce régime est basé sur le fait que le sel n'étant éliminé qu'avec l'eau des œdèmes, le rein n'a pas besoin d'eau pour ce faire. De plus, les néphrites aiguës infectieuses touchant peu le pouvoir de concentration du rein, il n'y a pas de risque de rétention des autres substances que le NaCl.

Les auteurs ont constaté une baisse de l'azotémie chez tous les cas soumis à la suppression des boissons pendant une semaine ou deux.

Le traitement médicamenteux se résume à peu de chose.

Le traitement des complications:

L'anasarque est traité par le régime sec.

L'œdème aigu pulmonaire et l'insuffisance cardiaque: saignée et Ouabaïne.

L'éclampsie, le coma par œdème cérébral et l'hypertension artérielle: saignée et régime.

Convulsions et amaurose: acétylcholine.

Acidose: solutions bicarbonatées sodiques.

Traitement chirurgical:

Anurie: décapsulation.

Néphrite hématurique simple: même régime, mais moins sévère.

Médications: inutiles.

Traitement causal du foyer d'infection (pharynx).

A. GUILBEAULT.

Clément LAUNAY. — **Pyélocystites du nourrisson et anomalies congénitales des voies urinaires.** « Gazette Médicale de France et des Pays de Langue Française »; **44**: 975 (15 nov.), 1937.

Les pyélocystites colibacillaires du nourrisson peuvent être des formes bénignes guérissant en deux ou trois semaines ou des formes sévères relevant de la virulence de l'infection ou d'une malformation urinaire. Aussi, tout nourrisson atteint de pyélonéphrite grave ou prolongée au delà de 6 semaines devrait bénéficier d'une exploration de l'arbre urinaire. D'après différentes statistiques, 20 à 33% des pyélonéphrites graves seraient dues à une malformation. Les anomalies peuvent être urétérales, urétéro-pyéliques rénales ou vésicales:

Les procédés d'exploration sont:

- 1° L'urographie par voie intraveineuse;
- 2° La cystographie;
- 3° La cystoscopie, cathétérisme urétéral et la pyélographie ascendante.

Pour l'urographie par voie intraveineuse, les auteurs injectent dans le sinus longitudinal ou dans une autre veine, une solution d'uroselectan ou de tenebryl à 30% — 5 à 8 cmc. suivant l'âge.

Il faut prendre des radiographies toutes les deux minutes après l'injection, pendant 14 minutes. L'image la plus nette, ordinairement celle de la 6e ou 8e minute, sera choisie.

Pour éviter une diminution de la netteté de l'image par les gaz intestinaux, les auteurs conseillent de donner à l'enfant pendant les deux jours qui précèdent l'opération, 0.20 gr. de benzonaphtol deux fois par jour avec lavement évacuant la veille de l'opération.

Les autres procédés d'exploration ne diffèrent de ceux employés chez les adultes que par la dimension plus petite des instruments.

Les anomalies ainsi trouvées peuvent souvent recevoir un traitement efficace: lavage du bassinnet dilaté; dilatation des sténoses urétérales; néphrectomie pour hydronéphrose infectée.

A. GUILBEAULT.

Marcel LELONG et Raymond JOSEPH. — **A propos des néphrites avec œdème chez le nourrisson.** « Gazette Médicale de France et des Pays de Langue Française »; 44: 965 (15 nov.), 1937.

Les auteurs écrivent un chapitre des plus intéressants de la pathologie rénale du nourrisson. Ils soulignent d'abord que les néphrites avec œdèmes existent plus fréquemment qu'on ne saurait le croire. Avant l'âge de 3 mois, l'œdème étant souvent inexplicable ou inexplicable. Ils mettent en doute la pathogénie uniquement extra-rénale des œdèmes alimentaires. Les symptômes de dysfonctionnement rénal sont faciles à rechercher chez l'adulte. Chez le nourrisson, le prélèvement des urines est un obstacle quelquefois infranchissable quand il s'agit par exemple d'obtenir la totalité des urines du nyctémère chez la fillette. La mesure de la tension artérielle offre autant de difficulté. Même l'œdème lui-même est quelquefois difficile à rechercher; il se résume quelquefois à une infiltration de la peau: c'est l'œdème sous godet.

Les causes des néphrites œdémateuses chez le nourrisson sont:

1° Les infections: a) chroniques: syphilis; b) aiguës: rhino-pharyngites, pyodermites;

2° Les syndromes cholériques;

3° Les intoxications.

Les auteurs exposent un exemple de chaque néphrite; celui de la néphrite syphilitique est très intéressant, ils ont pu suivre un enfant depuis l'âge de 3 mois jusqu'à l'âge de 9 ans.

Le traitement d'une telle néphrite est mis en détail.

Pour terminer, ils passent brièvement en revue le pronostic de ces néphrites; pronostic bon pour les néphrites des rhino-pharyngites et des infections cutanées; pronostic sombre pour les néphrites des syndromes cholériques; pronostic réservé pour les néphrites syphilitiques.

A. GUILBEAULT.

OBSTETRIQUE

M. R. KELLER et J. LIMPACH. — **Les transfusions de sang placentaire pratiquées avant et après les opérations.** « Gynécologie et Obstétrique », mars 1938, p. 173.

Il est incontestable que la transfusion sanguine est le traitement de choix des grandes hémorragies. Les auteurs, de la Maternité de Strasbourg, emploient la transfusion avant et après les interventions, chaque fois qu'il est nécessaire de rétablir l'équilibre organique. Ils se servent de sang placentaire, vu sa haute teneur en globules rouges leucocytes, hémoglobine et en hormones. Le sang placentaire servant aux transfusions doit avoir un B. W. négatif.

Voici comment ils procèdent: après la naissance de l'enfant, le cordon ombilical, saisi avec une pince de Duval stérile, est coupé et soigneusement désinfecté au mercurochrome. Les 1ères gouttes de sang (8-10) sont recueillies dans une éprouvette contenant de l'oxalate de potassium (0.70 centig.), du chlorure de sodium (2 grammes), de l'eau distillée (250 cc.). Le mélange est centrifugé; le sang placentaire est recueilli ensuite dans un ballon rincé préalablement avec 5 cc. d'une solution de citrate de Na. à 10%. Pendant que le sang coule, on agite tout doucement le ballon. Ils recueillent 60 à 90 grammes de sang après chaque accouchement. Une fois le sang recueilli, le ballon est fermé avec du leucoplaste sur plusieurs compresses stériles. Le sang est conservé dans la glacière à + 2 C et utilisé dans les 36 heures.

Dès qu'une transfusion est jugée nécessaire, une prise de sang de 4.5 cm³ est faite au receveur avec une aiguille fine. Ce sang est centrifugé au laboratoire et 2 gouttes de sérum du receveur sont mélangées avec une goutte de sang du donneur sédimenté dans la solution de soude.

Le mélange est observé pendant 5 à 10 minutes et après examen macroscopique, on constate sous le microscope, s'il ne se produit pas d'agglutination, on procède à la transfusion. Le ballon qui contient le sang est placé pendant quelque temps au bain-marie à 38 centigrades. Le sang est versé ensuite, filtré sur 3 épaisseurs de gaz stérile, dans un cylindre gradué qui a été rincé auparavant avec de la solution physiologique.

En résumé, d'après ces Auteurs, pour les transfusions de sang pré et post-opératoires, on peut se servir de sang placentaire prélevé dans les conditions décrites.

H. GIBEAULT.

BRINDEAU et HINGLAIS. — **Diagnostic biologique fait par l'étude quantitative des hormones gonadotropes du sérum sanguin chez les femmes enceintes.** « Gyn. et Obst. », juin 1935, p. 831.

L'ensemble des recherches très intéressantes que ces auteurs ont entreprises leur a permis d'établir une échelle de classement des résultats des titrages et d'admettre les zones suivantes:

De 0 à 150 unités: zone des causes d'erreur.

De 150 à 700 unités: rétention d'œuf mort.

De 1,000 à 7,500 unités: grossesse normale en évolution.

De 10,000 à 45,000 unités: hyperactivité placentaire: vomissements incoercibles.

De 60,000 à 300,000 unités et au delà: môle certaine.

Enfin, les auteurs ont montré qu'au point de vue du chorio-épithéliome, il n'était pas du tout démontré qu'il y eût une augmentation du taux de l'hormone aussi importante que dans la môle. Mais il est cepen-

dant possible de faire le diagnostic précoce de chorio-épithéliome par l'étude régulière de l'évolution du taux hormonal après l'expulsion d'une môle. Après l'expulsion d'une môle bénigne, et quel que soit le délai de disparition de l'hormone, le taux va toujours en diminuant, tandis qu'au contraire si des suites malignes se produisent, le taux de l'hormone remonte après avoir baissé.

Jacques FORTIER.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

George C. ANDREWS. — **Le traitement des angiomes.** « Archives of Dermatology and Syphilology »; 4: 573 (avril), 1938.

L'auteur classe d'abord 408 cas de nævi vasculaires qui se sont présentés à la clinique Vanderbilt depuis 10 ans. L'A. passe ensuite en revue les différents traitements qui ont été employés, entre autres les injections sclérosantes, la radiumthérapie, la neige carbonique et la chirurgie.

Après descriptions des différentes techniques et une courte statistique des cas traités par chaque méthode, l'auteur dans ses conclusions donne la préférence au radium et aux injections sclérosantes en laissant aux dermatologistes de décider du traitement selon certaines indications.

F. L. BOULAIS.

RADIOLOGIE

R. MATHEY-CORNAT (Bordeaux). — **Les méthodes d'irradiation des tumeurs malignes de l'amygdale (sarcomes et cancers) et leurs résultats.** « Paris Médical »; 28: 237 (19 mars), 1938.

Ce très intéressant et très documenté mémoire mériterait mieux que le bref résumé auquel nous sommes réduits par les nécessités de la mise en pages.

Le traitement actuel des tumeurs malignes de l'amygdale comporte une révision des données précédemment acquises sur l'expérience chirurgicale de ces néoplasmes. L'amygdalectomie totale, lorsqu'elle est envisagée, ne peut répondre qu'à un nombre de cas limité et sélectionné, au demeurant, par rapport au nombre total de malades qui se présentent atteints de tumeur de la loge amygdalienne. Si elle est *techniquement* suffisante, elle ne l'est pas toujours *biologiquement*, en raison de l'extrême fréquence, pour ne pas dire de la constance, de l'infestation néoplasique des lymphatiques. C'est pourquoi même dans les cas où elle a paru être macroscopiquement complète et suffisante, il est indiqué de recourir à

l'irradiation de la loge amygdalienne et des régions lymphatiques satellites, dans les jours qui suivent l'opération et dès que l'état local de la cicatrisation et que l'état général du patient le permettent (radiothérapie post-opératoire).

Pour l'ensemble des cas observés, même ceux du début, « techniquement opérables », il est dorénavant loisible de procéder d'emblée à un traitement d'attaque par les méthodes radiothérapeutiques seules, comportant le radium et la roentgentherapie, suivant des techniques qui sont au mieux conçues, exécutées et poursuivies dans les cliniques ou centres radiothérapeutiques, où le radiothérapeute reste en intime collaboration avec le laryngologiste et l'histopathologiste.

Les résultats thérapeutiques obtenus dans ces conditions ne sont pas comparables à ceux que l'on obtient sans le secours de l'irradiation. *Coutard*, de l'Institut du Radium de Paris, au cours des années 1920 à 1926, réalise, par la roentgentherapie fractionnée et étalée (et le radium pour les cas limités en extension), pour les épithéliomas de la région amygdalienne, une proportion de 26 p. 100 de guérisons contrôlées après trois ans, et de 18 p. 100 de guérisons contrôlées après cinq ans. Après huit ans, la proportion relative restait de 3 guérisons contrôlées sur 10 (30 p. 100). A partir de 1926, les résultats de la roentgentherapie seule se sont notablement améliorés, et le pourcentage des guérisons a atteint 46 p. 100.

A Bordeaux, dans les services hospitaliers anticancéreux et de clinique de *Mathey-Cornat*, on a enregistré de 1924 à 1937, soit pour une période de treize ans, avec des techniques analogues à celles préconisées par l'Institut du Radium de Paris, 85 p. 100 de cicatrises primaires et 43 p. 100 de survies après un an, 33 p. 100 de survies après deux ans, 19 p. 100 de survies après trois ans, 14 p. 100 de survies après cinq ans. Nos techniques radiothérapeutiques se sont nettement précisées et orientées à partir de 1930. Il est à prévoir que, dans les années ultérieures, avec l'organisation de la clinique radiothérapeutique qui convient, les résultats obtenus seront plus homogènes, et que la radiothérapie verra son champ d'étude s'agrandir.

Canuyt et *Gunsett*, de Strasbourg, sont partisans de l'irradiation profonde post-opératoire dans les cancers opérables de l'amygdale et opérés; ils sont favorables aux méthodes radiothérapeutiques dans les sarcomes de l'amygdale.

Schinz et *Zuppinger*, de la Clinique radiologique de Zurich, qui préconisent l'irradiation prolongée, fractionnée et étalée dans tous les cas de cancers de l'amygdale, ont obtenu, d'après leur statistique très détaillée et contrôlée, 64 p. 100 de résultats palliatifs globaux, et, comme survies sans symptômes

(ce qui représente une statistique d'une grande rigueur scientifique), 27 p. 100 pour la première année, 23 p. 100 pour la troisième année, 15 p. 100 pour la cinquième année. Pour ces auteurs, tous les sarcomes de l'amygdale doivent être exclusivement irradiés aux rayons X, et de préférence avec la technique du fractionnement étalé; ils ont obtenu pour ces sarcomes, comme survies sans symptômes, pendant la même période, 50 p. 100 pour la première année, 36 p. 100 pour la troisième année, 31 p. 100 pour la cinquième année; les résultats palliatifs ont été de 77 p. 100 dans ce groupe de tumeurs sarcomateuses.

Enfin, *Berven*, du Radiumhemmet de Stockholm, qui traite les tumeurs malignes épithéliales de l'amygdale par la télécuriethérapie, le radium de surface intrabuccal et l'électrocoagulation des restes tumoraux, si elle s'impose, communique, dans ses statistiques homogènes, 40 p. 100 de guérisons de cinq ans. Pour les sarcomes de l'amygdale, le même auteur accuse 35 p. 100 de guérisons contrôlées (avec absence de tout symptôme) pendant cinq ans ou plus.

Ces diverses données statistiques, provenant de centres ou instituts radiothérapeutiques du cancer, doivent contribuer à orienter d'une manière décisive le traitement des tumeurs malignes de l'amygdale, sarcomes et cancers, dans le sens des méthodes radiothérapeutiques correctement conçues et exécutées.

A. LAQUERRIERE.

W. C. HALL. — **Radiothérapie de l'herpès simple.** « *The Am. Journ. of Roentg. and Radium Ther.* », 39: (mars), 1938.

L'herpès simple est une affection assez fréquente. C'est une éruption de vésicules assez volumineuses, agglomérées les unes à côté des autres. Les fourmillements, la cuisson, les démangeaisons sont les principaux signes par lesquels il s'amorce. Les traitements actuels demeurent, pour la plupart, inefficaces.

Son étiologie est obscure. De nombreux travaux ont montré que l'agent causal paraît être un virus filtrant, le même, semble-t-il, que celui qui produit l'encéphalite léthargique. Il siège ordinairement à la face, au pourtour des lèvres et des narines, aux organes génitaux, anus, fesses, etc.

Au point de vue pathologique, il est caractérisé par une inflammation fibrineuse de l'épiderme. L'œdème est intercellulaire, interstitiel. Il existe une dissociation par l'œdème des cellules malpighiennes qui sont nécrosées. On observe plusieurs remèdes à date, parmi lesquels: l'alcool, la chaleur et l'eau camphrée, etc.

Ludy a noté, le premier en Amérique, que des petites doses de R. X étaient efficaces. D'autres auteurs en particulier Lassueur en Europe, en 1908,

a rapporté 37 cas avec des résultats très satisfaisants. 50% des patients furent guéris promptement.

L'auteur du présent article rapporte l'histoire de 15 malades traités au département de radiologie de l'hôpital de Pennsylvanie.

Comme technique, Hall se contente du traitement local. Il emploie les facteurs suivants: (30 K. V. 5M.A. 30 cm. dist. à feu nu). La moitié des cas rapportés reçurent 375 r en une seule séance. Plusieurs d'entre eux ne reçurent que 125 r. Cette dernière dose, d'après l'auteur, est sans aucun doute trop petite.

Plus le traitement est précoce, meilleur est le résultat. La sensation de démangeaison disparaît ordinairement dans les trois heures qui suivent le traitement radiothérapeutique et la réaction inflammatoire dans les six à huit heures. Si parfois la disparition de ces symptômes n'est pas aussi rapide, la durée de l'affection est toutefois abrégée.

L. GAGNIER.

LABORATOIRE

J. BRIDE et M. BARDACH. — **Essais de sérothérapie préventive antivaccinale.** « *Annales Institut Pasteur* », mars 1938, p. 270.

Dès 1877, Raynaud transfusait à un veau sain pour le protéger contre la vaccine, le sang d'un veau vacciné, mais c'est à partir de 1896, à la suite des travaux de Bécclère, Chambon et Ménard que la sérothérapie antivaccinale ou antivariolique entra dans le domaine du possible. Cependant, les résultats plus ou moins satisfaisants obtenus jusqu'à date étaient dus au fait que le virus utilisé pour préparer les animaux était peu pathogène. Les auteurs ayant isolé d'un cas de variole spontanée du lapin un virus très pathogène ont entrepris des essais de sérothérapie chez le lapin, le cobaye et la souris.

A des lapins d'abord immunisés contre la vaccine, ils ont inoculé au moyen de scarifications sur la peau rasée, le virus pathogène qu'ils nomment « neuro-lapine ». Ces lapins immunisés ne présentent que peu de lésions locales. Par contre des animaux témoins, non immunisés, présentent des pustules de généralisation.

D'autres expériences analogues pratiquées sur des lapins et des cobayes immunisés avec du sérum de cheval ont donné des résultats discordants. Sur des souris, au contraire, l'action protectrice du sérum de cheval préparé contre le même virus « neuro-lapine » a été manifeste.

Il semble donc qu'il soit possible de préparer avec le virus neuro-lapine chez le cheval ou chez le lapin un sérum antivaccinal. Ce sérum administré par voie sous-cutanée a un pouvoir préventif indiscutable, mais de valeur limitée.

A. BERTRAND.

SOCIÉTÉS

L'« Union Médicale du Canada » publie les comptes rendus scientifiques de toute société savante de langue française de l'Amérique du Nord. Ces comptes rendus doivent cependant être rédigés succinctement en dactylographie par les secrétaires respectifs et être adressés, sans retard, à la Rédaction.

