

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872.

PUBLIÉE PAR

MM. R. BOULET,
J. E. DUBE,

M. A. LeSAGE,

MM. L. de L. HARWOOD,
A. MARIEN.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé à M. le Dr A. LeSAGE,
46, Square Saint-Louis, Montréal. Rédacteur en chef

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé à M. T. VALIQUETTE,
2734 Christophe-Colomb ou Boîte Postale No 3026, Téléphone Calumet 84.

Vol. XLXI

JUILLET 1921

No 7

Deux cas de rhinoplastie avec cartilage costal (1)

Par le Dr J.-N. ROY

Médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal, Lauréat de l'Académie de Médecine de France.

OBSERVATION I.—En avril 1920, Mlle C. B., âgée de 19 ans, vient me consulter pour une difformité nasale. Elle raconte qu'à six ans elle fit une chute et la partie médiane de son nez heurta une chaise. L'hémorragie fut alors considérable, et se répéta ensuite par intervalles pendant plus d'un mois. Dans les années qui suivirent, la face se développa normalement, à l'exception des os propres du nez. Il en résulta une forte ensellure, ce qui donnait à la physionomie une apparence plutôt disgracieuse. Un médecin consulté proposa des injections de paraffine. A l'âge de 16 ans, on tenta de lui faire subir ce traitement; toutefois comme la seringue heureusement fonctionnait très mal, une quantité infime de paraffine, à peine perceptible au toucher, fut injectée. Dans la suite aucun autre essai ne fut répété.

A l'examen du nez nous observons une concavité considérable de la région médiane. La base s'est épatée, et le développement de l'organe s'est surtout effectuée en largeur au détriment de la hauteur. Les ailes du nez sont légèrement dilatées et la pointe est un peu retroussée.

A la rhinoscopie antérieure nous constatons que la cloison, tout en étant droite, est symétriquement épaissie. Toutefois la respiration est excellente, car les cornets ne sont pas hypertrophiés.

La rhinoscopie postérieure décèle un état absolument normal du cavum.

(1) Communication faite à la Société Médicale, séance du 17 mai 1921.

Avant de faire un choix sur le genre de greffe que nous devons employer pour corriger cette difformité nasale, nous examinons les tibias de notre petite patiente. Comme nous les trouvons très étroits, nous proposons immédiatement d'avoir recours au cartilage costal.

L'opération ayant été acceptée, est pratiquée sous chloroforme le 2 décembre 1920. Mon excellent ami, le Dr Chs. Saint-Pierre, veut bien m'assister pour cette délicate intervention. Après avoir fait une petite incision transversale, un peu en dessous de la région inter-sourcilière, au début de l'ensellure, nous introduisons un étroit bistouri, concavo-convexe, et décollons la peau qui recouvre les os propres du nez jusqu'à la pointe. Nous apportons un grand soin pour ne pas léser la muqueuse des fosses nasales. Ce décollement est aussi pratiqué en haut vers la région inter-sourcilière. Pendant qu'un aide fait de la compression pour obtenir une hémostase aussi complète que possible, nous incisons le côté droit vis-à-vis la huitième côte. Celle-ci étant ruginée, nous prélevons un morceau de cartilage costal qui une fois taillé, est immédiatement essayé dans la plaie nasale. Après quelques retouches, le greffon est définitivement mis en place. La partie recouverte de périoste est en contact avec les os propres du nez, une des extrémités est appuyée sur la pointe, et l'autre sur la limite inférieure de la région inter-sourcilière. Ainsi placé, le cartilage donne au nez une forme tout à fait rectiligne. L'incision nasale est suturée à la soie avec beaucoup de soin, et nous appliquons un pansement très légèrement compressif.

Après avoir bien contrôlé l'hémostase de la plaie du côté, nous faisons au catgut un plan de sutures musculaires, un second plan aponévrotique, et l'incision cutanée est fermée au crin de florence. Pansement ordinaire très compressif au moyen d'une bande abdominale. Les suites opératoires sont des plus simples et le cartilage est bien toléré. Grâce à la compression, la douleur de côté, produite par la respiration, est très supportable, et la plaie guérit rapidement. Le greffon cartilagineux prend de plus en plus des adhérences profondes, et le 31 décembre, la malade laisse l'Hôtel-Dieu parfaitement guérie. Son nez est maintenant bien droit, et elle est très satisfaite de l'opération. Nous l'avons revue récemment et la guérison semble être définitive.

OBSERVATION II.—Comme le cas de Mlle A. B. âgée de 28 ans, est comparable au précédent, nous nous contenterons de résumer son observation. Elle vient me consulter en mai 1920 pour une difformité nasale, et me dit qu'en jouant, à l'âge de 8 ans, elle

s'est frappée le nez sur la tête de son frère. L'hémorragie ne fut pas très considérable, et ne dura que 24 heures. Dans les jours suivants, il y eut une assez forte réaction inflammatoire, et les narines s'obstruèrent. Après la disparition de l'œdème nasal, les parents remarquèrent que le milieu du nez devenait de plus en plus déprimé. Un rhinologiste consulté alors, conseilla d'attendre quelques années avant de tenter un traitement prothétique. Lorsqu'elle eut atteint l'âge de 14 ans, le médecin lui fit une injection de paraffine qui fut tolérée pendant 7 mois. Après cette période, il se forma de l'inflammation, ce qui nécessita une incision et l'ablation partielle de cette paraffine. La plaie guérit ensuite rapidement. Vers la même époque, une série de petites interventions endo-nasales furent aussi pratiquées.

A l'examen du nez nous constatons une assez forte ensellure de la partie médiane. Il existe à droite une légère accumulation de paraffine, qui soulève la peau sous une forme mamelonnée, ainsi que la trace de l'incision, dont nous avons parlé tout à l'heure.

La rhinoscopie antérieure et postérieure ne révèle rien de particulier.

Comme les tibias de notre patiente étaient plutôt étroits, nous proposons de rectifier le nez au moyen d'un morceau de cartilage costal. Toutefois, avant de pratiquer cette opération, nous enlevons la paraffine, le 14 octobre 1920, par la voie endo-nasale, après avoir injecté un peu de cocaïne dans la narine droite.

Le 14 décembre, ayant jugé que cette petite plaie ne présentait plus de danger d'infection, nous pratiquons la rhinoplastie, sous anesthésie générale au chloroforme, avec l'assistance du Dr Chs. Saint-Pierre. La technique employée fut absolument la même que pour la précédente observation, il n'y eut aucune complication, et le résultat esthétique fut des meilleurs. Aussi le 20 janvier 1921, la malade pouvait-elle laisser l'Hôtel-Dieu tout à fait guérie. Nous l'avons revue à la fin du mois d'avril; son nez est parfaitement droit et son physique est grandement amélioré.

Ce n'est pas notre intention pour le moment de profiter de la publication de ce travail, qui ne se rapporte qu'à une lésion spéciale, pour faire une mise au point de la rhinoplastie. Dans un avenir assez rapproché, nous traiterons en un mémoire d'ensemble, des moyens que nous avons à notre disposition pour réparer les difformités du nez consécutives aux traumatismes ou aux affections pathologiques. Dans les deux cas présents, au lieu de nous servir du cartilage costal, nous aurions pu obtenir le même résultat en ayant eu recours à la greffe ostéo-périostique tibiale. Certains auteurs prétendent même

que les dangers d'infection sont moindres avec l'os qu'avec le cartilage, et que si par malheur il y a suppuration, l'élimination est totale pour celui-ci, et généralement partielle pour le greffon ostéo-périostique.

La douleur à la respiration, ressentie pendant une quinzaine de jours à l'endroit où le cartilage a été prélevé, mérite aussi d'être prise en considération lorsqu'il s'agit de faire un choix entre ces deux procédés.

Le prélèvement de la greffe sur la jambe ne présente aucune sorte de danger, ne donne aucune douleur, et ne laisse aucune faiblesse tibiale post-opératoire.

Par contre le cartilage étant très maléable, se modèle bien mieux que l'os, et cet avantage est fort appréciable, puisque le but de la rhinoplastie est d'obtenir le plus de perfection esthétique possible. En mettant la côte dans la concavité nasale, Morestin conseille de placer la partie recouverte de périoste en contact avec les os propres du nez. D'après lui ce détail est fort important, et il dit que dans les mois qui suivent l'opération, le tissu cicatriciel entourant le cartilage, a pour propriété non seulement de combler les espaces morts et de le faire adhérer plus ou moins aux tissus profonds, mais aussi de lui donner une certaine convexité, s'il est ainsi placé. Chez nos deux malades, nous avons sans hésitation recouru au cartilage costal comme étant le procédé de choix, vu surtout l'étroitesse de leurs tibias.

Comme nous avons eu déjà l'occasion de le dire récemment (1), les substances inanimées, en chirurgie de la face et du crâne, sont de nos jours de plus en plus abandonnées, et notre seconde observation est une preuve convaincante de l'inutilité de l'emploi de la paraffine. En effet, il est impossible de pouvoir injecter dans un endroit précis une quantité suffisante de cette substance, qui a une tendance à fuser dans les tissus environnants, pour corriger une dépression nasale même peu prononcée. De plus, si la quantité doit être considérable, il est à craindre que la paraffine soit mal tolérée, et soit totalement ou partiellement éliminée.

Quant aux plaques en argent ou autre métal précieux, elles produisent invariablement à la longue de l'ostéite raréfiante, et sont rejetées.

La zoogreffe en rhinoplastie est toujours contre-indiquée, puisque le greffon se transforme petit à petit en tissu fibreux, et diminue de volume.

Aussi dans les deux cas qui font le sujet de cette communication, nous avons volontiers employé le cartilage costal, et avons lieu d'être satisfait du résultat obtenu.

(1) J. N. ROY.—De l'autoplastie adipeuse faciale. "L'Union Médicale" février 1921.

Le Métabolisme Basal

Par E.-G ASSELIN,

Professeur de physiologie à l'Université de Montréal.

Le métabolisme basal, "Basal metabolism" des Américains, ou métabolisme de fond comme l'appellent certains auteurs français, se définit: la quantité de chaleur minima produite par un individu lorsque celui-ci se trouve dans une activité fonctionnelle minima.

Pour faire la détermination de ce métabolisme il faut soustraire l'organisme étudié à toutes les causes qui pourraient exagérer la production de chaleur. Dans la pratique ces causes sont: le travail musculaire, le travail de la digestion et l'action du froid extérieur.

Cette détermination du métabolisme basal est en vogue aux Etats-Unis et est en train de passer dans la pratique courante pour servir à établir le diagnostic, le pronostic et le traitement d'un certain nombre de maladies.

Du point de vue du métabolisme basal on a divisé les maladies en trois groupes fondamentaux et distincts, à savoir:

(a) Les maladies à métabolisme normal c'est-à-dire à production normale de chaleur, (b) les maladies à métabolisme augmenté et (c) les maladies à métabolisme diminué.

Jusqu'à présent les maladies à métabolisme augmenté connues sont: le goitre exophtalmique, l'hyperthyroïdisme dû à l'adénome de la thyroïde, l'acromégalie et toutes les maladies fébriles.

Les études les plus importantes faites jusqu'à ce jour se rapportent aux troubles d'origine thyroïdienne. Dans 95 pour cent des cas où l'on a trouvé un métabolisme exagéré celui-ci était dû à l'hyperthyroïdisme chez des patients souffrant de goitre exophtalmique ou d'adénome de la thyroïde.

Le métabolisme basal diminué est caractéristique du myxœdème et de la diminution d'activité de la glande pituitaire.

Le métabolisme basal diminué se rencontre dans l'inanition, le jeûne prolongé, l'anorexie, le rétrécissement de l'œsophage et le rétrécissement spasmodique du cardia.

Par contre il existe un certain nombre de maladies à métabolisme normal, parmi celles-ci il y a les états de nervosisme qui simulent l'hyperthyroïdisme.

Au point de vue pratique du diagnostic, une augmentation du métabolisme basal indique l'hyperthyroïdisme dû à un goitre exophtalmique ou à un adénome de la thyroïde pourvu que toutes maladies fébriles soient éliminées.

Il est important de connaître la courbe thermique parce qu'il peut exister un métabolisme élevé dans certaines maladies telles: les cas de tuberculose au début, dans lesquels la température vespérale peut être élevée, quoique au moment de la détermination du métabolisme la température était normale.

La connaissance du métabolisme basal est d'un grand secours pour le chirurgien pour l'aider à savoir si après l'enlèvement d'un goitre la glande thyroïde est encore une cause d'intoxication.

Quoique le métabolisme basal nous donne l'état d'activité de la glande thyroïde il ne nous renseigne pas sur l'état de capacité du patient à supporter une opération, il permet cependant de préciser les risques opératoires qui sont redoutables lorsque le métabolisme est augmenté d'environ cent pour cent.

On doit dans ces cas tâcher de réduire le métabolisme à un taux moindre avant de songer à une opération.

La détermination du métabolisme est encore utile dans les nombreux cas avec ou sans goitre dont les symptômes: troubles psychiques, tachycardie, tremblement, troubles de la sécrétion sudorale se rapprochent plus ou moins de l'intoxication thyroïdienne.

McGaskey rapporte huit observations dans lesquels le taux du métabolisme a permis le diagnostic d'hypo- et d'hyperthyroïdisme. C'est ainsi que dans un cas le nervosisme, le tremblement, la tuméfaction du cou pouvaient faire penser à un état d'hyperthyroïdisme, diagnostic qu'un métabolisme inférieur à la normale de 29 pour cent vint infirmer. Le traitement par l'extrait thyroïdien amena une grande amélioration en même temps que le relèvement du métabolisme.

Au point de vue du traitement par les rayons X il est important de connaître le métabolisme basal. Il y a une distinction à faire entre le goitre et l'hyperthyroïdisme, car ces deux états peuvent exister séparément c'est que l'un peut être présent sans l'autre. Les rayons X ne doivent pas être employés comme traitement du goitre à moins qu'il existe une suractivité de la glande thyroïde c'est-à-dire de l'hyperthyroïdisme.

Certains facteurs physiologiques doivent être pris en considération pour éviter certaines erreurs dans la détermination du métabo-

lisme basal. Ainsi certaines personnes nerveuses peuvent être troublées dans leur sommeil par la seule pensée de l'expérience du lendemain.

Les douleurs menstruelles chez une femme souffrant de dysménorrhée sont encore une cause qui peut faire varier le métabolisme basal.

Aussi chez ces personnes faut-il répéter l'expérience à quelques jours d'intervalle.

Comment se fait la détermination du métabolisme basal?

C'est par la calorimétrie indirecte respiratoire, méthode qui repose sur l'étude des échanges gazeux respiratoires que se fait la détermination de l'activité du métabolisme.

L'appareil s'appelle métabolimètre et se compose d'un spiromètre destiné à mesurer la ventilation pulmonaire.

TECHNIQUE DE L'OPERATION :

1° On prend le poids, la hauteur et la température de l'individu.

2° La veille le patient prend un léger souper vers les six heures et est mis au lit.

3° Vers les huit heures le lendemain matin, le patient à jeun depuis la veille est transporté dans la chambre à expérience. On note sa température.

4° Il est mis au lit et il doit rester pendant au moins une demi-heure dans le repos le plus complet. La chambre doit être convenablement chauffée.

5° L'appareil est mis en communication avec la bouche du patient, le nez étant fermé à l'aide de pinces pour que la respiration se fasse exclusivement par la bouche.

6° Pour habituer le patient on le laisse respirer à l'aide libre pendant à peu près 1 à 2 minutes. (Ceci permet en même temps de s'assurer si l'appareil est en bon fonctionnement.)

7° On met alors le patient en communication avec le spiromètre chargé d'oxygène. On note la quantité d'oxygène et on laisse le patient respirer pendant 10 à 15 minutes (le temps étant pris à l'aide d'un chronoscope).

8° Après 10 à 15 minutes écoulées on note sur l'échelle du spiromètre la quantité d'oxygène consommée.

Le volume d'oxygène subit par la chaleur et la pression barométrique certains changements. Alors on s'assure de la tempéra-

ture de l'oxygène contenu dans le spiromètre en même temps que de la pression barométrique à l'aide du baromètre.

9° On fait les corrections nécessaires selon la température et la pression barométrique.

10° On divise ensuite la quantité d'oxygène absorbé par le nombre de minutes qu'a duré l'expérience afin de savoir la quantité d'oxygène consommée par minute.

11° On se rapporte ensuite à des tableaux pour connaître la quantité d'oxygène que l'individu doit consommer suivant son âge et la grandeur de sa surface de la peau.

12° Connaissant le volume d'oxygène qu'un individu de même âge et de même surface cutanée doit consommer. Connaissant le volume d'oxygène consommée par le patient, on n'a qu'une soustraction à faire pour savoir s'il y a eu un surcroît ou une diminution de consommation d'oxygène, c'est-à-dire si le métabolisme est exagéré ou diminué.

Malgré la simplicité de la technique, la détermination du métabolisme basal doit être faite par un spécialiste dans un laboratoire. On ne doit pas laisser au praticien la tâche de faire lui-même l'expérience.

Cette méthode relativement nouvelle est appelée à rendre de grands services aux médecins et aux chirurgiens au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement de certaines maladies.

Aperçu sur la Radiologie Gastrique

Par Dr Albert COMTOIS,

de Montréal.

Je voudrais en ce moment où j'ai l'honneur et le plaisir d'être l'humble interprète d'une science jeune et captivante par sa jeunesse même et les horizons nouveaux qu'elle ouvre aux esprits avides de pénétrer un peu plus avant dans la compréhension du fonctionnement des organes du corps humain, avoir l'autorité que confèrent l'âge mûr et l'expérience de longues années d'études et de pratique. N'ayant que la jeunesse à mon crédit je m'efforcerai de faire écho à la voix de ceux qui identifièrent leur vie avec la recherche de la vérité et dont les travaux immortels, tels des phares éclatants guident nos esprits incertains dans leurs investigations à travers le vaste domaine de la science médicale. Qu'il me soit permis après avoir salué au passage la phalange glorieuse de nos célébrités de rappeler à votre souvenir le nom de quatre grands initiateurs : Lavoisier, Pasteur, Claude Bernard, Noentgen. La médecine leur est bien redevable, car c'est grâce aux sciences physico chimiques et biologiques dont ils furent les représentants qu'elle a réussi à se dégager de plus en plus de l'empirisme et sans cesser d'être un art, à devenir une science vraiment digne de ce nom. Que de phénomènes vitaux qui jusque là étaient restés inexplicables quelquefois même insoupçonnés leur doivent d'avoir été mis en lumière. Sans contredit leur influence ne s'est jamais plus fait sentir que depuis les trois dernières décades. La physiologie et la pathologie dans toutes leurs branches y ont trouvé et y trouvent et y trouvent encore un élément précieux pour ne pas dire indispensable à leur ascension vers le progrès de sorte que à l'heure actuelle il n'est pas plus permis d'avoir la prétention de réduire la médecine à un symposium de formules physico chimiques que de faire de la clinique pure sans le secours du laboratoire.

