

VOL. 4

No 2

FÉVRIER 1939

LAVAL MÉDICAL



**BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC**

Rédaction et Administration

**FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC**



TRASENTINE "CIBA"

(Chlorhydrate hydrosoluble de l'ester diéthylaminoéthylque de l'acide diphénilacétique).

ANTISPASMODIQUE

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

Tolérance parfaite.

Utilisable par voie orale et parentérale.

Supprime les spasmes de l'appareil gastro-intestinal, du système urogénital et des autres organes à musculature lisse.

POSOLOGIE :

Par voie orale : Avaler, sans les croquer, 1 à 2 dragées 2 à 3 fois par jour avec un liquide quelconque.

Par voie parentérale : 1 à 2 ampoules par jour.

PRÉSENTATION :

Dragées en flacons de 20 et 100, et ampoules en boîtes de 5 et 20 à 0.075 grm. (1 dragée = 1 ampoule)



Compagnie CIBA Limitée

MONTREAL



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

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

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

ou par téléphone **1-800-363-9028**

**Bibliothèque
et Archives
nationales**

Québec 



M. LE PROFESSEUR ARTHUR VALLÉE

1882 — 1939

Professeur d'Anatomie pathologique ; chargé du cours d'Histoire de la Médecine ; secrétaire de la Faculté de Médecine ; directeur de l'Institut d'Anatomie pathologique et du Centre Anticancéreux de l'Université Laval ; chef des laboratoires de l'Hôtel-Dieu ; président de la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec.

TITRES ET DÉCORATIONS

Docteur en médecine. Docteur ès lettres. Docteur du Collège des Médecins de Madrid.

Membre de la Société Royale du Canada. Membre du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada. Membre correspondant de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, de la Société d'Anatomie, de l'Association française pour l'étude du Cancer, et de la Société française d'Histoire de la Médecine. Membre de la Société internationale d'Histoire de la Médecine, de la Canadian Physiological Society, du Comité consultatif des Connaught Antitoxin Laboratories de l'Université de Toronto, de la Commission médicale du Conseil des Recherches scientifiques du Canada.

Président de la section Langue française à la Société Royale du Canada. Président de la Société du Parler français. Président du Comité France-Amérique. Membre du Comité permanent des Congrès de la Langue française.

Lauréat de l'Académie de Médecine. Lauréat du Prix David d'Histoire du Canada.

Commandeur de Saint-Grégoire-le-Grand. Officier de la Légion d'Honneur. Officier d'Académie.

LAVAL MÉDICAL

VOL. 4

N° 2

FÉVRIER 1939

LE PROFESSEUR ARTHUR VALLÉE

Hommage du Président

Le Laval Médical vient de subir une perte irréparable. L'animateur remarquable qu'était Arthur Vallée disparaît brusquement, et laisse chez nous un vide qui ne se comblera que lentement par les élèves qu'il a formés et qui auront le courage et la persévérance de continuer son œuvre. Il leur a donné l'exemple constant de ces deux vertus, et ils ne failliront pas, j'espère, à la tâche que ses mains refroidies leur abandonnent.

Le souvenir qu'il laisse à ceux qui furent ses disciples et ses collaborateurs les animera. C'est un monument plus solide que la pierre et le marbre, protégé contre l'oubli par des cœurs qui se souviennent et des esprits qui admirent.

Il laisse aussi les amis de toujours dont le Président de votre Revue Universitaire s'honore d'être le plus ancien, et celui-ci s'incline sur sa tombe pour mieux cacher son désarroi et voiler à tous les larmes qui, malgré lui, inondent ses yeux après avoir gonflé son cœur à la triste nouvelle.

L'ami intime, le confident sincère n'est plus et la perte personnelle prend une acuité particulière en voyant ce frère d'armes, ce compagnon de tous les bons combats, l'inséparable dans les succès

comme dans la défaite. Vallée mort emporte notre souvenir ému et profondément triste ; un seul rayon nous reste : le souvenir de l'atmosphère heureuse créée autour de lui par une compagne parfaite dont nous admirons les vertus, par une famille qui saura continuer la lignée.

Puisse sa mémoire vivre partout, au Laval Médical surtout, comme elle vivra pendant toute ma vie dans mon cœur et mon souvenir.

P.-C. DAGNEAU.

LE PROFESSEUR ARTHUR VALLÉE

1882-1939

La destinée de certains hommes les a liés si intimement à leur milieu qu'ils n'en peuvent être arrachés, sans que se produise un état de déséquilibre et de carence, sans de multiples et lointaines répercussions. Leur disparition, quand s'y ajoute l'imprévu d'une séparation brutale, provoque cette stupeur muette, sinon résignée, qui accompagne les grandes catastrophes.

La mort inattendue du Professeur Vallée est de celles-là ; et comme d'un organe essentiel qui ne devait pas s'arrêter, les rouages déconcertés semblent attendre encore l'impulsion qu'ils n'en recevront plus. Depuis plus de trente ans, Arthur Vallée s'était tellement identifié avec l'Université, avec son mouvement scientifique, son enseignement médical, que tous en étaient venus à considérer cette symbiose comme naturelle et définitive. Il ne leur semblait pas vraisemblable qu'il dût un jour cesser d'animer la Faculté de Médecine. En une seconde la mort l'a arraché aux siens, à ses collègues, à ses élèves, à l'Hôtel-Dieu, à ses innombrables amis compatriotes et étrangers et à l'élite du Tout-Canada français.

Issu d'une famille qui a déjà donné au pays d'éminents sujets, et dont les racines plongent dans une riche hérédité de culture et de distinction, Vallée se devait à lui-même et à la souche dont il était l'inflorescence de prolonger en l'amplifiant la tradition dont il était responsable.

Nourri et formé aux sources classiques qui ont fait leurs preuves, il incarnait en sa personne d'universitaire la démonstration de leur puissance d'humanisme. Dès sa jeunesse, ses qualités rendaient déjà facile le pronostic de son devenir médical, littéraire et scientifique qu'il devait si brillamment actualiser pour l'honneur de sa famille et celui de Laval.

La vie et l'œuvre de Vallée, à l'instar de celles de Rousseau qu'il seconda si efficacement, ne peuvent s'apprécier aujourd'hui que d'une façon incomplète et fragmentaire. Il faudra un long recul pour en mesurer toute l'ampleur et la lointaine portée. Ces deux hommes, après des réalisations comme n'en connaissent que les tenaces et les optimistes, ont su laisser les germes vivaces d'un progrès universitaire, et d'un dynamisme qui entraîne les moins résolus.

Et c'est avec une émotion lourde de souvenirs, que celui dont il a voulu faire son premier assistant, qu'il a toujours dirigé et encouragé, évoque un de ses mots inoubliables, vrai leitmotiv sans cesse repris et jamais épuisé: « Ma tâche n'aura pas été vaine, me disait-il, il y a vingt ans, si seulement je pouvais être un précurseur. »

Précurseur et pionnier, il l'aura été à bien des titres et dans tous les domaines. Mais la série imposante des élèves qu'il a formés, des assistants qu'il a lancés, des collaborateurs qu'il s'est adjoints, témoigne éloquemment qu'il fut davantage. Il a été un chef d'école; l'empreinte qu'il a laissée sur la jeune génération médicale prolonge dans le temps et dans l'espace la personnalité d'un grand disparu.

Lui qui admirait en la vénérant la tradition du patronat scientifique, il aura été à son insu tout autant que par son exemple conscient, l'animateur inlassable des bons vouloirs et des aspirations confuses des jeunes, l'artisan parfois méconnu de réussites difficiles, le pontife, — au sens noble du mot, — le faiseur de ponts entre un passé encore pauvre, un présent chargé de réalisations et un avenir gros de promesses.