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

Séance du 5 avril 1938

Tenue à l'Université de Montréal

Présidence de M. Léon Gérin-Lajoie

Les produits sulfamidés en thérapeutique

M. J.-Roméo PEPIN

Les para-amino-phényl-sulfamidés reconnaissent deux indications formelles: l'érysipèle et les méningites purulentes. L'érysipèle guérit en 4 à 5 jours, la plaque disparaissant en deux jours. Les résultats sont également remarquables dans la méningite à streptocoque, beaucoup moins bons dans la méningite à méningocoque, où il faut alors associer la sérothérapie. Ils sont moins probants dans les autres septicémies à streptocoque, nuls dans le cas de strepto-hémolytique. La posologie varie entre 2 et 5 grammes, dose totale à diviser en 4 prises dans les 24 heures, après les repas.

Le sulfanilamide occasionne divers accidents. Les uns, cutanés: purpura, exanthèmes de types divers, épidermo-dermites, exceptionnellement la grande érythrodermie. Les autres, sanguins, dus à la présence du noyau benzénique qui exerce une action inhibitrice sur la granulocytogénèse: méthémoglobinémie, sulf-hémoglobinémie (dans le cas d'ingestion de sulfate de soude ou de magnésie).

En terminant, M. Pépin s'élève contre les abus du sulfanilamide dans les infections de nature indéterminée et les états fébriles frustes, pratique irrationnelle tendant à discréditer la médication sans compter qu'elle n'est pas exempte de dangers.

Discussion:

M. LETONDAL croit comme M. Pépin que les produits sulfamidés ne sont pas une panacée et qu'il importe d'en limiter nettement les indications.

M. CHARBONNEAU se dit opposé à la méthode des hautes doses, car il est prouvé par les dosages sanguins que l'excédent du produit n'est pas absorbé; c'est aussi l'opinion de M. Pépin qu'avec 3 grammes par jour on obtient d'aussi bons résultats qu'avec des doses extrêmes.

M. GUILBAULT voit en la cyanose un accident assez banal, survenant dans la moitié des cas. A quoi M. Pépin s'objecte en disant que le degré de cyanose indique la gravité de l'intoxication médicamenteuse.

M. GERIN-LAJOIE a noté une éruption scarlatiniforme chez une accouchée qui avait été traité au sulfanilamide.

Les produits sulfamidés dans les maladies infectieuses

M. H. CHARBONNEAU

Cette communication a paru comme article original dans l'*Union Médicale*, numéro de mai 1938, p. 487.

Discussion:

M. GUILBAULT rapporte la guérison d'un adéno-phlegmon chez un typhique grâce à la médication sulfamidée. Dans la méningite à streptocoque cependant il n'a pas obtenu d'aussi bons résultats que ceux que rapportent les auteurs américains. Il croit comme M. Charbonneau que les doses trop considérables ne sont pas à recommander parce qu'elles ne sont pas entièrement absorbées.

M. LETONDAL cite un cas de guérison d'érysipèle chez un nourrisson. Il est d'avis qu'il ne faut pas supprimer la médication trop rapidement, sans quoi on s'expose à des rechutes et à des récives.

M. MIGNAULT demande si la myocardite constitue une contre-indication au sulfanilamide; à quoi M. Charbonneau répond dans la négative, ajoutant que l'insuffisance rénale et hépatique seule offre des dangers sérieux.

M. CHOLETTE veut savoir quelle est la meilleure forme des produits sulfamidés. M. Charbonneau croit que tous les produits sont aussi efficaces les uns que les autres, mais que la forme blanche sans dérivés azoïques est le plus à recommander.

Les produits sulfamidés en urologie

MM. J.-C. LEGAULT et O. MERCIER

M. Legault donne des statistiques sur 22 cas de blennorrhagie traités par le sulfanilamide au dispensaire de l'Hôtel-Dieu. A l'exception de 6 cas réfractaires, tous, traités en même temps par la méthode des grands lavages, ont vu leurs gonocoques disparaître entre le deuxième et le huitième jour. Accidents: cyanose dans 75% des cas, céphalée, 50%, des nausées et des vomissements; pas d'accidents sanguins. Chez la femme, cervicite et salpingites à gonocoques: 80% de succès, avec disparition du microbe entre 5 et 10 jours.

M. Mercier, de son côté, donne des statistiques sur un total de 96 cas de colibacillose urinaire traités par le sulfanilamide, avec les résultats suivants: 39 cas de pyélite aiguë: 15 guérisons, 8 améliorations; 26 cas de pyélite chronique: 8 guérisons, 8 améliorations; 8 cas de cystite sans lésions rénales: 7 guérisons; 22 cas de cystite à la suite de résections transurétrales de la prostate: 19 guérisons.

Le rapporteur recommande l'usage du sulfanilamide aux doses suivantes: les 1^{er}, 2^e et 3^e jours: 2 grammes en 24 heures; les 4^e, 5^e et 6^e jours: 1 gramme 50 en 24 heures; dose d'entretien: 1 gramme par jour. Et il ajoute: 1° Il est inutile de prolonger la médication après 8 jours d'insuccès. 2° Il est nécessaire de continuer la dose d'entretien

pendant plusieurs semaines pour éviter les récives. 3° Il ne semble pas que dans la colibacillose, où le bassin est infecté, le sulfanilamide soit plus efficace que plusieurs autres antiseptiques urinaires. 4° Il est évident, au contraire, que dans la colibacillose où seule la vessie est malade, les guérisons par les sulfamidés sont nombreuses.

Discussion:

M. P. BOURGEOIS est d'avis que l'emploi du sulfanilamide a révolutionné la question de la blennorrhagie, tout comme le 606 l'a fait pour la syphilis; il importe cependant d'y associer la méthode des grands lavages. Les cas traînants bénéficient davantage de la médication sulfamidée, même sans le secours des grands lavages. Le traitement abortif de Janet, associé au sulfanilamide, donne de très beaux résultats. Comme dosage, il recommande: 3 grammes pendant 7 jours, 2 grammes pendant 2 jours.

M. LEBEL s'informe du régime alimentaire en cours de traitement, à quoi il lui est répondu que le régime et la médication alcalinisants renforcent l'action du sulfanilamide.

M. PANET-RAYMOND se demande s'il est logique d'instituer la médication en tant que mesure préventive puisque l'on apparaît convaincu de sa spécificité.

M. MERCIER pense que la chose peut devenir possible un jour, mais que maintenant seul le traitement abortif a donné quelque preuve de succès.

4. Résolution adoptée par la Société Médicale de Montréal:

« Attendu que les produits sulfamidés sont des médicaments toxiques pouvant donner lieu à des accidents graves, voire mortels;

« Attendu que le mode d'emploi de ces médicaments nécessite une étude approfondie du malade et très souvent des examens de laboratoire;

« Il est proposé par le Dr Paul Letondal, secondé par le Dr J.-E. Racicot et adopté à l'unanimité, que les membres de la Société Médicale de Montréal, réunis en assemblée régulière le 5 avril 1938, à l'Université de Mont-

réal, émettent le vœu que l'Exécutif de la Société soit chargé d'approcher les autorités compétentes pour interdire la vente de ces produits aux comptoirs des pharmacies sans ordonnance médicale.»

Le secrétaire,

G.-A. SEGUIN.

ASSEMBLEE SCIENTIFIQUE DU BUREAU
MEDICAL DE L'HOPITAL
NOTRE-DAME

Séance du 21 avril 1938

Présidence de M. J.-H. Mousseau

Un cas de méningite lymphocytaire

Georges HEBERT

Monsieur T. P..., 25 ans, est admis à l'hôpital le 1er mars 1938 parce que depuis 15 jours il vomit tout ce qu'il ingère, souffre de céphalée occipitale et diarrhée qui ne régresse pas malgré la thérapeutique instituée par son médecin de famille.

Dans ses antécédents personnels on note de la rougeole, et peut-être une scarlatine en bas âge. C'est un jeune homme qui ne fume pas et ne boit pas. Il travaille comme vendeur de gazoline.

Ses antécédents héréditaires nous révèlent que son père est mort à 45 ans de tuberculose pulmonaire.

A part un peu d'acné à la face et au thorax, l'examen objectif de ce malade, pratiqué à son entrée, est tout à fait négatif.

Examens de laboratoire:

2 mars: Sang:

Urée 0 gramme 66

B.W. négatif.

Le 16 mars: urée 0 gramme 38.

Urines: traces d'albumine.

L.C.R.: clair;

	<i>Lymphocytes</i>	<i>Albumine</i>	<i>Sucre</i>	<i>NaCl</i>	<i>Gomme</i>
	450	0 gr.	70		nég.
5 mars	280	1 gr.	+		nég.
6 mars	210	1 gr.	+	0 gr. 60	10 gr. nég.
14 mars	156	1 gr.	+		nég.
17 mars	97	1 gr.	+		nég.
23 mars	57	0 gr.	50		nég.
28 mars	28	0 gr.	80	1 gr. 08	nég.
3 avril	8	0 gr.	30	0 gr. 80	nég.

L'examen bactériologique du L.C.R. a toujours été négatif.

Le B.W. du L.C.R. fait à deux reprises a été négatif.

L'hémoculture, faite le 6 mars, fut aussi négative.

La radiographie du crâne a montré une selle turcique qui paraissait grande.

Le 7 mars: formule sanguine:

Gl. R.	Gl. B.	Poly.	Lymphocytes
5,200,000	14.000	73%	22%

Le 5 avril: formule sanguine:

Gl. R.	Gl. B.	Poly.	Lymphocytes
5,100,000	12,000	51%	42%

Evolution: Le soir même où fut pratiquée la première ponction lombaire, au début de la nuit, le malade devint agité; le lendemain, 3 mars, l'agitation augmenta pour se maintenir pendant trois autres jours. Le 7 mars, le patient retrouvait sa lucidité d'esprit et ne devait plus présenter le moindre signe de confusion mentale. Le 11 mars, il se levait. Son état général était excellent et il s'est maintenu ainsi jusqu'à maintenant.

Vu par les neurologues, ceux-ci constatèrent la présence d'un œdème papillaire gauche tandis que la papille droite était bien démarquée; mais pas de signe neurologiques.

Ce même phénomène fut aussi noté, onze jours plus tard, le 15 mars, par un ophtalmologiste qui ajoutait ceci: « Si l'on considère que cet œil est atteint d'astigmatisme et qu'après correction de ce défaut, la vision est normale, l'on doit se demander si nous ne sommes pas en présence d'une pseudo-papillite que l'on rencontre parfois, associée à certains vices de réfraction. Quoi qu'il en soit, la papille gauche doit être considérée comme très suspecte. » (Dr Jules Brault).

Remarques.

Notre malade a fait une méningite lymphocytaire aiguë bénigne.

Les manifestations cliniques qu'il a présentées ont duré trois semaines environ, alors que les signes cytologiques ont persisté pendant près d'un mois après la guérison apparente.

Cette méningite a présenté un caractère

oculaire bien particulier: l'œdème d'une seule papille. Au point de vue formule sanguine, les lymphocytes du sang ont augmenté notablement alors qu'ils disparaissaient dans le liquide céphalo-rachidien.

Le pronostic d'une telle affection doit attirer l'attention: lorsque l'on se trouve en présence d'une méningite avec liquide céphalo-rachidien contenant de très nombreux lymphocytes sans abaissement du taux des chlorures et que l'on n'a pas de raison sérieuse de soupçonner la tuberculose, l'encéphalite léthargique, la poliomyélite antérieure aiguë, ou encore la méningite ourlienne, la syphilis, etc., l'on ne devra pas être trop pessimiste sur le pronostic.

Discussion:

M. R. AMYOT. Ce malade que j'ai vu en consultation est très intéressant; il présente une affection qui ne se rencontre pas très souvent. Le diagnostic ne se fait d'une façon absolue qu'après la terminaison de la maladie, c'est un diagnostic rétrospectif. Certains caractères biologiques pourraient inciter à en porter le diagnostic: la formule lymphocytaire très élevée chez un malade auparavant en bonne santé. Les lymphocytes peuvent s'élever à 500 ou 600, et ce nombre imposant doit attirer l'attention. Il y a aussi une dissociation entre ce taux de lymphocytes et le taux d'albumine. Quant à la cause de ces méningites curables, est-elle univoque ou multiple, nous n'en savons rien. Les travaux faits sur cette question nous montrent encore toute l'obscurité qui règne en ce qui concerne l'étiologie et qui ne demande qu'à disparaître. Ceux qui désireraient se renseigner sur cette question pourront consulter les rapports du Congrès de Médecine français en 1936 par Roch (de Genève), par Lesné et ses collaborateurs.

M. A. LEGER. Les causes de ces méningites lymphocytaires, le plus souvent, sont méconnues. Dans la majorité des cas, je pense à la poliomyélite antérieure aiguë, maladie beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit, la paralysie survenant exceptionnellement, comme complication.

Ce qui me frappe dans l'observation du malade présenté, c'est l'évolution de la lymphocytose qui ne disparaît qu'après 45 jours, alors que les symptômes cliniques se sont amendés rapidement.

M. J.-A. MOUSSEAU. La température n'est pas mentionnée dans l'observation. La pathogénie de la M.L. est encore dans l'ombre, mais il serait intéressant de savoir si au point de vue intestinal il n'y a pas eu une infection comme point de départ de cette affection méningée.

M. Georges HEBERT. L'étiologie n'est pas encore démontrée, mais il semble bien que le virus tuberculeux soit souvent en cause. Dans les observations que j'ai lues, le virus tuberculeux est invoqué dans un grand nombre de cas à cause des antécédents de tuberculose chez ces malades. C'est à noter aussi que notre patient avait des antécédents de tuberculose, puisque son père est mort de cette affection à l'hôpital du Sacré-Cœur.

Quant à la poliomyélite antérieure aiguë, il me semble qu'on ne puisse pas l'évoquer ici. En effet, une poliomyélite antérieure aiguë qui se manifesterait avec un aussi grand nombre de lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien serait une forme très grave et il y aurait vraisemblablement atteinte des membres.

Malgré que le patient ait présenté, au début, un peu de diarrhée, je suis persuadé que cette diarrhée n'était pas primitive mais bien secondaire à son affection méningée.

L'accouchement chez les amputées du col

Donatien MARION

Voici l'histoire de deux accouchées qui avaient subi l'amputation du col.

A) Mme E. G..., 39 ans, admise dans le Service d'obstétrique le 13 janvier 1938.

Antécédents: 7 grossesses à terme, 3 F.C. Périnéorrhaphie et amputation du col.

Menstruations normales du 14 au 17 mars 1937; menstruations qui ne durent qu'une journée le 7 avril 1937.

Le 14 janvier: à 10 heures, malgré les contractions utérines régulières, la dilatation est

nulle; agglutination des membranes sur le moignon du col. Sous anesthésie, je pratique un décollement des membranes et je fais une légère dilatation de dimension d'une pièce de 50 sous. A dilatation complète, application de forceps pour inertie utérine. L'enfant, en état d'apnée, est vite ranimé par les procédés usuels. Hémorragie légère de la délivrance.

Durée totale du travail: 32 heures.

Suite de couches pyrétiques pendant 5 jours par endométrite.

Congé le 26 janvier.

B) Mme O. F..., 27 ans, admise le 2 janvier 1938.

Antécédents: 3 grossesses à terme. Dilatation du col, curettage utérin et amputation du col en mars 1937.

Dernières menstruations, le 2 juin 1937.

Début du travail le 1er janvier 1928 vers midi; à son entrée à l'hôpital, la dilatation est d'une pièce française, la poche des eaux rompue. L'inertie utérine nécessite une prise de forceps à la partie supérieure du bassin; l'enfant prématuré (7 mois) succombe quelques instants après la naissance.

Durée totale du travail: 36 heures.

Suites de couches: la température qui, au moment de la délivrance, atteignait 103 F., revient à la normale le lendemain; elle s'élève de nouveau à 103 le 5 janvier, oscille entre 101 et 103° jusqu'au 11 janvier.

Les lochies sont odorantes et purulentes.

Congé, le 18 janvier.

Commentaires:

Diagnostic: Endométrite puerpérale.

Dans les deux cas, l'amputation du col a entraîné des ennuis sérieux que nous pouvons ainsi résumer:

1. Accouchement prématuré: l'utérus se contracte fréquemment avant terme et expulse le produit de conception.

2. Prolongation du travail: malgré les contractions régulières, la dilatation ne progresse pas par rigidité cicatricielle; de guerre lasse, le muscle utérin se fatigue, d'où inertie secondaire.

3. Interventions: les dilatations de l'orifice utérin comportent toujours des dangers, surtout dans du tissu cicatriciel; l'inertie utérine nécessite l'emploi du forceps.

4. Conséquence: les deux patientes ont fait de l'infection puerpérale localisée à l'endomètre.

Conclusion.

A moins d'indications absolues, l'amputation du col n'est pas recommandable pendant la période active de la vie génitale chez la femme.

Discussion:

M. GERIN-LAJOIE. Jusqu'ici nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer des accouchements chez les amputées du col. Nous avons appris à ne pratiquer ces opérations qu'après la ménopause ou encore, dans les cas de nécessité absolue, il nous fallait stériliser nos malades.

Y a-t-il eu, chez vos malades, déchirures du col ou métrite cervicale ayant nécessité l'intervention?

Quelle technique a-t-on suivi dans ces cas?

Ceci est intéressant à connaître, parce que ça pourrait peut-être permettre d'opter pour un procédé plutôt qu'un autre. Les indications des amputations du col sont moins fréquentes depuis que l'on connaît l'électrocoagulation. Nous avons eu l'occasion de faire de nombreuses électrocoagulations et nous n'avons pas eu d'ennuis à la suite d'un accouchement, au moins chez une patiente.

M. MARION. Il semblerait d'après l'étude des deux observations qu'on ait eu dans un cas une déchirure unilatérale et dans l'autre bilatérale. Il y avait amputation circulaire du col qui entraînait, dans les deux cas, la longueur du travail et manque de dilatation malgré les contractions. Dans le premier cas, j'ai dû faire un décollement des membranes agglutinées.

Au point de vue des lésions rencontrées au niveau du col, nous avons eu des déchirures qui amènent secondairement des cervicites. Je suis de l'avis du Docteur Gerin-Lajoie que dans ces cas on doit faire ce traitement par

électro-coagulation. Dans les deux cas que nous rapportons, les malades ont eu des ennuis et de l'infection pendant leurs suites de couches.

M. J.-A. MOUSSEAU. On parle beaucoup d'ignipuncture! J'ai souvenir d'avoir utilisé à domicile le traitement préconisé par Pozzi en 1934, le Néol iodé. C'est un médicament merveilleux qui réduit en peu de temps de très gros cols. Même on obtient une réduction de gros cols chez des femmes âgées et ceci après une série de 8 à 10 traitements. Je crois que dans nos dispensaires on aurait avantage à soigner les malades avec du Néol iodé au lieu de la glycérine iodée qu'on utilise pendant des périodes de 2 à 3 ans.

Considérations sur certains phlegmons du cou d'origine dentaire

Jean TREMBLAY

Cette communication paraît comme article original dans le présent numéro de *l'Union Médicale*, page 593.