C'est dans cet état d'esprit que j'entreprendrai de vous parler de la radiologie gastrique. Disons d'abord que ce mode d'investigation par les rayons X, le côté physique étant mis de côté, n'a atteint l'état actuel que grâce aux enseignements de la physiologie, de la

clinique et du laboratoire. D'un autre côté ces derniers ont bénéficié en retour de l'aide qu'ils avaient apporté à la radiologie. Au point de vue gastrique, le seul qui nous occupe, la radiologie a contribué à préciser certaines descriptions qui ne correspondent pas à la réalité, à apporter le mot définitif là où régnait la controverse, et à expliquer le mécanisme de certains phénomènes obscurs, à faire l'autopsie vivante du malade, pour me servir d'une expression de Claude Bernard, l'âge héroïque de la radiologie est passé, je veux parler de celui où l'on s'en servait comme moyen de curiosité pour avoir la représentation graphique d'un estomac cancéreux quelques jours avant qu'il ait conduit son porteur sur la table d'autopsie. Depuis ce temps une séméiologie a vu le jour et bien que dans un certain nombre de cas la radiologie ne soit pas en état de répondre d'une façon nette et précise à la question posée et qu'elle ait aussi à se servir bien souvent du point d'interrogation, elle mérite qu'on s'en serve maintenant comme éclaircur.

Structure de l'estomac

Mais si la radiologie peut donner d'utiles renseignements dans des affections gastriques qui semblent ne relever que de la médecine et non de la chirurgie, elle a dû faire siens les enseignements de l'anatomie et de la physiologie. Sur la structure, l'innervation et la vascularisation de l'estomac elle ne nous a rien révélé de nouveau. Pour résumer brièvement les données acquises nous rappellerons que de dehors en dedans nous trouvons la séreuse, véritable enduit protecteur adhérant intimement à la musculuse, excepté au niveau des courbures et facilitant le glissement de l'organe. La couche moyenne est constituée par la musculuse qui renferme trois sortes de fibres lisses servant au brassage des aliments et à leur évacuation. Les longitudinales faisant suite aux fibres de même nom venant de l'œsophage, recouvrent les deux faces de l'estomac mais sont surtout nombreuses au niveau de la petite courbure, les circulaires plutôt rares au niveau du fond de l'estomac acquièrent de l'importance au pylore ou s'enchevêtrant avec les premières elles concourent à la formation du sphincter. Quant aux obliques, originaires de fibres obliques de l'œsophage elles s'étendent en éventail sur les faces gastriques pour aller se perdre sur la grande courbure, elles manquent totalement au pylore. La muqueuse est séparée de la musculuse par une couche de tissu conjonctif très lâche, c'est dans cette couche que cheminent les vaisseaux et les nerfs de distribution.

Notons en passant que cette couche est très pauvre en vaisseaux sanguins propres et que sous l'influence d'une irritation chronique ce tissu lâche se transforme facilement en un tissu dense donnant l'illusion d'un cancer squirreux. Quatrième et dernière couche, la muqueuse, renfermant un épithélium cylindrique préposé à la sécrétion du mucus, un chorion, une musculaire muqueuse et des glandes morphologiquement différentes, les glandes du cardia et les glandes du pylore.

Les auteurs anciens établissaient une division bien nette entre ces deux groupes même au point de vue fonctionnel. Heidenheim, entr'autres, attribuait aux glandes cardiaques la sécrétion de l'hcl et aux glandes pyloriques celle de la pepsine. Les travaux des physiologistes modernes ont prouvé que toutes les glandes gastriques secrétaient ces deux produits.

Les artères sont fournies par l'hépatique, la splénique et la coronaire stomacique. Les branches de ces dernières forment un réseau qui encercle l'estomac et pénètre dans l'épaisseur des tuniques. Le plus important est celui de la sous-muqueuse d'où s'échappent de fins capillaires qui vont se terminer à la muqueuse sans s'anastomoser les uns avec les autres. Nous trouvons là la gravité de l'hématémèse lorsqu'une érosion met ces fins rameaux à découvert. Quant aux lymphatiques nous savons qu'ils forment un réseau sous-glandulaire, un réseau sous-muqueux et un réseau sous-séreux. Ils concourent par leur réunion à former des troncs collecteurs qui vont se jeter dans des groupes de ganglions disposés autour de l'estomac. Ils communiquent largement avec ceux de l'œsophage, ceux du pylore au contraire n'ont pour ainsi dire pas de communication avec ceux du duodénum. Ce point anatomique nous éclaire particulièrement sur les faits suivants à savoir qu'un cancer du cardia envahit la plupart du temps la limite inférieure de l'œsophage, qu'un cancer du pylore se propage avec facilité au reste de l'estomac tandis qu'il s'arrête au duodénum.

À part les ganglions nerveux du pylore l'innervation est constituée par le pneumogastrique et le splanchnique qui par leur réunion forment le plexus solaire. Ce sont eux qui règlent la sécrétion, la motricité, la sensibilité de l'estomac et jusqu'à un certain point la symptomatologie des gastropathies.

* * *

Après cette incursion rapide dans le domaine histologique voyons brièvement ce qu'est l'estomac normal au point de vue morpholo-

gique. Les anatomistes l'étudiant sur un cadavre par conséquent dans des conditions tout à fait spéciales nous le montrent situé dans l'épigastre ayant la forme d'une cornemuse avec deux orifices: le cardia et le pylore, deux pôles: le supérieur ou grosse tubérosité, l'inférieur ou petite tubérosité, une partie moyenne ou corps, deux bords, droit et gauche, la petite et la grande courbure. Sa direction semble transverse. Le cardia est complètement recouvert par le lobe gauche du foie. Il correspond au corps de la 9ème ou 10ème dorsale. Sa projection antérieure est thoracique et non abdominale, elle correspond à un point situé à deux centimètres du bord gauche de l'appendice xiphoïde. La grosse tubérosité est en contact avec la voûte diaphragmatique gauche et correspond à l'espace de Traube. Le corps de l'estomac d'abord caché par le gril costal ne devient véritablement abdominal que dans son tiers inférieur, au niveau du triangle de Labbé limité à gauche par le rebord costal correspondant, à droite par le bord gauche du foie et en bas par une ligne horizontale rejoignant les 9èmes cartilages costaux.

Pour ce qui est du pylore, séparé du cardia par une distance de 10 centimètres, il est situé entre la 11ème dorsale et le bord inférieur du corps de la 1ère lombaire, sa projection abdominale étant à sept centimètres au-dessus de l'ombilic, sensiblement au point de jonction entre la verticale menée du bord droit du sternum et l'horizontale réunissant les extrémités internes des neuvièmes cartilages costaux, (Jonnesco et Souligoux). Telles sont les grandes lignes de l'anatomie révélées sur le cadavre. Considérons maintenant si ces données concordent avec ce que nous voyons chez le vivant au moyen des Rayons X et s'il y a possibilité d'établir un type normal. Les facteurs qui influent sur la forme et la situation de l'estomac sont si nombreux, qu'avant de décrire cet estomac idéal, il est nécessaire de dire dans quelles conditions on opère. En effet, les conclusions seront différentes, suivant le sexe, l'âge, le type de l'individu, ses habitudes dans le boire et le manger et suivant l'état de réplétion de l'estomac lui-même.

Radiographie

L'image de l'estomac ne se projetant pas sur l'écran ou la plaque radiographique, il fallait trouver un artifice pour en révéler la forme. Comme tant d'autres, l'idée lumineuse partit de la France et dès 1897, deux ans à peine après la découverte de Roentgen, on pouvait observer dans un des laboratoires de l'hôpital St-Antoine, la forme de l'estomac, son péristaltisme et son mode d'évacuation, grâce à

l'emploi d'une substance opaque aux Rayons X, mais ce n'est que quelque temps après qu'on fit passer ce mode d'examen au service de la clinique. Depuis ce temps, on s'en est servi couramment pour établir l'existence des lésions déformantes de l'estomac.

Si nous examinons l'estomac, à l'état de vacuité presque complète, nous nous apercevons que la partie supérieure qui correspond à la grosse tubérosité est représentée sur l'écran *par une région claire en forme de poire*. Le reste de l'organe représente un tube dont les parois élastiques sont plus ou moins rapprochées les unes des autres. Chez cet estomac le pylore est situé sur la ligne médiane à mi-chemin entre l'appendice xiphoïde et le pubis. Le point le plus déclive de la grande courbure est à peu près au niveau de l'ombilic. Quand l'estomac est rempli, l'image projetée sur l'écran, est différente suivant que le sujet est examiné debout ou couché. Chez les sujets debouts, il nous apparaît comme un tube vertical ou légèrement oblique vers la droite, surmonté d'une ampoule gazeuse; à bords sensiblement parallèles et terminé par un segment horizontal ou légèrement ascendant. Cet aspect a conduit les radiologues à diviser l'estomac en trois parties, segment supérieur qui comprend la chambre à air et correspond à la grosse tubérosité, segment moyen correspondant au corps, et segment inférieur qui représente la région pylorique. La Chambre à air se trouve ainsi vis-à-vis la douzième dorsale, le pylore au bas de la 3ème lombaire. Le point le plus déclive qui est le bas-fonds de l'antra pylorique exceptionnellement le pylore lui-même se trouve à peu près au niveau d'une ligne réunissant les deux épines iliaques antéro-supérieures. Dans la position couchée, le corps prend une direction oblique, le pylore remonte d'un corps vertébral et passe à droite de la colonne, se portant ainsi au voisinage du rebord costal droit et de la vésicule biliaire. La poche à air disparaît et le repas envahit le segment supérieur. La description qui précède se rencontre habituellement dans la pratique chez un sujet par ailleurs normal et d'une taille moyenne. Cependant l'expérience ayant prouvé que la forme de l'estomac, avait des rapports étroits avec la conformation générale de l'individu, il faut s'attendre à trouver des variantes qui en dedans de certaines limites doivent être considérées comme normales. C'est ainsi que quelquefois le pylore lui-même sera le point le plus déclive et qu'alors, au lieu d'être vis-à-vis la 3ème lombaire il sera au niveau de la première ou de la deuxième; que la chambre à air sera petite et l'axe, au lieu d'être verticale sera légèrement oblique, donnant ainsi à l'ensemble

de l'estomac la forme d'une corne de boeuf à extrémité supérieure renflée et à extrémité inférieure effilée. La division de Schelesinger en quatre types principaux nous en donnera une illustration frappante.

Cet auteur se plaçant au point de vue de l'évacuation et de la forme, ramène les variantes à quatre types fondamentaux, qu'il appelle Hypertonique, Orthotonique, Hypotonique et Atonique. Le type le plus fréquemment rencontré est le type orthotonique, mais chacun de ces types peut être considéré comme plus ou moins normal, s'il est en harmonie avec l'habitus de son porteur, et s'il exécute son travail dans certaines limites. En un mot l'état normal de l'estomac dépend plus de son fonctionnement que de sa morphologie. Telles sont les principales données que la radiologie nous fournit sur la forme et la position de l'estomac. Comme on le voit, elles diffèrent quelque peu des idées antérieures, mais comme le dit Carman de la clinique Mayo on ne peut conclure que les anciennes descriptions sont fausses et que seul, l'estomac radiologique correspond à la réalité. Quoi qu'il en soit, il sera toujours très important d'avoir ces notions présentes à l'esprit afin d'en faire état lorsqu'il s'agit d'établir un diagnostic.

Physiologie

Nous dirons maintenant un mot de la physiologie gastrique.

La complexité des fonctions de l'estomac en font un organe attrayant quoique difficile à étudier, tant au point de vue physiologique que pathologique. Sa structure intime qui en fait principalement un organe sécréteur et moteur, sa double innervation qu'il partage avec d'autres organes situés à proximité ou à distance et qui le met en rapport avec le système nerveux central et le système de la vie végétative nous l'avait déjà fait pressentir. Avec les anciennes méthodes expérimentales, fistules gastriques, fistules duodénales, méthodes qui ne pouvaient être appliquées sans introduire de troubles dans le fonctionnement moteur, on parvint à établir un certain nombre de phénomènes qui ont soutenu l'épreuve du temps, et que les procédés cliniques et radioscopiques d'exploration ont confirmé, précisé, et élargi. C'est grâce à elles qu'on sait aujourd'hui que l'estomac secrète du mucus et du suc gastrique, que cette sécrétion est intermittente et sous la dépendance du système nerveux, en particulier de pneumo-gastrique. On a démontré en outre, que l'estomac à jeun ne contient pas de suc gastrique et que la sécrétion de ce dernier s'établit sous l'influence

de deux ordres de causes, dont l'une psychique provoquée par la seule vue des aliments et requérant l'intégrité du pneumo-gastrique, et l'autre appelée chimique, provoquée par l'excitation des terminaisons nerveuses, et apparaissant même après section du pneumo-gastrique. Tous les aliments ingérés n'ont pas une influence égale sur l'activité sécrétoire des glandes gastriques. Il est reconnu que c'est la viande qui, grâce à certains principes albuminoïdiques est l'agent le plus actif de la sécrétion. Certains auteurs admettent que les hydrates de carbone sont exito-sécrétoires à un haut degré. D'autres substances, comme le blanc d'œuf, n'auraient aucune action de ce genre ou, à peu de chose près. En plus, les graisses par l'action inhibitrice qu'elles exerceraient sur la sécrétion psychique, modifieraient considérablement la quantité du suc gastrique ainsi que sa puissance digestive. Nous pouvons donc conclure avec GLEY que la sécrétion gastrique s'adapte à l'alimentation et, qu'à la variété des aliments, correspondent les variations quantitatives et qualitatives du suc gastrique. Comme nous le savons tous, c'est grâce à ce suc dont il n'entre pas dans ce cadre d'étudier en détail la composition et l'action particulière des principes actifs, que certains aliments subissent dans l'estomac une série de transformations et sont réduits en une bouillie liquide avant d'être présentés à l'intestin, où se complète le processus de la digestion et où se passe le phénomène important de l'absorption. Suivant certains auteurs, au cours de l'acte gastrique de la digestion, l'estomac se diviserait en deux parties: supérieure, cardiaque, réservoir pour les aliments, qui y subissent l'action du suc gastrique; inférieure, pylorique, motrice. C'est le pylore en effet qui règle la sortie du chyme. La fonction motrice étant considérée aujourd'hui comme étant la plus importante, nous passerons brièvement en revue le mode de fonctionnement du pylore, tel que les divers moyens d'étude, tant expérimentaux que cliniques ou radioscopiques, nous ont permis de le comprendre.

Nous sommes aujourd'hui en possession de trois faits principaux, à savoir:—

1° que le pylore est l'aboutissant des ondes musculaires, parties de la grande courbure,

2° qu'il s'ouvre par éclipses,

3° que sa fermeture est due à l'arrivée du chyme acide dans l'intestin. C'est la radiologie qui a permis de décrire exactement les mouvements de la région pylorique, et la marche des contractions antrales qui précèdent l'évacuation du chyme.

Lorsque l'on examine en position verticale un sujet normal, on voit que les mouvements péristaltiques commencent dès l'ingestion des aliments. Ces ondes de contraction naissent vers le milieu de la grande courbure et progressent vers le pylore sous la forme d'un sillon qui se creuse de plus en plus; en même temps, apparaissent sur la petite courbure des ondes semblables, quoiqu'un peu moins profondes. Ces deux trains d'ondes finissent bientôt par circonscrire une portion tubulaire répondant au canal pylorique. Elles se succèdent à dix ou quinze secondes d'intervalle, suivant un rythme très régulier et mettent 20 à 30 secondes à se propager de leur point d'origine au pylore.

On a aussi décrit des mouvements antipéristaltiques d'ailleurs peu visibles et qui expliqueraient la remontée dans l'estomac de certaines substances, en particulier du suc pancréatique. Cette description cependant se trouvera plus ou moins en défaut, et on doit s'attendre à rencontrer quelques variantes suivant les types d'estomac, et chez le même estomac suivant la qualité et la quantité du repas ingéré, suivant aussi la position dans laquelle on examine le sujet. Pour ce qui regarde l'évacuation, le pylore ne se comporte pas de la même façon vis-à-vis de tous les aliments. Son ouverture et sa fermeture sont conditionnées par des excitations de deux ordres chimiques et mécaniques. Parmi les premières, mentionnons l'état physique des ingesta. Roux et Balthazar ont montré les premiers, par la radioscopie, que les liquides passent presque immédiatement dans le duodénum. D'autres auteurs ont montré par la méthode expérimentale, l'influence de la concentration moléculaire des solutions; les solutions isotoniques déterminant l'ouverture périodique du sphincter et s'évacuant très rapidement. Les solutions hypertoniques moins rapidement que les hypotoniques. Quant aux corps solides, ils s'évacuent beaucoup moins rapidement. Comme dans les deux cas, le péristaltisme existe, et que l'évacuation est différente, il faut donc, en outre de la force des contractions et de l'état physique des ingesta faire intervenir l'influence des excitations chimiques de ces derniers. Nous entrevoyons déjà une différence dans la durée de l'évacuation suivant la composition des aliments. En effet, une quantité égale d'aliments albuminoïdes, hydro-carbonés et gras, se présentant sous une forme identique et ingérés séparément, ne s'évacuent pas de la même manière. Les hydrates de carbone sont évacués très vite, les albuminoïdes à l'exception du blanc d'oeuf ne commencent à passer dans le duodénum qu'après une demi-heure, et leur évacuation n'est complète qu'après 3½ à 4 heures. Les graisses sont les substances qui

mettent le plus de temps à franchir le pylore. Si on mélange ensemble ces divers aliments, l'évacuation est modifiée. D'après CANNON, si on fait ingérer d'abord les hydrates de carbone et ensuite les albuminoïdes, la présence de ceux-ci ne retarde pas le passage rapide de ceux-là. Au contraire, les albuminoïdes s'ils sont ingérés les premiers, provoquent un ralentissement marqué dans l'évacuation des hydrocarbures. Quand, enfin, on donne un mélange en parties égales d'albuminoïdes et d'hydro carbonés, l'évacuation se fait plus rapidement que dans le cas d'albuminoïdes seuls, mais moins vite que dans le cas d'hydro-carbonés seuls. Les graisses prolongent aussi le séjour des aliments quels qu'ils soient. La raison de cette ouverture plus ou moins fréquente du pylore tient dans une action réflexe. L'action inhibitrice de l'HCL libre sur la musculature du pylore. Aussitôt cependant que le chyme acide arrive en contact avec la muqueuse duodénale, il se produit une action inverse, la fermeture du pylore. Mais cette action inhibitrice duodénale inverse de la première, est intermittente, puisque le chyme acide est progressivement neutralisé par les sécrétions alcalines biliaires et pancréatiques déversées dans le duodénum, et ce n'est que lorsque la neutralisation est complète que se fait une nouvelle ouverture. Une telle conception du fonctionnement pylorique rend bien compte de la rapidité plus ou moins grande de l'évacuation gastrique selon la nature des aliments. Il semble donc acquis que le duodénum soit le point de départ des réflexes aboutissant à l'ouverture et à la fermeture du pylore. Si à ces divers facteurs nous ajoutons l'influence considérable qu'exerce le système nerveux sur la sécrétion du suc gastrique et sur le jeu du sphincter pylorique, tant par excitation psychique que par excitation réflexe, et que la radioscopie a permis jusqu'à un certain point d'étudier, nous aurons une idée sommaire de la complexité du phénomène qu'est le fonctionnement d'un estomac, même à l'état normal. En résumé, quand nous examinons un estomac à l'écran radioscopique, nous obtenons des renseignements très importants sur sa morphologie, forme, situation, direction, grandeur, contours, flexibilité, mobilité, rapports. D'un autre côté, nous en obtenons de non moins importants sur la manière dont il se comporte au point de vue fonctionnel, tonicité, révélée par le mode de remplissage, sécrétion, péristaltisme, mode et durée d'évacuation, sensibilité.