Dès 1905, l'obtention de son parchemin médical ne fut pour Arthur Vallée qu'une étape et non une fin. Il avait déjà compris que le succès confère le devoir d'en rechercher de plus grands et que la formation médicale et scientifique n'est jamais finie. Il partait pour Paris où devaient le ramener dans la suite de multiples voyages. Avidé de savoir et de perfectionnement, il retournait sans cesse aux sources éprouvées qui réalisèrent en lui cet humanisme intégral fait d'art et de science, d'érudition et d'esprit critique, de discipline intellectuelle et d'idéalisme. Nul plus que lui n'aura illustré le pouvoir façonnant de cette culture française, fine fleur de civilisations antiques auxquelles l'humanité moderne doit encore ce qu'elle a de meilleur. Nul mieux que lui n'aura fait aimer et comprendre ce qu'il appelait avec affection :

ÉTATS DE SENSIBILISATION

DERMATOSES RÉCIDIVANTES
PRURITS—ECZÉMAS—URTICAIRES
INTOLÉRANCES—INTOXICATIONS
ASTHME—ANAPHYLAXIE
MIGRAINES
ACCIDENTS SÉRIQUES

CARENCE SULFURÉE

INSUFFISANCE HÉPATIQUE
LITHIASÉ BILIAIRE
SCLÉROSES VISCÉRALES
ARTHRITES — ACNÉ



HYPOSULFÈNE

DRAGÉES GLUTINISÉES D'HYPOSULFITE DE SODIUM PUR
DOSÉES A 0 gr 25 — 4 A 12 PAR JOUR

SOLUTION STABILISÉE A 20 p. 100 EN AMPOULES DE .10 cc
POUR 2 A 3 INTRA VEINEUSES HEBDOMADAIRES

JABOSULFÈNE

HYPOSULFÈNE JABORANDI

MEMES FORMES — MEMES DOSES

RÉGULARISE L'ÉQUILIBRE NERVEUX VAGO-SYPATHIQUE

Société d'Expansion Pharmaceutique Inc. — 917, rue Cherrier, Montréal

— XVII —

Messieurs les médecins, la Laiterie
"LAVAL" est la seule laiterie à
Québec où vous pouvez obtenir
le "**Yoghourt**"



Laiterie "LAVAL" enr'g

pourvoyeurs de la "Goutte de lait" et de
la Crèche St-Vincent-de-Paul.



237, 4^{ième} Avenue, Limoilou

Téléphone 4-3551

« La France éternelle », celle que les calomnies ne peuvent atteindre parce qu'au-dessus des contingences, des personnes et des événements.

Durant chacun de ses séjours outre-mer, Vallée nouait avec les sommités médicales, littéraires et scientifiques, avec les personnages officiels, des relations qui ont servi le plus heureusement notre Université, nos élèves et notre pays. Parfaitement bilingue par surcroît, ses contacts avec l'élément médical anglophone nous ont valu d'être mieux connus, compris et appréciés. Vallée aura donc été encore l'exemple du Canadien intégral dans lequel se marient sans se confondre les qualités des deux civilisations qui ont fait notre Canada.

Dès son retour au pays, en 1907, Arthur Vallée commença sa longue carrière de professeur. Comme dans les autres domaines, il y excella par son érudition, sa clarté, son souci constant d'élargir les horizons médicaux des élèves. Il conviendrait de souligner longuement sa manière si prenante d'enseigner la Chimie Médicale, la Bactériologie, l'Anatomie Pathologique et l'Histoire de la Médecine. Formé à l'Institut Pasteur, il avait voué un véritable culte au grand chimiste qui devait révolutionner la Médecine, la Chirurgie et l'Hygiène. Et il ne cessait de répéter « qu'il y avait la Médecine avant Pasteur et la Médecine depuis Pasteur ».

Ses leçons d'Anatomie Pathologique avaient ce rare caractère de ne pas être le point de vue étroit d'un spécialiste ; mais elles situaient la lésion dans un organisme vivant, dans un cadre réel, et par là, s'apparentaient étroitement aux exposés cliniques.

Professeur d'Histoire de la Médecine, il puisait dans sa connaissance des auteurs anciens, dans ses lectures et ses recherches, cette conviction communicative qui fait oublier un instant le professeur et met en lumière l'intérêt intrinsèque du sujet. Il semblait qu'avec lui on assistât à l'effort séculaire et victorieux d'une médecine qui, partie d'un empirisme voisin de la superstition, s'élevait par le génie des grands découvreurs jusqu'aux sommets lumineux où l'ont portée les acquisitions modernes.

Conjointement avec ce souci d'un enseignement supérieur, Vallée avait celui de développer les moyens matériels qui doivent l'assurer. Dès les débuts, il fut chargé d'organiser le musée de l'École, ses laboratoires et celui de l'Hôtel-Dieu. Ceux qui visitent les laboratoires actuels réalisent jusqu'à quel degré de perfection et d'efficacité les a portés l'impulsion d'un Vallée, et ses efforts pour les maintenir au niveau d'exigences sans cesse croissantes.

Cet homme étonnant, à côté de son travail principal, cherchait et trouvait des sphères d'activité dont la variété et le nombre ne cessent de surprendre. Grand liseur et fin causeur, conférencier, ami des lettres, écrivain à l'occasion, maniant la plume et la parole avec une déroutante facilité, collectionneur, bibliophile, il ne voulait être étranger à aucun champ du savoir.

Il n'est pas une société savante qui ne comptât Vallée parmi ses membres ou ses correspondants ; pas un congrès, pas un comité dont il ne fut l'animateur. L'organisation du Troisième Centenaire de l'Hôtel-Dieu vient de perdre en lui le ressort principal qu'il savait être partout. L'Aide à Laval, la Ligue Anti-Tuberculeuse, la Lutte Anti-Vénérienne, le Bureau d'hygiène, l'Institut d'Anatomie Pathologique, le Centre Anti-Cancéreux, l'Institut Canadien, le Comité France-Amérique, la Société du Parler français, l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord, la Bibliothèque de l'École, le Conseil National des Recherches, la Société Médicale des Hôpitaux, le *Laval Médical*, etc., etc... ; cette liste de ses activités et cette sèche énumération de ses travaux ne sauraient rendre justice à son inlassable labeur. Vallée était partout parce que partout on le réclamait.

Dans un sentiment de reconnaissance assombri de quelque remords, ses collègues se demandent encore comment il a pu en outre, être durant 30 ans, Secrétaire de la Faculté, et porter allègrement le fardeau de tant de responsabilités ingrates.

Les honneurs, fruits légitimes du mérite, ne devaient pas manquer de pleuvoir sur lui. Ceux qui ont pu s'en étonner, ceux qui ont pu le critiquer — on ne jette des pierres qu'aux arbres chargés — ont mal compris la signification qu'il attachait à ses titres et à ses nombreuses décorations. Car, avec lui, c'est notre Université, notre École, nos Hôpitaux et notre race qui étaient à l'honneur.

Souhaitons qu'un biographe mette un jour en lumière, comme lui-même l'a fait pour Michel Sarrazin, les mérites et la valeur de cet homme qui comptera avec son ami Rousseau parmi les gloires du Canada français.

Ennemi juré de l'à peu près, son souci d'élégance interne et extérieure s'étendait jusqu'à des domaines inaccessibles à ceux qu'il appelait des primaires invétérés. Ses gestes, ses qualités et jusqu'à ses travers si humains avaient ce cachet qu'on ne retrouve que chez les intellectuels racés. Après l'avoir entendu disserter sur Claude Bernard, raconter son voyage en Algérie,

décrire le vieux Paris, réciter une strophe de Ronsard, on ne s'étonnait pas de le voir déchiffrer pieusement une archive poudreuse, caresser amoureusement le chagrin d'une belle reliure ou s'amuser de la truculence d'un Rabelais. Il ne pouvait déguster un vin fin qu'en connaisseur, et ses amis se fussent étonnés de ne pas retrouver chez lui l'épicurisme gastronomique d'un Brillat-Savarin.