Discussion:

M. GERIN-LAJOIE. Y a-t-il dans l'assemblée un dentiste qui pourrait nous exprimer son opinion?

L'insuline-protamine-zinc et le traitement du diabète

Armand GRATTON

Cette communication a paru comme article original dans le numéro de mai de *l'Union Médicale*, page 471.

Discussion:

M. C.-E. GRIGNON. L'observation est très intéressante et le résultat obtenu chez cette malade par l'insuline-protamine-zinc a certainement été meilleur que par l'insuline ordinaire. Je ne voudrais pas que l'assemblée reste sous l'impression qu'il en est de même dans tous les cas. Les crises d'hypoglycémie sont aussi souvent rencontrées avec l'insuline-protamine-zinc. On a émis de nombreuses opinions sur cette insuline. Son action durerait 24 heures et débiterait 2, 3, 4 ou 6 heures après l'injection. Je crois qu'il faut tenir compte des doses qui sont administrées. Si on donne de fortes doses la réaction est précoce,

tandis que si les doses sont faibles la réaction est plus tardive.

Le Docteur Gratton dit que sous l'effet de ce traitement, sa malade ne ressent plus de malaises. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une diabétique et c'est une patiente qu'il aurait fallu garder plus longtemps et ne l'envoyer chez elle qu'une fois aglycosurique.

M. L.-H. GARIEPY. Je demanderais à l'assemblée de faire des considérations d'ordre général, sauf une au bénéfice du rapporteur.

En effet, je ferais remarquer au Docteur Gratton que nous lisons dans son observation des comparaisons dans les périodes de temps où l'on a administré de l'insuline et de l'insuline-protamine-zinc qui ne sont pas égales entre elles; la première est du 11 au 14 janvier, l'autre du 16 au 31. Il serait préférable de comparer des périodes de temps égales.

Je me rappelle du temps où l'insuline ordinaire a commencé à être en usage en 1921-22. Les commentaires étaient défavorables traduisant l'inexpérience des médecins. Au point même qu'on a organisé dans différents hôpitaux des cliniques pour enseigner l'utilisation, la théorie et le mode d'action de l'insuline.

On n'obtenait pas, en général, de résultats, mais on ne savait pas comment s'en servir.

Ces critiques ne seraient plus de mise aujourd'hui. Une partie des critiques devrait aussi disparaître au sujet de l'insuline-protamine-zinc. Depuis un an et demi que nous l'employons, et nos résultats sont meilleurs qu'au début; par conséquent, nous l'employons mieux. Parmi les choses que nous avons apprises dans l'interprétation des faits c'est qu'il y a des glycosuries qui durent toujours chez des malades traités par l'insuline-protamine-zinc, mais qui sont trompeuses, si on observe seulement la glycosurie des malades. Si on étudie la glycémie de ces malades, on observe qu'elle est normale à jeun ou très basse.

Par comparaison, si le malade est traité par l'insuline ordinaire et que l'on remarque chez lui de la glycosurie, c'est que sa glycémie est aussi élevée.

Par conséquent, il n'est pas suffisant chez

un malade traité par l'insuline-protamine-zinc, de tenir compte du seul symptôme glycosurie, il faut aussi connaître la glycémie.

L'insuline-protamine-zinc élimine aussi certains clochers et les malades qui ont des plaies guérissant mal, des plaies infectées ne présentent pas les clochers habituels et la plaie ou l'infection guérit très bien. On a donc dans ces cas des résultats analogues à ceux que l'on obtient avec 3 ou 4 injections d'insuline ordinaire.

M. C.-E. GRIGNON n'a pas voulu condamner l'insuline-protamine-zinc. Au point de vue de la glycémie à jeun, elle ne nous renseigne nullement sur le métabolisme des hydrates de carbone de la journée, mais simplement sur celui du moment.

Le fait qu'un malade présente de la glycosurie au cours des 24 heures montre que la glycémie a dépassé le seuil.

J'aime mieux avoir un malade aglycosurique avec une glycémie de 1 gramme 30 qu'un malade glycosurique avec une glycémie de 1 gramme 10.

Il ne faut pas condamner l'insuline-protamine-zinc, mais il faut savoir qu'elle n'a pas résolu ni simplifié le traitement insulinique. Elle ne doit pas être mise entre les mains des médecins en général et le médecin ne doit pas croire qu'il s'agit là d'un traitement simple. Il y a des cas où l'on doit adjoindre l'insuline-protamine-zinc à l'insuline ordinaire. Les crises d'hypoglycémie peuvent être fréquentes avec l'insuline-protamine-zinc et le Dr Morrisette a été appelé 30 ou 40 fois à la suite de crises d'hypoglycémie par l'insuline-protamine-zinc.

J'ai traité un patient de Terrebonne qui se maintenait aglycosurique avec l'insuline ordinaire, à quatre doses par jour; voulant simplifier le problème, j'ai essayé l'insuline-protamine-zinc pendant deux mois mais en vain, il a dû retourner chez lui avec ses quatre doses d'insuline ordinaire.

M. L.-H. GARIEPY. J'espère qu'on n'a pas compris que glycémie à jeun indiquait le sens de la glycémie des 24 heures.

M. L.-C. SIMARD. Qu'est-ce qu'on considère comme glycémie normale? Les idées à ce sujet sont différentes chez les spécialistes. Sur les feuilles de laboratoire on lit comme glycémie normale 0 gramme 60 à 1 gramme 30. Est-ce que 0 gramme 60 est de l'hypoglycémie et 1 gramme 30 de l'hyperglycémie? Quel est le chiffre moyen?

M. A. BERTRAND. La question est très délicate à résoudre. Les chiffres qui servent de base aux calculs sont des moyennes. Un individu peut être normal avec une glycémie à 1 gramme 20 et l'autre avec 1 gramme 30.

M. A. LEGER. Le diabète est une maladie complexe. Au cours de la journée à la suite des trois repas, il se produit trois clochers dans la glycémie que l'insuline ordinaire, à raison de 3 injections, rencontre et rase. Il est logique de procéder de façon à rencontrer ces trois clochers. Là est tout le problème de l'insulinothérapie.

L'insuline-protamine-zinc est sensée se distribuer d'une façon égale; est-ce bien logique quand il y a tant de variantes?

En réalité, les recherches que l'on fait, sur les « insulines retard », en vue de simplifier le traitement et surtout visent l'embêtement des piqûres répétées; elles ne résolvent pas, à date, autre chose que ces embêtements.

M. R. AMYOT. Il y a des idées générales qui sortent de cette discussion. On utilise l'insuline pour combattre un seul symptôme: la glycémie. Or, le diabète repose sur quelque chose de plus vaste! Le Docteur Léger a parlé des horaires du traitement et mentionné l'importance de combattre des clochers. Or il me semble que le diabète est plus que cette hyperglycémie temporaire. Le traitement doit avoir pour but de freiner l'évolution de la maladie et prévenir particulièrement la cachexie et l'acidose.

M. P.-M. RICARD. Quels seraient les clochers normaux chez un diabétique ayant une glycémie à deux grammes?

M. L.-H. GARIEPY (au Docteur Léger). Il est vrai que nous ne pouvons pas espérer raser les trois clochers à chaque coup avec

une seule injection d'insuline-protamine-zinc. Pour atteindre ces trois clochers il faudrait dans tous les cas employer trois injections par jour d'insuline ordinaire. Or, le Docteur Léger ne doit pas donner trois injections quotidiennes à tous ses diabétiques. Dans certains cas il donne seulement une seule injection. Par conséquent l'objection persiste.

(Au Docteur Amyot): Nous faisons dans le traitement du diabète de l'opothérapie de substitution tout comme lorsqu'on administre de l'extrait thyroïdien dans le myxœdème, en attendant un traitement curateur.

M. A. GRATTON. Pour bien comprendre ce cas il faut savoir: 1° qu'il s'agit d'une malade privée, par conséquent limité dans les dépenses; 2° que je n'ai donné qu'un résumé de son histoire, justement dans le but de soulever la discussion. Quant au tableau qui apparaît à la page 8, je l'ai donné d'une tout autre façon, mais il a été mal transcrit.

J'ai présenté le cas pour montrer que l'insuline-protamine-zinc avait, dans certains cas, des avantages sur l'insuline ordinaire. Ces cas sont surtout ceux où la glycémie est la plus folle, c'est-à-dire où, malgré l'insuline ordinaire, les malades font des poussées de glycosurie et d'hyperglycémie. On ne parvient pas, malgré les efforts sérieux, à régler les clochers. L'insuline-protamine-zinc est alors quelquefois très utile.

Ma malade est partie avec 15 grammes de sucre par 24 heures, mais sur le dosage fractionné, la glycosurie n'apparaissait qu'entre 8 heures et 11 heures a.m. Cette glycosurie, à la longue, devait disparaître et en effet, une semaine plus tard, le 7 février, la patiente était aglycosurique, l'insuline-protamine-zinc continuait son action. Comme le dit le Dr Amyot, il faut viser l'état général dans le traitement du diabète et c'est ce que nous faisons actuellement et que l'on ne faisait pas autrefois. Petit à petit, les complications s'installaient. Or, actuellement on vise à empêcher ces complications et le malade finit par vivre aglycosurique.

Les doses que nous avons données à notre

malade l'ont affolée et elle est revenue dans le but de recevoir de l'insuline ordinaire. Les doses de celle-ci ont été variées ainsi que leur moment d'administration mais sans succès. Au point même qu'elle a demandé elle-même à reprendre l'insuline-protamine-zinc. Sa glycémie à jeun est normale et elle s'élève après les repas mais normalement. Avec l'insuline-protamine-zinc, on ne donne que 1/5 de la dose totale au déjeuner, 2/5 le midi et 2/5 le soir.

(Au Docteur Simard). Il y a deux mois, j'ai donné les variations normales de la glycémie et j'ai donné les chiffres de 0 gramme 80 à 1 gramme 10 comme moyenne d'une glycémie normale. Il faut savoir que certains individus sont normaux à 1 gramme 30 ou avec certains régimes.

La question de l'insuline-protamine-zinc n'est pas encore à date mais elle est à l'étude.

M. C.-E. GRIGNON (au Docteur Ricard). En pratique journalière on peut faire l'analyse de la glycémie deux heures et demie à trois heures après le repas; on se trouve à faire en même temps un test d'hyperglycémie provoquée. Chez le sujet normal, la glycémie à jeun est à un taux normal, mais elle s'élève après les repas, et cela environ deux heures et demie à trois heures après le repas. Dans nos services hospitaliers, c'est alors que la glycémie devrait être faite. Il est certain que les variations de la glycémie ne sont pas les mêmes d'une journée à l'autre, selon l'occupation du sujet ou son alimentation; ainsi chez le voyageur, il est sûr que sa glycémie n'est pas la même lorsqu'il voyage et lorsqu'il ne voyage pas. Chez le diabétique on a souvent un clocher vespéral.

M. A. BERTRAND. Si nous sommes supposés faire les glycémies dans ces circonstances, il faudra évidemment que les médecins se rappellent à quelle heure le sang a été prélevé.

M. A. GRATTON. Il faudrait aussi noter le repas pris par le malade. C'est pourquoi je pense que pour l'épreuve de la glycémie

de routine, il est préférable de faire la glycémie à jeun.

Kystes thyro-hyo-glosse et thyro-hyoïdien embryonnaires médians

Paul-M. RICARD

Nous rapportons les deux cas suivants de kystes embryonnaires et médians du cou pour en faire ressortir les moyens excellents de diagnostic à notre disposition et aussi les difficultés opératoires qu'ils présentent.

Le premier cas est celui de Mme Charles C... (Dossier 3104), âgée de 33 ans, admise à l'hôpital Notre-Dame pour cancer probable de la langue. Elle est premièrement hospitalisée dans le service du Professeur Marin, le 19/3/37, puis dans celui du Professeur Roy et finalement dans le service du Professeur Bourgeois, le 18 avril 1937.

Nous voyons la malade à la demande du docteur Roy et nous relevons l'histoire clinique suivante.

Patiente de 33 ans, mariée à 22 ans, mère de 8 enfants en b. s. Mari traité pour néo de la gorge? et guéri.

Elle a souffert de rougeole et de coqueluche et a eu une amygdalectomie. Depuis 7 ans, elle présente une tuméfaction dans la langue et du côté gauche de celle-ci qu'elle a fait ponctionner à diverses reprises par différents laryngologistes. Une dent a été extraite, m.i.g., sans résultat autre que celui d'aggraver l'état préexistant et finalement la tuméfaction se fistulisa au niveau du V lingual, laissant sourdre du pus de temps à autre après des périodes de rétention douloureuse. La malade crache et déglutit du pus depuis quelques mois, et son état général s'est beaucoup aggravé. Des douleurs dans l'oreille gauche et une déglutition douloureuse sont à peu près les seuls symptômes qui imposent à la maladie une cure radicale.

A l'examen, on note une exubérance des papilles du V lingual d'apparence pseudo-néoplasique avec, au centre, près du foramen cœcum, une fistule par où s'échappe du pus. La base de la langue est tombée. Dans le sillon

gingivo-lingual gauche, il existe une tuméfaction lisse à muqueuse normale correspondant à une grenouillette de la glande sous-linguale.

Avec le Professeur Roy, nous décidons de faire une radiographie après injection de Lipiodol dans la fistule de la langue, ce qui nous permet de confirmer notre diagnostic et de mettre en évidence un kyste médian de la base de la langue. De même une instillation de Lipiodol dans le canal de Wharton gauche permet d'éliminer toute communication du kyste avec cette glande sous-maxillaire gauche.

Diagnostic:

Kyste thyro-glosse suppuré et fistulisé d'origine embryonnaire, c'est-à-dire, s'étant développé sur le trajet du canal de Bochdalek.

Opération:

Sous anesthésie de base à l'Avertine complétée par anesthésie à l'éther, nous procédons à l'ablation du kyste par voie sous-mentonnière. Une incision cutanée curviligne le long du bord inférieur du maxillaire, puis une dissociation médiane des muscles sus-hyoïdiens permet d'atteindre et d'enlever le kyste, qui est très adhérent au septum lingual et à la muqueuse linguale un pédicule le prolonge vers l'os hyoïde.

L'opération a été longue et laborieuse et la malade, bien que guérie complètement de son intervention et sans paralysie linguale, est, par des complications pulmonaires de broncho-pneumonie et de gangrène, emportée le 30ème jour après l'intervention.

Le deuxième cas est celui de Monsieur Léo C..., Ste-Julie de Verchères, âgé de 43 ans, (dossier 1310), admis dans le service de chirurgie du Professeur Bourgeois pour tuméfaction médiane du cou, douloureuse au cours de la déglutition.

Cette tuméfaction serait apparue il y a environ deux mois, alors qu'après un état grippal avec douleurs dans la gorge, le malade sentit apparaître presque soudainement et progressivement une saillie au-dessus de la pomme d'Adam; le tout accompagné de douleurs rhumatoïdes.

Son médecin fit différentes applications émollientes sans beaucoup de résultats.

A l'examen, on voit une saillie sphéroïde de la grosseur d'une prune, située entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde, suivant tous les mouvements de déglutition et devenant alors un peu douloureuse. La peau est normale. L'examen général du malade ne révèle rien de particulier. L'examen laryngé est fait par le Professeur Roy et le larynx est trouvé normal.

Je pratique alors une ponction exploratrice pour l'analyse du liquide et pour le remplacer à 40% de Skiodan, environ 4 cc. Le liquide est hémorragique et contient de nombreux polynucléaires, des cellules desquamées, mais la culture est négative.

Les radiographies sont magnifiques et nous montrent une formation kystique médiane, sise entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde, ayant des expansions bilatérales et aussi médiane, celle-ci repoussant, semble-t-il, la base de l'épiglotte dans l'hypopharynx.

Diagnostic:

Le diagnostic est confirmé de kyste embryonnaire thyro-hyoïdien médian du cou, développé sur le trajet du canal de Bochdalek.

Opération:

Cette fois-ci, nous décidons de faire l'intervention sous anesthésie locale. Par une incision curviligne horizontale passant par le milieu de la tuméfaction, nous sectionnons successivement les peuciers, les sterno-thyro-hyoïdiens et les thyro-hyoïdiens et finalement, tenté vainement de circonscrire le kyste, nous l'ouvrons verticalement pour l'énucléer complètement. C'est alors que nous voyons le prolongement intra-pharyngien creux de ½ pouce et dans lequel le doigt introduit est comme happé à chaque inspiration du malade.

Nous demandons alors au Docteur Roy d'assister à l'opération, au cas où il aurait fallu faire une laryngotomie d'urgence nécessitée par la rupture possible de la mince membrane thyro-hyoïdienne.

Heureusement, nous parvenons à enlever complètement le kyste sans accident, et

constatons un petit pédicule sur l'arrière du corps de l'os hyoïde et peut-être, vers le bas, une expansion sur la pyramide de Lalouette. Fermeture des différents plans musculaires et de la peau après drainage.

Guérison complète.

Le larynx est trouvé normal au cours d'un examen fait par le Docteur Roy et le malade quitte l'Hôpital le 30ème jour.

Discussion:

M. A. BERNIER. Le canal de Bochdalek est-il parent avec le canal thyro-glosse?

M. L.-C. SIMARD: Le titre « Kyste du canal thyro-glosse vestigiaire » me paraîtrait plus juste. Le vestige embryonnaire est devenu adulte depuis longtemps au point de vue tissu et a donné ultérieurement un kyste. Au moment de l'exérèse, il ne s'agissait pas de tissus embryonnaires.

M. P.-M. RICARD. Le canal thyro-glosse et non thyro-glosse est le même canal que celui de Bochdalek.

Le Docteur Simard joue sur les mots. De même que dans le cas de hernie inguinale, on dit qu'il s'agit de hernie embryonnaire parce qu'elle se produit au niveau du canal péritonéo-vaginal qui est un vestige embryonnaire, ainsi on ne préjuge pas de la qualité des tissus dans le cas de kyste thyro-hyo-glosse et thyro-hyoïdien.

M. L.-C. SIMARD. Ce n'est pas jouer sur les mots; il s'agit d'une question de définition et de pathogénie. Les hétérotopies vestigiaires du canal thyro-glosse ne sont pas nécessairement des kystes, mais peuvent devenir kystiques.

Un cas d'auto-transfusion

Léon GERIN-LAJOIE

Cette communication paraît comme article original dans le présent numéro de *l'Union Médicale*, p. 586.

Discussion:

M. A. BERTRAND. Le travail du Docteur Lajoie est très intéressant. En concluant, il demande: avons-nous été imprudent? L'accident immédiat qui aurait pu survenir c'est que

des caillots auraient pu s'être formés dans le liquide épanché et par aspiration de ces caillots dans la seringue on aurait pu avoir une embolie.

Quant aux dangers éloignés, nous les ignorons. Dans les transfusions, les accidents surviennent généralement peu après et sont dus surtout au phénomène d'agglutination. Evidemment, l'agglutination ne pouvait pas se produire ici.