Si la radiologie a contribué pour une large part à préciser certains points d'anatomie et de physiologie, quels services n'a-t-elle pas rendus et n'est-elle pas appelée à rendre dans le domaine de la

pathologie. Sans aucun doute, bien que jusqu'à aujourd'hui, on l'ait employée presque exclusivement au diagnostic des lésions déformantes ou chirurgicales de l'estomac, on la fera servir de plus en plus à l'étude de gastrophathies ressortissant à la médecine, et constituant le domaine à peu près le plus embrouillé de la pathologie.

Pathologie

Les difficultés que chacun éprouve à porter un diagnostic précis en face d'une affection à symptomatologie gastrique, se comprennent facilement si l'on se rappelle la complexité des fonctions de l'estomac, muqueuse et musculuse à la fois, son innervation qui la met en relation avec les différents centres nerveux de la base du crâne, avec les organes thoraciques et les organes abdominaux. Ceci fait de l'estomac un centre important de réflexes, de sorte qu'outre les affections qui lui sont propres, il y a la masse des fausses gastropathies, affections d'apparence locale et qui constituent en réalité le plus souvent, comme le dit Gaston Lyon, les éléments de syndrômes morbides, qui se rattachent par des liens étroits aux maladies de la nutrition, à celles des glandes à sécrétion interne, à celles du système nerveux et aux diverses infections chroniques. Parmi les vraies gastropathies, nous comprendrons l'ulcère et ses complications, sténose et biloculation, les diverses tumeurs bénignes et malignes, la syphilis, la tuberculose. Dans cette catégorie, la radiologie peut confirmer un diagnostic hésitant dans un fort pourcentage de cas. Pour ce qui est du second groupe, si elle ne peut établir de diagnostic précis, elle aura du moins l'avantage d'éclairer le médecin sur l'état fonctionnel gastrique.

Des affections gastriques bien constituées du premier groupe, l'on peut dire qu'à peu de chose près, elles se manifestent toutes par des signes radiologiques différents, ce qui n'est pas toujours le cas au point de vue symptômes cliniques. Ces signes sont de deux sortes : directs et indirects. Les premiers sont plutôt morphologiques, les seconds fonctionnels, tantôt ils seront associés, tantôt les seconds seuls existeront suivant l'âge, l'étendue, la gravité et le siège de la lésion. Ainsi donc, lorsqu'à un endroit quelconque du contour gastrique, nous voyons une projection ou image diverticulaire, nous portons avec certitude le diagnostic d'ulcère. Si au contraire nous voyons une image lacunaire à bords irréguliers, toujours identique à elle-même, nous sommes en droit de diagnostiquer tumeur intragastrique. Dans ces cas, il est presque impossible de ne pas porter un diagnostic certain, il n'en est plus de même lorsqu'on se trouve en présence de lésions,

au début intéressant spécialement la muqueuse et peu ou pas la musculuse, lésions qui ne se manifestent que par des signes fonctionnels: hypersécrétion, hypermotilité, hypertonicité, hyperpéristaltisme, spasme, hypomotilité, myasthénie, etc. Ici, la difficulté de porter un diagnostic se pose avec acuité, et c'est alors qu'en présence d'une histoire clinique souvent en contradiction avec les signes radiologiques, l'examineur après s'être enquis rapidement de l'état des poumons, du coeur et du diaphragme, ce qu'il doit toujours faire, se demande s'il est réellement en présence d'une gastropathie primitive réelle, ou si les symptômes gastriques ne sont pas simplement l'écho d'une affection localisée ailleurs; vésicule biliaire, intestin, appendice, rein, etc. et susceptibles de se manifester par des symptômes identiques. Dans ces cas, la clinique reprend tous ses droits, qu'elle ne perd jamais d'ailleurs, et c'est à elle ou à la laparatomie exploratrice à dire le dernier mot. Cependant, lorsqu'à ces signes fonctionnels viendra s'ajouter un élément morphologique traduisant une lésion même minime de la musculature, la radiologie pourra suggérer fortement l'existence d'une lésion pariétale, sans pour cela inférer de la nature de cette dernière, ulcer ou cancer, et permettre ainsi une intervention opportune, surtout lorsqu'il s'agit de cancer au début.

Il n'entre pas dans le cadre de cette causerie d'entreprendre le parallèle entre les divers modes d'examen de l'estomac, d'étudier en particulier les signes radiologiques des diverses affections gastriques, ni de montrer l'influence qu'a exercée la radiologie dans l'acquisition des idées nouvelles sur la dilatation d'estomac de Bouchard et sur la dyspepsie flatulente. J'ai laissé volontairement de côté aussi, les affections de l'oesophage et de l'intestin, dans lesquelles la radiologie peut rendre de réels services pour montrer l'existence ou le siège de lésions telles que sténose, diverticulum, ulcère, cancer, obstruction, appendicite, préférant demeurer sur le terrain de l'anatomie et de la physiologie gastrique. Un travail de ce genre, bien que très long et très difficile aurait été très intéressant, mais le temps m'a manqué pour l'entreprendre et aussi la compétence.

J'espère du moins dans ces quelques lignes avoir intéressé quelque peu messieurs les médecins et chirurgiens, en rappelant à leur souvenir que la radiologie, dans le domaine modeste où elle évolue, se trouve quelquefois sur leur chemin pour leur prêter main-forte.

Un Cas de Pleurésie Médiastine

Permettez-moi, en guise de travail scientifique, de vous faire part d'une observation de pleurésie médiastine.

E. B., âgé de 30 ans, est pris le 26 mars 1920 de fièvre intense, courbature, toux légère, expectoration minime de crachats épais, visqueux, sans trace de sang, avec douleur très vive dans l'épaule gauche. Le malade était alors dans un *camp* dans le bois. Le médecin qui le vit les jours suivants trouva une température de 102°, l'examen de la poitrine ne révéla, dit-on, rien d'anormal à ce moment, et en présence de cette douleur localisée à l'épaule, il pensa à du rhumatisme et institua une médication *ad hoc*.

Neuf jours durant, la maladie présenta la même allure, sauf que la douleur dans l'épaule s'amenda et fut remplacée par une douleur dans la région sous-claviculaire gauche.

Le malade se fit transporter chez lui le 3 avril, et je le vis pour la première fois ce jour. Température 103°, pouls 116, respiration 24, la toux est légère et le malade expectore des crachats visqueux et non rouillés. Le malade accuse une grande douleur dans la région antérieure de la poitrine, et les points les plus sensibles sont les articulations sterno-costales des 3ème, 4ème, 5ème et 6ème côtes à gauche; la poitrine est légèrement bombée. Le coeur est normal quoique la pointe batte à deux travers de doigt à droite de la ligne mamelonnaire, ce qui indique déjà une légère déviation; l'espace de Traube est sonore; aucun signe d'auscultation en arrière; une zone de submatité de la grandeur de la paume de la main un peu à droite du sternum, vis-à-vis les 4ème, 5ème et 6ème cotes. Tout semble normal du côté des autres organes.

Le 4 avril, Temp. 100°; P. 96; resp. 24. Même apparence, mêmes symptômes, sauf que la douleur envahit le côté droit du sternum. Rien d'anormal dans les côtés ni en arrière de la poitrine.

Le 5 avril, Temp. 99°; P. 84; resp. 24. Même tableau, excepté que je remarque une voussure de forme oblongue orientée dans le sens des espaces intercostaux, au niveau des 4ème, 5ème et 6ème cotes à droite du sternum. Cette tumeur n'est que rémittente et très sensible.

Le 6 avril, Temp. 103°; P. 116; resp. 26. Même tableau. La tumeur est franchement fluctuante et mate. En pressant cette tumeur on la dégonfle en refoulant le liquide. Quand le malade est couché, elle est plus volumineuse que lorsque le malade est assis.

Le 7, Temp. 103°.5; P. 120; resp. 26. Même tableau. Je tente sans résultat une ponction exploratrice. Je conseille l'intervention; le malade s'y refuse obstinément.

Le 8, le malade absorbe de lui-même une forte dose de sulfate de magnésie, bien qu'il ait eu tous les jours des selles régulières. Après trois heures, débâcle considérable par l'intestin d'un liquide jaunâtre, contenant, dit-on, des grumeaux; le liquide au début est épais et d'une odeur repoussante. La première expulsion donne un plein vase de nuit. Dans le cours de la journée, le malade a plus de vingt selles, toutes de même nature, à même odeur, sauf que les dernières, moins copieuses, sont composées d'un liquide plus clair et plus aéré. La quantité émise en tout représenterait 3 vases de nuit remplis.

Le 9, Temp. normale, pouls 72, Le coeur bat dans la ligne mammaire; faciès très bon, respiration normale. Le malade se sent guéri. Mais en médecine, il faut se garder de vaines illusions. Aussi j'avertis mon malade que, sans le lui souhaiter, il lui arrivera malheur s'il persiste à refuser l'intervention. Cet état d'amélioration se maintient toute la journée du 10 avril.

Le 11 au soir la température recommence son ascension, en même temps que la voussure presternale reparait ainsi que la dyspnée. Le 12 au soir la température a atteint 103°, avec un pouls de 120 et une respiration de 26. Le malade est très abattu, et de lui-même il demande d'être opéré.

Le lendemain, je le conduis à l'Hôtel-Dieu de Québec, où il fut examiné dans le service de médecine et dans le service de chirurgie. 3 ponctions faites dans la voussure restèrent sans résultat, excepté la troisième, qui laissa sourdre à la suite du retrait de l'aiguille, une goutte de pus épais et verdâtre.

On procéda à l'incision de cette voussure qui laissa écouler une très grande quantité de pus, dont les agents microbiens étaient les streptocoques et les staphylocoques. Le doigt introduit dans la poche permit de trouver une ouverture de communication avec le médiastin à deux travers de doigt à droite du sternum, dans le 4ème espace intercostal. Les jours suivants la température resta élevée, ainsi que persistait la dyspnée.

Quinze jours durant, le malade élimina de grandes quantités de pus par le drain et toussa beaucoup, malgré de fortes doses d'opium pour calmer la toux. A la fin d'avril, il put se lever et quitter l'hôpital pour retourner à la campagne, refaire au grand air ses forces épuisées par cette suppuration intense. A ce moment, il faisait encore un peu de fièvre; il avait une légère oppression avec un peu de toux. Ces symptômes persistèrent une dizaine de jours, pendant que le malade développait dans sa jambe droite un abcès à distance, lequel fut incisé et après l'ouverture de cet abcès, tout rentra assez rapidement dans l'ordre, et le malade recouvrit assez vite sa vigueur ancienne.

L'histoire de ce malade, que j'ai exposée assez longuement, est intéressante à plusieurs points de vue, et devra donner lieu à une discussion scientifique qui sera certainement intéressante à entendre. Permettez-moi d'ajouter quelques commentaires. Cette maladie a évolué très rapidement, si l'on se rappelle que dès neuf jours après le début, la collection purulente s'était déjà fait un chemin à travers le 4ème espace intercostal et était palpable à l'extérieur. Le début de cette maladie par une très grande douleur dans l'épaule droite, était bien de nature à dépister le diagnostic pour celui qui n'était pas sur ses gardes. Tout de même, en nous rappelant que "le plexus cervical qui se prolonge par le phrénique jusqu'au dôme du diaphragme en longeant à gauche surtout le péricarde et la plèvre, où il provoque des douleurs particulières dont les irradiations s'éloignent sensiblement du siège principal de la maladie", (1) en ayant, dis-je, présente à la mémoire cette particularité anatomique de l'innervation de la région médiastine, le médecin pouvait à bon droit dépister dès le début le siège de la maladie, bien qu'à ce moment, la symptomatologie d'ensemble fut assez obscure.

Mais ce qui pour moi constitue le maximum d'intérêt de cette observation, c'est l'évacuation par voie intestinale de la collection purulente du médiastin. Ce phénomène est certes étonnant et, après avoir revu le traité de Pathologie Interne de Dieulafoy et ses célèbres cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu de Paris, je n'ai rien trouvé de relaté de cette façon.

Par quelle voie le pus a-t-il pu communiquer avec le tractus intestinal? Vraisemblablement après avoir perforé le diaphragme, le pus a pénétré dans le duodénum pour s'acheminer à l'extérieur. Ce phénomène, à mon avis, aurait remplacé la vomique des pleurésies purulentes de la grande cavité. Chose étonnante encore, c'est que cette fausse route s'est refermée, et que la collection purulente s'est à nou-

veau refaite dans le médiastin pour réapparaître une autre fois à la face antérieure de la poitrine et ensuite s'éliminer définitivement par l'ouverture faite par le chirurgien.

Ensuite vous avez noté qu'à chaque fois que le pus se faisait un chemin quelconque vers l'extérieur, la température baissait et que le malade ressentait du bien-être. Il en fut ainsi quand le pus se montra sous la peau à la face antérieure de la poitrine; de même, et d'une manière plus prononcée quand eut lieu l'évacuation par l'intestin, et enfin quand l'abcès fut ouvert par le chirurgien. L'explication de ces chutes de température serait, à mon sens, la fameuse théorie du "vase clos" de Dieulafoy. En effet, à chaque fois que la cavité purulente fermée, s'ouvre par un mécanisme quelconque, la résorption des toxines secrétées par les microbes, diminue ou cesse, et la chute de température s'en suit. Dès l'instant où la cavité se referme, la résorption des toxines recommence et le malade fait une nouvelle poussée fébrile.

Notons encore que la symptomatologie présentée par ce malade ne ressemble guère à celle décrite par les auteurs. Sauf la dyspnée qui ne fut jamais des plus intense, nous n'avons aucunement constaté de signe de compression de l'oesophage ni des nerfs pneumogastrique ou sympathique. Il y eut absence partielle des signes d'auscultation usités en ces cas, sauf de la matité dans la région sternale; peu de jours après le début, la déviation de la pointe du coeur, commença d'éclairer la situation.

Notons enfin l'apparition d'un abcès à distance alors que le malade reprenait vigueur et se remettait de cette infection.

Vous admettez, messieurs, qu'une telle aventure médicale m'ait apporté bien des inquiétudes. Aussi serais-je heureux d'entendre l'opinion de mes confrères sur ce cas intéressant, et établir quel aurait été le meilleur traitement à faire, je veux dire de l'incision simple de la poche purulente ou de la costotomie large.

Docteur Omer E. DESJARDINS.

Pont St-Maurice

Mai 1921

Notes pour l'Histoire de la Médecine au Canada

Les Chirurgiens de Montréal au XVII^e Siècle

Sur les chirurgiens de Montréal au dix-septième siècle, nous avons déjà publié, dans *L'Union Médicale* du mois de juin 1917 les notes que nous avons alors recueillies. La poursuite de nos fouilles, nous met en mesure d'ajouter de nouveaux noms et de nouveaux renseignements qui complètent (pour le moment) l'article paru il y a quatre ans.

1658-1663—DUBOIS.—Le 7 mars 1660, au mariage de Jacques Millots avec Jeanne Hébert est présent le chirurgien Dubois. Plus tard, lorsque le tabellion de Ville-Marie dresse l'inventaire des biens de feu Léger Aguenier, 9 janvier 1664, un item nous apprend que le décédé devait "8 livres à la succession de défunt sieur Dubois, chirurgien." Celui-ci est donc mort entre 1660 et 1664 et comme son nom n'est pas au registre de Notre-Dame, Dubois pourrait bien avoir été tué par les Iroquois.

Par ailleurs, dans un acte de Basset du 15 septembre 1658, un *Duboi* appose sa signature à côté de celle de Dollard des Ormeaux.

1661.—JEAN GAILLARD. Nous avons déjà signalé que Gaillard était à Montréal de 1661 à 1667 et qu'on perdait sa trace ensuite. Mais voilà que treize ans plus tard, dans un acte de Mauge, (2 décembre 1680) il est question d'un "Louis Gaillard, chirurgien, depuis longtemps parti du pays et tenu pour mort ou péry." Ce disparu avait laissé une maison à Ville-Marie et on venait de la "vendre juridiquement à Charles Le Moyné". A ce moment, un sieur André Trajot, cousin de l'absent et son seul héritier connu, se présente pour recueillir sa succession. Il a l'assentiment du supérieur du Séminaire de Montréal qui est aussi le représentant des seigneurs de l'île. Trajot eut gain de cause et reçut le prix de la maison 357 livres et deux sous. Jean Gaillard et Louis Gaillard ne sont-ils pas un seul et même individu? Il portait deux prénoms, ou bien le notaire ou l'héritier a fait erreur.

1665-1694.—ANDRE RAPIN DIT LA MUSETTE. Il est présent à un mariage le 8 mars 1666. Né en 1640, dans le diocèse de Luçon, en Poitou, il épouse Clémence Jarry, à Montréal, le 25 novembre 1669. Il fut attaché à l'Hôtel-Dieu, de 1679 à 1686. Durant

son service, il demeurait au coin sud-ouest des rues Saint-Jacques et Saint-Pierre. Par la suite, il alla habiter à Lachine, où il fut inhumé en décembre 1694.

1669.—ANTOINE FORESTIER. Il est mentionné dans un acte sous seing privé du 6 avril 1669 et, l'année suivante, il épouse Mademoiselle Le Cavalier.

Forestier fit du service à l'Hôtel-Dieu dès 1681, ainsi que Martinet de Fonblanche, comme nous l'avons déjà dit. Entre autres détails nouveaux, sur son compte, mentionnons ceux-ci. Forestier fit établir par le tribunal, le 24 avril 1711, que les officiers des troupes n'avaient droit d'être traités gratuitement que pendant leur séjour à l'hôpital. Hors de là, ils devaient payer des honoraires, comme les autres patients.

Ce chirurgien, a fait usage de trois sceaux différents. Le premier qu'il appose en 1673, est indéchiffrable; le second, (1694), représente un coeur percé d'une flèche et surmonté des lettres H. B. ; enfin, le troisième (1703), consiste en une empreinte de la lettre F adextrée en chef d'une étoile.

1670.—MICHEL GAMELIN DIT LAFONTAINE. Il épouse Marguerite Crevier aux Trois-Rivières, non pas en 1663, comme le dit Tanguay, mais vers le 16 novembre 1661 (1). D'après les archives de l'Hôtel-Dieu, il aurait été attaché à cette institution entre 1670 et 1674.

Gamelin mourut avant 1683, car en cette année, sa veuve convole une troisième fois.

1677.—MICHEL DE SIRSSÉ DIT SAINT-MICHEL. Le 20 août 1677, "Michel de Siressé, sr de Saint-Michel" qui signe "Michel de Sirssé", chirurgien demeurant à Montréal, achète de Jean Raynaud dit Planchard, une terre de 40 arpents, sise à la côte Saint-Jean, pour le prix considérable de 1125 livres. En plus, l'acheteur s'engage à payer 30 livres pour les "épingles" de la dame Raynaud et à "trois années de service de chirurgie pour la barbe et la seigneurie seulement dudit vendeur, sa femme et enfans... en leur maison à la Pointe-aux-Trembles." Dans un document judiciaire de la même année, ce personnage est désigné dans ces termes: "Michel de Sircay,

(1) Date du contrat de mariage dressé par S. Ameau. M. Léandre Lamontagne nous signale que Marguerite Crevier avait épousé, auparavant, Jacques Fournier, mais que ce mariage fut annulé. Fournier se maria de nouveau en 1663. Voir Tanguay, I, 239 et 250, puis IV, 85 et 165. Erronément à cette page elle est dite veuve de Jacques Fournier.

chirurgien et valet de chambre de Mgr le gouverneur Perrot." Voilà tout ce que nous avons trouvé.

M. L. Lamontagne est d'avis que la carrière de ce chirurgien ne finit pas là. Mgr Tanguay, prétend-il, s'en est occupé en quatre endroits de son dictionnaire et chaque fois sous un nom différent.