Toute cette formation, cette érudition et cette culture avaient fait de Vallée un gentilhomme accompli, prêt à vibrer à toutes les nobles causes, d'une sensibilité exquise aux mauvais procédés et plus encore aux bons, ressentant vivement les coups reçus et souffrant davantage de ceux qui avaient échappé à ses réflexes. Ses qualités — et ses défauts qui en étaient l'excès — lui avaient créé une personnalité précise. Car Vallée fut un type ; le moule qui l'a formé n'a jamais produit de séries ; il avait du reste l'horreur innée de la standardisation abusive des hommes et des choses.

L'art l'intéressait plus que la technique, l'esprit plus que le matériel. Son œuvre toute entière trahit un tempérament de poète avec ses inégalités, ses envois généreux, ses déceptions faciles et ses illusions renaissantes. Indulgent aux médiocres, il sursautait devant la vulgarité. D'un humour naïvement bourru, il avait parfois de ces feintes révoltes des vieux grognards, sans lesquels la Garde se serait rendue au lieu de mourir.

L'œuvre de Vallée dépasse largement son rêve de précurseur. Elle sera durable car son action s'est exercée en profondeur plus encore qu'en surface. Elle s'est attaquée à des obstacles trop souvent inertes qu'elle a réussi à mobiliser, et ce mouvement marque déjà une accélération. L'historien des progrès de notre École devra tenir compte de cette impulsion initiale qu'il retrouvera à la base de toutes les réalisations en cours et de celles à venir. Vallée fut le type de l'Universitaire, de l'homme universel, puisant dans son amour de l'Alma Mater, dans sa foi en l'avenir scientifique des nôtres, dans ses convictions religieuses inébranlables en un Au-Delà spirituel, la force de mener à bien une tâche qu'il eût voulu encore mieux accomplie.

De ses mains, la génération montante recueille le flambeau. Aux heures ingrates, cette flamme du souvenir éclairera et réchauffera les jeunes dans leurs efforts incessants vers le bien et vers le mieux.

A.-R. POTVIN.

MÉMOIRES ORIGINAUX

GASTRITE HÉMORRAGIQUE DIAGNOSTIC PAR LA GASTROSCOPIE

par

J.-B. JOBIN

Chef de Service à l'Hôtel-Dieu

et

J.-P. DUGAL

Assistant à l'Hôtel-Dieu

En ces dernières années un chapitre très important de la pathologie digestive a été mis à jour : celui des gastrites chroniques. Il peut paraître surprenant qu'une maladie reconnue actuellement comme très fréquente, soit restée si longtemps dans le domaine de l'inconnu.

Broussais, au commencement du siècle dernier, avait bien, un des premiers, parlé de lésions inflammatoires de l'estomac et, sous son impulsion, la médecine avait adopté cette nouvelle entité jusqu'au jour où l'on s'aperçut que les théories du grand maître étaient établies d'après des lésions cadavériques ou des altérations post-mortem prises pour des manifestations pathologiques. Évidemment nos ancêtres manquaient de moyens d'exploration de la muqueuse gastrique.

LIQUEUR du Dr LAVILLE

"L'ANTIGOUTTEUX"

Composition : A base de quinium, colocynthis et des principes actifs de convalleria maialis, gentiana, scilla, hermodactylus et fraxinus excelsior : vin médicamenteux concentré.

Mode d'Action : Facilite la dissolution et l'élimination des Tophi.
Provoque une augmentation de l'excrétion urique.
Elle est essentiellement sédative de la douleur.

Posologie :

Crise Violente, 1 cuil. à café, 2 heures avant les repas ou 4 heures après.
Crise Modérée, 1 cuil. à café le matin à jeun pendant 3 jours.
Dose Préventive, ½ cuil. à café le matin à jeun.

La LIQUEUR du Dr LAVILLE se présente aussi en flacon de 150 pilules.

SOLUTION de Salicylate de Soude du Docteur CLIN

Sel cristallisé blanc, d'une pureté chimique absolue, assure l'efficacité du traitement salicylé, par voie buccale ou par voie veineuse, sans jamais produire " DE PHÉNOMÈNES D'INTOLÉRANCE ".

Dosage rigoureux (2 gr. par cuillerée à soupe).

RHUMATISME

ARTHRITISME

SCIATIQUE

LABORATOIRES CLIN, COMAR & CIE, PARIS

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

*Les rayons du soleil se font rares et plus faibles
L'huile de foie de morue est à l'ordre du jour*

HUILE DE FOIE DE MORUE 10-D

Plus riche en vitamine D, — la vitamine-soleil. Titrée biologiquement, standardisée et carbonatée d'après un procédé spécial qui retarde l'oxydation et donne une saveur agréable. Présentation : Bouteilles de 4 et 16 onces.

Ayerst

ALPHAMETTES

**Huile de foie de morue médicinale de haute qualité
sous une forme concentrée.**

Chaque capsule renferme la valeur vitaminique A et D de quatre cuillerées à thé et demie d'huile de foie de morue de la Pharmacopée des Etats-Unis, XIe édition. Présentation : Boîtes de 50 et 100 capsules. L'Alphamette Liquide est aussi offert en vente en bouteilles de 10 cc. et 25 cc.

AYERST, McKENNA & HARRISON LIMITÉE
Biologistes et Pharmaciens
MONTRÉAL CANADA

Au début du vingtième siècle les chirurgiens, prenant de l'audace peu à peu, commencent à opérer sur l'estomac et ouvrent ainsi aux anatomistes un vaste champ d'études. Les travaux de Knud Faber et de Konjetzny sont publiés et avec eux naît vraiment l'anatomo-pathologie des gastrites. Mais, il faut en arriver aux travaux de Schindler, le père de la gastroscopie, pour voir la gastrite obtenir son droit de cité dans la pathologie. De nombreux auteurs se sont chargés, à sa suite, de démontrer par des travaux devenus classiques les grands services que peut rendre le gastroscope dans l'étude de la muqueuse stomacale normale ou pathologique.

Nous avons choisi parmi nos observations la plus apte à mettre en valeur ce procédé d'examen encore relativement récent; elle servira à prouver sa nécessité et dans le diagnostic des gastrites et dans celui des hémorragies digestives.

Dans ce dernier chapitre où l'étiologie, malgré toutes les recherches cliniques, demeure si souvent obscure on conçoit bien toute l'importance que peut prendre un procédé d'exploration permettant de diminuer dans une bonne proportion le nombre des gastrorragies de cause inconnue. Si l'on admet, et c'est aujourd'hui l'opinion classique, que cliniquement le tiers des hématoméses est fourni par l'ulcère, un petit nombre par le cancer, un chiffre assez restreint par les affections hépatiques ou spléniques, il faut conclure qu'un grand nombre d'hémorragies gastriques ne reçoit pas d'étiologie. Or, les observations ne se comptent plus où la gastroscopie a permis de découvrir comme cause de ces hémorragies des ulcères à symptomatologie hémorragique pure, des gastrites ulcéro-hémorragiques ou congestives, des télangiectasies (1), des tumeurs bénignes et même des cas de purpura gastrique isolé (2).

Dans le domaine des gastrites, l'endoscopie offre un moyen de diagnostic supérieur que ni la clinique, ni la radiologie ne peuvent donner. Si l'on considère d'une part cette déficience des procédés habituels d'examen, et d'autre part la fréquence des gastrites, on est tout de suite convaincu de l'utilité du gastroscope qui, tel que construit actuellement, présente toute la sécurité désirée.