Quant au procédé technique pour une telle transfusion, une maison a mis, il y a quelque temps, sur le marché un appareil pour donner le sérum physiologique et qui pourrait certainement servir pour les transfusions.

(Le Docteur Bertrand fait un schéma de l'appareil au tableau et en explique le fonctionnement.)

M. GERIN-LAJOIE. La crainte du caillot n'est-elle pas illusoire, puisque le caillot qui passe par la lumière de l'aiguille ne doit pas être suffisant pour mettre la vie du malade en danger.

M. A. BERTRAND. Au point de vue anatomo-pathologique on sait fort bien que dans les transfusions on peut avoir des troubles sérieux par les agglutinations simplement microscopiques.

M. A. BERNIER. C'est une question d'aiguille. Si elle est petite il n'y a pas de danger, si elle est grosse, il y a danger. Tout est là.

M. P.-M. RICARD. Toute aiguille peut donner un caillot suffisant pour causer une embolie.

M. L.-C. SIMARD. J'approuve l'idée du Docteur Bertrand au sujet de l'appareil pour conserver le sang et faire les transfusions.

Détail intéressant: quelque petit que soit un caillot, il peut augmenter de volume dans l'organisme.

M. R. AMYOT. Dans le cas d'infarctus pulmonaire venant des veines utérines, s'agit-il de petits ou de gros caillots?

Peut-on observer des infarctus pulmonaires graves à la suite de petites embolies?

Cette question qu'a soulevée le Docteur Lajoie est très importante puisque de l'opinion de l'assemblée dépendront sa conduite dans l'avenir en présence d'états semblables et l'extension ou non de ce procédé.

M. A. BERTRAND. Il ne faudrait pas oublier que ces cas sont exceptionnels. Si le malade du Docteur Lajoie en a profité, tant mieux, mais ce n'est pas une méthode recommandable.

M. L.-C. SIMARD. Un gros caillot engendrera de gros accidents et un petit, de petits accidents, car du volume du caillot dépend en grande partie l'importance de l'infarctus.

Il faut soulever en plus la question de l'infection du caillot qui est une complication sérieuse.

Cette technique ne devrait pas être recommandée. La grossesse tubaire peut être causée par une infection tubaire. Si une rupture survient, le liquide hémorragique infecté passe dans le péritoine; c'est ce liquide que l'on injectera.

Je ne crois pas qu'on doive suivre cette technique surtout si la rupture est due à une infection.

M. GERIN-LAJOIE. J'ai filtré le sang sur du coton humide.

M. L.-C. SIMARD. C'est très mauvais.

M. GERIN-LAJOIE. Le sang retiré n'était pas citraté et il y avait de petits caillots dans la seringue, c'est pourquoi j'ai cru qu'il valait mieux filtrer.

Il s'agissait d'une malade dans un état précaire. Dans une institution comme la nôtre, nous devrions avoir une réserve de sang.

Lorsque j'ai tenté ce procédé que je vous soumetts, j'ai pensé à certains chirurgiens qui opèrent dans des centres éloignés et qui n'ont pas tous les moyens à leur disposition, j'ai pensé que ça pourrait peut-être leur être utile parfois. Pour ma part, j'ai déjà opéré une grossesse extra-utérine sur une table de cuisine. A tout événement, le sang avait été filtré.

Quant à l'appareil pour transfusion du sang, les bocalux qu'on m'a présentés me paraissent inadéquats.

Au point de vue de la filtration du sang, peut-être ne doit-on pas le filtrer, moi je le filtre.

M. L.-C. SIMARD. Du moment où l'on citrate le sang, vaut mieux ne pas filtrer. Le sang citraté n'a pas à être filtré, parce que de nombreux brins de coton passent dans le filtrat et sont autant de corps étrangers lancés dans la circulation.

Cette méthode devrait être mise de côté, car elle est une très mauvaise technique. Dès qu'on citrate le sang on n'a pas besoin de le filtrer.

M. GERIN-LAJOIE. Je suis très content de vos avis. Nous ne prenons que des compresses préalablement passées dans le sérum et ne prenons jamais de compresses sèches.

J'ai toujours eu une certaine crainte de filtrer, mais jamais nous n'avons eu d'accident.

Le bocal qui nous est proposé est certes quelque chose, mais il faut faire le vide, pomper et c'est très difficile en pratique.

M. N. LEGER. Il y a une vingtaine d'années, alors que le Docteur Fontaine, médecin-légiste, était interne à Notre-Dame, nous avons pensé à utiliser l'appareil de Potain pour faire des saignées. Nous réalisons ainsi des saignées de 200 cm³ et plus sans difficulté.

M. J.-A. MOUSSEAU. Qu'est-ce que vaut le sang filtré au point de vue physiologique?

M. A. MARIN: On pourrait utiliser un appareil américain pour transfusion directe.

M. GERIN-LAJOIE. La question, c'est de ne pas intervenir à ciel ouvert.

Georges HEBERT,
secrétaire des séances.

Traitement de l'éclampsie convulsive par les injections intraveineuses de sérum glucosé hypertonique *

L'action du sérum glucosé hypertonique sur l'hypertension crânienne a été mise en évidence par Alajouanine, Petit-Dutaillis et Baruk à la suite de leurs essais de mensuration de la pression ventriculaire par la trépano-ponction manométrique. Certaines constatations faites au niveau du fond de l'œil dans l'amaurose qui accompagne parfois soit la période pré-éclampsique soit l'éclampsie confirmée, ont montré qu'il ne s'agissait pas toujours de rétinite mais d'œdème simple des radiations optiques ou de spasme au niveau de l'artère centrale de la rétine. Dans l'un ou l'autre cas on était donc en droit d'incriminer une lésion des centres (œdème cérébral ou spasme vasculaire) comme *primum movens* des accès convulsifs.

Récemment Suzor a eu l'occasion de vérifier que chronologiquement l'œdème cérébral devançait les phénomènes convulsifs dans leur apparition et qu'il en était vraisemblablement la cause directe; en conséquence, il a eu recours aux injections intraveineuses de sérum glucosé hypertonique (45 cm³ de sérum hypertonique à 30 %), injections qu'il a répétées jusqu'à 3 fois dans les 24 heures, avec un succès complet. Sans préjuger de la valeur de cette nouvelle thérapeutique de l'éclampsie convulsive, on peut affirmer que la méthode ne présente aucun inconvénient et qu'en dehors de la diminution de la tension endocrânienne qu'elle provoque, elle a l'avantage d'être favorable à la diurèse, au parenchyme hépatique et à l'acidose, résultat recherché dans le traitement de l'éclampsie. A ce titre les injections intraveineuses de sérum glucosé hypertonique méritent d'être conservées dans la thérapeutique de l'éclampsie — ce qui ne retire rien à la valeur des autres procédés déjà employés.

R. VAUDESCAL.

* *L'Année Médicale Pratique* (René Lépine, éditeur, Paris, 1937).

NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR NOÉ FOURNIER

Le décès soudain de notre cher professeur et maître Noé Fournier, a douloureusement surpris tous ceux qui le connaissaient et surtout ceux qui avaient pratiqué son amitié. Il semblait jouir d'une bonne santé lorsque la mort est venue le prendre à soixante-huit ans, à l'âge ou, encore actif, il pouvait le mieux exercer l'influence que lui conféraient son devoir et son expérience.

Le Dr Noé Fournier avait passé avec succès par le Collège Sainte-Marie et le Collège de Montréal avant de se consacrer à l'étude de la médecine. Il obtint le grade de docteur en 1895, à l'Université Laval, et, dix ans plus tard, il était nommé professeur agrégé et prenait la charge du cours de petite chirurgie à l'hôpital Notre-Dame.

L'étude et le traitement des maladies vénériennes l'avaient passionné de bonne heure et, en octobre 1920, lorsque fut lancée, par le Dr A.-H. Desloges, la grande offensive contre l'Avarie, il fut nommé au dispensaire antivénérien et chargé de la clinique d'urologie dans son hôpital.

Ce mouvement peut-être tardif, mais arrivé à point de la lutte intensive contre cette classe de maladies, le passionna. Le Dr Desloges ne pouvait manquer de reconnaître l'aide précieuse d'un pareil collaborateur et Fournier fut mis en charge du plus important dispensaire de ce temps-là; il l'organisa et lui donna promptement une très haute tenue.

Excellent conférencier et maniant fort bien la plume, il livra maint combat. Au Congrès des Services Sanitaires de la province tenu à Hull en 1919, il avait fait une conférence fort remarquée sur les moyens à prendre pour combattre la syphilis. Il fut l'un des premiers et

des plus ardents à préconiser l'emploi de l'ultramicroscope, les recherches sérologiques, les tests du Wassermann du sang et du liquide céphalo-rachidien. Il fit des plaidoyers ardents pour l'organisation des laboratoires de recherches sous la direction de sérologistes d'expérience. Très entier dans ses idées, il ne reconnaissait pas au laïc, fût-il très haut placé, le droit de s'immiscer dans les questions d'ordre

purement médical et demanda pour le médecin le droit absolu de choisir ses médicaments. Dans cet ordre d'idées, il fut l'un des plus actifs collaborateurs du Dr Desloges.

Noé Fournier ne pratiquait guère cette diplomatie qui consiste à mettre la pédale douce à ses idées quand on les sait bonnes et il s'attira quelques inimitiés, mais on ne pouvait méconnaître la force de ses convictions et son honnêteté professionnelle. On pouvait ne pas l'aimer, mais on s'inclinait devant sa probité un peu ombrageuse.

Il fut peut-être l'un des premiers, à Montréal, à se servir de l'acri flavine dans le traitement de l'urétrite gonococcique et à pratiquer l'opération de Beldfield, qu'il exécutait lui-même avec une impeccable dextérité.

Il fut un professeur remarquable par le soin qu'il mettait à ne jamais laisser un doute ou un point obscur dans l'esprit de ses élèves.

Célibataire endurci, il ne pensait qu'à sa profession; aussi sa clientèle fût-elle considérable et ses confrères le réclamaient-ils souvent comme consultant.

La médecine et surtout la médecine antivénérienne, à Montréal, a fait une grande perte et gardera longtemps la mémoire du parfait honnête homme que fut Noé Fournier.

L. SYLVESTRE.



LE DOCTEUR NOÉ FOURNIER.

REVUE DES LIVRES

La race française. Par le Dr René MARTIAL.
Un volume de 352 pages. (« Mercure de France », Paris, 1934.)

Ce volume édité il y a quatre ans demeure d'une actualité d'autant plus vivace que l'état psychologique contemporain de certaines nations les poussent vers un nationalisme fanatique.

Ce nationalisme, né de facteurs affectifs et économiques, s'alimente de théories biologiques et philosophiques pour le moins tendancieuses. Par lui, la race devient une religion et les nations qui ne sont pas fanatisées par la mystique raciale, mais qui n'ont pas moins raison d'être fiers de leur origine ethnique, doivent en légitime défense démontrer et soutenir que leur entité possède une homogénéité, une histoire biologique et psychologique aussi pures, respectables et authentiques. C'est la raison du présent ouvrage. Un médecin l'a écrit.

Le docteur Martial, spécialisé en études démographiques, ethnographiques, anthropologiques et biologiques, français de la meilleure trempe, traite son sujet avec la maîtrise que lui confèrent ses connaissances techniques et historiques. Il le traite aussi en français, conscient il est vrai de sa propre nationalité, mais avec une objectivité indiscutable.

Je n'oublie pas, en écrivant ces brefs commentaires, que les canadiens-français sont des français vivants au Canada, d'éthnie aussi pure que les français de France. Je n'oublie pas qu'à ce point de vue, nos justes prétentions et nos sentiments sont aussi forts et intangibles que ceux de nos frères de France. Comme le mentionne le docteur Martial, les canadiens-français constituent un greffon important, intégralement et directement solidaire de la croissance de la race française. Et, à ce propos, on lira avec grand intérêt les pages que l'auteur consacre aux français du Canada et au début desquelles il affirme

que « là où la race française a véritablement colonisé, au point de vue démographique, c'est au Canada ».

Aussi le livre du docteur Martial ne manque pas de nous intéresser énormément.

Il fouille, en historien et en savant, un passé d'où nous tenons nos caractères ataviques, notre personnalité innée, nos mœurs et nos coutumes qui en sont la manifestation extérieure.

Je ne puis, en quelques lignes, rendre compte de la valeur scientifique et historique de ce précieux ouvrage, en exposer la richesse documentaire.

J'en conseille fortement la lecture, surtout aux compatriotes qui se laisseraient, à certaines heures pénibles de la vie de la nation française, volontiers fasciner par l'éclat extérieur et la mise en scène de certaines autres nations, et à douter de la vitalité, de la pérennité et des vertus ethniques de leur propre race.

Ce livre, à mon humble avis, devrait être pour tout français du Canada, comme de France ou d'ailleurs, un bréviaire dans lequel il puiserait des leçons de vivre avec fierté et espérance. Je ne puis pas, en terminant cette courte analyse, m'abstenir de citer les paragraphes suivants de l'avant-propos du livre du docteur Martial, tant ils contiennent des idées et des sentiments dignes, rectificateurs et vivifiants pour tout français qui respecte son passé, ses traditions et qui possède l'orgueil légitime de transmettre un patrimoine national dont il n'aurait pas à rougir.

Par surcroît, il n'est pas inutile de montrer que la race française pourrait émettre d'aussi valables prétentions à l'hégémonie spirituelle des peuples européens que la race allemande, et que notre organisme est plus pur même que le sien.

Il n'est pas inutile, il est même nécessaire, de montrer en outre aux Français qu'ils peu-

vent être aussi fiers de leur race que quiconque et que la position d'humilité morale que leur a donnée notre politique étrangère depuis 1870, confirmée à partir de 1919, est aussi injuste que néfaste.

Qu'un peuple ne cherche pas à en dominer un autre, passe encore, mais qu'il coure lui-même au-devant de la sujétion en diminuant sa valeur, en masquant ses qualités, en exposant ses défauts, en n'apportant pas dans sa vie extérieure toute la vigueur dont il est capable, en laissant les faibles et les incompetents parler pour lui, c'est trop, et c'est trop dangereux, cela confine à l'abdication, au suicide moral de la nation, du peuple. La nation, le peuple, l'ethnie, la race française valent mieux que cela. Ce livre le leur rappellera. Le « vouloir vivre ensemble » qui, selon Renan, définit un peuple, la psychologie raciale, subsistent chez nous autant que chez les germains, mais il faut rendre à notre peuple la légitime fierté de son passé et de son présent, de son unité forgée par des épreuves séculaires pour lui rendre confiance en lui-même et l'affranchir de la tutelle anglo-saxonne autant que de l'hégémonie germanique.

Roma AMYOT.

Diagnostic bactériologique de la tuberculose.

— A. SAENZ et L. COSTIL. Monographies de l'Institut Pasteur. Masson et Cie, éditeurs. 1936.

Peu de sujets, dans le domaine de la microbiologie, ont été, dans ces derniers temps, aussi fouillés que la culture du bacille de Koch. Les auteurs du présent volume ont d'abord cherché à rendre les techniques d'isolement plus simples et plus précises. Ils ont réussi à mettre au point une méthode d'isolement à l'acide sulfurique et neutralisation à la soude, dérivée de celles de Loewenstein et de Petroff, offrant l'avantage de supprimer les centrifugations, de permettre la recherche directe du bacille après homogénéisation et enfin de faire, grâce à la neutralité exacte du produit traité, des études comparatives par

inoculation au cobaye. Par des expériences nombreuses et extrêmement variées, les auteurs se sont assurés de la sensibilité et de la précision supérieures de leur méthode.

Par une étude de la sensibilité comparée de la culture et de l'inoculation au cobaye, Saenz et Costil ont démontré que, si cette dernière se révèle un peu plus sensible, par contre la première offre l'avantage de fournir des résultats beaucoup plus rapides et permet en outre de différencier, par le simple aspect des colonies, les souches d'origine humaine et bovine.

Le volume contient aussi une précieuse étude des causes d'erreur, le détail de chacune des techniques à mettre en œuvre suivant le produit pathologique soumis à l'examen et aussi les preuves expérimentales du succès obtenu dans chaque cas selon la méthode employée.

Les auteurs du présent ouvrage ont étudié à fond la bacillémie tuberculeuse et infirmé plusieurs des assertions de Loewenstein relatives à la fréquence de la bacillémie non seulement au cours de la tuberculose mais encore dans d'autres maladies nerveuses et rhumatismales.

Les intéressés trouveront dans ce volume une quantité extraordinaire de renseignements précis et d'explications imprévues.

J'ai eu l'honneur de travailler quelque temps dans les laboratoires de MM. Saenz et Costil, à l'Institut Pasteur, et me suis rendu compte de la tâche énorme qu'ils ont dû entreprendre pour mener à bonne fin le présent ouvrage. Ils ont droit à la reconnaissance du public médical et spécialement des phthisiologues auxquels ils ont donné des moyens de diagnostic d'une précision jusqu'ici inconnue.

Ce livre devrait apparaître sur les rayons de toute bibliothèque médicale. C'est un livre de chevet pour l'homme de laboratoire et je ne crois pas qu'il existe aujourd'hui de meilleur ouvrage dans ce domaine.

A. FRAPPIER.

NOUVEAU TRAITEMENT EFFICACE DE

- LA CRISE D'ASTHME • RHUME DES FOINS
- EMPHYSÈME • GÊNES RESPIRATOIRES
- CORYZAS SPASMODIQUES • DYSPNÉES.

Suppression de la sensation d'étouffement

par le

DYSPNÉ-INHAL

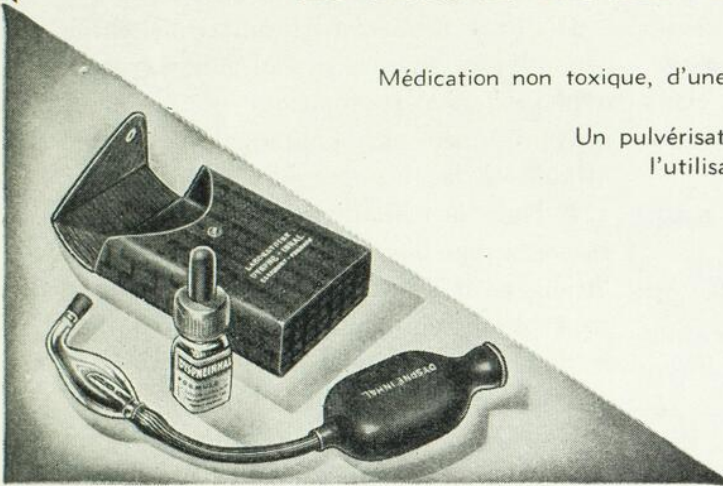
Médication non toxique, d'une action indiscutable puisque immédiate.

Un pulvérisateur de poche, pas encombrant, en rend l'utilisation possible à tout moment.