Au vol. I, p. 188, le maître généalogiste mentionne François de Sircé dit Saint-Michel et à la page 554, François Saint-Michel. Au vol. III, p. 83, on trouve François Circé, puis au vol. VII, p. 227, François Saint-Michel et Cyr dit Saint-Michel.

Peu de colons ont eu autant d'honneur.

Ce François Sircé ou Circé dit Saint-Michel qui se marie à Québec en 1680, avec M.-Madeleine Berthelot est-il bien le Michel Sirssé, sr de Saint-Michel de Montréal?

En tout cas, si c'est le même, on ne peut nier que ce fut un nomade. Il n'y a qu'à relever les actes de baptême de ses quinze enfants pour apercevoir qu'il ne moisissait pas en place: il y en a dans les registres de Québec, dans ceux de la Pointe-aux-Trembles de Québec, de Batiscan, de Bécancour, de Sorel et de l'Ile-du-Pas. Par la suite, cette famille se disperse dans la région de Montréal et les descendants adoptent le nom de Circé.

1677.—JEAN LA PLANCHE. Jean (de) la Planche, fils d'un chirurgien de la Flèche, en Anjou, épouse aux Trois-Rivières, le 6 octobre 1675, la veuve Judith Rigaud. Trois mois plus tôt, il avait fait dresser son contrat de mariage à la Rivière Manereuil. Ce contrat fut déposé dans le greffe d'Adhémar, l'année suivante.

Le 21 février 1677, Basset nous apprend que le chirurgien La Planche est rendu à Montréal. Son séjour, en cette ville, fut accompagné de graves ennuis. Judith Rigaud, originaire de Saint-Jean d'Angely avait épousé en 1654, François Le Maistre dont elle eut 8 enfants. Au mois de janvier 1667 elle avait convolé avec Jean Terrien qui lui donna trois enfants. En 1675, elle se maria en troisième noces avec le chirurgien La Planche. Ces unions successives ne l'avaient pas assagi, car en 1679, elle est arrêtée sous l'accusation d'avoir déserté le foyer conjugal et de vivre maritalement avec un nommé Pierre Cavelier, au scandale de la population montréalaise.

1680.—GILLES MARIN. Dans un acte de Maugue, 9 janvier 1680, on voit que "Gille Marin, chirurgien", est présent et qu'il signe. Il est alors domicilié à la Pointe-aux-Trembles.

1682.—ANTOINE BARROIS. Fils d'un chirurgien du diocèse

de Bourges, en Berry, il épousa, à Montréal, le 12 janvier 1672, Anne LeBer, nièce de Jacques LeBer de Senneville, et cousine de la fameuse recluse Jeanne LeBer. Dix ans après (16 novembre 1682), lorsqu'il vend sa terre à Laprairie, le notaire Maugue donne à Barrois, la qualité de maître-chirurgien.

1682.—JEAN BOUVET DE LA CHAMBRE. Né en 1641, il épousa à Québec, en 1673, Madeleine Bidquin dont il eut une fille. Le notaire Maugue, le 8 août 1682, rédige un acte par lequel François Bordet, de Chambly, reconnaît devoir 30 livres au sieur Bouvet de la Chambre, devenu maître-chirurgien à Saint-Ours, "pour médicaments, oeuvres de chirurgie et alimens fournis."

1686.—NICOLAS SAMUS. Né en 1656, dans le diocèse d'Amiens, le chirurgien Samus, épouse Marie-Anne Gautier, à Boucherville, le 25 février 1686. Moins de deux ans après, on l'enterrait au même endroit (12 janvier 1688). A cette date, Samus avait déjà vu mourir sa femme et sa fille unique. Toute cette famille s'éteignit en quelques mois.

1687.—JEAN MICHEL, SIEUR DE SAINT-MICHEL. Etant chirurgien-major du Fort Saint-Louis, il épousa, à Lachine, Jeanne, fille du sergent Michel André, le 11 février 1687. Comme il n'y avait pas de notaire, il ne fit rédiger son contrat de mariage que le 18 avril suivant à Montréal, (Maugue). Michel était originaire du diocèse d'Agen.

1688.—MARIEN TAILHANDIER DIT LA BEAUME. Fils d'Antoine Tailhandier, procureur de la justice de Masaye, en Auvergne, il épousa à Boucherville, le 8 janvier 1688, Madeleine Baudry, veuve de Jean de Puibarau. Lors de son mariage, il était soldat et chirurgien de la compagnie de M. Danerau de Muy. A ses occupations, il ajouta, en 1699, la charge de notaire de Boucherville restée vacante par la mort de Michel Moreau. Mieux que cela, le 25 juillet, 1699, il devenait juge du tribunal seigneurial de sa localité. Ces fonctions diverses ne l'empêchèrent pas d'exercer son "art de chirurgie", ainsi qu'en témoignent les documents de 1691 et de 1725.

1689.—DOMINIQUE THAUMUR DE LA SOURCE. Né en 1663, il épousa, à Montréal, le 25 août 1689, Jeanne Prudhomme. En 1693, il acquiert un emplacement, rue Saint-François-Xavier, côté est. Les archives de l'Hôtel-Dieu ne le mettent au nombre des chirurgiens de l'institution qu'entre 1699 et 1705. Néanmoins, le docteur Sarrazin le porte sur son testament en 1692.

Thaumur de la Source est mort en mai 1711. Son fils, Antoine-

René, né en 1692, fut ordonné prêtre en 1717, et sa fille, Louise-Thérèse, née en 1706, fut la deuxième soeur qui se joignit à dame Youville pour l'aider dans son oeuvre.

1689.—N. GASTRIN. D'après les archives de l'Hôtel-Dieu, il appert qu'un chirurgien nommé "N. Gastrin" aurait été attaché à l'hôpital durant les années 1689 à 1695. Nous n'avons trouvé ce nom nulle part ailleurs et ce qui est plus étrange c'est que le docteur Sarrazin n'en parle pas dans son testament de 1692.

M. Léandre Lamontagne nous soumet que ce *Gastrin* pourrait être le chirurgien Nicolas Cadrin ou Catrin (Tanguay, I, 98). Mais entre 1689 et 1695, Cadrin fait baptiser trois enfants à Québec! Comment accorder cela?

1690.—JEAN-BAPTISTE MAUBLANT, SIEUR DE SAINT-AMANDS. Le 20 mai 1690, l'abbé Dollier de Casson donne une concession au sieur Maublant, chirurgien, et à Etienne Chanceret, cloutier. Deux jours après, le notaire Maugue dresse un acte de société de tous biens entre lesdits concessionnaires. Ils possédaient alors, conjointement, une maison sise rue Saint-François-Xavier, côté est, vis-à-vis la rue Saint-Sacrement. (Terrier de Montréal, no 136.)

L'année suivante, 21 octobre 1691, Chanceret se désintéresse de la société et donne quittance à Maublant. Ce dernier eut l'honneur l'être l'un des trois chirurgiens à qui le docteur Sarrazin voulut léguer ses livres de chirurgie, en 1692. Pour une raison qu'on ignore, Maublant vendit sa maison au mois de décembre 1695 et l'on perd ensuite sa trace.

1691.—JEAN RABY. Le 21 août 1691, "Jean Raby, maître-chirurgien, demeurant à Montréal, de la compagnie de M. le marquis de Crisafy et de son agrément" fait dresser, devant Maugue, son contrat de mariage avec Elisabeth Richomme, veuve de Robert Desmarès, mais le mariage n'eut pas lieu. Par exception, le notaire n'a pas indiqué les noms des parents du futur. Avec ces renseignements, nous aurions pu savoir si ce chirurgien avait quelque lien de parenté avec un Jean Raby qui, six ans après, se marie à la Rivière-Ouelle.

1692-1716.—J.-B. LeRICHE DIT LASONDE. Chirurgien et sergent de la compagnie de M. des Bergères, il était à Montréal en 1692, puisqu'il est mentionné dans le testament du docteur Sarrazin voir ci-après). Il fut attaché à l'Hôtel-Dieu de 1694 à 1698. En l'année 1701, le 25 août, il épousa Jeanne-Elisabeth Desmarès, puis alla s'établir à Repentigny. Il finit sa carrière au mois de novembre 1716 et fut inhumé à Montréal.

Le Riche était fils d'un pharmacien d'Aix, en Provence.

1692.—MICHEL SARRAZIN. Ce savant fameux a sa place dans l'histoire de Montréal par deux faits que nous avons déjà signalés. Rappelons-nous brièvement sa carrière en puisant dans la biographie que lui a consacrée Mgr Laflamme (Mem. Soc. Roy. 1887). Né à Nuits, en Bourgogne, en 1659, il passa au Canada, en 1685. Le 12 novembre 1686, on le nommait chirurgien-major de Québec. Au mois d'août 1692, étant à Montréal, il tomba gravement malade et dut s'aliter à l'Hôtel-Dieu. Se croyant en danger de mourir, il fit un testament dont nous avons donné le texte dans *L'Union Médicale* du mois d'août 1920 (p. 418).

En 1694, Sarrazin retourna en France pour compléter ses études et refaire sa santé. Il revint en 1697 avec le titre de médecin du roi. Ensuite, il devint médecin en chef du Canada, le 14 mai 1699; il est nommé correspondant de l'Académie des sciences de Paris, en 1699; membre du Conseil supérieur de la Nouvelle-France, en 1707. Il s'éteignit à Québec, le 7 septembre 1734.

Dans le testament auquel on réfère ci-dessus, il léguait ses livres de chirurgie à ses confrères montréalais: Thaumur de la Source; Maublant de Saint-Amands et LeRiche dit la Sonde qui, sans doute, l'assistaient dans sa maladie.

1699.—JEAN GUICHARD DIT LA SONDE. Chirurgien et soldat de la compagnie de M. de Louvigny, originaire du diocèse de Chartre, en Champagne, il épouse, en 1699, Marguerite Gerbaut. Il meurt en 1743 et sa femme, en 1748. Nous ne savons s'il a exercé son art.

E.-Z. MASSICOTTE,

Membre de la Société Royale.

Directeur du Bureau des Archives de Montréal.

Société Médicale des Trois-Rivières

SEANCE DU 8 AVRIL 1921.

M. le docteur Renaud traite "des chocs et brûlures électriques", et relate deux cas très intéressants.

M. le docteur Normand, vice-président du Collège des Médecins, donne un résumé des délibérations du Conseil de Discipline au sujet des poursuites pour trafic des drogues, et attire l'attention des membres de la Société sur la portée réelle de la loi fédérale des narcotiques et aussi sur les moyens employés par les agents du gouvernement pour surprendre les médecins.

La question des modifications à faire au tarif pour le détailler, afin de répondre au Registraire, est mise de côté, le rapport du comité nommé à cette fin, n'étant pas agréé par les membres présents et on décide de maintenir le tarif tel que rédigé.

SEANCE DU 13 MAI 1921

Le docteur O. Desjardins rapporte l'observation d'un "cas de pleurésie du médiastin". (Voir plus haut).

Le Dr C. A. Bouchard relate l'histoire d'un cas de tumeur dite stercorum ayant nécessité la résection d'une partie du côlon.

Ces deux travaux soulèvent une discussion intéressante.

Le président, M. le Dr O. Tourigny, fait rapport qu'à une dernière réunion de la Chambre de Commerce locale, il a réussi à faire laisser sur la table un rapport au sujet de la question de l'aqueduc des Trois-Rivières. C'est déjà une victoire, et le Président espère que la Chambre de Commerce tiendra compte de la position prise par la Société Médicale des Trois-Rivières sur cette question.

SEANCE DU 10 JUIN 1921

I. Lecture du Procès-verbal de la dernière réunion—Adopté.

II. Le Dr J.-O. Bélisle présente un travail sur "le rhumatisme articulaire aigu". Une intéressante discussion s'en suivit où l'on parla surtout des traitements employés: salicylate de soude, phylacogènes (P.D.), onctions sur les articulations et massage à l'eau chaude sur les articulations. On souligne l'importance du salicylate comme préventif des complications cardiaques.

Le Dr O. Tourigny, président, fait l'allocution de circonstance avant de procéder aux élections des officiers. Le résultat de l'élection est comme suit :

Président: Dr J. H. Leduc; Vice-Président: Dr. Gélinas; Secrétaire: Dr. O. Desjardins.

Le président sortant de charge est nommé président-honoraire.

Des remerciements sont votés aux officiers dont le terme vient de finir.

Le Secrétaire donne lecture de son rapport annuel (voir ci-après.)

Il est ensuite unanimement résolu que le tarif actuel soit intégralement maintenu en vigueur dans l'avenir et que copie de cette résolution soit adressée à tous les membres de la Société.

M. le Président, le Dr. O. Tourigny, au nom des membres de la Société, présente à Messieurs les Drs L. P. Normand et C. DeBlois, ses félicitations à l'occasion du titre honorifique que vient de leur décerner Sa Sainteté Benoît XV en les créant Commandeurs de l'Ordre de St-Grégoire le Grand.

MM. les Drs Normand et DeBlois remercient la Société de cette marque d'estime.

M. le Dr Beaudry souligne la récente nomination du Dr Normand à la vice-présidence du Bureau Médical du Canada et exprime au nouveau titulaire les bons sentiments des membres de la Société à ce sujet.

Docteur O. E. DESJARDINS, *Secrétaire.*

* * *

RAPPORT PRESENTE PAR LE SECRETAIRE (*Extraits*).

Au cours de la dernière séance le Dr C. Bouchard lut un rapport détaillé des activités médicales et para-médicales de la Société au cours de l'année 1920-1921.

D'après ce rapport il y eut treize séances et les travaux scientifiques suivants furent présentés :

Les maladies de la peau.....Dr E.-F. Panneton
Les moyens de refaire sa santé.....Dr C. DeBlois
Affections chirurgicales de l'abdomen..Dr L. P. Normand
La grossesse extra-utérine.....Dr Gélinas
L'appendiciteDr Darche
Placenta præviaDr Collin
Accidents du travail.....Dr Cross

L'Eclampsie	<i>Dr Beaulac</i>
Syphilis et Blennorrhagie.....	<i>Dr Malouin</i>
Anesthésie au protoxyde d'azote.....	<i>Dr A. Achpise</i>
La Théorie de la corde mésentérique dans la dilatation de l'estomac	<i>Dr A. Achpise</i>
Rayons X et Fractures.....	<i>Dr Beaudry</i>
La Neurasthénie	<i>Dr O. Tourigny</i>
L'Ophtalmie purulente	<i>Dr A. Panneton</i>
La Prostatite chronique au point de vue du praticien..	<i>Dr C. Bouchard</i>
Brûlures et chocs électriques.....	<i>Dr Renaud</i>
Un cas de pleurésie du médiastin.....	<i>Dr O. Desjardins</i>
Un cas de résection étendue du gros intestin.....	<i>Dr C. Bouchard</i>

* * *

Nous ne saurions passer sous silence l'adoption d'un tarif qui a certainement rendu des services appréciables aux médecins, et la part active qu'a prise la Société Médicale dans la discussion d'une nouvelle prise d'eau (Question de l'aqueduc de la ville des Trois-Rivières) retardant ainsi l'adoption d'un projet très coûteux et insuffisamment étudié.

L'état financier de la Société accuse un surplus.

Signé: Dr. C.-A. BOUCHARD, Secrétaire.

SEANCE DU 8 AVRIL 1921.

M. le docteur Renaud traite "des chocs et brûlures électriques", et relate deux cas très intéressants.

M. le docteur Normand, vice-président du Collège des Médecins, donne un résumé des délibérations du Conseil de Discipline au sujet des poursuites pour trafic des drogues, et attire l'attention des membres de la Société sur la portée réelle de la loi fédérale des narcotiques et aussi sur les moyens employés par les agents du gouvernement pour surprendre les médecins.

La question des modifications à faire au tarif pour le détailler, afin de répondre au Registraire, est mise de côté, le rapport du comité nommé à cette fin, n'étant pas agréé par les membres présents et on décide de maintenir le tarif tel que rédigé.

SEANCE DU 13 MAI 1921

Le docteur O. Desjardins rapporte l'observation d'un "cas de pleurésie du médiastin". (Voir plus haut).

Le Dr C. A. Bouchard relate l'histoire d'un cas de tumeur dite stercorum ayant nécessité la résection d'une partie du côlon.

Ces deux travaux soulèvent une discussion intéressante.

Le président, M. le Dr O. Tourigny, fait rapport qu'à une dernière réunion de la Chambre de Commerce locale, il a réussi à faire laisser sur la table un rapport au sujet de la question de l'aqueduc des Trois-Rivières. C'est déjà une victoire, et le Président espère que la Chambre de Commerce tiendra compte de la position prise par la Société Médicale des Trois-Rivières sur cette question.

SEANCE DU 10 JUIN 1921

I. Lecture du Procès-verbal de la dernière réunion—Adopté.

II. Le Dr J.-O. Bélisle présente un travail sur "le rhumatisme articulaire aigu". Une intéressante discussion s'en suivit où l'on parla surtout des traitements employés: salicylate de soude, phylacogènes (P.D.), onctions sur les articulations et massage à l'eau chaude sur les articulations. On souligne l'importance du salicylate comme préventif des complications cardiaques.

— o —

Bibliographie

L'ANNEE THERAPEUTIQUE, Année 1920 — par L. CHEINISSE, chargé du "Mouvement Thérapeutique" dans la *Presse Médicale*, ancien rédacteur de *La Semaine Médicale*. Un vol. de 144 pages (Masson et Cie, Editeurs). 6 frs. net.

Il est indispensable pour le médecin de connaître les médications et les procédés thérapeutiques nouvellement préconisés et de trouver une mise au point exacte et claire de l'état actuel des questions importantes, telles que le traitement *de la syphilis, de la tuberculose, de l'épilepsie, de l'asthme, de la coqueluche, des empoisonnements*, etc.

Pour lui éviter un travail de recherche toujours difficile et souvent même impossible, le Dr Cheinisse vient de faire paraître un petit volume "*L'année Thérapeutique*", recueil vraiment international, où le lecteur trouvera résumés les faits nouveaux qui ont été publiés au

cours de l'année, non seulement en France, mais encore en *Allemagne*, en *Angleterre*, aux *Etats-Unis*, en *Italie*, en *Espagne*, etc.

La compétence de l'auteur en matière thérapeutique, sa collaboration à la *Semaine médicale*, où il rédigeait des "Notes Thérapeutiques" très remarquées, sa qualité de rédacteur à la *Presse médicale* lui permettant de suivre au jour le jour le mouvement thérapeutique dans les divers pays, ses connaissances polyglottes enfin, assurent à ce petit livre qui représente bien le bilan complet de l'année thérapeutique de janvier à décembre 1920, un succès complet auprès des praticiens.

Les matières ont été classées par ordre alphabétique, les renvois bibliographiques faits avec le plus grand soin. Un index termine le livre.

* * *

GUIDE-FORMULAIRE DE THERAPEUTIQUE, par le Dr V. HERZEN, médecin des Etablissements Français d'Enseignement à Tanger, 11^e édition entièrement refondue, 1921, 1 volume in-8 de 1150 pages à 2 colonnes : 25 francs ; cartonné 32 francs. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

Encouragé par le succès des dix premières éditions de ce *Guide-formulaire de thérapeutique*, l'auteur a tenu à remanier cette onzième édition, à y apporter des développements nouveaux, essentiellement pratiques, et à y faire de nombreuses modifications, tout en s'efforçant de garder à cet ouvrage l'esprit et les qualités des précédentes éditions : *concision, clarté, utilité pratique*.

Tous les chapitres ont été repris et refondus ; quelques-uns sont *complètement transformés*.