Tous les auteurs s'accordent à dire que la gastrite est la plus fréquente des maladies de l'estomac. Schindler (3) ayant examiné au gastroscope plus de 2500 malades se plaignant de douleurs abdominales a constaté qu'en-

viron 50% de ces patients présentaient des lésions inflammatoires à l'estomac analogues à celles que l'on voit sur les autres muqueuses. Netousek (4) sur 600 examens gastroscopiques a posé le diagnostic de gastrite dans 312 cas. Moutier de son côté considère la maladie comme très fréquente. Évidemment, tous ces malades ne sont pas atteints de gastrite ulcéro-hémorragique à symptomatologie tapageuse, mais leurs malaises ou leurs douleurs sont tout de même assez prononcés pour les forcer à réclamer une thérapeutique.

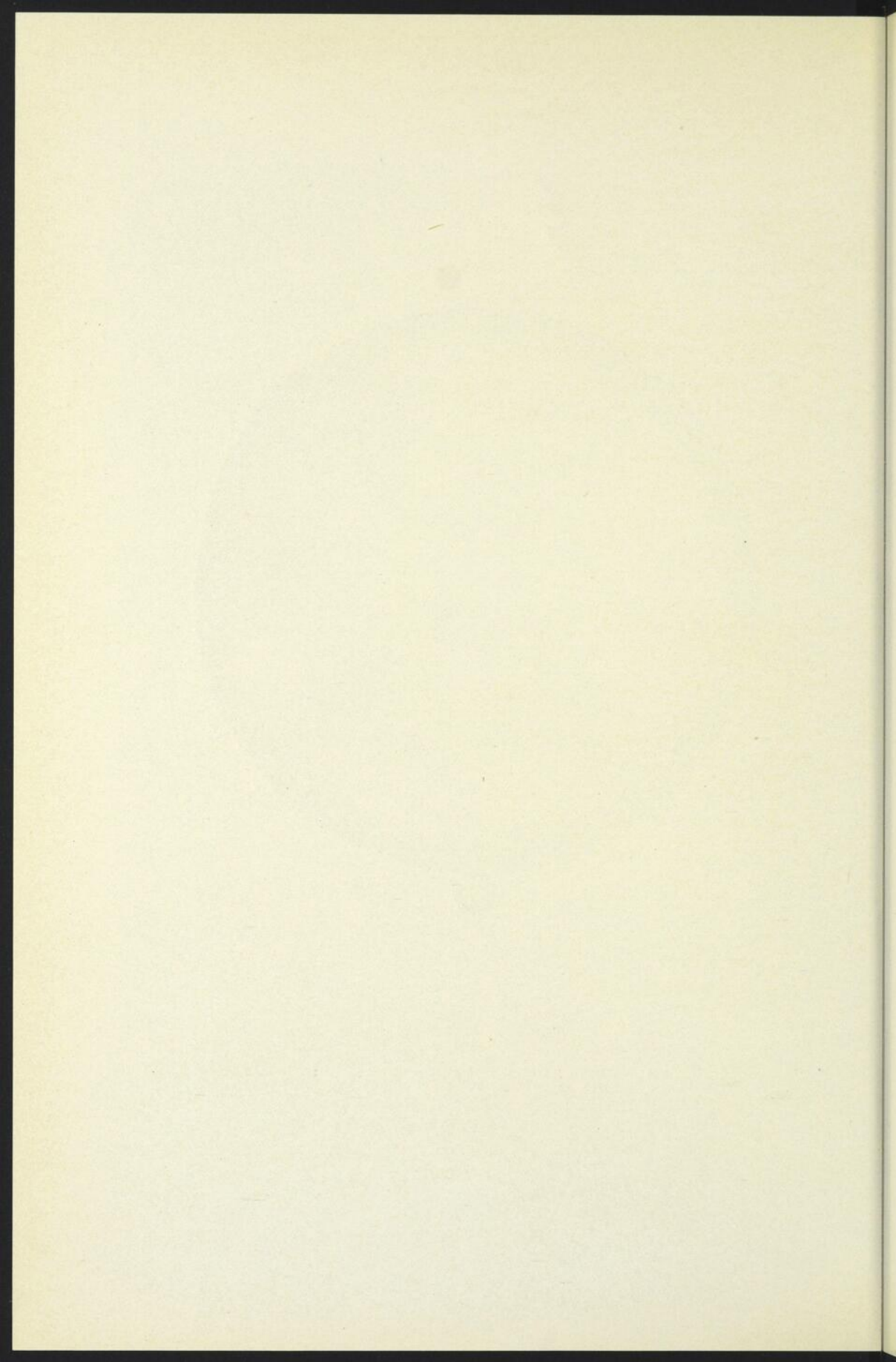
En parlant de la symptomatologie des gastrites, il faut dire tout de suite qu'il n'y a pas de signes pathognomoniques permettant comme dans d'autres affections gastriques de poser un diagnostic certain. Les douleurs sont précoces, tardives ou continues, se présentant sous forme de douleurs vraies, de brûlures, de crampes ou de malaises variés, siégeant à l'épigastre le plus souvent et soulagées par les alcalis dans une bonne proportion des cas. Schindler (5) signale une périodicité analogue à celle de l'ulcus chez certains malades. Henning (6) considère que la longue évolution des troubles est un signe de présomption en faveur de l'inflammation de l'estomac et que la douleur constante aggravée par les repas et l'exercice est le symptôme qui a le plus d'importance. Parfois les troubles digestifs sont absents ou remplacés par des malaises divers, nausées, céphalées, inappétence, vertiges, asthénie, etc.

L'examen physique est habituellement négatif ou n'apporte que peu de renseignements valables. Schindler (3) a décrit une zone de sensibilité au-dessous et à gauche de l'ombilic qu'une légère palpation révèle ; cette palpation doit être faite en partant de la crête iliaque gauche et en se dirigeant vers l'ombilic. Pour cet auteur, c'est le meilleur signe objectif de gastrite. Comme on le voit, la symptomatologie est bien variable et trop riche souvent pour permettre un diagnostic. La radiologie, de l'avis même des grands spécialistes comme Berg, n'apportant qu'une aide médiocre ou nulle dans la majorité des cas, il devient évident que la gastroscopie est indispensable. L'observation suivante est très démonstrative à ce point de vue.

Mme J. V., âgée de 55 ans, fermière, sans antécédents héréditaires a eu pour tout passé pathologique la diphtérie à 13 ans et la grippe espagnole en 1918 ; elle est mère de 13 enfants vivants et en bonne santé. Au mois de janvier de cette année, sans aucun prodrome apparent, elle est prise d'une



A. SIMARD.



diarrhée subite avec 6 à 8 évacuations par jour de matières jaunes, fétides, ne contenant pas de sang ou d'autres substances anormales. De vagues douleurs abdominales et une anorexie marquée accompagnent cet épisode premier qui dure huit jours et cesse sous l'influence des médicaments ; pendant les quinze jours suivants, il ne persiste qu'un peu de ballonnement épigastrique et des éructations fréquentes.

Tout rentré dans l'ordre jusqu'à la fin de février quand la diarrhée apparaît de nouveau avec les mêmes caractères et conduit la malade à l'hôpital dans le service de l'un de nous.

Nous voyons alors une patiente à teint pâle, anémique dont l'examen physique ne révèle qu'une légère sensibilité dans la fosse iliaque droite. La diarrhée cessant deux jours après l'entrée, on garde la malade à l'hôpital pendant trois semaines pour traiter son anémie dont voici la formule :

« G. R. : 2,880,000 ; H. : 57% ; V. G. : 1 ; G. B. : 4,500. »

Un lavement baryté et une rectoscopie n'ont rien révélé de particulier.