Laboratoires A. FOURTON,
Clermont-Ferrand, France.

Concessionnaires au Canada:
Rougier Frères, Montréal.



OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE

DÉCHÉANCES ORGANIQUES,
CONVALESCENCES,
ANÉMIES.



SÉRUM HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS de CHEVAL
(Sirop)

Agent de Régénération Hématique, de Leucopoïèse et de Phagocytose,

Représentants: Rougier Frères, Montréal.

Etude radiologique des rhumatismes chroniques vertébraux. Par Charles PROULX. (A. Legrand, éd., Paris, 1938.)

Les manifestations si variées du rhumatisme chronique vertébral, la pauvreté de nos connaissances sur son étiologie et les difficultés de l'investigation purement clinique expliquent amplement la confusion et la précarité des essais de classification tentés jusqu'ici.

Il est cependant incontestable que l'ère radiologique a contribué à préciser d'une façon notable l'identification de certaines formes, à bannir de l'appellation « rhumatisme vertébral » certaines autres jusqu'ici désignées comme telles.

L'A. passe en revue les entités bien identifiées radiologiquement:

1° La spondylose rhizomélique, maladie ankylosante progressive due à la calcification de l'appareil ligamentaire vertébral et péri-vertébral; c'est le syndesmophyte dont la généralisation à toute la colonne lui donne l'aspect en tige de bouchon;

2° Le rhumatisme chronique ostéophytique (becs de perroquet, vertèbres en diablo) affecte plus volontiers des localisations plus particulières;

3° Aussi bien, l'ostéophyte n'est-il qu'un processus productif hyperostosant répondant à l'irritation ostéo-articulaire, quel que soit sa cause, d'un point quelconque de la colonne.

Il constituera donc la séquelle fréquente de nombreuses maladies osseuses à localisation vertébrale que des caractères différents permettent assez souvent d'identifier: spondylite eberthienne (atteinte plus fréquente des disques, des ligaments et du périoste); spondylite ostéo-myélique (foyer d'ostéite, abcès siégeant le plus souvent au contact du cartilage); spondylite mélitococcique (pincement presque toujours unilatéral du disque).

D'autres formes de rhumatisme chronique (spondylose rhumatismale, goutte vertébrale, cyphose hérédo-traumatique, etc.), quand elles sont présumées par la clinique, sont parfois décelables à la radiographie.

4° Dans la maladie de Kummel-Verneuil, la radiographie bien qu'utile pour suivre l'évolution, perd de son intérêt, la succession des trois phases classiques ayant permis d'établir le diagnostic clinique.

5° Quant au mal de Pott et au cancer, ils ont des caractères radiologiques suffisamment nets pour qu'on puisse les identifier aisément.

6° L'Auteur a également colligé dans sa thèse un ensemble des techniques, les meilleures et les plus pratiques, pour mettre en évidence les différents segments du rachis. Ce travail constitue un ensemble clair et bien fait des plus récentes acquisitions radiologiques sur la pathologie vertébrale.

S. P. BELISLE.

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

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

Bactériothérapie locale, préventive et curative

PAR LE

Propidex

(Pommade à base de « Propidon »)

Cultures vieilles de streptocoques,
staphylocoques et de B. Pyocyaniques.

Prévient la suppuration

•

Active la défense locale contre l'infection

•

Indications: _____

Plaies accidentelles, infectées ou non, Brûlures,
Excoriations, Engelures, Ongle incarné, Furoncles,
Ulcères variqueux, Plaies suppurantes en général.

•

Le PROPIDEX est offert en tubes de 30 gr.

•

Laboratoires **POULENC FRÈRES** du Canada, Ltée
204, Place Youville - - Montréal

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique de psychothérapie. — Dr née de l'expérience, elle est écrite pour l'expérimentation et la vie.
Med. K. GRAETER (Bâle). "Le traitement des troubles affectifs et l'art de vivre", Suggestion et hypnose, psychanalyse, biosophie. (Traduit de l'allemand par A. Kastler, agrégé de l'Université). Un volume de 214 pages (23, 5 x 16) avec 9 planches, 1933. Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e). 35 francs.

L'auteur résume les neuf cours sur l'auto-suggestion qu'on lui avait demandé d'organiser à Bâle, Zurich, Aarau, Berne, Soleure, Schaffhouse, Zofingen et Vienne. Il s'est efforcé de présenter les lois de la suggestion et de l'auto-suggestion d'une manière simple et accessible, tout en restant sur le terrain strictement scientifique.

Il a mis en lumière les rapports étroits qui existent entre la suggestion, l'inspiration artistique et l'activité créatrice.

Il a montré aussi comment, en approfondissant la méthode d'auto-suggestion par la psychanalyse et l'hypnocatharsis, en cherchant à provoquer chez le sujet des rêves curatifs, en faisant appel à la biosophie et à la psychologie, et en y ajoutant la gymnastique suggestive, on découvre des horizons nouveaux.

Des exemples vécus, tirés de la pratique médicale, illustrent ces méthodes et montrent comment elles peuvent être appliquées, soit sous la direction du médecin, soit par le sujet lui-même (auto-suggestion, aut-analyse, aut-agogie).

Toutes les souffrances et toutes les conditions de la vie humaine se trouvent ainsi abordées.

L'ouvrage constitue ainsi une vue d'ensemble de la psychothérapie et un guide pour qui veut l'appliquer.

Mais cette esquisse, tout en pénétrant dans les détails, reste incomplète et fragmentaire:

Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier.

— Publiées sous la direction de A. BRINDEAU, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de Médecine de Paris. Quatorzième année 1937. Un volume (25 x 16,5), 318 pages, 66 figures. Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e). 60 francs.

Chacune de ces leçons est l'exposé d'une question spécialement étudiée par le conférencier.

Les leçons du jeudi soir s'adressent à des médecins déjà au courant des questions obstétricales. Elles constituent un enseignement supérieur. Chacun des conférenciers expose une question qui l'a intéressé particulièrement et sur laquelle il a fait des recherches personnelles.

Il ne faut donc pas chercher, dans ces leçons, l'exposé didactique d'une question obstétricale, mais y voir le développement d'études qui ne sont, en général, publiées que dans des mémoires. M. Brindeau a, dans cet esprit, demandé la collaboration de certains de ses collègues, français ou étrangers, qui ont bien voulu venir exposer le résultat de travaux personnels longuement poursuivis ou leurs conceptions actuelles de certains problèmes encore discutés. Il a, par ailleurs, prié ses élèves d'étudier quelques questions qui lui ont paru devoir être actuellement mises au point.

Liste des leçons contenues dans ce volume:

I. BRINDEAU (A.). — Histoire de la césarienne conservatrice.

II. METZGER (M.). — La cueillette du placenta.

III. LANTUEJOL (P.). — Les indications opératoires au cas de grossesse compliquée de fibrome.

*Pour
présenter* **ARTAMAR**
TONIQUE PHYSIOLOGIQUE



L'Artamar se vend en flacons
de 5 onces et de 24 onces.

L'Artamar* est un tonique physiologique ne contenant ni arsenic ni strychnine, qui se montre utile contre l'inappétence chez les enfants, les convalescents et les malades débiles et âgés.

L'Artamar n'agit pas seulement par stimulation des papilles gustatives et du réflexe gastrique, mais aussi en augmentant la puissance de réaction de l'organisme vis-à-vis de la stimulation du sympathique et sa résistance vis-à-vis de la stimulation vago-tropique.

L'Artamar est un tonique très agréable au goût, qui contient des principes amers inoffensifs provenant de plantes de l'ordre des composées, 9 pour cent d'alcool et du glycérophosphate de soude.

Pour vous convaincre de l'efficacité et de l'agréable saveur de l'Artamar, faites-en l'essai.

Envoyez-nous le coupon ci-dessous afin d'en recevoir un flacon.

SCHERING (CANADA) LIMITED

*Nom déposé
au Canada.



Copyright 1938
par
Schering (Canada)
Limited.

SCHERING (CANADA) LIMITED

Boite Postale 358 (Place d'Armes), Montréal, P. Q.

Je désirerais recevoir, à titre gratuit, un flacon d'Artamar afin d'en faire l'essai.

Nom

Adresse

Ville Province

IV. GHEORGHIU (N.). — Considérations sur les changements de situation de l'utérus en gestation, à terme ou près du terme.

V. SUZOR (R.). — Considérations sur la pathogénie et le traitement de l'éclampsie convulsive.

VI. HAUCH (E.). — De l'analgésie et de la narcose obstétricales.

VII. VAUDESCAL (R.). — Les assurances sociales.

VIII. ECALLE (G.). — Rupture spontanée de l'utérus en fin de grossesse.

IX. BUE (V.). — Le forceps et la version sont-ils encore indiqués dans les cas de dystocie pelvienne?

X. LABHARDT (A.). — L'obstétrique d'hier, d'aujourd'hui et de demain.

XI. HINGLAIS (H.). — Données récentes sur la biologie du placenta.

XII. BROUHA (M.). — Les chocs obstétricaux.

XIII. LAFFONT (A.). — Les douleurs extra-pelviennes dans les affections gynécologiques.

XIV. PRUD'HON (P.). — Le juge et l'expert.

XV. MANOUELLIAN (Y.). — Syphilis et lésions vasculaires chez la femme et chez le nouveau-né.

Traitement des sinusites *

Le traitement des sinusites depuis ces deux dernières années à la suite des travaux de Proetz a subi des modifications importantes au profit de la thérapeutique médicale. L'aération et le drainage ont été considérés pendant longtemps comme les conditions essentielles de guérison, d'où les nombreuses interventions basées sur la méconnaissance de la physiologie sinusienne, l'erreur de considérer un sinus infecté comme un abcès cavitaire et la nécessité de curetter une muqueuse ce qui équivaut à une amputation. Il importe, au contraire, de rétablir les conditions se rapprochant le plus possible de la normale et de ne pas trop modifier l'architecture endo-nasale, car remplacer les sécrétions purulentes par des croûtes et la céphalée par de la névrite est un bénéfice opératoire plutôt discutable. Le traitement doit être conservateur même quand il est chirurgical et s'adresser également à l'état gé-

néral. Mithoefer a remarqué que les toxines originaires du sinus ont une influence sur les fonctions endocriniennes, en particulier sur la thyroïde et que cet hypothyroïdisme se manifeste cliniquement par une température vespérale inférieure à la normale. Dès que les extraits thyroïdiens sont donnés à la dose convenable, ce qui est indiqué par la courbe de poids et la fréquence du pouls, l'état sinusien s'améliore et les douleurs se calment. De même l'action du régime alimentaire et le choix de vitamines doivent être pris en considération.

Localement, les ondes courtes paraissent n'avoir qu'une action sédative, tandis que la roentgenthérapie aurait à son actif 25% de guérisons surtout dans les formes allergiques et hyperplasiques. Elle n'aurait aucune influence nocive sur les yeux, l'odorat, l'hypophyse et les vaisseaux sanguins. Les irradiations infra-rouges et ultra-violettes doivent être réservées aux cas de tuberculose sinusienne.

J.-M. Le MEE.

* *L'Année Médicale Pratique* (René Lépine, éditeur, Paris, 1937).

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

*Près de cent années au service
de la langue française*

LIBRAIRIE **BEAUCHEMIN** LIMITÉE

MAISON ÉTABLIE EN 1842

430, ST-GABRIEL

MONTRÉAL

SPÉCIALISÉE DANS LES ÉDITIONS ET LES
PUBLICATIONS DE TOUTES SORTES. DEMANDEZ SON
DERNIER CATALOGUE DES LIVRES PARUS QUI VOUS SERA

ADRESSÉ FRANCO SUR DEMANDE.



BEAUCHEMIN
édite, imprime et relie.

BEAUCHEMIN
s'occupe de la vente de
tous les ouvrages qu'il
édite.



NOUVELLES

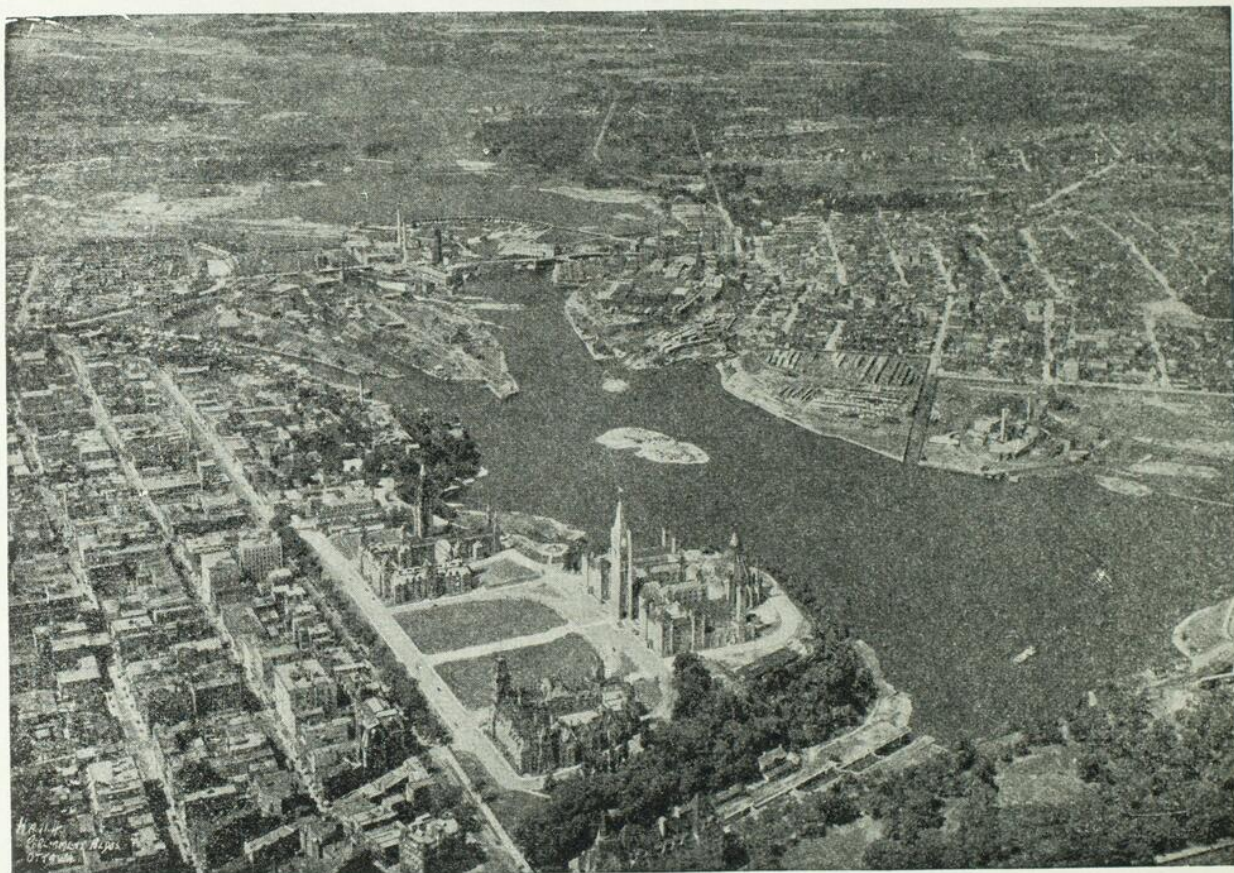
CONGRES D'OTTAWA-HULL

5, 6, 7 et 8 septembre 1938.

Attractions de la capitale du Canada

Il y a déjà six ans, Ottawa-Hull avait l'honneur d'être choisi comme lieu du XII^e congrès des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord. Cet honneur lui revient

L'enchantement des yeux ils le trouveront dans les beautés naturelles des lieux, la munificence des monuments et surtout dans l'éclat de la capitale elle-même qui, d'année en année, se toilette pour se glisser au premier rang des capitales de l'Amérique. Ne l'appelle-t-on pas souvent la ville de verdure tant ses arbres sont nombreux. Dans leur pleine frondaison,



OTTAWA-HULL.

encore cette année. C'est, en effet, dans ce milieu des plus favorables que se tiendront les assises du prochain congrès. Ottawa-Hull, la pittoresque vallée de la Gatineau tout près, offriront aux congressistes ce que des milliers de touristes viennent y chercher chaque année: un enchantement pour les yeux, un plaisir pour l'esprit, des délices pour le cœur.

ils vous soufflent comme un air frais de forêt et cette note de fraîcheur qu'accentuent à leur tour les rivières qui la bordent et le gracieux canal qui la traverse y rendent le séjour agréable et reposant. Reposant aussi son populaire « Driveway » qui court le long du canal et dont les captivants attrait s'attachent à notre souvenir; reposantes ses larges avenues



QUATRE
POINTS
à considérer dans

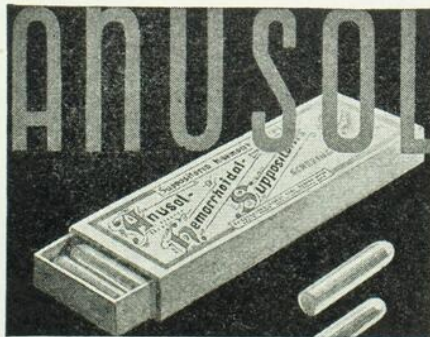
LA THÉRAPIE HÉMORROÏDALE

Efficacité thérapeutique, sécurité, absence de tout effet accessoire ou organique, commodité — voilà les quatre points qui caractérisent les SUPPOSITOIRES ANUSOL.

La douleur et le malaise sont soulagés par le décongestionnement et non par des narcotiques, des analgésiques ou des substances anesthésiques. Les Suppositoires Anusol ont des qualités protectrices et calmantes, parce que les ingrédients qu'ils renferment sont incorporés dans un corps émoullent. Les Suppositoires Anusol ne contiennent pas de belladone, pas d'adrénaline, pas d'éphédrine — rien qui puisse causer une réaction organique. Et leur forme permet leur introduction sans qu'il y ait possibilité de traumatisme. À tous points de vue, l'emploi des Suppositoires Anusol est tout indiqué pour le traitement médical des hémorroïdes. Ce genre de thérapie a définitivement fait ses preuves.

WM. R. WARNER CO., Ltd.
727 King St. W. - Toronto, Ontario

- Les Suppositoires Anusol sont vendus en boîtes de 6 et de 12. Un échantillon d'essai sera envoyé à titre gracieux. Faites-en la demande sur votre papier à en-tête.



que l'on enfile comme sous des draperies de verdure; reposants ses parcs aux dessins variés, piqués d'arbustes, parsemés de fleurs, étoilés de ronds-points et de pattes-d'oie; et cette princière propriété de Rideau Hall, impénétrable au soleil, féerique à l'automne, d'aspect romantique avec ses grandes allées tortueuses et les accidents naturels de son sol; et cet orgueilleux promontoire de Rockcliffe d'où l'œil embrasse une large partie de la val-

teurs de renom viennent de parachever; par sa « Tour de la Paix » du sommet de laquelle se développe aux yeux ravis tout le panorama de la ville et des environs, par son carillon de cinquante-trois cloches qui lancent par la ville leurs notes claires et argentines, par sa « Chapelle du Souvenir », un bijou d'art, où le visiteur admire et se recueille non sans quelque émotion à la vue de si tragiques souvenirs. Comme deux bras ouverts dans un geste



Le Parlement

lée de la Gatineau immortalisée par nos anciens draveurs et qui, dépouillée aujourd'hui de sa forêt, offre aux citadins les plus beaux sites pour y établir leur campement d'été, leurs terrains de golf, etc...