La *onzième édition* a été complètement révisée et perfectionnée, *mise au courant* des acquisitions les plus récentes de la thérapeutique.

Ce livre est le livre de chevet de tous les praticiens ; nous engageons vivement ceux qui ont acheté les éditions précédentes à se procurer cette nouvelle édition complètement rénovée, et ceux qui n'ont pas connu les éditions précédentes de se hâter d'acquiescer ce guide-formulaire de thérapeutique qui leur sera d'une utilité journalière. C'est une dépense utile au premier chef pour les praticiens.

TRAITE DE
 PATHOLOGIE MEDICALE
 et de THERAPEUTIQUE APPLIQUEE

Publié sous la direction de EMILE SERGENT,

Membre de l'Académie de Médecine, médecin de la Charité.

L. RIBADEAU-DUMAS,

L. BABONNEIX,

Médecin des hôpitaux.

Médecin des hôpitaux

Chez A. MALOINE & Fils, Editeurs.

PARIS — 27, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 27 — PARIS

TOME XXXI

ELECTROLOGIE

par DELHERM et LAQUERRIERE

In-8, 1921, 153 figures.....18 francs.

Cet ouvrage qui est consacré seulement aux applications de l'électricité aux affections d'ordre médical est l'oeuvre de deux électrothérapeutes de longue date. Ils l'ont écrit beaucoup pour les praticiens qui ont quelque peu oublié les leçons du P. C. N. et n'ont jamais été familiarisés avec les emplois de l'électrothérapie. C'est pourquoi le début est consacré à un exposé clair quoique concis des grandes notions de l'électrophysique; viennent ensuite une série d'explications concernant les termes propres à la spécialité et dont la non compréhension peut conduire les non initiés à des confusions, —les causes du mauvais fonctionnement ou d'arrêt de fonctionnement des appareils—les moyens d'y remédier qui sont à la portée du médecin, etc.....

Les chapitres suivants sont consacrés aux principaux courants utilisés en médecine; pour chacun d'eux, après l'exposé des caractéristiques physiques, on trouvera une étude de l'instrumentation faite au moyen de schémas propres à faire comprendre le fonctionnement plutôt que par des figures empruntés aux catalogues des constructeurs; un exposé aussi pratique possible des procédés d'application et de leur technique; enfin le résumé des actions physiologiques de chaque méthode.

Ce n'est qu'après ces notions préliminaires indispensables que les Auteurs abordent la thérapeutique; ils s'efforcent de mettre en lumière les indications et les contre-indications en s'attachant à être avant tout des cliniciens.

Le chapitre des maladies nerveuses est l'occasion d'une mise au point de l'état actuel de l'électrodiagnostic. Il ne faut point dédaigner les anciens procédés connus sous le nom d'électrodiagnostic classique, dont la technique est soigneusement décrite, mais les méthodes les plus modernes sont exposées; leur valeur est mise en lumière, et en particulier la question de la chronaxie, qui paraît encore à certains quelque peu abstraite, est étudiée avec clarté et précision.

Dans les différents chapitres les auteurs exposent et discutent les applications les plus modernes; c'est ainsi entre autres que la *Méthode de Bergonié* dans l'obésité et dans les troubles circulatoires est décrite soigneusement et appréciée.

L'ouvrage se termine par un appendice des plus utiles, sur les dangers que peuvent faire courir les installations électro-radiologiques et les moyens de s'en préserver.

En somme, ce livre très court relativement au champ qu'il embrasse, est une oeuvre pratique qui, basée sur une longue expérience clinique, discute sans parti-pris la place de l'électrothérapie et s'efforce de lui demander tout ce qu'elle peut donner mais rien que ce qu'elle peut donner.

ON DEMANDE A ACHETER

Les exemplaires ci-dessous de *L'Union Médicale* du Canada :

Année 1912—Numéros de mai et décembre.

Année 1913—Numéro d'octobre.

Année 1916—Numéros d'octobre et décembre.

S'adresser à l'Administration de *L'Union Médicale* du Canada.

CHIRURGIE DE GUERRE

Plaie pénétrante du nez. Autoplastie avec lambeau indien

par le Dr J.-N. ROY

*Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Lauréat de l'Académie de Médecine de France.*

Dans un récent travail (1), nous donnions l'observation de deux malades que nous avons opérées de rhinoplastie avec cartilage costal; aujourd'hui nous relaterons brièvement l'histoire d'un de nos blessés de guerre chez qui nous avons comblé une perte de substance nasale au moyen d'un lambeau indien pris sur la région frontale. Comme nous le savons tous, ce genre d'autoplastie pour réparer une lésion assez étendue des tissus mous, est encore celui qui donne les résultats les plus favorables, puisque la partie greffée, étant nourrie par son pédicule, se trouve être dans les meilleures conditions de vitalité qu'il soit possible d'obtenir. Lorsque l'incision et la coaptation des lambeaux sont faites avec beaucoup de soin, il est étonnant jusqu'à quel point on peut avoir des cicatrices peu apparentes, telle l'observation suivante.

Observation—Le 29 avril 1916, le soldat A. H. âgé de 22 ans, est admis dans mon service de l'Hôpital Canadien de St-Cloud, pour de multiples lésions au crâne, au nez et à l'œil droit. Il a été blessé à Verdun par des éclats d'obus, le 17 avril et trépané deux jours après à l'ambulance de Charmont-sur-Aire.

A l'examen nous constatons, sur le sommet du crâne, une plaie de huit centimètres environ de longueur, à direction presque antéro-postérieure. Cette plaie a deux centimètres et demi de largeur dans son plus grand diamètre. La partie médiane a été trépanée symétriquement sur un diamètre de deux centimètres. La dûre-mère est à nu et l'on voit les battements du cerveau. Toute la cavité est fortement infectée, et le blessé est apathique.

La température est de 100.2.

(1) J.-N. Roy.—Deux cas de rhinoplastie avec cartilage costal. "L'Union Médicale", juillet 1921.

Il n'y a pas de symptômes de méningite.

Le malade est dans un état de paraplégie complète.

Il existe en plus une plaie pénétrante de la région nasale supérieure qui intéresse les deux narines. Cette plaie est également très infectée et le blessé mouche beaucoup de pus. Les fosses nasales sont atrésiées par refoulement des tissus environnant la lésion.

Les sinus maxillaires sont normaux, et il n'y a pas de corps étranger dans le nez.

Rien de spéciale à noter au pharynx et à la bouche.

Enfin, nous observons à droite, une cataracte traumatique produite par un petit éclat d'obus qui, après avoir traversé le globe de part en part, est allé se loger dans l'orbite correspondant. Ce corps étranger est localisé par la radiographie. La plaie d'entrée se trouve sur le limbe scléro-cornéen, au méridien 9 heures. L'oeil, qui est affecté d'irido-choroïdite, n'a plus de perception lumineuse.

Etat normal de l'oeil gauche dont la vision est excellente.

Sous l'influence du traitement par l'atropine et les compresses chaudes, la maladie s'améliore, et vers le milieu de juin, l'inflammation est entièrement disparue. Cet oeil commence alors à diverger, et le strabisme atteint 18° en novembre. Les exudats de l'uvée ont entièrement obstrué la pupille qui est en état de séclusion.

La plaie du crâne se comble petit à petit, et les bords des temporaux trépanés s'estompent symétriquement. Grâce aux pansements aseptiques au sérum artificiel, la suppuration diminue rapidement. A la fin de juin la température est disparue. Le malade, tout en étant moins apathique qu'au début de sa blessure, accuse un peu d'amnésie. La paraplégie va en s'améliorant, et le 8 juillet, il peut commencer à marcher avec des béquilles. Au commencement d'août la plaie crânienne est entièrement guérie, et les pulsations du cerveau ne sont plus perçues qu'à la partie médiane, la plus déprimée. Pendant toute cette période de traitement, le blessé ne s'est jamais plaint de céphalalgie, et n'a jamais accusé de symptômes irritatifs nerveux.

La plaie du nez est aseptisée par des lavages et des pansements au sérum, ainsi que par des instillations dans les narines d'huile mentholée au 1/300. Elle se comble rapidement, et l'épidermisation est complète le 5 juillet. Les fosses nasales deviennent alors perméables, sans déviation de la cloison, et il n'existe plus de sécrétions. La perte de substance, localisée au milieu du tiers supérieur, présente une forme symétrique, comme si elle avait été faite avec une pince

emporte-pièce, et la partie la plus profonde mesure environ un centimètre.

Nous attendons jusqu'au commencement de septembre, avant de pratiquer la rhinoplastie, laissant à la nature le soin d'achever la stérilisation de la plaie. A cette époque la perte de substance nasale donnait au blessé un aspect plutôt disgracieux, tel qu'il est indiqué sur la photographie No. 1.



Figure 1

Photographie prise le 5 septembre.

L'opération est pratiquée le 7 septembre, sous anesthésie générale au chloroforme, avec l'assistance de mon excellent camarade et ami, le Major Chs. Saint-Pierre. Nous faisons une ablation minutieuse de toute la cicatrice nasale, à partir de la région inter-sourcillière. Cette dissection, pratiquée sur une longueur de 3.5 centimètres et une largeur de 1.5 centimètre, embrasse donc toute la plaie épidermiée. Un grand soin est apporté pour ne pas ouvrir les fosses nasales. Les bords de l'incision sont légèrement disséqués pour permettre la meilleure coaptation possible. Afin de combler cette perte de substance, nous taillons sur le front un lambeau légèrement oblique à gauche, à pédicule inter-sourcillier. Ce lambeau, qui a 5

centimètres de longueur sur 2 centimètres de largeur, est très soigneusement coapté, et suturé à la soie. Après avoir décollé la peau du front, nous fermons facilement la plaie avec du crin de florence.

Les suites opératoires sont normales, et quatre jours après l'intervention, le blessé avait l'apparence qui est indiquée sur la photographie No. 2.

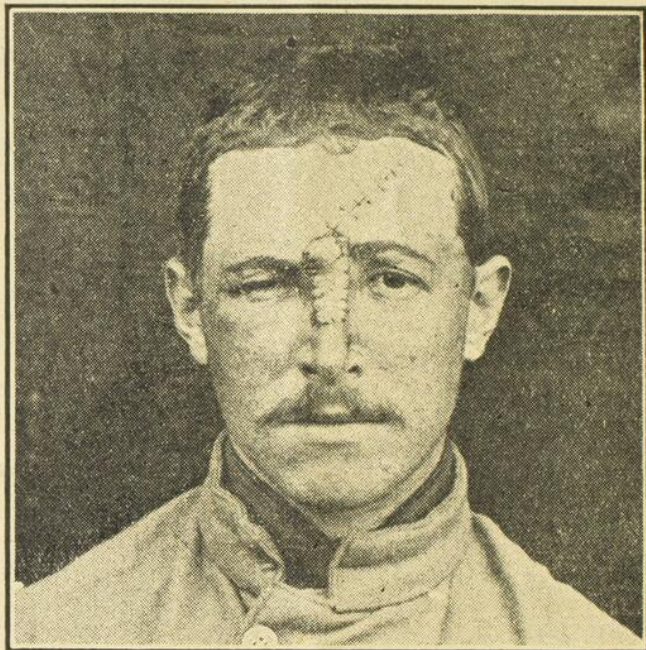


Figure 2

Photographie prise le 11 septembre.

Depuis que ce malade est sous nos soins, nous avons toujours été très attentif à l'état de ses yeux, vu la présence d'un petit éclat d'obus dans l'orbite droit. Le 12 novembre, son oeil blessé, déjà fortement atrophié, commence à devenir larmoyant, sensible et enflammé. Le gauche à son tour présente quelques phénomènes d'ophtalmie sympathique. En présence de ces symptômes alarmants, nous proposons immédiatement l'énucléation qui est acceptée et pratiquée le 14 novembre. Le corps étranger de l'orbite est facilement trouvé avec le doigt et enlevé. Nous profitons de l'anesthésie chloroformique pour intervenir sur le pédicule du lambeau frontal. A la suite de l'ablation de cet oeil, l'ophtalmie sympathique disparaît rapidement, et l'orbite se cicatrise en quelques jours.

A la fin de décembre 1916, notre blessé est parfaitement guéri à tous les points de vue. Son nez est tout à fait droit et à peine existe-t-il quelques légères traces de son opération. La cicatrice du front n'est presque pas apparente, les sourcils sont sur un même plan horizontal, les cantus internes ont leur position normale, comme il peut être constaté d'ailleurs sur la photographie No. 3.

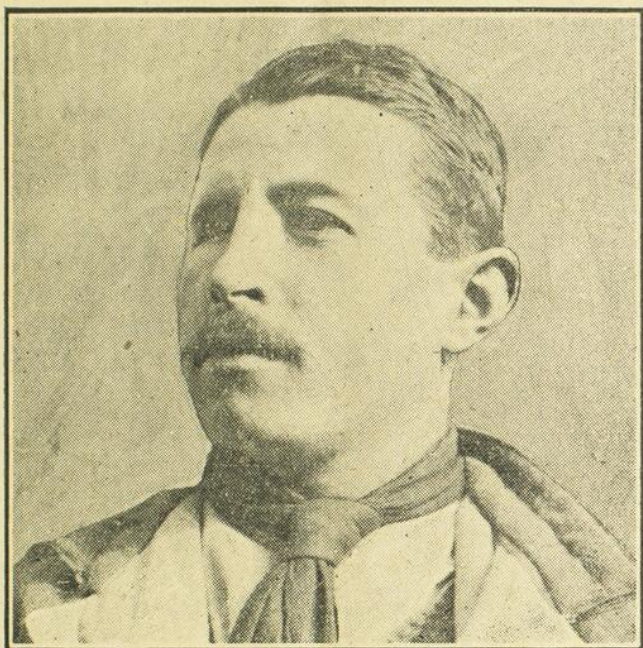


Figure 3

Photographie prise le 20 décembre 1916.

Depuis le mois de novembre le malade ne présente aucun trouble à la marche, et sa mémoire est aussi heureuse qu'avant sa blessure. Comme sa lésion crânienne ne lui a laissé aucun ennui nerveux, il ne veut pas subir d'opération de cranioplastie. En janvier 1917, il s'est fait poser un oeil artificiel et retourne définitivement dans sa famille.

Ce serait sortir de notre sujet que d'analyser la paraplégie consécutive à la blessure crânienne et sa disparition après la réparation de la plaie. Nous nous contenterons simplement de dire que la lésion nasale du malade qui fait le sujet de cette communication, ne présentait aucune difficulté quant au choix de la méthode plastique qui devait être employée. En effet, il n'était nullement question

d'avoir recours au cartilage costal, ou à un greffon ostéo-périostique tibial pour combler cette perte de substance qui intéressait à peine les os propres du nez. La dépression nasale produite par le traumatisme devait donc être uniquement réparée au moyen de tissus mous.

Il n'y avait aucune raison de se servir d'un lambeau italien pris sur le bras, puisque la lésion était petite et qu'à part la cicatrice de la racine du nez, le reste de la peau nasale était normale.

Bien que la greffe dermo-épidermique rende des services appréciables en chirurgie de la face, elle n'est généralement pas employée en rhinoplastie. Elle est surtout indiquée pour combler une cavité limitée par des tissus où la circulation est très bonne, car cette greffe, ne comportant pas de pédicule, est exposée à mal se nourrir et à se mortifier. De plus il ne faut pas oublier qu'à la longue, elle diminue invariablement de volume. Aussi, étant donné ce que nous venons de dire, le lambeau indien pris sur le front, représentait donc la méthode idéale pour réparer la lésion de notre blessé, méthode qui nous a permis d'obtenir le résultat démontré par notre dernière photographie.



Effets physiologiques et l'exercice (1)

par le Dr Maurice BOIGNY,

Médecin-major de 1re classe,

Médecin-chef de l'Ecole de gymnastique de Joinville.

Grandes divisions de l'éducation physique.—Le dosage des exercices et des jeux suivant les âges et les constitutions, tel est le domaine de l'éducation physique qui devrait commencer dès le foyer, être poursuivie à l'école et s'épanouir dans les sports.

De six à treize ans, c'est-à-dire pendant la période prépubertaire de la vie, des jeux et des mouvements éducatifs simples constitueront la base de l'éducation physique, qui sera, à cet âge, essentiellement hygiénique.

De treize à dix-huit ans, l'exercice corporel comprendra encore et surtout des jeux alternant avec des leçons composées de mouvements variés des membres et du tronc, d'exercices de saut, de port de fardeaux, de lancement, d'escalade et de grimper. A cette époque de la vie, l'organisme ne présente pas encore une grande résistance et il faut se garder de compromettre le développement régulier des diverses fonctions par des exagérations dangereuses.

Ce n'est qu'après avoir obtenu un bel épanouissement organique par les pratiques d'une éducation physique prudemment conduite jusqu'aux environs de la dix-huitième ou de la vingtième année, que l'adolescent pourra, par le fait de dispositions natives, se spécialiser avec succès dans les sports ou dans une branche de l'athlétisme. C'est une erreur de soumettre aux compétitions sportives et athlétiques des sujets qui n'ont jamais été ni exercés ni examinés.

Après trente-cinq ou quarante ans, âge auquel les pratiques de l'athlétisme deviennent pénibles et même dangereuses pour certaines constitutions, les exercices physiques demeurent utiles. D'une manière générale, les sujets qui auront précédemment adopté un sport continueront à le pratiquer, mais à la condition qu'ils n'en éprouvent ni grand essoufflement, ni sensation d'angoisse, ni palpitations durables, ni fatigue prolongée. Enfin, à un âge avancé, les pratiques du bien-vivre ressortissent à l'hygiène bien plus qu'à l'éducation physique.

A. *Effets de l'exercice chez l'enfant.*—1° *Accroissement des échanges respiratoires.*—Chez l'enfant, le premier résultat de l'exercice corporel est d'activer considérablement la respiration. L'oxygène qui entre par les poumons remplace celui qui est employé aux combustions internes, de telle manière que le résultat final d'un exercice bien réglé ne se solde point par un déficit, mais par un excédent d'oxygène que le sang est chargé de fixer. En faisant porter mes observations sur les enfants des écoles de Joinville soumis aux modes les plus simples du mouvement et en prenant pour unité le coefficient respiratoire dans la position couchée, j'ai obtenu les chiffres relatifs suivants.

La valeur des échanges respiratoires, au repos, exprimée par l'unité (= 1), on constate, dans un temps donné, les changements suivants :

Position assise : 1,24 ;

Station debout : 1,41 ;

Marche lente (2 kilomètres à l'heure) : 1,87 ;

Marche à raison de 4 kilomètres à l'heure : 3,06 ;

Marche en portant un poids représentant le cinquième du poids du corps et au rythme de 4 kilomètres à l'heure : 4,21 ;

Jeu de barres très actif (résultat au bout d'une demi-heure) : 6,27.

Les variations de l'acide carbonique et de la vapeur d'eau exhalés par les poumons suivent parallèlement celles de l'oxygène, sauf au début du travail où la production d'acide carbonique dépasse légèrement le taux normal d'exhalation de ce gaz. Au début de tout exercice, le sang paraît d'abord se surcharger d'acide carbonique, mais cette surcharge est transitoire et ne dure que quelques minutes.

Ainsi, un enfant qui prend de l'exercice fait provision d'oxygène. Ce gaz s'emmagasine au sein des éléments anatomiques, il pénètre dans l'intimité même des tissus vivants. Il s'attache aux globules du sang qu'il rend plus rutilant.

2° *Régularisation de la croissance.*—Que se passe-t-il dans un jeune organisme irrigué par un sang très oxygéné? Il y a longtemps que les physiologistes nous ont informés sur ce point.