Jusqu'au 2 juin, Mme V. vaque à ses occupations et se sent assez bien. A cette date, la malade, après quelques nausées, a un vomissement alimentaire assez abondant contenant du sang rouge et noir dont la quantité est évaluée approximativement à 25 à 30 c. c. Quelques heures plus tard survient une nouvelle hématomèse de sang rouge, rutilant. Le lendemain matin des selles noires abondantes sont émises ainsi que les jours suivants. De vagues malaises épigastriques apparaissent.

La malade entre de nouveau à l'hôpital cinq jours après les hématomèses, soit le 7 juin. La spoliation sanguine a dû être assez accentuée car le degré d'anémie semble sévère si l'on en juge d'après la pâleur du teint et l'état général mauvais. Pas plus que la première fois, l'examen n'apporte de renseignements ; tout au plus note-t-on une légère sensibilité au point pyloro-duodénal. Un jour après l'admission, la diarrhée apparaît de nouveau. Une radiographie du tube digestif non seulement ne décèle pas le néoplasme que l'histoire clinique nous fait craindre mais ne montre aucune anomalie gastrique, duodénale ou intestinale. Un tubage gastrique révèle une anachlorhydrie histamino résistante, nouveau symptôme croyons-nous qui doit nous inciter à dépister un cancer gastrique au début. C'est alors qu'une gastroscopie est pratiquée et nous donne la clef du mystère.

Dès l'introduction du tube à quelques centimètres du cardia, sur le versant postérieur de la petite courbure, on voit une ulcération linéaire

de 1 cm. $\frac{1}{2}$ à 2 cm. de longueur, superficielle, saignante, située au milieu d'une zone congestionnée, œdématiée, dont la couleur rouge foncée tranche nettement sur la pâleur des parties voisines. A quelques centimètres plus loin siège une autre ulcération arrondie, à bords irréguliers, d'où bave un peu de sang. La face antérieure du corps, de la partie médiane jusqu'au pilier gauche de l'antra est parsemée de lésions ulcératives linéaires pour la plupart, d'âges différents, qui se réunissent à certains endroits pour former une espèce de réseau. Les plis normaux de la muqueuse ont fait place à un état mamelonné discret, caché en certains endroits par des dépôts abondants de mucus. Les mêmes lésions ulcératives existent au niveau du sphincter de l'antra, mais la petite courbure, la région antrale et la face postérieure sont à peu près indemnes ; à ce dernier endroit les plis sont réduits de volume et la muqueuse est pâle, anémique, sans présenter aucun des caractères de l'atrophie gastrique. Nous concluons, de cet examen, à l'existence chez notre malade d'une gastrite ulcéro-hémorragique intense.

Les réactions sérologiques sont négatives de même que le signe du lacet. Le temps de saignement est de 3 minutes, le temps de coagulation $5\frac{1}{2}$ de minutes. L'héogramme est le suivant: G. R.: 2,200.000; H.: 34%; V. G.: 0.97 ; G. B. : 2,000, avec 54 polynucléaires.

Voici la thérapeutique instituée : lavages d'estomac au collargol pour déterger la muqueuse et tenter de lutter contre l'infection qui doit sûrement exister dans cet organe privé d'HCl. Médication substitutive par HCl et pepsine qui rétablit le contrôle acide du pylore et fait cesser la diarrhée presque immédiatement. Protéinothérapie endoveineuse qui selon les idées de Pribram réveille et stimule les processus de défense et accélère ainsi la cicatrisation. Vitamine « A » per os comme agent cicatrisant local et stimulant des régénérations cellulaires (7). Foie de veau en injection contre l'anémie et plus tard médication ferrique contre l'hypochromie.

L'effet de cette thérapeutique ne fut pas nul croyons-nous : les forces de la malade augmentèrent peu à peu, la formule sanguine lentement s'éleva jusqu'à 4,200,000 et les lésions gastriques indiscutablement s'améliorèrent tel que constaté au cours de deux autres examens.

Une deuxième gastroscopie, faite 5 semaines après la première, montre une diminution dans l'intensité du processus inflammatoire, et une dernière pratiquée le 2 octobre, soit 4 mois après les hématémèses, donne le résultat suivant : la face antérieure de l'estomac est sans ulcérations, sur la face



PROVEINASE

MIDY

“RÉGULATEUR DE LA CIRCULATION VEINEUSE”

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE

LABORATOIRES MIDY, PARIS

2 à 6 comprimés par jour



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

GENESERINE

Polonovski et Nitzberg

*granules — dragées — gouttes
ampoules.*

SÉDATIF DES
TROUBLES SYMPATHIQUES

—
HYPO-ACIDITÉ

—
TACHYCARDIE

GENATROPINE

Polonovski et Nitzberg

granules — gouttes — ampoules.

SÉDATIF DU VAGUE
—
HYPERCHLORHYDRIE

—
SPASMES DIGESTIFS

—
VOMISSEMENTS

GENOSCOPOLAMINE

Polonovski et Nitzberg

granules — gouttes — ampoules.

ANESTHÉSIE
—
CHIRURGICALE

—
PARKINSONISME

—
SYNDROMES
POSTENCÉPHALITIQUES

Laboratoires AMIDO, A. Beaugonin, Pharmacien, PARIS

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

APPAREILS DE LABORATOIRE

●
Verrerie, quincaillerie, papier à filtrer et tous autres articles en usage dans les laboratoires d'hôpitaux.

●
Assortiment complet de lames et lamelles à microscopie, de toutes dimensions.

Demandez nos prix

FISHER SCIENTIFIC CO., Limited

904-910 rue St-Jacques,

Montréal, Qué.

Médecins des hôpitaux

- Vous attendez avec intérêt le retour mensuel du "Laval Médical".
- C'est grâce à la collaboration de ses annonceurs que paraît votre revue : pensez à eux de façon pratique.
- Pour toutes vos installations frigorifiques, exigez "FRIGIDAIRE".
- "FRIGIDAIRE" est différent et meilleur.

VANDRY INC.

155, rue St-Paul,

: . : .

QUÉBEC.

postérieure, de fines érosions punctiformes sont notées. Sur la faux de l'antra, sur le pilier gauche et sur la petite courbure préantrale, on voit encore malheureusement des lésions évolutives d'où le sang suinte en petite quantité (voir figure). L'état mamelonné sur la face antérieure du corps est sensiblement le même. L'amélioration est indéniable puisque le processus s'est limité à une petite zone de l'organe, zone qui d'après les auteurs est atteinte la première et est aussi la dernière à guérir dans les gastrites chroniques.

A son départ, la malade est en bon état ; son poids a augmenté de 12 lbs, son appétit est très bon, même exagéré, et la pâleur de son teint a fait place à une coloration voisine de la normale. Mais la formule du chimisme gastrique est toujours la même, l'achlorhydrie persistant malgré la régression partielle de la maladie.

L'avenir de cette malade est des plus douteux. Tous les auteurs s'accordent à dire que ces gastrites ulcéreuses répondent mal au traitement et qu'elles sont d'une chronicité désespérante. Schindler (8) rapporte qu'il n'a pas vu de malades revenir à une santé parfaite ; souvent selon lui ils souffrent plus que les ulcéreux chroniques. D'après le même auteur, ces lésions évoluent parfois par poussées succédant à des intervalles de calme relatif. Mme V. continuera-t-elle à s'améliorer, c'est possible, nous reviendra-t-elle avec une reprise plus grave, c'est probable. Moutier a vu des guérisons complètes avec restitution ad integrum de la muqueuse en traitant des malades pour une pyorrhée alvéolo-dentaire (9 et 10) ce qui semble indiquer que l'infection focale est une cause importante de gastrite. Les dents de notre malade ayant été extraites et l'examen le plus complet n'ayant révélé aucun foyer infectieux primitif, ce facteur pouvait être éliminé et dans le domaine vaste et encore obscur de l'étiologie des gastrites, nous avons fouillé en vain pour dépister la cause première.