Répond à cette splendide nature la grandeur des monuments. Ceux du Parlement dont le bloc central en impose par le site où il se dresse, colossal, luxueux dans sa riche décoration intérieure et extérieure que des sculp-

accueillant se dressent sur les flancs de ce bloc central pour former un trio magnifique les Edifices de l'Est et de l'Ouest. Construits complètement en saillie, ils encadrent toute une spacieuse terrasse qui monte vers le centre comme une énorme vague de verdure et font que l'on s'attarde à regarder sans se lasser la majesté de ces structures de notre « penser » national.

Et combien d'autres monuments dont on

BRÈVES BIOGRAPHIES DE BORDEN



★ GRAND'MÈRE FINETTE ★

Elle eut dix filles — toutes des championnes productrices de lait pour Borden. Maxime transmise à ses descendants: "Si une chose vaut la peine d'être faite, elle vaut la peine d'être bien faite."

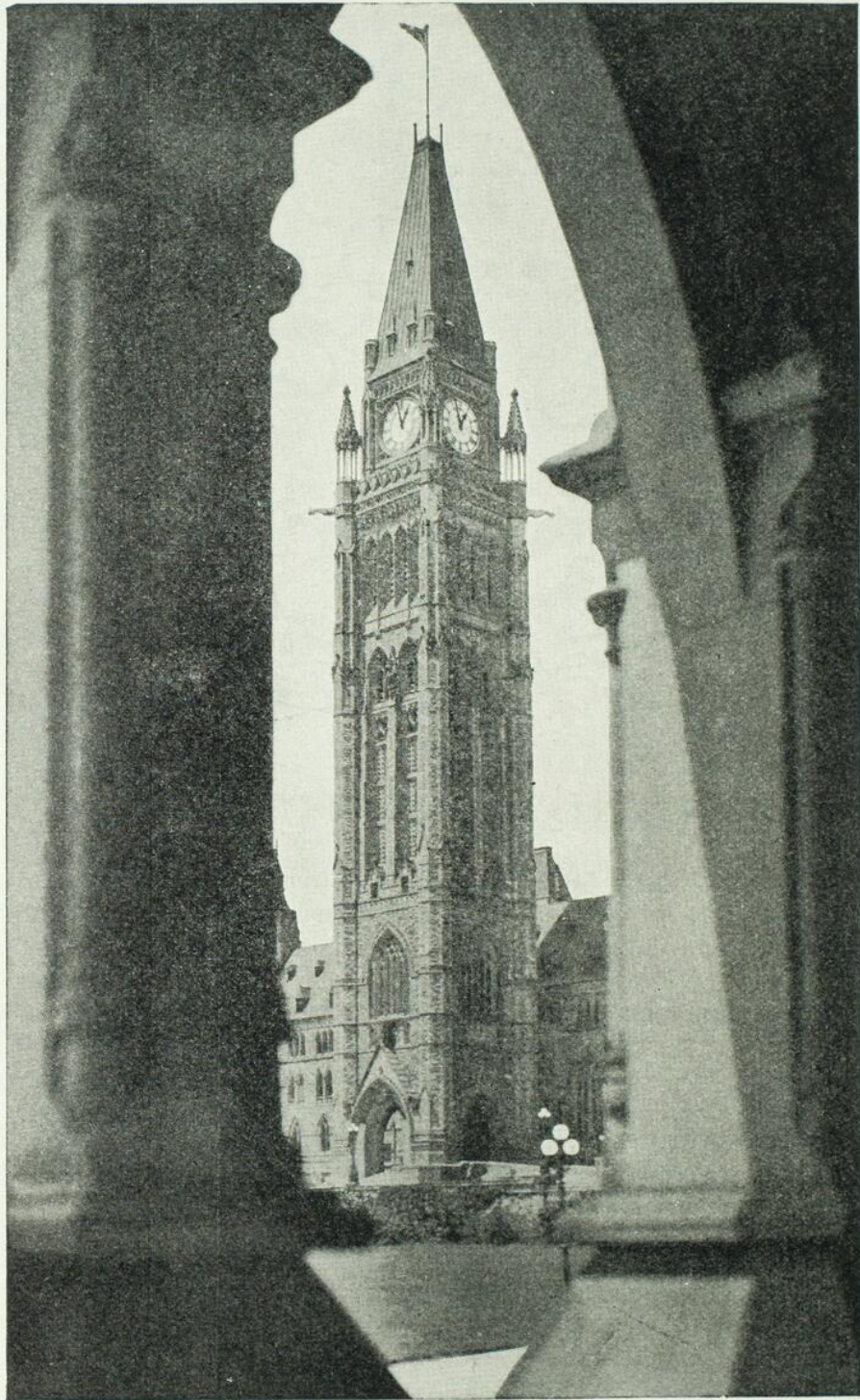
Nos fermiers disent: "Il faut que notre lait soit *bon* pour être accepté par Borden." Et c'est vrai! Les inspections méticuleuses et les vérifications quotidiennes du lait faites par Borden paraissent peut-être puérides à certaines gens — mais nous savons qu'elles sont nécessaires, surtout quand une si grande partie de ce lait est destinée aux bébés — sous forme de Lait Borden's Evaporé Irradié.

Le Lait Evaporé Borden's a été accepté en 1930 par le Comité de l'Association Médicale Américaine sur les Aliments.



Quand vous prescrivez une formule de lait évaporé pour alimentation infantile, il serait prudent de recommander le lait Borden's.

pourrait encore dire la beauté mais que nous ne pouvons que signaler ici, tels: la Bibliothèque nationale, le Musée d'Histoire naturelle, d'Ethnologie, de Minéralogie, la Ferme expérimentale,



La Tour de la Paix.

que parlementaire remarquable par ses boiseries richement sculptées et ses 500,000 volumes et plus, le Musée Victoria, la Galerie nationale, l'Observatoire, l'Hôpital civique, le Château Laurier, la Basilique, l'Université d'Ottawa, les Archives, l'Hôtel de la monnaie, Earns-

ARGENTINE
ARUBA
BAHAMAS
BARBADE
BERMUDES
BOLIVIE
BRÉZIL
CANADA
COLOMBIE
COSTA-RICA
CUBA
CURAÇAO
RÉP. DOMINICAINE
ECUADOR
E.-U. d'A.
GUYANE
GUATÉMALA
HAÏTI
HONDURAS (brit.)
HONDURAS (esp.)
ILES VIERGES
ILES DU VENT
JAMAÏQUE
MEXIQUE
NICARAGUA
PANAMA
PARAGUAY
PÉROU
PORTO-RICO
SALVADOR
TERRE-NEUVE
TRINIDAD
URUGUAY
VENEZUELA

**PROFESSEUR, LACTOGEN
A-T-IL UNE GRANDE
DISTRIBUTION SUR TOUT
LE CONTINENT?**

**OUI, TU L'AS DIT, HENRI, DANS TOUS
CES PAYS, LES BÉBÉS QUI Y FONT DES
VOYAGES SONT SÛRS D'Y TROUVER
LES FORMULES PRESCRITES PAR
LEURS MÉDECINS!**

Quand vous choisissez le lait en poudre, prescrivez un lait modifié par l'addition de sucre de lait et de graisse de lait homogénéisé

Comprenant le besoin d'un lait de vache convenablement modifié, sous forme de poudre, c'est-à-dire d'un produit contenant les éléments constitutifs du lait dans les proportions appropriées à l'alimentation des enfants en bas âge, mais ne contenant que les éléments constitutifs du lait, Nestlé's Milk Products, Inc.,

conçoivent leur produit connu sous le nom de **Lactogen**, et l'accueil qu'il a reçu de la profession médicale qui en fait de plus en plus usage démontre bien qu'il répond à un besoin important et que sa qualité et sa sûreté ne laissent rien à désirer.

Un lait de vache desséché par pulvérisation en chambre chaude et modifié par l'addition de graisse de lait et du sucre de lait. Le seul produit disponible entièrement fait de **lait** qui, une fois liquéfié, donne une formule approximative du lait de femme en fait de pourcentages de graisse de lait, de protéine de lait, de sucre et de substances minérales (cendre) de lait.



*Pour matière descriptive et échantillons,
veuillez adresser votre formule professionnelle à:*

NESTLÉ'S MILK PRODUCTS (Canada), Ltd.
TORONTO — METROPOLITAN BLDG. — CANADA



cliffe, le Conseil national des Recherches, la Résidence du Gouverneur général, le Sanatorium moderne de Hull, etc...

C'est en visitant tous ces monuments que vous trouverez un plaisir pour l'esprit. Que de connaissances utiles ne peut-on pas apprendre en parcourant un musée avec des yeux

année pour les édifier et les compléter. Aucune occasion plus propice ne peut s'offrir pour venir voir tout le progrès que notre pays réalise dans ce domaine, surtout depuis ces dernières années.

Serait-ce incongruité ou impertinence de langage de vous dire maintenant que les dé-



La Chapelle du Souvenir.

bien ouverts! Nous trouvons là, dans le concret, ce que bien souvent tout un chapitre d'un livre ou tout un livre même peut à peine nous expliquer. Ces musées sont montés à prix d'argent et par des experts tout spécialement pour l'instruction des visiteurs; c'est là leur unique raison d'être et du sacrifice des sommes assez rondelettes dépensées chaque

lices du cœur vous les trouverez dans la distinction de la société qui se fera un honneur et un plaisir de vous recevoir, dans les bons sentiments qui l'animent à votre égard, dans la gentillesse de tous et l'extrême désir d'un chacun de faire tout ce qui peut être fait dans pareille circonstance pour vous être agréable. Déjà le Comité des dames est sur pied pour

RENSEIGNEMENTS DISCRETS aux MEDECINS sur le

TAMPAX

TAMPON MENSTRUEL

Le médecin a fréquemment l'occasion d'employer les tampons vaginaux dans le traitement des affections du col utérin ou du vagin. Il sait que cette méthode met la médication en contact direct avec les parties affectées d'une manière sûre, confortable et effective, et qu'il absorbe les sécrétions à éliminer. C'est la connaissance de ces faits qui suggérèrent à un médecin l'idée de « Tampax », et les efforts constants ont assuré un perfectionnement qui a permis de faire de « Tampax » ce qu'il est aujourd'hui.

Le tractus vaginal, à l'état de flaccidité, est d'environ 9 centimètres de profondeur et de deux centimètres de diamètre.



« Tampax », au moment de son introduction, mesure environ quatre centimètres de long et un centimètre de diamètre. En absorbant le liquide le tampon s'adapte

graduellement et facilement à la grandeur et aux formes des parois vaginales; en se dilatant il arrive à une masse très molle, de pas plus de neuf centimètres de longueur. Ceci rend « Tampax » parfaitement confortable et non irritant à toute femme anatomiquement et physiologiquement normale. Les médecins peuvent recom-

mander « Tampax » à la majorité de leur clientèle féminine avec la certitude qu'il donne le confort, la protection et la tranquillité d'esprit, *sans danger d'irritation.*

UN PAQUET ORDINAIRE ET DE LA LITTÉRATURE SERONT ENVOYÉS GRATUITEMENT AUX MÉDECINS QUI EN FERONT LA DEMANDE AU DÉPT. UM7.

CANADIAN TAMPAX CORPORATION LIMITED

150, rue Duchess - - Toronto, Ontario

organiser et préparer à leurs amies d'agréables passe-temps: thés, « garden-parties », excursions, etc... Un comité spécial s'occupera en plus des jeunes. L'heure passera rapide, le temps fuira, mais de ces courts moments restera à jamais le souvenir si le succès répond, comme nous l'espérons, à l'empressement que

du côté extérieur du congrès. L'autre côté, le véritable objectif, consistera comme d'habitude, à *traiter de questions d'actualités médicales intéressant non seulement les médecins spécialisés dans telle ou telle branche de la science médicale, mais tous les médecins.* L'Exécutif a fait un choix circonspect de



Le Château Laurier.

l'on met pour vous faire la plus cordiale réception.

Jusqu'ici, nous avons, pour ainsi dire, parlé

sujets d'intérêt général de sorte que tous les congressistes présents y pourront trouver lumière et profit personnels.

SOUTENANCES DE THESES

Le 5 mai, soutenance de thèse par **MM. Roma Amyot et Jean Saucier**. Le 10 mai, par **M. Arthur Magnan**. Les autres épreuves d'agrégation de ces messieurs auront lieu à l'automne.

Les sujets de ces thèses furent les suivantes:
Roma Amyot: Contribution à l'étude clinique de la sclérose en plaques.

J. Saucier: Les encéphalographies gazeuses dans les services de neurologie médicale.

A. Magnan: La césarienne basse segmentaire.

CONCOURS CASGRAIN-CHARBONNEAU

Le prix annuel de \$500.00 attribué chaque année par la Maison Casgrain-Charbonneau au meilleur travail de recherche scientifique a été octroyé, cette année, au **docteur Mercier-Fauteux**, assistant au cours de pathologie chirurgicale de l'Université de Montréal et attaché au département de physiologie expérimentale de l'Université McGill. Le docteur Fauteux poursuit des recherches expérimentales sur la chirurgie du cœur.

Un prix spécial de \$100.00 a été offert par la même firme canadienne-française au **doc-**

POUR PLUS DE SURETÉ

Dans le traitement arsenical de la syphilis

5 0 0 , 0 0 0

1 , 0 0 0 , 0 0 0

1 , 5 0 0 , 0 0 0

2 , 0 0 0 , 0 0 0

3 , 0 0 0 , 0 0 0

INJECTIONS DE MAPHARSEN

ADMINISTRÉES

SANS AUCUN ACCIDENT

Le Mapharsen est approuvé par le Comité de Pharmacie et de Chimie de l'American Medical Association.

Le Mapharsen (oxyde de méta-amino-para-hydroxy-phénylarsine) est présenté en ampoules individuelles de 0 gr. 04 et 0 gr. 06 avec ou sans eau distillée — et en ampoules de 10 doses contenant 0 gr. 4 ou 0 gr. 6 — pour usage dans les hôpitaux ou les cliniques.

PARKE, DAVIS & CIE - MONTRÉAL, QUÉ.

Les plus grands manufacturiers de Produits Pharmaceutiques et Biologiques au Monde.

teur **Albert Bertrand**, professeur agrégé à l'Université de Montréal et bactériologiste à l'hôpital Notre-Dame, pour des travaux personnels portant sur une technique sérologique originale pour le diagnostic rapide de la syphilis.

HONNEUR AU Dr W. LEBLOND DE QUEBEC

L'Institut Pasteur, de Paris, vient de confier au Dr Wilfrid Leblond, professeur à l'Université Laval et chef du laboratoire de chimie médicale de microbiologie à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, la charge de secrétaire, pour le Canada français, de l'Association des microbiologistes de langue française.

C'est le Dr P. Lépine, de l'Institut Pasteur, qui a communiqué cette heureuse nouvelle à notre concitoyen, dans une lettre qu'il lui adressait récemment.

REVISION DES ETUDES MEDICALES

Le Conseil de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal a nommé trois comités pour la révision du « curriculum » des études médicales. Ces trois comités ont déjà eu plusieurs réunions, et espèrent pouvoir présenter un rapport préliminaire avant la fin de l'année scolaire 1938.

UNITES SANITAIRES DE LA PROVINCE DE QUEBEC A L'HONNEUR

Les Associations canadienne et américaine d'Hygiène publique ont classé l'Unité Sanitaire du district de Saint-Jean — Iberville — Laprairie — Napierville à la tête des Unités Sanitaires rurales de tout le Canada.

Cet honneur attribué à l'organisation et au travail de cette Unité rejaillit sur notre province. D'autant plus, qu'avec une Unité du Manitoba, les cinq Unités suivantes de la province de Québec ont mérité une mention honorable: St-Maurice, Terrebonne, Kamouraska-L'Islet, Nicolet et Chateauguay-Huntingdon.

Cette reconnaissance de la valeur et du mérite de notre système d'Hygiène publique prend une grande importance du fait qu'elle vient d'organismes officiels ayant toute autorité pour apprécier et qui, constitués de personnalités d'autre langue ou nationalité, n'ont aucune tendance à rendre à notre égard un jugement partialement favorable.

COMITE PROVINCIAL DE DEFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE, INC.

Il vient de se fonder dans la province de Québec un Comité de Défense contre la tuberculose. Ce comité désire ardemment votre collaboration. Par votre influence, par votre prestige, vous pouvez être d'un grand secours à cette organisation, dont le but est des plus louables: celui de faire baisser le taux de mortalité tuberculeuse, très élevé dans notre province. Il est à espérer que cette collaboration ne nous sera pas refusée, qu'elle sera très large et généreuse.

C'est par l'effort de tous les hommes de bonne volonté et doués de sentiments vraiment humanitaires que les espoirs du Comité de Défense contre la tuberculose pourront un jour se réaliser. Ce Comité a cru qu'il vous serait agréable d'être averti des moyens dont vous disposerez à l'avenir pour lutter plus efficacement contre l'envahissement de la tuberculose.

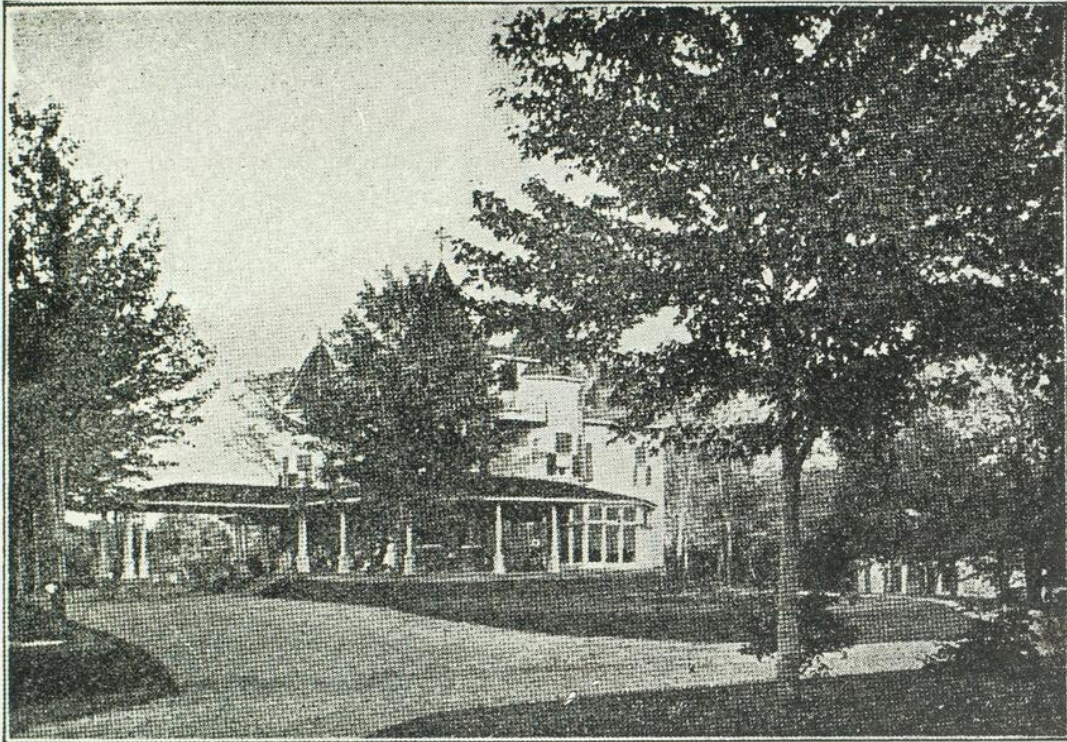
Vous savez combien le médecin praticien est désarmé en face d'une famille mal logée, ignorante de toute hygiène, au sein de laquelle il dépiste un membre atteint par le bacille de Koch.