Les expériences célèbres de Cl. Bernard et de Brown-Séquard, répétées depuis avec des résultats toujours concordants, ont démontré que le sang oxygéné avait notamment pour résultat d'activer les sécrétions glandulaires. Sous son influence, toutes les glandes, notamment les organes à sécrétion interne, qui jouent un rôle si grand

dans la croissance de l'enfant et de l'adolescent, sécrètent plus activement leurs hormones. Il en résulte une suractivité fonctionnelle générale, favorable à la marche régulière de la croissance.

L'éclosion pubertaire se fait bien; les fonctions intellectuelles régénées par le corps thyroïde, où les oxydations sont actives, s'éveillent; l'ossification, liée à l'activité spécifique de l'hypophyse, se fait sans à-coups, de sorte que l'enfant grandit normalement. Sans doute, peuvent intervenir bien des causes perturbatrices relevant d'une hérédité pathologique ou d'une maladie intercurrente, mais elles se révèlent généralement sous des modalités discrètes chez les enfants régulièrement et sagement soumis aux pratiques de l'exercice physique.

Les effets de l'exercice sur la croissance de l'enfant et de l'adolescent ont suscité des travaux très nombreux. L'accord est unanime sur les résultats bienfaisants de l'exercice. Bien que l'activité des hormones soit encore mystérieuse par beaucoup de côtés, nous entrevoyons aujourd'hui l'explication qu'il convient de donner à ces heureux effets. Ils se résument dans la suractivité des glandes à sécrétion interne sous l'action du sang très oxygéné.

3° *Perfectionnement de l'attitude générale.* — Les exercices ne sont pas seulement salutaires parce qu'ils régularisent la croissance de l'enfant, ils le sont aussi parce qu'ils perfectionnent l'attitude générale du corps. De tout temps, les médecins les ont utilisés pour redresser les déviations de la taille. Une mauvaise attitude est habituelle chez la plupart des sédentaires. L'écolier enfermé dans une classe du matin au soir, l'ouvrière qui passe toutes ses journées dans un atelier, présentent souvent des incurvations anormales de la colonne vertébrale.

Le défaut d'exercice et l'excès d'immobilité ont pour corollaire, nous le savons, la faiblesse extrême des muscles. Les vertèbres étant relativement mobiles les unes sur les autres, ne peuvent former un tout et acquérir la résistance d'une tige homogène et rigide qu'à la condition d'être fortement pressées les unes contre les autres et maintenues en contact intime par la contraction des muscles qui les entourent. Si ces muscles sont trop faibles, le poids de la tête et des épaules fait glisser les uns sur les autres les os vertébraux et les entraîne dans la direction où la pesanteur tend à faire pencher le corps, c'est-à-dire tantôt en avant, tantôt latéralement. L'attitude penchée, le dos voûté sont dus à l'affaiblissement des muscles vertébraux. L'exercice corporel, en donnant à ceux-ci une force plus

grande, corrigera donc les déviations vertébrales provenant d'une insuffisance musculaire. Il n'est pas de meilleur exercice orthopédique pour rectifier l'attitude vicieuse d'un enfant que le port en équilibre sur la tête de fardeaux dont le poids sera le cinquième et au plus le quart du poids du porteur.

B. *Effets de l'exercice sur les adolescents.*—(a) *Accélération de l'hématopoïèse.*—Pendant l'adolescence (treize à dix-huit ans), on constate aussi les heureux effets de l'oxygénation des tissus, mais ce n'est pas le trait saillant. L'examen microscopique du sang permet de faire des observations du plus haut intérêt. C'est ainsi que nous avons toujours constaté dans les heures qui suivent un travail musculaire intense, tel qu'un jeu de barres de longue durée (une heure par exemple), l'apparition dans le sang d'un nombre anormal de globules rouges, dont beaucoup ont l'apparence de globules jeunes. Il semble qu'au cours de l'exercice et aussitôt après l'exercice, pourvu que celui-ci soit assez intense et assez prolongé, les organes hématopoiétiques abandonnent en quelques instants, dans le torrent circulatoire, une quantité importante de globules rouges jeunes qu'ils tenaient en réserve et qu'ils n'eussent, en d'autres circonstances, cédé au sang que petit à petit.

A cette hyperglobulie momentanée, correspond une suractivité fonctionnelle générale salutaire à toute l'économie et qui coïncide souvent avec une certaine euphorie.

(b) *Effets toniques sur le système nerveux.*—Pour faire contre-poids aux formidables empiétements du système nerveux, si fréquents chez les adolescents soumis à une culture cérébrale intensive, rien ne vaut l'exercice musculaire, mais à une condition, c'est que l'exercice soit attrayant.

Sous prétexte que l'éducation physique a une portée nationale et qu'elle doit aboutir au relèvement de la race, on ne l'envisage guère que par un côté sérieux. Trop de personnes, qui la prônent, prennent un visage austère. Il faut y mettre de l'agrément, car le plaisir est le seul assaisonnement capable d'en donner l'appétit.

Rendre la gymnastique obligatoire comme le latin, l'arithmétique ou l'histoire n'est pas la bonne formule.

Un exercice n'est vraiment hygiénique que lorsque l'enfant ou l'homme y prend de la joie. Il n'est pas de meilleur tonique que le plaisir. Sous son choc, les centres nerveux réagissent vivement. Par des impulsions énergiques, ils accélèrent les échanges; la peau

se colore, le coeur bat plus vite, la respiration est plus profonde, un sentiment de bien-être accompagne tout contentement.

Le plaisir agit en jouant le rôle d'un excitant qui provoque le dégagement d'une énergie latente emprisonnée dans les centres nerveux et dont l'organisme n'a point d'ordinaire la libre disposition.

Un condensateur électrique, isolé de tout contact, ne manifeste point la force qu'il renferme, mais il la libère à l'approche d'un conducteur métallique. De même, nos centres nerveux tiennent en réserve une certaine dose d'énergie inoccupée. Qu'un excitant physique comme le froid, ou moral comme la joie, agisse sur eux, ils libèrent une énergie latente, sous forme d'un influx supplémentaire que les cellules nerveuses tiennent en réserve. Il faut toujours, dans l'exercice physique, procurer aux sujets qui s'exercent, cette joie un peu animale que fait jaillir à profusion, des centres, l'excès d'énergie nerveuse qui, sans cela, y demeurerait sous tension, causant en partie cette impressionnabilité malade trop fréquente chez les adolescents.

C. *Effets de l'exercice chez l'homme jeune.* — De dix-huit à trente-cinq ans, l'effet le plus apparent et le plus commun de l'exercice est l'accroissement du volume et de la force des muscles.

Voici quelques résultats obtenus après trois mois d'exercices :

Le périmètre thoracique augmente de plus de 3 centimètres chez 84 p. 100.

Le périmètre brachial augmente de plus de 1 cm. chez 91 p. 100.

Le périmètre antibrachial augmente de plus de 0 cm. 55 chez 71 p. 100.

Le périmètre de la cuisse augmente de plus de 1 cm. 45 chez 69 pour 100.

Le périmètre de la jambe augmente de plus de 0 cm. 85 chez 77 pour 100.

La force d'extension lombaire augmente de plus de 30 kilogrammes chez 93 p. 100.

La force de pression des fléchisseurs de l'avant-bras augmente de plus de 7 kilogrammes chez 68 p. 100.

La force de traction augmente de plus de 6 kilogrammes chez 74 p. 100.

D'autre part, *le poids spécifique du corps s'accroît.* C'est ainsi qu'un sujet avant une période d'entraînement pèse, par exemple, 843 gr. ,7 par litre d'eau déplacé dans la cuve de mensuration. Après trois mois d'exercice, son poids spécifique est de 917 grammes.

Il y a disparition de l'élément le plus léger des tissus, à savoir la graisse, et condensation des fibres musculaires.

C'est à cette période de la vie que l'exercice physique bien dosé aboutit à deux résultats remarquables: *la stabilisation du rythme cardiaque et du rythme respiratoire*. Pour le constater, on opérera de la façon suivante: Le jour de l'arrivée des élèves, on notera le nombre des respirations et celui des pulsations au repos, puis immédiatement après une course de 500 mètres, faite en deux minutes et demie environ. On complétera cette observation en prenant des tracés pneumographiques et cardiographiques au repos et après le travail.

Ces opérations sont répétées chaque mois. Peu à peu on constate, lorsque l'éducation physique est bien dosée, que le nombre des pulsations et celui des mouvements respiratoires après l'exercice se rapprochent de ceux des mouvements respiratoires et des pulsations au repos. En même temps, le tracé pneumographique montre que l'amplitude des respirations a doublé, triplé ou même quadruplé, selon les cas. De mois en mois, on assiste à l'adaptation progressive du coeur et des poumons au travail qu'on leur impose.

Enfin, toujours chez l'homme jeune, on constate, en mesurant le laps de temps qui sépare une excitation donnée de la réaction qu'elle provoque, que cette valeur, variable d'un instant à l'autre, chez l'homme non exercé, *se stabilise peu à peu par l'exercice*. Les centres nerveux exercent sur toute l'économie un contrôle de plus en plus précis, et *les réponses motrices aux excitations sensitivosensorielles tendent à se faire dans des délais sensiblement pareils*.

Un élève escrimeur qui met par exemple de 20/100 à 35/100 de seconde avant de riposter à une attaque, arrivera, après cinq ou six mois de travail, à effectuer la même riposte après un délai de 6/100 ou 7/100 de seconde. La fatigue, les veilles prolongées et, en général, toutes les causes de débilitation auront pour résultat d'accroître les délais de réponse.

D. *Effets de l'exercice chez l'homme mûr*.—Chez l'homme mûr, c'est l'examen des urines qui fournit les données les plus intéressantes sur les effets de l'exercice à cette époque de la vie.

On observe parfois l'apparition de l'albumine après le travail, à des degrés divers, depuis des traces indosables jusqu'aux précipités floconneux. Le passé pathologique du sujet ne justifie pas toujours la présence de cette albumine.

Suivant les hasards des séries, 12 à 45 p. 100 des hommes de trente-cinq à quarante-cinq ans présentent de l'albumine après un travail musculaire un peu intense. Pour plus de la moitié, il s'agit de sujets ne paraissant avoir aucune tare rénale. D'ailleurs, l'influence de l'exercice musculaire et des sports sur la composition des urines est encore très mal connue. Cette étude mériterait d'être faite en tenant compte de l'âge du sujet, de ses antécédents pathologiques, de la forme et de la durée du travail effectué.

On constate, d'autre part, que, chez les hommes sédentaires d'âge mûr, la toxicité urinaire varie sans cesse et que, de temps ne temps, à intervalles inégaux, correspondant toujours à des périodes de malaise général mal défini, l'urine peut acquérir une grande toxicité. En d'autres termes, l'émission périodique, à intervalles inégaux, d'urines hypertoxiques est constante chez de tels sujets. Au contraire, *chez les personnes régulièrement et sagement adonnées à l'exercice, la toxicité urinaire ne varie pas.* L'exercice régularise leur désassimilation et empêche l'accumulation périodique des poisons urinaires dans l'économie.

On le voit, le chimiste a sa place dans tout laboratoire annexé à une école d'éducation physique. Enfin, c'est pendant l'âge mûr que l'on constate dans les gymnases que les tempéraments les plus divers et *les constitutions les plus opposées ont une tendance à être ramenées au même type.*

L'homme replet maigrit, l'homme grêle engraisse, le congestif perd peu à peu le teint violacé qui annonce la pléthore des vaisseaux et la gêne dans la circulation, le sujet pâle gagne au contraire des couleurs plus vives. Les exercices tendent à imprimer à ceux qui s'y adonnent un cachet identique parce qu'ils produisent sur l'organisme deux effets inverses, mais concourant au même résultat. D'autre part, ils augmentent le mouvement d'assimilation; d'autre part, ils accélèrent le mouvement de désassimilation qui a pour résultat de détruire certains matériaux.

Ainsi l'exercice apparaît, chez l'homme fait, comme le véritable régulateur de la nutrition. Il agit de deux manières, par l'accroissement des acquisitions et par l'accroissement des dépenses.

Un exercice physique bien compris est celui qui, chez un sujet bien portant, équilibre ces deux résultats opposés; c'est aussi celui qui provoque soit l'augmentation, soit la diminution du poids du corps, selon le but qu'on se propose d'atteindre. Car le travail peut aboutir, suivant les modes de son application, à des résultats diamé-

tralement opposés. C'est ainsi que le même exercice exécuté avec des vitesses différentes peut faire augmenter ou diminuer le poids d'un athlète. Effectuez chaque jour, pendant un mois, une marche de 10 kilomètres, vous aurez beaucoup de chances de voir augmenter votre poids. Parcourez quotidiennement cette même distance au train de course, au bout d'un mois vous aurez infailliblement maigri. La vitesse de l'allure aura changé complètement les résultats du travail musculaire.

E. *Effets de l'exercice chez les vieillards.*—Les tissus du vieillard sont le siège d'une atrophie progressive. Le sang apporte moins de matériaux alimentaires aux cellules vivantes et celles-ci perdent, en même temps, leur aptitude à transformer les substances mises à leur portée. Les muscles, baignés de moins de sang, perdent peu à peu leur volume; leur structure se modifie, les rapports entre les éléments contractiles et les éléments conjonctifs tendent à être inversés en faveur de ces derniers.

Le vieillard a perdu l'aptitude à l'exercice, mais il n'est personne à qui l'exercice soit plus salutaire. Le mouvement seul peut l'aider à lutter contre l'atrophie de ses muscles et la raideur progressive de ses articulations. Il importera d'adapter l'exercice à ses faibles forces, pour qu'il n'en retire que des bénéfices et ne s'expose à aucun de ses dangers.

Pas de vitesse, pas de froid,, pas de fatigue: voilà les défenses dont le médecin qui dirige l'hygiène d'un vieillard doit être pénétré.

En l'exerçant, on ne recherchera pas, comme chez l'adolescent ou l'homme jeune, les effets généraux de l'exercice, c'est-à-dire l'essoufflement et l'accélération des battements du coeur. On se contentera de certains résultats locaux dont l'importance est grande à cet âge de la vie.

Le simple maintien du volume et de la souplesse des muscles est le premier but à atteindre. Pour cela, on fera travailler les groupes musculaires à part, les régions du dos et de l'abdomen à part. Tous les mouvements seront lents: l'élasticité très diminuée des muscles, à cette période de la vie, s'accommoderait mal des contractions brusques qui auraient pour résultat de rompre les fibres ou d'érailler certaines artéριοles musculaires devenues fragiles.

En agissant suivant ces règles, on obtiendra des effets de détail incontestables et l'on pourra retarder beaucoup l'époque de la pleine sénilité.

Se donner du mouvement sans faire de grands efforts musculaires, accomplir des promenades fréquentes plutôt que prolongées, se lever avec le soleil, se tenir sur pied la majeure partie du jour, se reposer souvent, mais peu de temps chaque fois, ne jamais attendre les avertissements de la fatigue pour s'arrêter ou ceux du froid pour se couvrir, mais les prévenir; en un mot, mener une vie active et assurer par le mouvement un fonctionnement régulier des organes: telle est la règle générale pour les hommes âgés.

Notes sur les médecins, chirurgiens et apothicaires de Montréal, de 1701 à 1760

Aux notes précédemment publiées dans l'*Union Médicale* sur les chirurgiens de Montréal au dix-septième siècle, il nous est possible d'ajouter les suivantes qui renseignent sur les médecins, chirurgiens et apothicaires qui ont exercé leur art dans la région de Montréal depuis 1701 à 1760.

1701-1742—CLAUDE LeBOITEUX DE SAINT-OLIVE. Né en 1676, fils d'un apothicaire du diocèse de Vienne en Dauphiné, le sieur de Saint-Olive fut plutôt apothicaire que chirurgien, à Montréal. Cependant, on lui donne les deux titres. Il épousa d'abord, Marie-Anne Lenoir, à Lachine, en 1701, puis Madeleine Nafrechoux, à Montréal, en 1716. Son existence fut mouvementée. Soit qu'il fut âpre au gain ou sarcastique, soit qu'il fut fantasque ou grincheux, il s'attira la haine de bien des gens. Aussi, a-t-il traduit devant les tribunaux des inculpés de toutes les classes qui l'avaient roué de coups. Nous en avons cité un cas entre autres, dans le *Bulletin des recherches historiques* de 1916, p. 46. Ce curieux personnage décéda en juillet 1740. Il avait un sceau armorié, écartelé, de belle apparence, mais qu'il est impossible de blasonner parce que l'empreinte que nous en avons est trop réduite.

1705—.....BAUDEAU. Chirurgien-major, à Montréal. Le 7 septembre, il signe, pour le tribunal, un rapport établissant qu'il a visité le nommé Jean de Tard (ou du Tartre) dit Laverdure, soldat de M. de Ramezay, qu'il a trouvé blessé d'un coup d'espée qui prend de l'hipocondre gauche et sort vers les lombes de même côté. Je croy (le blessé) en danger de mort."

Et il affixe un sceau composé d'un monogramme compliqué surmonté d'un collier de perles.

C'est en voulant porter secours à un compagnon, le soldat Pierre Pallardier dit la Marine, malmené à coups de cannes par les frères Rochert de la Morandière, que du Tartre fut blessé.

1712—HENRI BELISLE-LEVASSEUR. Ce chirurgien est témoin dans deux actes du notaire Senet, le 28 janvier 1729 et il demeure alors à la Pointe-aux-Trembles. Le dictionnaire Tanguay nous informe qu'il était fils d'un "droguiste" de France et qu'il se maria trois fois. En premier lieu, à Québec, en 1690; ensuite, à

Champlain, en 1705; enfin, à la Pointe-aux-Trembles de Montréal, le 25 août 1712 où il convole avec Jeanne Archambault. Il finit ses jours à cet endroit au mois de septembre 1740. L'acte de sépulture lui accorde "environ cent ans". La veuve était sans doute (!) beaucoup plus jeune que le défunt, car elle se remaria, après neuf ans de viduité, avec un nommé Maurice Lapron.

—JOSEPH BENOIST. Né en 1672 et originaire de Fourrière en Gatinois, il dut venir au pays avec femme et enfants. En tout cas il était à Montréal en 1712 et y fit baptiser son fils Claude dont il est question ci-après. Il prenait d'ordinaire le titre de chirurgien-major et parfois celui de "médecin de Sa Majesté". Le sieur Benoist figure sur la liste des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu entre les années 1715 et 1726 seulement, mais il ne paraît avoir cessé de pratiquer que quelques mois avant sa mort, survenue en novembre 1742.

Au mois de juillet 1717, il eut un procès curieux avec cet avocat, Lanouillier de Boisclair qui inaugura le service postal en ce pays et qui fut grand voyer de la Nouvelle-France.

Le docteur Benoist dont l'abbé Faillon fait des éloges dans sa *Vie de Mlle Mance* (II, 202) avait sa résidence rue Notre-Dame, tout près du château de Ramezay.

Sur quelques-uns de ses rapports il apposait un sceau armorié qu'on ne peut blasonner parce que l'empreinte n'en est pas très nette. On n'y peut distinguer que ceci: un cygne nageant surmonté d'une étoile. Au-dessus, est une devise en demi-cercle dont on n'a que les premières et les dernières lettres. (Documents judiciaires, 19 juin 1772).