D'après les auteurs, il y a d'abord des facteurs mécaniques : repas hâtifs, mastication insuffisante, aliments grossiers qui provoquent des réactions motrices et sécrétoires exagérées irritant la muqueuse.

Parmi les facteurs toxiques l'alcool est au premier plan pour Henning ; ce toxique absorbé par l'estomac lèse l'organe en superficie et en profondeur. Le poivre, le café, le thé, la moutarde, le tabac et certains médicaments dont le salicylate de soude sont d'autres substances dommageables pour la mu-

queuse de l'estomac. Il y a aussi les nombreux toxiques endogènes dont l'élimination par la muqueuse stomacale est connue comme l'urée et l'ammoniaque et d'autres poisons inconnus du métabolisme. Les fonctions physiologiques d'absorption et d'élimination jouent le principal rôle dans la pathogénie de l'affection.

Les facteurs infectieux sont probablement les plus fréquemment en cause, germes provenant de foyers buccaux ou rhinopharyngés ou d'un point quelconque de l'organisme et microbes de toutes les maladies infectieuses même les plus banales comme la grippe.

La prédisposition individuelle, le terrain spécial qui crée une fragilité tissulaire est la cause première de cette atteinte gastrique car, vraisemblablement, les causes externes ne peuvent à elles seules provoquer une gastrite chez un individu normal (11). Hurst (12) et Hartfall (13) étant de cet avis, trouvent l'explication de ce phénomène dans la diathèse gastrique constitutionnelle. D'après Hurst, l'examen du chimisme gastrique permet de déceler une hypochlorhydrie constitutionnelle chez 10% des individus normaux ; 10 autres pour cent ont une hyperchlorhydrie constitutionnelle tandis que les 80 restant ont un chiffre acide qui ne varie que très peu et leur permet de se défendre très bien contre les nombreuses causes d'agression ; les 20 individus hyper ou hypochlorhydriques ont des moyens de lutte très réduits.

Chez notre malade, comme nous l'avons dit plus haut, aucune de ces causes ne pouvait être mise en avant malgré l'interrogatoire et l'examen le plus minutieux. Peut-être une infection légère, grippale ou rhinopharyngienne, passée inaperçue a-t-elle été le *primum movens* de cette inflammation au niveau d'un organe dont l'atteinte a été facilitée par une prédisposition spéciale du terrain, dans l'espèce une hypo ou une achlorhydrie. Pour nous en effet la nature infectieuse de cette affection est probable si on examine la courbe de température qui montre de façon à peu près constante un mouvement fébrile s'élevant souvent à 99.3 et 100° F.

Le défaut de protection de la muqueuse contre les germes a peut-être permis cette atteinte. Notre malade a en effet présenté un syndrome achylique net qui s'est maintenu tel, même lors de l'amélioration des lésions. Ne peut-on penser que cette achlorhydrie était préexistante à la gastrite. C'est possible, mais malheureusement nous n'avons pas de documentation sur l'état antérieur de la chlorhydrie de Mme V. Cette hypothèse prend

METHODE DE WHIPPLE

HEPATHEMO

DESCHIENS



Extrait concentré hydrosoluble de foie de veau
Forme ampoule • Forme sirop

**SYNDROMES
ANÉMIQUES**

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

EFFICACE . . .

contre les affections de la gorge, les ulcérations de la bouche, les angines, les amygdalites, les stomatites, les gingivites, les affections causées par les tabac, les maux de gorge, sensibilité et inflammation des cordes vocales.



Dépôt général pour le Canada :

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne,

Montréal.

TRISILEX SILICRINE

POUR FAVORISER UNE DIGESTION STOMACALE COMPLETE

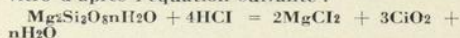
Le TRISILEX est un Trisilicate de Magnésie C. P. préparé spécialement pour combattre l'hyperacidité de l'estomac en favorisant une digestion stomacale complète.

Maud a défini le Trisilicate de Magnésie comme étant un composé synthétique ayant pour formule $H_4 Mg_2 Si_3 O_{10}$ sous forme de cristallins de très petites dimensions colloïdales beaucoup plus petites en grosseur que celles du kaolin dans les variétés les plus raffinées que l'on puisse obtenir.

ACTION DE TRISILEX :

Le Trisilex possède de fortes propriétés antacides et il agit de la manière suivante :

Cette poudre en présence de l'eau réagit avec le suc gastrique normal (qui correspond à l'acide hydrochlorique n/20) et une réaction complexe se produit entre deux colloïdaux hydratés et deux électrolytes ; à la température du corps il faut généralement 3 heures pour que le processus soit complet. La réaction se faisant in vitro d'après l'équation suivante :



L'équilibre de l'acidité peut être calculé comme l'équivalent de la magnésie contenue dans le Trisilex, la moitié à peu près neutralisant rapidement le surplus d'acide gastrique tandis que l'autre moitié occasionne une neutralisation secondaire et lente pendant les quelques heures qui suivent.

Au point de vue chimique, c'est la lenteur de la réaction qui est importante, la durée de l'action antacide est approximativement égale à l'espace de temps requis pour la digestion gastrique.

TOXICITÉ :

Le Trisilex n'est pas toxique et ne peut réduire l'acidité du suc gastrique en dessous de son point normal, si une trop grande dose est donnée il est éliminé par l'intestin.

Le Trisilex étant insoluble, il ne peut augmenter la réserve d'alcali du corps, même une forte dose, pendant un temps prolongé ne change pas l'acidité de l'urine.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

Le Trisilex est recommandé pour le traitement des ulcères peptiques, l'hyperacidité de l'estomac, les gaz d'estomac, vomissements chez les femmes enceintes, dyspepsie, ou autres cas de mauvaises digestions stomacales.

MODE D'EMPLOI :

Une cuillerée à thé dans un demi verre d'eau après les repas. Répétez après 1 heure si nécessaire.

POUR FAVORISER UNE DIGESTION COMPLETE STOMACALE, PANCRÉATIQUE ET INTESTINALE

La Poudre Silicrine est une combinaison de Trisilicate de Magnésie et des ferments Entérokinase et Proserétine pour établir une digestion complète, stomacale, pancréatique et intestinale.

Silicrine par sa formule, possède une supériorité d'efficacité plus définie et plus radicale sur la poudre de Trisilicate de Magnésie seule, pour procurer une digestion totale.

TRISILICATE DE MAGNÉSIE :

Le Trisilicate de Magnésie est un composé synthétique ayant comme base la Magnésie et la Silice sous la forme de colloïdal de dimensions très minimes et 15 fois plus actif pour le bleu méthylène in vitro que le kaolin colloïdal le plus raffiné qu'il soit possible de trouver dans le commerce.

FERMENTS ENTEROKINASE ET PROSECRÉTINE :

Ces deux ferments sont transformés en secrétine active par l'action de l'acide hydrochlorique de l'estomac, leurs principales fonctions est de stimuler les glandes du Pancréas et de l'intestin pour accélérer leurs sécrétions, afin de faciliter toutes digestions.

ACTION :

La Poudre Silicrine, grâce à sa composition, procure une digestion complète, la magnésie et la silice absorbent le surplus d'acide gastrique dans l'estomac ; les ferments Entérokinase et Proserétine continuent d'aider la digestion en activant la sécrétion des glandes du Pancréas et de l'intestin.

PROPRIÉTÉS MÉDECINALES :

Ulcères peptiques, Insuffisance intestinale, Urticaire chronique, Troubles digestifs du diabète pancréatique, Dyspepsies pancréatiques, Gaz d'estomac, Hyperacidité, Vomissements chez les femmes enceintes et autres cas de déficience d'une digestion complète.