Là où un dispensaire ou une clinique anti-tuberculeuse fonctionne, la question change, si les médecins savent quels services ils peuvent lui demander, et si par conséquent ils s'adressent à ces institutions afin d'obtenir pour chacun de leurs malades douteux ou tuberculeux avérés:

1. Un complément d'observation qu'ils ne peuvent prendre eux-mêmes;
2. Des soins de prophylaxie et d'hygiène dans la famille des malades;

SANATORIUM PRÉVOST

INCORPORÉ



ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHERAPIE

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

TRAITEMENT INDIVIDUEL DES AFFECTIONS DU SYSTEME NERVEUX

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

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

4455 Boulevard Guoin ouest,

Téléphone, BYwater 1240

3. En cas de besoin, un placement pour le malade ou pour des enfants exposés au contact avec lui.

Permettez-moi, mon cher confrère, de reprendre chacun de ces points plus en détails.

1. *Observation détaillée et suivie des malades:*

Dès que le médecin soupçonne la tuberculose chez son malade, il l'envoie au dispensaire ou à une clinique anti-tuberculeuse, pour confirmer ou écarter son diagnostic de bacillose. Le malade y est soumis à une série d'examens qui, une fois terminés, permettent au médecin de ces institutions de le renvoyer à son médecin traitant avec, à côté du résultat de son auscultation, les indications suivantes:

Courbe de poids,

Courbe de température,

Examens répétés de crachats,

Examens radiologiques et radioscopiques.

2. *Prophylaxie et hygiène dans la famille du malade:*

Dès qu'un malade inscrit au dispensaire ou à une Unité Sanitaire a été diagnostiqué tuberculeux, l'infirmière se rend à domicile. Elle prend les mesures les plus urgentes pour limiter les chances de contagion, isoler le malade et l'amener à comprendre la nécessité de l'emploi d'un crachoir, à prendre des précautions pour son linge sale, son verre et son couvert. Elle insiste pour qu'il suive à la lettre les prescriptions de son médecin. Elle ne perd plus de vue cette famille, elle veille à ce que le malade se fasse examiner aux jours indiqués, elle dirige vers le médecin tous les membres de la famille, afin qu'ils soient tous en observation et traités au début, s'ils présentent des traces d'imprégnation tuberculeuse.

3. *Placement des tuberculeux:*

Une fois reconnu tuberculeux, le malade a besoin d'être placé dans les meilleures conditions de cure, s'il est susceptible de guérison, et d'être isolé de sa famille, s'il est

contagieux et incurable. C'est dire qu'il faut recommander l'hospitalisation des tuberculeux.

C'est par l'intermédiaire des dispensaires et des unités sanitaires que l'hospitalisation est le plus facile, et il faut accorder à ces institutions cette marque de confiance d'être capables de choisir les malades qui méritent les premiers l'hospitalisation.

Mon cher confrère, la lutte contre la tuberculose dans notre province de Québec doit tous nous intéresser en tant que citoyens de cette province, et surtout en tant que médecins. La condition essentielle de succès, c'est que tous les médecins groupent leurs bacillaires autour de ces centres d'observation médicale spécialisée, de prophylaxie et de placement que constitue le dispensaire et la clinique anti-tuberculeuse de nos unités sanitaires.

Le Comité Provincial de Défense contre la tuberculose vous demande votre collaboration, il vous demande d'utiliser vos institutions anti-tuberculeuses pour tous vos malades suspects de tuberculose.

Dr Georges GREGOIRE,
Secrétaire de l'Exécutif.

♦♦♦
**5ème CONGRES DE LA PRESSE
MEDICALE LATINE**

Le 5ème Congrès de la Presse médicale latine, qui devait se tenir à Lisbonne durant les vacances de Pâques prochaines, est remis, en raison de la prolongation des hostilités en Espagne, au début de l'automne prochain. Il se tiendra donc à Lisbonne du jeudi 29 septembre au dimanche 2 octobre 1938, sous la présidence du Prof. REYNALDO DOS SANTOS, assisté comme Secrétaire général, du Prof. Armando NARCISO.

On est prié d'adresser les adhésions et demandes de renseignements, au Prof. Armando NARCISO, Secrétaire Général du Congrès, Restauradores 48, Lisbonne; ou pour celles concernant la France, la Belgique, l'Italie, la Grèce, la Roumanie et la Suisse, au Dr. PIERRA, Secrétaire Général de la Fédération de la Presse médicale latine, 52, Avenue de Breteuil, Paris, VII^e.

LE COLLEGE ROYAL DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

EXAMENS EN OCTOBRE 1938

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

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

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

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

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

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

Cet examen spécial sera fait par des cliniciens.

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

Toutes les communications devront être adressées à

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

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

COURS DE PERFECTIONNEMENT EN PÉDIATRIE

Hôpital de la Miséricorde

1051, rue St-Hubert, Montréal

Directeur: M. le Pr agrégé PAUL LETONDAL

Un cours de perfectionnement sur la **pathologie gastro-intestinale du nourrisson** aura lieu du 4 au 9 juillet prochain à l'hôpital de la Miséricorde. Ce cours — qui comprendra douze leçons — sera donné par le docteur Paul Letondal, professeur agrégé à la Faculté de médecine, avec la collaboration des docteurs Gilbert Brisebois, Jean Champeau, Moïse Clermont, Albert Jutras, Herman Michaud, Raymond Larichelière et A.-H. Robert.

Les leçons auront lieu l'après-midi, de 4 à 6 heures, à la salle Saint-Joseph, et seront suivies de démonstrations pratiques.

Pendant cette semaine, tous les matins, de 10 à 11 heures, à la Crèche, conférence de diététique avec présentation de malades par le docteur Letondal.

Ce cours s'adresse aux médecins et chirurgiens ayant déjà une certaine pratique de la Pédiatrie et désirant être mis au courant de l'état actuel de la pathologie gastro-intestinale du nourrisson.

Les auditeurs seront exercés individuellement à l'examen clinique des malades ainsi qu'aux examens complémentaires et aux techniques thérapeutiques (otoscopie, radioscopie, préparation des aliments de régime, injections intra-péritonéales, etc.).

On peut s'inscrire dès maintenant au Secrétariat de l'hôpital de la Miséricorde, 1051, rue St-Hubert, à Montréal. Droit d'inscription: cinq dollars (nombre limité d'auditeurs).

PROGRAMME DES COURS

Lundi 4 juillet

4 à 5. — Introduction à la pathologie gastro-intestinale du nourrisson. — M. Paul Letondal.

5 à 6. — Coprologie clinique. Déductions thérapeutiques. — M. Gilbert Brisebois.

Mardi 5 juillet

4 à 5. — Les vomissements du nourrisson. La sténose congénitale du pylore. — M. Paul Letondal.

5 à 6. — Exploration radiologique de l'estomac et de l'intestin dans la première enfance. M. Albert Jutras.

Mercredi 6 juillet

4 à 5. — Syphilis de l'estomac et de l'intestin dans la première enfance. — M. A.-H. Robert.

5 à 6. — Soins pré et post-opératoires dans les interventions chirurgicales sur l'estomac et l'intestin du nourrisson. Mode d'emploi des anesthésiques. — M. Moïse Clermont.

Jeudi 7 juillet

4 à 5. — La constipation du nourrisson. La maladie de Hirschsprung. — M. Paul Letondal.

5 à 6. — L'occlusion intestinale. L'imperforation anale. Le prolapsus rectal. — M. Raymond Larichelière.

Vendredi 8 juillet

4 à 5. — Les diarrhées du nourrisson. La forme commune. La forme prandiale. Les syndromes dysentériques. — M. Paul Letondal.

5 à 6. — Les hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né. — M. Jean Champeau.

Samedi 9 juillet

4 à 5. — L'otite du nourrisson. Ses rapports avec les affections gastro-intestinales. — M. Herman Michaud.

5 à 6. — Le choléra infantile et les états cholériformes dans la première enfance. — M. Paul Letondal.

SPÉCIALITÉ

• PHARMACEUTIQUE •

ELIXIR POLYBROMURE

(Sans sucre)

(Une cuillerée à bouche de 20 grammes renferme 3 grammes de Bromure de Potassium, Sodium et Ammonium, associés à des Teintures amères et toniques.)

Mode d'emploi: 1 à 2 cuillerées à thé dans un peu d'eau toutes les trois heures.

Présentation: 240 c.c.

La Pharmacie d'Ordonnances

ARTHUR HIRBOUR

ci-devant Bisailon-Hirbour

35 ans d'expérience dans l'exécution exclusive d'ordonnances de Médecins. — Nous n'employons que les produits chimiques supérieurs.

Angle Saint-Denis et De Montigny

Téls: LA. 7356 - PL. 0305 - Montréal

Messieurs les Médecins

sont invités à consulter

l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale

au Secrétariat

326 est, boulevard Saint-Joseph

MONTRÉAL

dans l'après-midi, de 2 à 5 heures

VOUS AVEZ LES TROIS DANS ALL-BRAN

Volume

1 oz. de All-Bran contient
autant de « volume » que
7¼ oz. de chou cru.

Vitamine B₁

1 oz. de All-Bran contient
plus de Vitamine B₁ que
2½ oz. d'œuf.

Fer

1 oz. de All-Bran contient
autant de fer que 6½ oz.
d'épinards frais.

Quand vous recommandez — ou prenez — All-Bran de Kellogg, vous mettez à profit trois facteurs bienfaisants. Cette céréale laxative naturelle fournit ces puissants auxiliaires dans le soulagement de la constipation habituelle: le « volume » et la vitamine B₁, tonique intestinal. Et comme prime, All-Bran apporte une abondante provision de fer. Fabriqué au Canada par Kellogg.

LA
CÉRÉALE
LAXATIVE
NATURELLE



CONGRES DES PEDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE

Le X^e Congrès des pédiatres de langue française aura lieu à Paris, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres (Amphithéâtre de la Clinique médicale), les 6, 7 et 8 octobre 1938.

Le bureau du Congrès est ainsi constitué: *Président*: Dr Jules Renault, membre de l'Académie de médecine, 217, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris (VIII^e); *Secrétaire général*: Dr Maurice Lamy, médecin des hôpitaux, 94, rue de Varenne, Paris (VII^e); *Trésorier*: Dr Alfred Cayla, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine, 52, avenue de Neuilly, Neuilly-sur-Seine.

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes:

1^o Les anémies graves de la première enfance. Rapporteur: Dr Louise Weill, ex-chef de clinique à la Faculté de médecine (Lyon).

2^o Le syndrome malin au cours des toxoinfections de l'enfance. Rapporteurs: Dr R.-A. Marquézy, médecin de l'hôpital Claude-Bernard (Paris), et Mlle Ladet.

3^o Le mégacôlon et le dolichocôlon. Rapporteurs: professeur P. Rohmer (Strasbourg) et Dr Marcel Boppe, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis (Paris).

CONGRES INTERNATIONAL DU CANCER

Le troisième Congrès International du Cancer, sous les auspices de l'Union Internationale contre le Cancer, se tiendra aux Etats-Unis, du 11 au 16 septembre 1939, à Atlantic City, N. Y.

Le Président du Congrès est le Professeur Francis Carter Wood, Directeur de l'«Institute of Cancer Research» de l'Université Columbia; le Dr D. O. Childs de Syracuse, N. Y., est le Secrétaire-Trésorier; et le Dr. A. L. Loomis Bell, de Long Island College Hospital, de Brooklyn, N. Y., est l'organisateur de l'exposition scientifique.

Voici les sections: recherche sur le cancer en général; biophysique; génétique; patholo-

gie générale du cancer; chirurgie du cancer; diagnostic radiologique du cancer; radiothérapie du cancer; statistique et éducation.

On annoncera plus tard les détails de l'organisation de chaque section.

La cotisation est de \$15.00. Pour obtenir des renseignements on est prié de s'adresser à l'«Institute of Cancer Research», 1145 Amsterdam Avenue, New York, N. Y.

XXV^e CONGRES FRANÇAIS DE MEDECINE

Marseille, 26-28 septembre 1938

Le XXV^e Congrès Français de Médecine se tiendra à Marseille, sous la présidence de M. le professeur Olmer, les lundi, mardi, mercredi, 26, 27 et 28 septembre 1938.

Nous rappelons que le Bureau de ce Congrès est ainsi composé:

Professeur Olmer, président; Prs Audibert et Mattei: Médecin général Botreau-Roussel, vice-présidents. Pr Roger, secrétaire général; Pr Monges, trésorier; Pr agrégé Poinso, secrétaire général adjoint; Pr agrégé Poursines, trésorier adjoint.

Les rapports porteront sur les questions suivantes:

1^o *Les spirochétoses ictériques.*

Rapporteurs: MM. J. Monges et J. Olmer (Marseille); Troisier et Bariety (Paris); Bor-des et Rivoalen (Service de Santé Colonial).

2^o *Les hypochlorémies.*

Rapporteurs: MM. Ambard (Strasbourg); Mach (Genève); Mayer, Bigwood et Van Doo-ren (Bruxelles).

3^o *La thérapeutique actuelle des avitaminoses de l'adulte.*

Rapporteurs: MM. Mouriquand (Lyon); Chevallier (Marseille); Toullec et Riou (Hannoï); Nitzulescu (Jassy); Giroud et Leblond (Paris); Wildstaedt (Upsala).

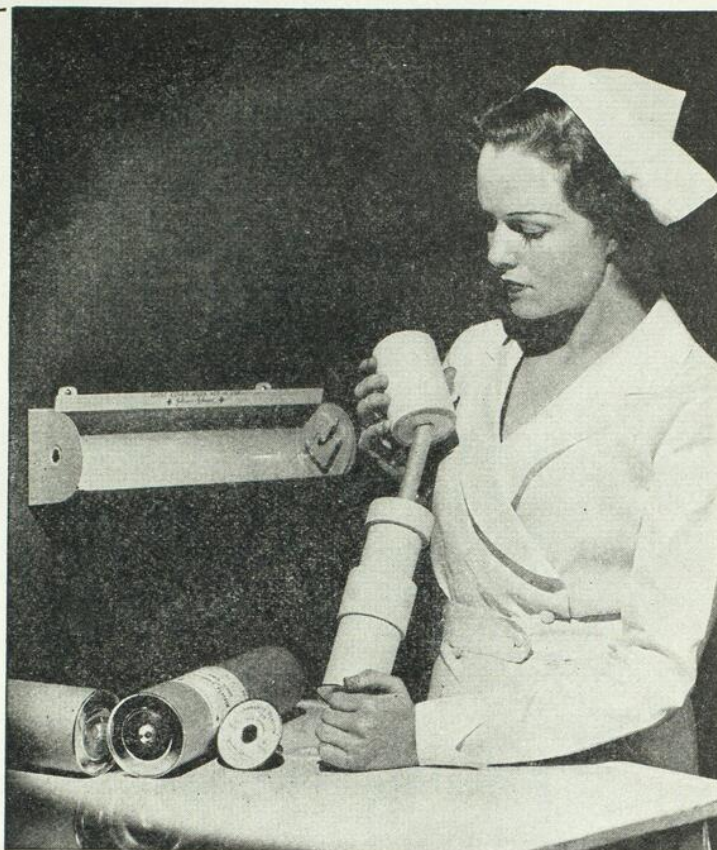
TAFFETAS GOMMÉ "ZO"

Le diachylon auquel on peut toujours se fier. Il se déroule facilement, adhère instantanément, épouse les formes des pansements et les supporte efficacement. La substance adhésive y est uniformément répartie et n'irrite pas les tissus.

Le diachylon ZO se vend dans toutes les largeurs, en bobines de cinq et de dix verges. On peut aussi l'obtenir, pour les hôpitaux, en rouleaux soit de 12" de largeur et de dix verges de longueur (découpé tel que désiré) soit de 12" de largeur et de cinq verges de longueur (non découpé).

Johnson & Johnson
LIMITED MONTREAL

Les plus grands fabricants de pansements chirurgicaux au monde.



HÉMOSTYL

Sérum hémopoïétique frais de cheval

FLACONS - AMPOULES

Anémies
Convalescences
Hémorragies

1 à 2 ampoules le matin à jeun dans 1/4 de verre d'eau, par voie buccale.

SIROP

Anémies des enfants
Chloro-anémies

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

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

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

DECLARATION DE LA POLIOMYELITIS

Sans vouloir prédire que la province sera frappée d'une épidémie de poliomyélite à la fin de l'été et au cours de l'automne, il nous faut tout de même réaliser que nous semblons avoir atteint une des années critiques dans la courbe épidémique de cette maladie.

Le Ministère de la Santé veut venir en aide aux pauvres victimes, mais pour établir quelles sont les mesures à prendre nous devons connaître les cas. Nous faisons ici un appel tout spécial à chaque médecin de la province, lui demandant instamment de déclarer chaque cas de poliomyélite, de faire une déclaration rapide, et même de nous donner connaissance des cas douteux, quitte à faire correction au

besoin. La déclaration doit être faite au bureau de santé local ou au médecin-hygiéniste concerné.

A compter du premier jour de cette année, nous adoptons l'entente internationale qui sépare les déclarations de poliomyélite en cas paralytiques et cas non paralytiques. Nos chiffres deviendront ainsi comparables à ceux des autres pays; d'une manière plus immédiate, l'Honorable Ministre de la Santé doit connaître le nombre d'enfants paralysés pour prendre les décisions qui s'imposent.

L'épidémiologiste,
A.-Roger FOLEY.

Communiqué à la profession médicale.

LIVRES REÇUS EN MAI 1938

Les ultravirus des maladies humaines. Sous la direction de C. Levaditi et P. Lépine. Volume de 1190 pages, 263 figures, 1 planche en couleurs. En vente chez Maloine, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris. Broché, en 2 volumes: 375 frs; cartonné, en 1 volume: 400 frs; cartonné, en 2 volumes: 425 frs.