1718—PIERRE PUIBARAU, SIEUR DE MAISONNEUVE. Il naquit à Boucherville en 1684. Sa mère étant devenue veuve épousa, en 1688, le chirurgien Tailhandier et l'enfant du premier mariage adopta la profession de son beau-père. Puibarau épousa, à Montréal, en 1712, Marie-Catherine Lorin. Il est gratifié du titre de chirurgien, à Montréal, le 10 décembre 1718. Sans doute, il exerçait son art depuis quelque temps. A partir de 1725, il eut sa demeure sur la rue Saint-Joseph (aujourd'hui Saint-Sulpice), vis-à-vis la rue de Bresoles et c'est là qu'il décéda en novembre 1757. Nous avons publié dans le *Bulletin* un de ses comptes datant des années 1734 et 1735. Pas n'est besoin d'ajouter qu'il n'eut rien de commun avec la famille Chomedey de Maisonneuve. Il avait un sceau (document du 10 décembre 1718 dans lequel on n'aperçoit qu'une colombe.

1724—TIMOTHEE, SILVAIN. Ce médecin irlandais, dont le vrai nom Timothy Sullivan se transforma avec le temps et le milieu en celui de Timothée Silvain d'allure plus française, aurait débarqué sur nos rives vers 1718. Il épousa, en 1720, Marie-Renée Gautier de Varennes, veuve de Christophe Dufrost de la Jemmeraye et mère de la vénérable soeur Youville. De ce fait, les historiens l'ont traité avec une déférence marquée. Mais le bibliothécaire de Saint-Sulpice, M. Fauteux, a cru le moment venu de dire toute la vérité, dans une biographie copieuse, bien documentée et que l'on peut lire dans le *Bulletin des recherches historiques* de 1917, pp. 303 et suivantes. Ici nous suffit donc de noter ici que ce personnage, fils d'un médecin de Cork, se cherchant une occupation en ce pays, songea à celle de son père et qu'à l'aide d'influence il décrocha un brevet de médecin le 7 mars 1724. Par là, il était autorisé à pratiquer à Montréal, "sous les ordres du sieur Sarrazin, médecin du roi, à Québec."

Silvain fut un emporté "qui eut souvent maille à partir avec la justice, mais à l'encontre de Saint-Olive, qui eut toujours gain de cause parce qu'il se faisait rosser, Silvain fut "maintes fois condamné à payer des dommages" parce qu'il était l'agresseur.

Le sieur Silvain est porté sur la liste des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu durant les années 1725 à 1730. Il décéda au mois de juin 1749.

1727—JOSEPH ISTRE. Originaire de l'Auvergne, le sieur Istre épousa, à Montréal, le 19 octobre 1727, Elisabeth, fille du chirurgien Forestier. On trouve plusieurs de ses rapports dans les archives entre 1731 et 1733. Ensuite, il quitta notre région, car lorsqu'il vend sa maison à Montréal (Blanzay, 19 janvier 1755), il demeurait à Lachesnaie.

A sa mort survenue au mois d'avril 1760, il était rendu à Terrebonne.

1729—JACQUES PERREAU. Fils d'un chirurgien du diocèse d'Auxerre, en Bourgogne. Il épousa Marie-Elisabeth Navers, à Château-Richer, en 1724. Il était rendu à Lachesnaie, dès 1726 et paraît y avoir demeuré jusqu'à sa mort, en 1754. Au cours de l'année 1729, il eut quelques difficultés au sujet de médicaments qu'il avait achetés de son confrère, l'Irlandais Sullivan dit Silvain. La veuve Perreau vivait encore en 1775 et alors elle était sage-femme. (Tanguay, VI, 317).

1730—SIMON LAFOND. Fils d'un chirurgien de Saint-Martin-les-Bois, diocèse de Bordeaux, il fut, en la Nouvelle-France,

soldat et chirurgien. Lafond épousa Marie-Anne Lamothe, à Montréal, le 7 janvier 1738. D'après les archives de l'Hôtel-Dieu, il aurait exercé sa profession dans cet hôpital entre 1730 et 1746. De 1750 à 1754, il est à la Pointe-aux-Trembles. Enfin, un acte du notaire de Courville, nous apprend qu'il était rendu à Saint-Denis-sur-Richelieu, en 1764.

1733—J.-B. FERNAND SPAGNIOLINI. Né à Rome en 1704, ce chirurgien italien dut venir au pays avec les troupes vers 1732. L'année suivante, il contracta un premier mariage à Chambly. En 1737, il se remaria à Boucherville; enfin, en 1745, au même endroit, il épousa Françoise Boucher de Niverville. Ce "médecin-chirurgien" semble avoir pratiqué sans interruption au sud de Montréal. Il est mort à Boucherville, au mois de février 1764.

1740 — CHARLES-JOSEPH-ALEXANDRE-FERDINAND DE FELTZ qui vécut à Montréal de 1740 à 1760, au moins, et qui, pendant les quinze dernières années, figura sur le rôle des professionnels de l'Hôtel-Dieu, était originaire de Rabstat, Autriche. Le 3 novembre 1741, il épousa, à Québec, Ursule Aubert qui décéda à Montréal, en 1756. Quelques mois après, le 16 février 1757, il convole, à Lachine, avec demoiselle Cécile Gosselin. (Tanguay, III, 270.) Feltz prenait le titre de *chirurgien-major des hôpitaux*. Il demeurait rue Notre-Dame, côté nord, entre les rues Saint-Laurent et Saint-Gabriel. Sa profession ne lui fit pas négliger les affaires: il acquit dans le faubourg Saint-Laurent, une terre qu'il morcela et dont il vendit les emplacements en 1754 et après.

1741—OLIVIER DUROCHER. Par son contrat de mariage (Simonnet, 16 septembre, 1741) on voit que ce chirurgien, né en 1716, était fils d'un "marchand drappier, privilégié du Roy", de la ville et évêché d'Angers. A la réduction du document, deux de ses confrères sont présents: Claude Benoist, chirurgien-major de la garnison et Pierre Puibarau, "maître chirurgien de l'Hôtel-Dieu".

Quelques jours après, le 25 septembre, le sieur Durocher épousait Thérèse Juillet. Il demeurait alors, à la Pointe-Claire..

1741—CLAUDE BENOIST. Fils de Joseph Benoist, médecin, et de Anne Berthier, il naquit à Montréal en 1712 et épousa, au même endroit, le 15 janvier 1742, Thérèse Baby. Son père qui aurait cessé d'exercer en 1741, paraît lui avoir laissé sa charge de chirurgien-major. Il avait acquis des propriétés, dans sa ville natale, mais il vend le tout en 1754 et semble s'éloigner, du moins nous cessons de voir son nom.

1753 — CHARLES-DOULLON DESMARETS. Nous avons déjà parlé de ce notaire-chirurgien dans *l'Union Médicale* du mois d'avril 1920.

1755—AUGUSTIN VIGER. L'étude du notaire Danré de Blanzly, nous informe que ce chirurgien demeurait à Montréal, rue Saint-Paul, au mois de mai 1755. Il était encore dans la même ville, au mois de novembre 1757, car alors il dépose une plainte contre son "domestique anglais Farel" qui l'a volé. Après le départ du sieur Guiton de Monrepos qui fut juge, à Montréal de 1741 à 1760, le chirurgien Viger fut chargé de l'administration des biens de l'absent. L'on voit dans l'étude du notaire Panet, à la date du 4 août 1763, un intéressant règlement de sa gestion.

1756—LOUIS-NICOLAS LANDRIAUX. Originaire de la ville de Luçon, en Poitou, le sieur Landriaux se maria au fort Saint-Frédéric, où il était de la garnison car c'est là que le père Récollet, Didace Cliche, missionnaire, dresse son contrat de mariage avec Marie-Anne Prud'homme, le 7 juin 1756. Après l'abandon du fort, Landriaux vint demeurer à Montréal et nous constatons, par un acte du notaire de Courville, daté du 4 août 1773, qu'il était, à ce moment, "chirurgien en chef de l'hôpital général de Montréal". Evidemment, il doit s'agir de l'hôpital des Sœurs grises, non de l'Hôtel-Dieu. Landriaux était encore à Montréal en 1777. Nous perdons ensuite sa trace. Sans doute, il est l'ancêtre des familles Landriault que l'on trouve maintenant dans le comté de Prescott et dans la ville d'Ottawa.

1757—HONORE-MAUR BONNEFOY. Il exerçait son art à l'île Jésus, en 1757, d'après un acte de Danré de Blanzly, du 14 février. Mgr Tanguay, au deuxième volume de son Dictionnaire, note qu'il le trouve à Lachesnaie, le 5 juin 1766 et qu'il était alors marié à Louise Poulin.

1757 — PHILIPPE-JEAN-JACQUES LABOISSIERE dit LUANDRE. Il était originaire de Saint-Corentin, en Bretagne. Il épouse, à Montréal, le 23 mai 1757, Marie-Anne-Amable Viger. On dit qu'il fut attaché à l'Hôtel-Dieu jusqu'en 1763. Ensuite, il alla probablement résider à la campagne, car sa femme décède à Saint-Henri de Mascouche en 1764 et lui-même est signalé à la Pointe-aux-Trembles de Québec, jusqu'en 1767.

1759—DOMINIQUE MONDELET. Soldat et chirurgien. Il épousa à Québec, en 1759, une demoiselle Hains et il alla vivre dans

la région de Chambly. En 1764, il est négociant dans la seigneurie de Cournoyer. (Etude de Courville, 17 juin 1764.)

C'est l'ancêtre des juges Mondelet qui jouent un rôle dans l'histoire de Montréal.

1760—J.-B. JOBERT. Le 4 février 1760, Jobert, chirurgien de la flotte du roi "La Marie", épouse à Montréal, Charlotte Larchevêque. Il était fils d'un chirurgien de la paroisse Saint-Martin, diocèse de Langres. (Tanguay, A travers les registres, p. 176). Nous ignorons s'il a demeuré parmi nous.

1760—LOUIS-CEUILLIER LAFOURCADE. Natif de la paroisse de Rabastin, diocèse de Tarbes, province de Gascogne et probablement soldat, il décida de rester au pays, après la conquête. Le 26 novembre 1760, il faisait dresser son contrat de mariage, à Saint-Ours, par André Laurent, capitaine de la paroisse "n'y ayant pas de notaire disponible". La future se nommait Catherine Arpain et elle n'avait que 19 ans. Quelques mois plus tard, le mariage étant célébré, le chirurgien déposait son contrat chez le notaire de Courville, à l'Assomption. Il portait d'ordinaire le nom de Lafourcade.

E.-Z. MASSICOTTE.

*Membre de la Société Royale,
Directeur du bureau des Archives à Montréal.*

Le sieur de la Houssaye

fut-il le doyen des étudiants en médecine sous le régime français?

A quel heureux mortel peut-on décerner le titre de doyen des étudiants en médecine, avant la conquête?

Nous mettons sur les rangs, le sieur de la Houssaye qui, en 1756, avoue 37 étés et, par la même occasion, déclare qu'il étudie l'art de guérir.

L'âge respectable de notre candidat, nous laisse croire qu'on ne lui opposera aucun candidat sérieux et, puisqu'il a de grandes chances d'occuper le premier rang, nous essayons de lui arranger une petite notice.

* * *

Par devant Pierre Lalanne, notaire de Laprairie, à l'automne de 1756, comparait pour son contrat de mariage, un colon gratifié d'une kyrielle de noms et de titres difficiles à démêler parce que le notaire écrit en cette circonstance beaucoup plus mal que d'habitude; sa plume crache; la feuille s'émaille de taches et le papier est si mince que l'écriture du verso se confond avec celle du recto.

Pour comble, le tabellion estropie et "fricotte" de lamentable façon les noms patronymiques et territoriaux de son client ainsi que ceux de ses père et mère.

Comment expliquer le trouble du notaire? Faut-il le mettre sur le compte de l'éblouissement que lui cause la présence du gentilhomme? Ou bien, la bonne fortune qui échoit au fringant *escholier* de 37 ans, à la veille d'épouser une sage beauté de 15 ans, éveille-t-elle son admiration? Ou plutôt, sans médire de Pierre Lalanne dont la réputation est excellente, n'a-t-il pu, en une circonstance exceptionnelle, céder à de pressantes sollicitations et ingurgiter quelques rasades d'une liqueur émotionnante.

N'insistons pas et extrayons le mieux possible, du document notarié, le passage qui désigne le professionnel que nous mettons en lumière:

"2 novembre 1756.... Jean-Charles-François de Chabau de
"la Houssaiey, chevalier, seigneur de Runiat (1), Ettruale (2)

(1) Ce doit être ce nom qui, à l'intitulé de l'acte devient "Kermel".

(2) Tanguay, que nous citons plus bas, a relevé "Etreval", à Berthier.

“et autres lieux, gou. vicomte de Maricourt, baron de Neuville, âgé de 37 ans, étudiant en médecine, fils de François de La Houssay (3), chevalier et seigneur.... et de dame Marie-Louise-Angélique de la Houssay, de l'évêché d'Amiens, en Picardie.....”

Quant à la future, appelée Marie-Hypolite Boyer, âgée à peine de 15 ans, elle est de famille roturière et semble n'avoir que sa fraîche jeunesse pour tout bien et tout titre.

On avait donc jugé que les uns valaient les autres.

Cependant, les conventions matrimoniales arrêtées, rien ne va plus; le mariage n'a pas lieu et l'étudiant quitte Laprairie.

* * *

Grâce à Mgr Tanguay on retrace bientôt notre personnage. Le voilà rendu au-dessous de Québec et il réussit enfin, à pénétrer dans le conjungo. Cette fois, il attaque une pimpante veuve de 24 ans qui a déjà eu deux maris.

Reproduisons les renseignements du *Dictionnaire généalogique* :
1759 (9 février) St-Michel de Bellechasse.

1—DE LA HOUSSAYE, Jean-Charles-François, fils de François-Antoine (sieur Davault) et de Louise-Angélique de Chabot, de Notre-Dame de Méricourt, diocèse d'Amiens, en Picardie.

GAUTRON dite LA ROCHELLE, Marie-Elisabeth, née en 1735, veuve en 2e noces de Michel-François Magnae (1757) et en 1^{re}s noces de Pierre-François Rousselot (1755).

Ce fait accompli, le noble colon prit racine dans la région où il avait trouvé femme, car Mgr Tanguay note que M. de la Houssaye “sieur d'Etrevail” était encore à Berthier (en bas) le 2 septembre 1767.

* * *

Et pour n'oublier personne ajoutons un mot sur le sort de la fillette Boyer. Au mois d'octobre 1760, ayant atteint ses 18 ans, elle épousa Gabriel-Amable Guérin.

E.-Z. MASSICOTTE.

Membre de la Société Royale,

Directeur du bureau des Archives à Montréal.

(3) On peut lire Houssaiey, Houssay, Houssoy et Houssoir.

Sur un cas de dilatation aigue de l'estomac

(La théorie de la corde mésentérique)

Par le Docteur Alexandre ACHPISE,

de la Faculté de Médecine de Paris.

Les publications scientifiques modernes ont attiré l'attention sur l'affection connue sous le nom d'occlusion duodénale. Albrecht fut le premier anatomiste qui a indiqué le changement habituel de la forme du duodénum à son point de croisement avec les vaisseaux mésentériques. A la suite Glénard attribuait à cette compression légère, normale du duodénum un rôle physiologique rattachable au bon exercice des fonctions digestives.

Plus récemment les travaux d'Ombredanne, Kotzaroff, Hartmann ont mis en relief l'importance de "la corde mésentérique" dans l'occlusion duodénale chronique.

Nous avons présent à la mémoire un cas opératoire de notre Maître, M. le Pr. Delbet qui après avoir posé le diagnostic de cette forme d'occlusion duodénale, a trouvé à l'ouverture de la cavité abdominale une corde mésentérique formant bride devant la portion transversale du duodénum.

La duodéno-jéjunostomie pratiquée par Mr. Delbet a remis le malade cachectique dans un état de santé très satisfaisant(1). Le fait, d'ailleurs, n'est pas unique et Staveluy, Kellogg, Hartmann ont eu aussi, après une duodéno-jéjunostomie des guérisons parfaites de leurs malades.

Il semble donc évident que la compression duodénale légère et normale peut s'accroître et produire le syndrome de compression duodénale chronique.

Existe-t-il des rapports entre la compression duodénale chronique et la dilatation aiguë de l'estomac?

La première pathogénie de la dilatation aiguë de l'estomac a été donnée par Walther, Routier, Terrier qui expliquent cette complication post-opératoire par des troubles d'ordre septique. Cette conception semble être erronée vu les faits d'apparition de la dilatation

(1)—Malade présenté à la Société de Chirurgie de Paris, 1920.

aiguë après des interventions faites en dehors du péritoine et, surtout, l'apparition de cette complication au cours des affections qui n'étaient pas accompagnées d'acte opératoire (fièvre typhoïde, pneumonie, affections cardiaques).

L'hypothèse généralement admise actuellement est d'ordre physiologique.

Reynier, Lecène, Stieder, Borchardt(2) admettent que le fait initial est la dilatation reflexe de l'estomac, elle refoule la masse du grêle, et cette dernière en tirant sur le mésentère provoque l'étranglement mésentérique du duodénum. Ainsi ces auteurs dans leur pathogénie du syndrome de la dilatation aiguë font intervenir la corde mésentérique mais seulement comme fait secondaire.

Les publications scientifiques récentes sur l'occlusion duodénale chronique expliquent l'apparition de ce syndrome par la compression mésentérique. Il semble évident qu'il existe des gens prédisposés plus que les autres à faire une compression de la portion transversale du duodénum.

Ces malades prédisposés à faire de l'occlusion duodénale chronique ne sont-ils pas les mêmes qui compliquent la période post-opératoire par la dilatation aiguë de l'estomac?

Ainsi ce sera dans l'ordre de succession des faits d'abord la compression mésentérique et secondairement la dilatation aiguë. C'est la *théorie de la compression duodénale primitive de Kundrat*.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment une dilatation aiguë de l'estomac qui cadre avec la pathogénie de compression duodénale primitive, — nous exposerons donc le résumé de cette observation.

Madame D., âgée de vingt-quatre ans, nous consulta au mois de septembre 1920, pour des douleurs dans les deux flancs, amaigrissement considérable et pertes abondantes, jaunâtres, sentant mauvais et salissant les linges.

Pas de maladies antérieures. Douleurs épigastriques accentuées depuis 5 ans environ, mais préexistant depuis longtemps. De temps à autre vomissement matinal à jeun (jaune-verdâtre), nausée et renvois, distension abdominale. Ces troubles ne présentent pas de rapports avec les repas. La malade est réglée à 14 ans, elle s'est mariée à 18 ans. La première grossesse, survenue à l'âge de 21 ans, était très laborieuse. La malade a dû être endormie au chloroforme. Après

(2)—Congrès de Chirurgie, 1903.

l'accouchement, pendant 4 à 5 jours, douleurs épigastriques, vomissements bilieux, gaz en abondance, défaillance cardiaque. Les troubles cèdent au traitement médicamenteux. Deuxième accouchement date de 6 mois, pas d'anesthésie, enfant normal, Faiblesse extrême. Impossibilité de la marche vers la fin du terme. Vomissements continuels et douleurs persistantes dans les deux flancs.

Le médecin qui pratique l'accouchement indique la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Examen.—Culs de sac latéraux rigides, cul de sac antérieur et Douglas souples. La malade est maigre et le palper bi-manuel facile, révèle deux masses dans les deux flancs, peu adhérentes, sensibles et grosses comme un oeuf de poule. Quelques ulcérations sur le col. Une goutte de pus sur l'orifice cervical. Paroi abdominale flasque. Reflexes rotuliens exagérés. Rien d'autre.