TOXICITÉ :

La Poudre Silicrine est une combinaison non toxique et ne peut atténuer l'acidité du suc gastrique en bas de son point normal, si une trop grande dose est donnée, elle est évacuée par l'intestin. La poudre Silicrine étant insoluble ne peut accroître la réserve d'alcali du corps ; même l'absorption d'une forte dose pendant une longue période ne fait pas varier l'acidité de l'urine.

MODE D'EMPLOI :

Une cuillerée à thé dans $\frac{1}{2}$ verre d'eau après les repas. Répétez après 1 heure si nécessaire.

Préparés par

CASGRAIN & CHARBONNEAU Limitée
MONTRÉAL

encore plus de valeur si l'on accepte les idées de Moutier et d'autres auteurs qui croient que le chimisme varie presque toujours dans le sens de l'hyperchlorhydrie dans cette forme de gastrite. Nous n'avons pas vu non plus de signe de gastrite atrophique chez notre malade. Il est vrai toutefois, qu'il n'y a pas de corrélation entre le chimisme et l'aspect endoscopique des lésions. Gaither (14) tout récemment écrivait que la sécrétion gastrique peut être normale, hyper ou hypoacide dans les gastrites inflammatoires, que l'atrophie peut s'accompagner d'un chimisme normal ou anacide et que l'achylie existe sans atrophie.

Cette achlorhydrie pose un autre problème. L'anémie marquée, contrôlée par le laboratoire, fut-elle causée uniquement par les pertes sanguines au niveau de la muqueuse gastrique ou bien faut-il penser que l'absence d'HCl fut un facteur adjuvant de la baisse des érythrocytes.

Il y a déjà plusieurs années que l'on a soulevé le problème des rapports entre l'anémie et les lésions stomacales. Tous les médecins savent que dans l'anémie pernicieuse ou l'anémie de Biermer on trouve, de façon constante, une gastrite atrophique en aires. Le défaut de sécrétion par la muqueuse stomacale du facteur intrinsèque, de l'hémopoïétine comme l'appelle Hurst, est incontestablement la cause de l'anémie ; les merveilleux effets des thérapeutiques préconisées par Whipple et Castle en font la preuve. Faut-il croire que la cause première de l'anémie pernicieuse est la gastrite atrophique, où ne faut-il pas penser comme P. Chevalier que cette atrophie gastrique n'est qu'un symptôme d'une maladie plus générale qui frappe simultanément ou séparément l'estomac, les muqueuses, la peau et le système nerveux. L'existence des métanémies permet de se ranger à la dernière hypothèse.

D'autre part, Chevalier, Moutier et d'autres auteurs (15) ont décrit dernièrement un syndrome d'anémie hypochrome avec achlorhydrie et gastrite atrophique diffuse opposée à l'atrophie en aires de l'anémie de Biermer. On s'est rendu compte aussi que l'anémie des gastrectomisés, quand elle se produit, est plutôt à type hypochrome qu'hyperchrome. Cette formule d'anémie hypochrome est très favorablement influencée par la thérapeutique martiale à hautes doses. Il faut en déduire alors que dans ces deux catégories de malades, les altérations de l'estomac ont une influence néfaste sur le métabolisme du fer. L'absence d'HCl remplissant le rôle

d'un catalyseur est-elle en cause ou faut-il faire intervenir l'absence d'une substance pseudo hormonale analogue à celle qui fait défaut dans l'anémie hyperchrome.

Dans les gastrites inflammatoires étendues comme celle que présentait notre malade, les sécrétions de l'organe sont sûrement troublées au maximum, l'absence d'acidité en fait foi. Pourquoi ne pas admettre alors que ces déficiences d'origine inflammatoire troublent l'hématopoïèse au même titre que les déficiences par atrophie. C'est une hypothèse qui vaut d'être soulevée ; des études ultérieures en prouveront peut-être le bien-fondé.

Les différents hémogrammes de notre malade ont montré dans l'évolution de la maladie une tendance marquée et progressive à l'hypochromie avec des valeurs globulaires à 0.79, 0.75 et 0.69. Un fait est aussi digne de mention, c'est qu'à partir du jour où la thérapeutique par le fer fut instituée, l'augmentation du nombre des érythrocytes fut beaucoup plus rapide qu'avec le traitement par le foie de veau pourtant injecté à hautes doses.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue : elle montre d'abord la gravité de certaines gastrites, et quelques caractéristiques de leur évolution, ensuite l'impossibilité d'en faire le diagnostic par la clinique et la radiologie et la nécessité du gastroscopie pour en établir la présence. C'est un moyen d'exploration nouveau dont l'utilité n'est plus à démontrer ; il n'a pas la prétention de remplacer la radiologie mais il vient apporter dans certains cas des renseignements que celle-ci ne peut donner.

BIBLIOGRAPHIE

1. GOLDSTEIN : *Ame. J. of Dig. Diseases*. Avril 1938. Hémorragies digestives d'étiologie inaccoutumée.
2. Les Hémorragies gastriques et leur contrôle endoscopique. P. CHEVALIER et F. MOUTIER. *Presse Médicale*, 14 nov. 1936.
3. Chronic Gastritis. SCHINDLER *J. A. M. A.*, Fév. 6, 1937.
4. Rapport du Congrès de Gastro-Entérologie de Bruxelles sur les gastrites.
5. Chronic Gastritis. SCHINDLER. *Arch. of Int. Med.*, Vol. 60-July 1937.
6. Les Gastrites. HENNING, 1934.
7. Thérapeutiques des Gastrites ulcéreuses. F. MOUTIER. *Bulletin de la Société de Thérapeutique*, No 1, Janvier 1937.
8. Chronic Gastritis. SCHINDLER et ORTMAYER. *Arch. of Int. Med.*, Vol. 57, May 1936.

9. Traité de Gastrosopie. F. MOUTIER, 1935.
 10. Infection focale et gastrite. MORENA. *Rapport au Congrès de G.-E. de Bruxelles.*
 11. Sur la pathogénie des Gastrites. KONTCHALOVSKI. *P. M.*, 12-2-36.
 12. La Gastrite. HURST. *Rapport au Congrès de Bruxelles.*
 13. Gastrite en théorie et en pratique. HARTFALL. *British Med. J.*, June 13, 1936.
 14. Gastroscopic Studies. GAITHER E. H. BORLAND J. L. *J. A. M. A.*, Feb. 5, 1938.
 15. Syndrome of Hypochromic Anemia, achlorhydria and atrophic gastritis MORRISON. SWAL. C. L. JACKSON. *J. A. M. A.*, July 10, 1937.
Les gastrites sous le contrôle de la gastroscopie. *P. M.* 18 nov. 1933.
Les gastrites. Étude anatomo-clinique et thérapeutique. F. MOUTIER. *J. de M. et C. Pratiques*, 10 juillet 1932.
The present status of treatment in chronic gastritis. Gastroscopic observations. W. A. SWALM and L. M. MORRISON. *The Amer. J. of Dig. Diseases*, Oct. 6, 1938.
Hemorrhage from gastritis. A. gastroscopic study. E. B. BENEDICT. *The Amer. J. of Dig. Diseases*, Dec. 1937.
Correlation of clinical and gastroscopic findings in chronic gastritis with a report of cases. Wm. A. SWALM, JACKSON and MORRISON. *The Review of G. Enterology*, Sept. 1936.
Is gastritis a common disease. S. MORRISON and FELDMAN. *The Review of G.-Enterology*, Dec. 1936.
-

ÉLIMINATION DE LA VITAMINE C CHEZ LES TUBERCULEUX

(Note préliminaire)

par

Henri MARCOUX

Chef de Laboratoire à l'Hôpital Laval

« On reconnaît de plus en plus maintenant la fréquence des avitaminoses frustes ou des insuffisances vitaminiques inapparentes. C'est tout particulièrement vrai pour la vitamine C. »

A. GIROUD et C.-P. LEBLOND.

Nous avons l'intention de commencer aujourd'hui l'étude du comportement de la vitamine C au cours de la tuberculose pulmonaire. Notre objet est d'étudier l'influence de la tuberculose pulmonaire sur la fixation de cette vitamine dans les tissus et son élimination de l'organisme. S'il se peut, nous essaierons d'analyser les conséquences de l'infection tuberculeuse et des autres facteurs qui peuvent modifier le cycle de la vitamine C dans l'organisme humain contaminé par le bacille de Koch. Nous en déduisons ensuite, s'il y a lieu, les indications thérapeutiques que l'observation d'un grand nombre de malades nous montrera évidentes.