L'Année Médicale Pratique, 1938. René Lépine, éditeur, 39, rue d'Amsterdam, Paris.

Traité d'Electroradiothérapie. 2 volumes, 2018 pages avec 450 figures. Directeurs de l'ouvrage: L. Delherm et A. Laquerrière. Masson et Cie, Paris. Broché: 440 frs; Relié: 480 frs.

Traité de Pharmacie chimique. P. LEBEAU et G. COURTOIS. Tome I: Médicaments fournis par la chimie minérale et par la chimie organique (série acyclique). Vo-

lume de 1240 pages. Broché: 20 frs; cartonné toile: 280 frs.

Tome II: fascicule I, volume de 1096 pages; fascicule II, volume de 1045 pages. Prix du tome II (2 fascicules): broché, 410 frs; cartonné toile, 460 frs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

La Médecine en Assyrie et en Babylonie. Dr Georges CONTENAU. Volume de 230 pages, 60 figures et une carte. Prix: 75 frs, sous couverture repliée; 125 frs. relié dos et coins maroquin grenat. A la librairie Maloine, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Les diagnostics chirurgicaux ou lit du malade. Par M. BARTHELEMY. En 2 volumes, 880 pages, 368 figures, 1 planche en couleurs. Tome I: 70 frs; Tome II: 115 frs. Librairie Maloine.

POSTE DE MEDECIN VACANT

Bon poste de médecin à vendre ou à louer avec bonne pharmacie et instruments pharmaceutiques, téléphone, électricité, aqueduc, etc. A Sainte-Julie, comté de Verchères. S'adresser à Mme Docteur Uldéric Jodoin, Sainte-Julie, comté de Verchères, P. Q.

PEPTO-KOLA ROBIN
NUCLÉARSITOL ROBIN
GLYCÉROPHOSPHATE ROBIN

PEPTONATE DE FER ROBIN
GOUTTES VIN ELIXIR
ANÉMIE - CHLOROSE
DÉBILITÉ
R.C. 221839
LABORATOIRES ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

J. EDDÉ Limitée
Agent

Traitement polyvalent
des états infectieux

par la

LIPOSEPTINE

(médication polyvalente des agents pathogènes)

INDICATIONS THERAPEUTIQUES : La Liposeptine agit dans bien des affections contre lesquelles il n'y a jusqu'à présent ni sérum, ni vaccin, telles: les **Fièvres éruptives, Rougeole, Oreillons, la Fièvre puerpérale, les Phlébites;**

affections plus banales, mais souvent graves par leurs complications: **Trachéites, Bronchites, etc...**

affections purulentes: **Otites, Mastoïdites, Abscess divers** au début.

En cas d'épidémie son action préventive est recherchée.

Laboratoires de la Liposeptine,

2, Place des Vosges, Paris, France.

Agence exclusive pour le Canada:

HERDT & CHARTON, INC.,

2027, avenue McGill College

Montréal

Traitement et prophylaxie des piqûres d'insectes *

Ce traitement, surtout symptomatique, et la prophylaxie varient avec les différentes espèces d'Insectes.

M. E. Juster expose quelques notions thérapeutiques d'un grand intérêt pratique.

Piqûres de puces. — La puce de l'homme, *Pulex irritans*, détermine une lésion caractéristique: un point purpurique central qui persiste plusieurs jours, entouré d'un léger érythème urticarien qui disparaît en quelques heures.

Le traitement classique consiste en applications de solutions vinaigrées, ou de solutions alcooliques mentholées ou d'ammoniaque diluée.

L'auteur propose la pommade calmante:

Menthol	} ââ 2 gr.
Gomenol	
Vaseline	

puis poudrage au talc.

Comme traitement prophylactique, pour écarter les puces oindre les téguments avec de l'huile à laquelle on a mélangé un peu de tabac en poudre.

Piqûres de punaises. — C'est la nuit que la punaise, *Cimex lectularius*, sort de sa retraite pour piquer les dormeurs. Elle provoque sur la peau une petite tuméfaction lenticulaire rouge, ortiée, avec douleur cuisante. Le traitement est semblable au traitement des piqûres de puces.

Comme prophylaxie, il faut parsemer les lits de poudre de pyrèthre ou de staphysaigre. «La désinfection minutieuse des locaux par les vapeurs de soufre ou de formol est nécessaire pour se débarrasser des punaises. Des lampes à dégagement d'ozone ou de formol donnent de bons résultats (Desaux et Boutelier).»

Piqûres de moustiques. — On a préconisé l'eau de chaux, l'ammoniaque très étendue, l'eau phéniquée, l'eau de Cologne pure ou coupée d'eau, le sublimé à 1/1.000, l'alcool camphré, l'huile de cèdre, une goutte d'iode-acétone ou les préparations suivantes:

Gaïacol cristallisé	1 gr.
Alcool à 90° ou éther	20 gr.
Formol	15 gr.
Xylol	3 gr.
Acide acétique	1 gr.
Teinture de benjoin	1 gr.
Cire	10 gr.
Lanoline	8 gr.
Vaseline	2 gr.
Essence de menthe	} ââ 1 gr.
Essence de cumin	

Diviser en crayons.

Desaux et Boutelier recommandent de toucher les piqûres avec un pinceau ou une allumette appointée trempée dans le mélange suivant:

Formol à 40%	15 gr.
Xylol	5 gr.
Acétone	4 gr.
Baume du Canada	1 gr.
Essence de bergamote	gouttes 10

Les mêmes auteurs préconisent pour se préserver des piqûres, outre les moustiquaires et les grillages de portes et fenêtres, les frictions cutanées avec:

Menthol	0 gr. 50
Acide phénique	1 gr. 50
Baume du Pérou	5 gr.
Glycerol d'amidon	100 gr.

Pour chasser les moustiques d'une pièce, on verse dans une assiette un peu du mélange suivant:

Formol à 40%	5 gr.
Alcool à 90°	10 gr.
Eau	10 gr.

Ou faire brûler un mélange de pyrèthre et de sel de nitre. Les moustiques sont également sensibles aux odeurs du pétrole et de térébenthine.

Piqûres d'hyménoptères porte-aiguillon: abeilles, guêpes, bourdons, frelons, etc. Ces piqûres causent une douleur extrêmement vive, bientôt suivie d'un érythème ortié avec œdème considérable. Dans le cas de piqûres multiples on peut même observer des symptômes d'intoxication générale: vertiges, vomissements, troubles respiratoires, fièvre, etc., dus au venin.

Le traitement consiste à:

1° Extraire avec la pointe d'une aiguille flambée l'aiguillon s'il est resté dans la plaie.

2° Frictionner ensuite légèrement avec la teinture d'aloès.

On recommande aussi les lotions à l'eau fortement salée ou vinaigrée, l'ammoniaque diluée, ou des frictions avec diverses herbes fraîches: persil, pétales de roses, gousse d'ail coupée en deux. Il est préférable d'utiliser les applications d'hypochlorite de chaux à 1 p. 60 ou d'eau de Javel à 1 p. 100 (Calmette).

3° S'il y a intoxication générale, on fera une injection de 20 cc. de sérum antivenimeux de Calmette.

D'après le Pr Gougerot, une goutte de collodion salicylé ou d'iode-acétone hâtera la guérison des nodules persistants. Cet auteur indique une formule de crayon conservé dans un tube et commode à avoir dans la poche:

Glycérine	2 gr.
Stearinate de soude	6 gr.
Alcool camphré	10 gr.

Pour éloigner les insectes on peut répandre autour des maisons d'habitation de l'eau additionnée d'un bon crésyl à usage vétérinaire (une à deux cuillerées à soupe pour un arrosoir de cinq litres environ).

P. FERNET et R. GIRARD.

* *L'Année Médicale Fraternelle* (René Lépine, éditeur, Paris, 1937).

LA MÉDICATION
OPOTHÉRAPIQUE**CHOAY**

Opothérapie simple

Opothérapie associée: **SYNCRINES**EXTRAITS TOTAUX }
(poudres d'organe) } ComprimésEXTRAITS INJECTABLES }
(en solution aqueuse) } Ampoules stériliséesOVAIRE
THYROÏDE
SURRENALE
HYPOPHYSE
Autres glandes...**Laboratoires E. Choay,**

48, rue Théophile-Gautier, PARIS, France.

Représentants exclusifs:

HERDT & CHARTON, INC.,

2027, avenue McGill College

Montréal

PAVERAL

reste toujours un médicament de choix pour le traitement scientifique de la

. . **COQUELUCHE** . .Le Pavéral est journellement prescrit avec succès pour les cas de coqueluches et
des toux Coqueluchoïdes. — Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

AGENTS CANADA DRUG.CO.MONTREAL

AMherst 8900-3733

MONTY, GAGNON & MONTY

Ambulances de luxe, chauffées

Transport des malades à la ville et à la campagne. Service prompt et sûr.

Pompes funèbres

Salons mortuaires

Salons mortuaires: 1926, rue Plessis
4156, rue Adam.

Ambulanciers de l'Hôpital Notre-Dame

Le Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec

●
FORMULE D'APPLICATION POUR ÊTRE INSCRIT SUR LA LISTE DES EXPERTS MÉDICAUX. —————→

L'Exécutif du Collège des Médecins a décidé d'adresser aux différentes Sociétés Médicales, des formules d'application que doivent remplir les médecins qui désirent voir leurs noms sur le tableau des experts.

Un comité spécial de gouverneurs a été chargé de préparer ce tableau. Cette formule devra être adressée au Collège des Médecins, 1896 ouest, rue Dorchester, avant le 25 juin prochain.

Aucune application ne sera considérée après cette date, ce tableau devant être imprimé le 1er juillet prochain pour être en vigueur après cette date.

J. E. LABERGE, M. D.
 Registraire.

FORMULE D'APPLICATION POUR ÊTRE INSCRIT SUR LA LISTE DES EXPERTS MÉDICAUX.

(Nom et prénom, en lettres capitales)

Je soussigné, médecin-chirurgien, domicilié à
 Ville de Comté de P. Q. dûment qualifié par un diplôme de docteur en médecine obtenu à l'Université en date du 19 et ayant obtenu une licence du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec pour la pratique de la médecine et de la chirurgie et ayant payé à celui-ci toute contribution due à date, désire être inscrit comme

MÉDECIN
 CHIRURGIEN ou
 SPÉCIALISTE

sur la liste des experts médicaux pour le district judiciaire de
 (signature)

N. B. — On ne peut se faire inscrire que dans une seule classe, médecin, chirurgien ou spécialiste et, dans ce dernier cas, il faut préciser la spécialité.

Pour la qualification de médecin expert, il suffit de remplir la formule ci-dessus donnée.

Pour la qualification comme chirurgien ou comme spécialiste expert, il faut répondre aux questions suivantes:

J'ai fait mes études complémentaires de chirurgie
 ou de spécialité

à l'Université ou (hôpital) où j'ai fait un stage de
 (durée) (l'année) et

suis attaché comme (titre) à l'université de ou à l'hôpital

Date
 Signature

RAPPORT DES MEMBRES DU COMITÉ

L'application du docteur a été dûment considérée, et l'applicant est (recommandé ou refusé).

Signatures:

Dr Membre du Comité
 Dr Membre du Comité
 Dr Membre du Comité

Les sirops de Maïs les plus purs et les plus sains pour l'alimentation des bébés

Ces sirops de Maïs purs remplissent admirablement les fonctions d'hydrates de carbone dans l'alimentation des enfants. Mélangés au lait ils sont digérés sans difficultés et sans irriter le tract intestinal.

Plusieurs éminents pédiatristes prescrivent et recommandent l'usage des sirops de Maïs « CROWN BRAND » et « LILY WHITE » dont ils connaissent la pureté et apprécient les résultats satisfaisants qu'ils assurent.

Une étude approfondie des avantages à retirer de l'usage de ces sirops de Maïs purs dans l'alimentation des femmes enceintes récompensera largement les praticiens qui l'auront entreprise.



POUR LES MÉDECINS SEULEMENT

Un petit calculateur de poche contenant les différentes diètes d'enfants dans lesquelles rentrent ces deux célèbres sirops de blé d'Inde (Maïs) en plus d'un traité scientifique sous forme de livret pour la nutrition des bébés et des tablettes de prescriptions peuvent être obtenus sur demande. Découpez le coupon ci-dessous et ces imprimés utiles vous seront envoyés immédiatement.

Découpez ici.

The CANADA STARCH CO., Ltd.
Montréal

Veillez m'envoyer

- CALCULATEUR
 Livret: "LES SIROPS DE MAÏS DANS L'ALIMENTATION DES ENFANTS"
 TABLETTES DE PRESCRIPTIONS

Nom.....

Adresse.....

SIROPS de MAÏS EDWARDSBURG "CROWN BRAND" et "LILY WHITE"

Manufacturés par THE CANADA STARCH COMPANY, Limited

Connaissez-vous ce régal:

LA

Crème acidulée

avec des fruits frais ou de la laitue?

Goûtez à cet autre produit de qualité de

J. Joubert
LIMITÉE

BIBLIOTHÈQUE
SAINT-JULIEN

TABLE DES ANNONCEURS

Abbott, Laboratoires, Ltée (Pommade au picrate de butésine)	28
Anglo-French Drug, Cie (Panvita)	19
Ayerst, McKenna & Harrison, Ltée	2e page de couverture
Borden Co. Ltd., The	651
Bristol-Myers (Sal Hepatica)	13
Bromo-Seltzer Ltd.	23
Canada Drug (Paveral)	669
Canada Starch Co. (Sirop de maïs)	671
Canadian Tampax Corporation Ltd.	655
Carling Breweries Ltd. (Invalid Stout)	673
Carnation Milk (Lait irradié)	24
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Sulfocide)	9
Casgrain & Charbonneau, Ltée (Stérilisateur "Castle")	17
Ciba, Compagnie, Ltée (Perandren "Ciba")	20
Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec	670
Collège Royal des Médecins et Chirurgiens	661
Eddé, J. Limitée (Hemostyl)	665
Eddé, J. Limitée (Iodogénol Pépin)	22
Eddé, J. Limitée (Peptonate de fer Robin)	667
Encyclopédie Médico-Chirurgicale	663
Frost, Charles E., & Co. (Ferro-Catalytic)	1
Herd & Charton, Inc. (Choay)	669
Herd & Charton Inc. (Liposeptine)	667
Hirbour, Arthur (Elixir Polybromure)	663
J. J. Joubert Limitée (Crème acidulée)	671
Johnson & Johnson Ltd. (Taffetas gommé)	665
Kellogg's (All-Bran)	663
Knox Gelatine Laboratories (Gélatine Knox)	25
Laboratoires du Bismol (Bismol)	4e page de couverture
Laboratoires Lumière (Produits spéciaux)	7
Laboratoires Poulenc Frères du Canada (Propidex)	643
Librairie Beauchemin, Ltée (Imprimeurs, Relieurs, Editeurs)	647
Merck & Co., Ltd. (Pyridium)	5
Millet, Roux & Cie, Ltée (Ampho-vaccin intestinal)	15
Monty, Gagnon, Monty	669

À contenance élevée d'extrait de malt, l'INVALID STOUT exerce une étonnante action revitalisante, excite un appétit salubre, apporte une joyeuse énergie.

L'avis du docteur :

« J'ai pu me rendre compte personnellement des propriétés toniques et stimulantes de votre PORTER », écrit un médecin, et il ajoute : « Je vous complimente d'avoir su allier en lui les propriétés fortifiantes à un goût excellent. »



le PORTER
tonique

INVALID STOUT

TABLE DES ANNONCEURS (suite)

Nestlé's Milk Products Ltd.	653
Officine Canadienne Incorporée (Aesculin)	3e page de couverture
Parke, Davis & Cie	657
Rougier Frères (Ouabaïne Arnaud)	3
Rougier Frères (Hepathemo Deschiens)	3
Rougier Frères (Produits spéciaux)	7
Rougier Frères (Dyspnée-Inhal et Spectrol)	641
Sanatorium Prévost	659
Schering (Canada) Limited (Artamar)	645
Squibb, E. R. & Sons (Novoxil)	26
Usines Chimiques du Canada, Inc. (Vitaval)	674
Vinant Limitée (Lipiodol)	11
Vinant Limitée (Pommade Midy)	11
Vinant Limitée (Electrargol)	21
Vinant Limitée (Geneserine, Genatropine et Genoscopamine)	21
Vinant Limitée (Neurotrophol et Splenarmonie Byla et Gélogastrine Licardy)	27
Warner, William R., Limited (Anusol)	649

VITAVAL

VITAMINES

et SELS MINÉRAUX

Le tonique idéal pour
refaire les réserves de
minéraux et de vitami-
nes épuisées par l'hiver

VITAMINES A B D G

**et sels assimilables de
Calcium, Fer, Cuivre, Phosphore, Iode.**

Les produits **VALOR** sont fabriqués par

USINES CHIMIQUES du CANADA Inc.
MONTRÉAL



L'Union Médicale

du Canada

(Revue mensuelle fondée en 1872)

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



PROCHAIN CONGRÈS
ASSOCIATION DES MÉDECINS DE
LANGUE FRANÇAISE
DE L'AMÉRIQUE DU NORD
OTTAWA — HULL
5 — 6 — 7 — 8 — septembre 1938.

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

Trois nouveaux produits CONTENANT les VITAMINES B dans une teneur élevée



Littérature sur demande*

Indiqués dans le traitement de l'anorexie, de l'hypotonie gastro-intestinale, des vomissements de la grossesse, de la polyneurite, de la névrite alcoolique et autres formes de névrite.

BÉMINAL CONCENTRÉ No 926

Un extrait concentré renfermant le groupe des vitamines B, standardisé biologiquement et agréable au goût. Chaque once fluide contient 2,000 unités internationales de vitamine B₁ et le groupe des vitamines B₂ provenant du foie.

Présentation: Bouteilles de 4 onces.

COMPRIMÉS DE VITAMINE B₁

Vitamine B₁ cristallisée.

Deux dosages:

No 812: Chaque comprimé contient 1 milligr. (300 unités internationales).

Bouteilles de 50 et 100 comprimés.

No 813: Chaque comprimé contient 5 milligr. (1,500 unités internationales).

Bouteilles de 25 comprimés.

VITAMINE B₁ EN AMPOULES

Vitamine B₁ cristallisée.

Trois dosages:

No 467: Chaque ampoule contient 1 milligr. (300 unités internationales).

No 468: Chaque ampoule contient 2 milligr. (600 unités internationales).

No 469: Chaque ampoule contient 5 milligr. (1,500 unités internationales).

Présentation: Boîtes de 10 ampoules et de 25 ampoules d'un c.c.

AYERST, MCKENNA & HARRISON LIMITEE

Biologistes et Pharmaciens

MONTREAL

CANADA

* Nouvelle adresse de nos bureaux: Édifice McGill, 485, rue McGill, Montréal.