Le 16 novembre 1920.—La malade entre à l'hôpital St-Joseph de Trois-Rivières.

Le 17 novembre.—Sérum physiologique en injection hypodermiques—1000 cm.

Intervention (le 18 novembre). Anesthésie au chloroforme d'après la méthode de Dastre et Morat (morphine-atropine-chloroforme). Opérateur: Dr Achpise; Aides: Dr Beaudry, Soeur Louis-David, Mlle Valois; Chloroformisateur: Dr Tourigny. Nous pratiquons l'hystérectomie sub-totale d'après le procédé de Terrier-Gosset. L'opération est correcte.

Après l'opération: Nausées, gaz, vomissements verts abondants, douleurs abdominales.

Sérum physiologique—1000 cm.—Huile camphrée—10 cm. Sac de glace sur l'épigastre.

Le 19 novembre.—Douleurs épigastriques. Nausées. Vomissements verts, très abondants et presque incessants. Le matin la température est à 36, le pouls à 116, la respiration à 22. Le soir la température est à 37.8, le pouls à 100, petit, mal frappé, la respiration à 24.

Sérum physiologique—1000 cm. Huile camphrée—10 cm.

Sulfate de strychnine—0 gr. 002. Sulfate de spartéine—0 gr. 10.

Vessie de glace sur la région épigastrique. Pituîtrine(s)—0 gr. 005.

Le 20 novembre.—Vomissements bilieux très abondants. Les liquides avalés sont immédiatement rejetés. Douleurs épigastriques,

Gaz par la bouche. Nausées. La température le matin est 36.8, la respiration à 18, le pouls petit, mal frappé, intermittent, bat à 98.

A l'examen la région épigastrique est distendue.

Hypersonorité de cette région, disparition partielle de la matité cardiaque. A droite la sonorité se confond avec celle du côlon transverse. Toute la région est très sensible. La palpation fait apparaître des nausées, puis des vomissements verdâtres. Les bruits du cœur sont intermittents. Faiblesse extrême. Battements des ailes du nez.

Sérum physiologique—1000 cm. Huile camphrée—10 cm.

Sulfate de strychnine — 0,001 milligr. Sulfate de sparteïne — 0,05 centigr.

Digitaline cristallisée au millième—5 gouttes. *Lavage de l'estomac* (eau bouillie et tiède, 1 litre; bicarbonate de soude, 15 grammes).

Le soir la température axillaire est à 37.4, la respiration à 16, le pouls, mieux frappé, à 96.

Diminution de la tension épigastrique. Hypersonorité. Vomissements plus espacés.

Injection rectale d'huile d'olive et de térébenthine. Suppositoire, chlorydrate de morphine, $\frac{1}{8}$ de grain.

Le 21 novembre.—le matin, la température est à 37.2, la respiration à 18, le pouls à 86, bien frappé. Vomissements verdâtres, mais peu abondants. Même aspect de l'épigastre.

Sérum physiologique—1000 nm. Huile camphrée— 5 cm.

Digitaline cristallisée au millième—5 gouttes.

Le soir la température est à 37°, le pouls à 90, la respiration à 16. Vomissements bilieux et alimentaires. Distension très marquée de la région épigastrique. Hypersonorité.

Lavage de l'estomac. Huile camphrée—5 cm. Vessie de glace sur la région épigastrique. Suppositoire chlorydrate de morphine $\frac{1}{8}$ de grain.

Le 22 novembre.—La température est à 36.8°, la respiration à 18, le pouls à 88, plein, bien frappé. Vomissements verts et peu abondants. Plus de distension épigastrique. Faciès animé. Plus de battements des ailes du nez.

Sérum physiologique—500 cm. Huile camphrée—5 cm. /

Digitaline cristallisée au millième—5 gouttes.

Le 23 novembre.—La température est à 36, le pouls à 80, la respiration à 16. Plus de vomissements. On enlève les grands fils.

Aspect normal de la région opératoire. On commence à nourrir la malade.

Digitaline cristallisée au millième—5 gouttes.

Le 24 novembre.—Quelques vomissements alimentaires. Gaz. Applications humides et chaudes sur la région épigastrique. Injection rectale.

Le 25 novembre.—Vomissements alimentaires peu abondants. Douleurs dans la région épigastrique, s'irradiant dans les deux flancs.

Eau de Vichy aux repas. Une cuillère à café de bicarbonate de soude après les repas.

Le 28 novembre.—Plus de vomissements.

Le 30 novembre.—Enlèvement des fils. La réunion est par première intention.

Examen radioscopique, le 10 décembre 1920.—Dr. Achpise et Dr. Beaudry. Lavement purgatif la veille. Injection de 400 gr. de gruau avec 60 gr. de carbonate de Bismuth à 5 h. du matin. A l'examen, pratiqué à 11 h. du matin, pas de bismuth dans l'estomac. Présence de la masse opaque dans la partie supérieure du colon ascendant, dans l'angle hépatique du côlon, dans l'angle splénique et dans le côlon descendant. On fait ingérer à la malade du lait bismuthé.

Le bas-fond de l'estomac est à un travers de doigt au-dessus de la ligne bi-iliaque. Malgré la distension notable de l'estomac la poche à air n'est pas perceptible. Les contractions péristaltiques de l'estomac, normales, sont lentes. Pas de déformation au niveau de la grande ou de la petite courbure. L'évacuation par la filière pylorique se fait très lentement. La filière duodénale ne peut pas être examinée par manque d'installation (absence de diaphragme).

La malade quitte l'hôpital le 12 décembre dans un état général parfait.

Plusieurs faits attirent l'attention dans cette observation. La malade, après une hystérectomie sub-totale, complique la période post-opératoire par la dilatation aiguë de l'estomac et présente la triade caractéristique: les vomissements, le collapsus, la déshydratation. Le sérum artificiel, l'huile camphrée, la strychnine, la sparteïne et, surtout, les lavages de l'estomac constituent les médications symptomatiques qui arrivent à vaincre cette complication.

Mais, fait d'importance capitale, la malade accuse bien avant l'opération une sensation de plénitude, de distension, de gêne, des

nausées. Tous ces antécédents pathologiques font plus qu'orienter l'esprit dans le sens de la préexistence de lésions organiques.

D'autre part, on ne peut s'empêcher de faire un rapprochement entre la complication après notre acte opératoire et les phénomènes qui ont suivis le premier accouchement de la malade, pratiqué lui aussi sous anesthésie générale au chloroforme.

On est donc en droit de se demander si notre malade n'est pas atteinte de la dilatation chronique de l'estomac avec une dilatation duodénale, forme clinique décrite récemment par les auteurs américains: Gedman, Bloodgood, Kellog et attribuable à une compression mésentérique.

L'examen radioscopique, par manque d'installation, ne nous a pas donné des renseignements concluants, mais il a démontré une dilatation et une ptose de l'estomac avec une évacuation pylorique ralentie. Cette ptose stomacale chez une malade maigre plaide aussi en faveur de la théorie de la compression duodénale primitive de Kundrat (observation de Borchardt, Legueu, Hartman). On peut supposer, avec Hartmann, que chez ces sujets "l'influence de l'anesthésique sur la musculature détermine l'apparition des accidents, en accentuant la traction exercée par l'intestin sur le mésentère"(3).

Il nous semble donc permis d'admettre que la complication post-opératoire observée chez notre malade cadre avec la théorie de compression duodénale primitive. Nous concluons par les paroles d'Hartmann qui se demande "si la recherche systématique de lésions chroniques ne permettra pas de prévoir l'apparition des accidents aigus de dilatation de l'estomac."

(3)—H. Hartmann.—Leçon clinique faite le 15 mai 1920, à la Clinique Chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

SUPPLEMENT

COMMUNICATION DU Dr PAPILLON

Médecin-Chef

des Hôpitaux de Paris.

L'Etain Colloïdal (*Stanion*) semble être le remède héroïque des pyodermites à staphylocoques de l'enfance. Il est toujours bien toléré et son emploi ne comporte aucune contre-indication.

On peut l'utiliser dès les premières semaines de la vie, et chez les enfants présentant par ailleurs des lésions graves ou un état général mauvais. Il semble même, dans ce cas, exercer une action favorable sur l'évolution de la maladie principale, en particulier de la broncho-pneumonie.

La meilleure technique à suivre paraît être la suivante: Injection intramusculaire (fesse) quotidienne s'une ampoule de Stanion, quatre jours de suite. Après quatre jours de repos, et s'il est nécessaire, seconde série de quatre injections. On peut faire ainsi 3 à 6 séries.

Dans les cas légers, une seule série suffit souvent à amener la guérison. Il est rare que les cas les plus invétérés ne cèdent pas à la troisième ou quatrième série.

Pendant ce temps, comme traitement local, pansement sec avec une poudre aseptique quelconque et compresses stérilisées, après ouverture des plus gros abcès.

Voici quelques observations choisies dans les cas compliqués d'une affection grave, ou chez de très jeunes enfants.

Obs. I. (*Hospice Debrousse*). (Service des Enfants tuberculeux). Fillette de 11 ans: tuberculose pulmonaire à cavités bilatérales: néphrite bacillaire (10 gr. d'albumine) fièvre hectique — Pyodermite eczémato-pustuleuse à staphylocoque du cou et du pourtour du cuir chevelu; abcès multiples et assez volumineux de la région cervicale, du tronc et des cuisses. Après trois séries d'injections intramusculaires de Stanion, guérison complète de la pyodermite et des abcès; état général meilleur, diminution de l'albuminurie (oscillant de 2 à 4 gr.). Deux mois plus tard, reprise de la Pyodermite du cou avec menace d'abcès au cuir chevelu, arrêtées par une série de quatre injections intrafessières de Stanion.

Obs. II. *Hôpital Trousseau*: (Crèche). Nourrisson de 10 mois, entré pour bronchopneumonie double. Présente en même temps une pyodermite impétigineuse à staphylocoque avec abcès multiples du cuir chevelu. On institue le traitement habituel de la bronchopneumonie en y ajoutant des injections pour débarrasser l'enfant de sa staphylococcie cutanée. La broncho-pneumonie très grave a fini par guérir après cinq semaines.

Obs. III. *Hôpital Trousseau*: (Crèche). Nourrisson de sept semaines. Entérite légère. Abcès miliaires, (à staphylocoques) innombrables du cuir chevelu, les plus gros ne dépassant pas le volume d'un pois; quelques plaques de dermite suintante sur la tête. Deux séries d'injections suffisent pour débarrasser complètement le bébé des accidents cutanés; il sort guéri de l'hôpital.

BIBLIOGRAPHIES

A. MALOINE & FILS, Editeurs, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

TRAITE DE PHATOLOGIE MEDICALE ET DE THERAPEUTIQUE APPLIQUEE, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS, médecin des hôpitaux; L. BABONNEIX, médecin des hôpitaux.

TOME XIX

SYPHILIS

Tome I

GENERALITES ET SYPHILIS DE L'ADULTE

par MM. Clément SIMON, ROSTAINE, BELLIN, MIRANDE,
FAVRE, BABONNEIX

Affections vénériennes non syphilitiques et non blennorrhagiques
par M. J. DU CASTEL

In-8, 1921, 109 figures, 1 planche en couleurs

Traité SERGENT, RIBADEAU-DUMAS, BABONNEIX

Prix.....28 francs.

Ce volume du *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée* de SERGENT, RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX, bien qu'il ne soit pas écrit pour les spécialistes, contient cependant assez de vues générales et de détails particuliers pour les intéresser. Il s'adresse surtout aux médecins, si souvent aux prises, dans la pratique de la médecine générale, avec les manifestations de la syphilis.

Dans une première partie, M. Clément Simon, grâce à la connaissance profonde que ses études spéciales lui ont permis d'acquérir, expose avec une clarté saisissante l'état actuel de nos idées sur l'*Evolution clinique générale* et sur la *Thérapeutique* de la Syphilis.

Dans une deuxième partie sont étudiées successivement les diverses localisations périphériques et viscérales chez l'adulte. Chaque article, suivant la règle adoptée par les Directeurs, a été confié à un collaborateur désigné par ses travaux antérieurs. La *Syphilis de la*

peau, des muqueuses et des ganglions est dûe à M. Clément Simon; celle des *os, des articulations et des muscles* à M. Rostaine; celle du *rhino-pharynx et du larynx* à M. Bellin; celle de la *trachée, des bronches, du poumon, de la plèvre et du médiastin* à M. Mirande; celle du *coeur, des vaisseaux, des reins et des organes génito-urinaires* à M. Rostaine; celle du *tube digestif, du foie, de la rate, du pancréas et du péritoine* à M. Favre; celle du *système nerveux* à M. Babonneix.

L'ouvrage se termine par un article de M. Joseph du Castel sur les *affections non syphilitiques et non blennorrhagiques*.

Il sera suivi d'un second volume actuellement sous presse dans lequel seront étudiées la *syphilis acquise de l'enfance* et l'*hérédosyphilis* par M. Fernet, et la *syphilis héréditaire tardive* par M. Edmond Fournier.

* * *

L'ENTRAÎNEMENT RESPIRATOIRE

par la Méthode Spiroscopique

par le Dr J. PESCHER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

In-8, 1921, 23 Figures.—Prix.....10 Francs.

A. MALOINE & FILS, Editeurs,

27, Rue de l'Ecole-de-Médecine — PARIS

Le Dr J. Pescher, à qui l'on doit la Nouvelle Méthode d'entraînement respiratoire par le "Procédé de la Bouteille" et la *Méthode Spiroscopique* qui en est l'application scientifique et le perfectionnement, vient d'écrire, sur cette importante question, sous le titre ci-dessus, un ouvrage d'ensemble, qui complète et met au point ses nombreuses publications antérieures.

En 27 chapitres, illustrés de figures originales et remplis d'observations intéressantes, le nouvel entraînement est envisagé sous tous ses aspects.

L'auteur passe en revue successivement, pour chaque maladie: *la technique, les modalités, la posologie et la progression* des exer-

cices, avec leurs applications innombrables en Hygiène, en prophylaxie, en médecine infantile, en médecine générale et en chirurgie.

Méthode de douceur et de précision, permettant d'améliorer la respiration et l'hématose, en toutes circonstances, mais particulièrement chez les malades, qui en ont le plus besoin, la *Spiroscopie* donne, dans une foule de cas, les résultats les plus heureux et même les plus inattendus—résultats vérifiés aujourd'hui de tous côtés et reconnus par tous.

C'est par milliers à l'heure actuelle, qu'on pourrait compter les patients ayant bénéficié de la méthode.

En faisant connaître ces faits, dont un bon nombre, inédits et de grande portée, seront une révélation pour le monde médical, le livre de Pescher aura un retentissement légitime et rendra les plus grands services.

* * *

SOUS LES TROPIQUES

Notions d'Hygiène et de Médecine coloniales à l'usage des Coloniaux, par Henri Maurice, missionnaire apostolique, docteur ès-sciences, chargé de mission antipaludique par le Ministère de la Guerre. Paris, Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine.

Un volume in-8° avec 32 figures.....10 francs.

Rédigé sous une forme très simple, originale et attrayante, orné de nombreuses illustrations, cet ouvrage peut être lu avec profit par tout colonial.

Il trouvera dans ces pages un faisceau d'idées générales, *une méthode*, pour lutter efficacement contre le climat et les maladies des pays chauds, pour donner plus de sécurité, plus de confort à son existence.

Celui qui désirerait étudier de plus près certaines questions sera renvoyé aux meilleures sources.

A l'heure où la France fonde de si grands espoirs sur ses possessions d'outremer, ce livre est plus qu'un essai de vulgarisation scientifique, c'est une oeuvre de propagande coloniale.

Vient de paraître: TRATTE DES MALADIES DE L'ENFANCE, par le Dr Jules COMBY, *Médecin de l'Hôpital des Enfants malades*, volume in-8, de VIII-1088 pages, *Sixième Edition*, Paris 1920, VIGOT Frères, éditeurs. Prix: 30 francs.

Dans cet ouvrage, dont la 6e édition a été retardée par la guerre, l'auteur a poursuivi un double but: 1° être complet; 2° rester pratique.

Pour remplir la première indication, il s'est inspiré non seulement de son expérience personnelle qui dépasse 35 ans (11 ans au dispensaire de la Société philanthropique, 25 ans à l'Hôpital Trousseau et à l'Hôpital des Enfants malades), mais encore des travaux de ses collègues français et étrangers qu'il a lue et analysés dans les *Archives de Médecine des Enfants* qu'il a fondées et qu'il dirige depuis 23 ans. Grâce à cette documentation, il a pu tenir son ouvrage au courant de toutes les recherches qui intéressent la pratique médicale.

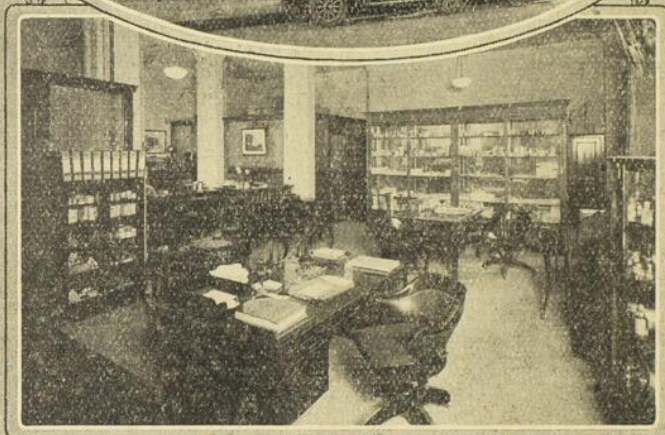
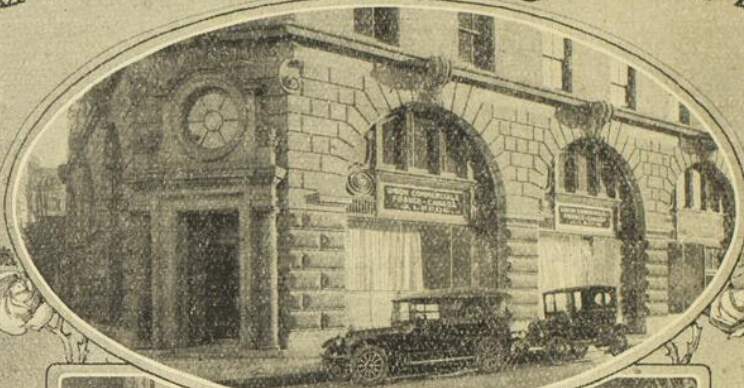
Car il faut toujours en revenir à la pratique, le but de la médecine étant de soulager et de guérir les malades.

C'est dire que le diagnostic, la prophylaxie et le traitement des maladies ont été décrits avec prédilection, dans un style sobre et clair que tout le monde appréciera.

Le plan de l'ouvrage est des plus simples. Après un court préambule d'hygiène infantile, l'auteur aborde dans une première partie toute les maladies générales (1° maladies infectieuses, 2° maladies dyscrasiques, 3° intoxications). Dans la seconde partie, il traite des maladies locales ou organiques (appareil digestif, appareil respiratoire, appareil circulatoire, système nerveux, etc.). Les maladies de la peau, si importantes chez les enfants, sont très développées. Enfin, dans une partie annexe qui termine ce livre est exposée l'histoire des maladies qui n'ont pas trouvé place dans les catégories précédentes.

En somme, toute la pathologie de l'enfance est résumée en un volume, dont six éditions successives affirment la valeur.

UNION COMMERCIALE FRANCE-CANADA. J. LEDDÉ.



Produits Français



Spécialités Pharmaceutiques.