Cette note préliminaire ne doit cependant que rappeler certaines notions indispensables à la compréhension du sujet et donner quelques chiffres que nous nous réservons de commenter plus tard.

C'est SZENT-GYORGYI qui isola de tissus animaux et végétaux un « facteur réducteur » du groupe des glucides « permettant à l'oxygène atmosphérique d'entrer en combinaison avec l'hydrogène des tissus ». Il ne reconnut pas

MEMENTO MEDICE!

Toutes les affections
pulmonaires
bronchites, grippe

**SIROP
"ROCHE"**
au thiocol
orexique, eupeptique

**HOFFMANN-LA ROCHE
LIMITÉE**
Montréal



LAROSTIDINE "ROCHE"

Solution *authentique* à 4% de monochlorhydrate d'histidine "Roche" préparée pour les auteurs de cette thérapeutique moderne.

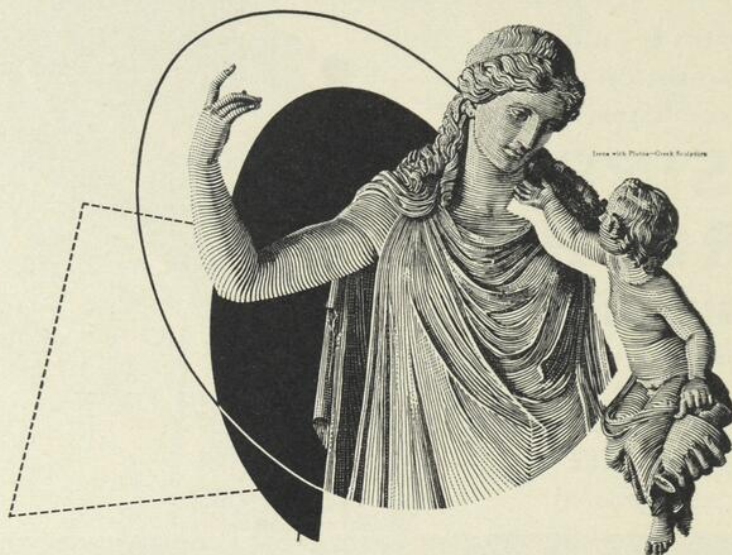
Traitement indolore étiopathologique le plus complet des ulcères gastro-duodénaux.

Avantages de la Larostidine "Roche"

- Cessation rapide des douleurs.
- Disparition des vomissements.
- Elargissement du régime.
- Pas d'hospitalisation.
- Augmentation du poids.
- Amélioration du psychisme et de la vitalité.

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL
286 ouest, rue St-Paul Montréal.

ANÉMIES SECONDAIRES



EXTRAIT DE FOIE - FER - CUIVRE

Chaque once fluide représente

FOIE FRAIS	40 grammes
FER	66 milligrammes
CUIVRE	2.66 milligrammes

L'Elixir Cofron est un tonique rationnel et général du système, d'une valeur exceptionnelle, car son action primordiale est de maintenir le sang en bon état, ce qui est le facteur essentiel de toute bonne nutrition. Il est indiqué dans tout état indéterminé dans lequel le nombre des globules rouges a diminué ou le pourcentage en hémoglobine a baissé. L'Elixir Cofron hâtera la convalescence de toute maladie affaiblissante qui aurait causé de l'anémie. Il convient comme médicament d'ordre général quand un tonique ferrugineux est indiqué. Présenté en flacons de 12 onces.

Echantillon et littérature détaillée sur demande.

Laboratoires ABBOTT Limitée, 388 ouest, rue St-Paul, Montréal

ELIXIR COFRON ABBOTT

immédiatement la nature de cette substance, mais il en remarqua les plus intéressantes propriétés et l'appela acide ascorbique.

En étudiant la constitution chimique de cette vitamine on lui donna la formule $C^6H^8O^6$. C'est une substance soluble dans l'eau et dans l'alcool, insoluble dans l'éther et stable en milieu acide.

Certains animaux — pigeon, rat — peuvent fabriquer la vitamine C : vitamine C endogène. L'homme ne peut faire la synthèse de la vitamine C et doit « la trouver toute préparée dans son alimentation ». (PAGNIEZ.)

L'organisme humain demande un apport quotidien d'environ cinquante milligrammes de vitamine C. La plupart du temps, d'après GIROUD et LEBLOND, l'alimentation fournit une quantité d'acide ascorbique insuffisante à répondre aux besoins ordinaires de la vie, très souvent dix à vingt milligrammes. D'où déficience vitaminique.

On reconnaît à l'hypovitaminose C différentes causes que l'on peut diviser en « facteurs alimentaires, digestifs, internes et externes ». (GIROUD et LEBLOND.)

A.— L'alimentation est souvent à la base des déficiences en vitamine C. Certaines gens qui préfèrent les conserves aux légumes et aux fruits frais et qui prolongent la cuisson de leurs aliments risquent fort de n'ingérer qu'une fort petite quantité de vitamine C. Les déséquilibres alimentaires appauvrissent ou enrichissent l'organisme en vitamine C : l'excès des protides et des graisses fait éliminer rapidement la vitamine C par l'urine ; au contraire, un régime riche en glucides retient cette vitamine dans les tissus.

B.— Au cours de la digestion des aliments, l'acide chlorhydrique constitue, dans l'estomac, un véritable véhicule de la vitamine C. Toutes les affections qui, dans le tractus digestif, diminuent l'acidité du milieu contribuent par le fait même à détruire une partie de la vitamine C et en réduisent l'absorption au minimum.

C.— Parmi les facteurs internes il convient de citer l'intervention de certaines hormones. L'action de la thyroxine dans la production des avitaminoses a été mise en évidence en ces dernières années.

D.— Les facteurs externes comprennent un certain nombre d'intoxications et d'infections qui sont capables d'abaisser dans l'organisme le taux de la vitamine C. Des maladies infectieuses comme la pneumonie, l'ostéomyélite, le rhumatisme et la tuberculose sont surtout à retenir. L'appauvrissement des tissus en vitamine C est-elle la cause ou la conséquence de ces

maladies ? C'est là une question à laquelle les auteurs médicaux hésitent à répondre.

Le diagnostic de l'hypovitaminose et de la déficience en vitamine C se fait par l'examen clinique, la recherche de la fragilité vasculaire (signe du lacet), l'injection sous-cutanée de dichloro-indophénol et le dosage de la vitamine C dans le sang et dans l'urine.

Laissant de côté les carences et les précarences qui n'entrent pas dans les cadres de ce travail, nous insisterons surtout sur les formes inapparentes de l'hypovitaminose C si bien décrites par GIROUD et LEBLOND, MOURIQUAND, etc. « La forme inapparente est un état d'insuffisance vitaminique déjà prononcée mais pas assez cependant pour s'extérioriser. » GIROUD et LEBLOND. Nous croyons que, au cours de la tuberculose pulmonaire, cette forme de l'avitaminose peut apparaître, l'infection tuberculeuse étant, comme le dit MOURIQUAND, le « facteur de révélation ».

DOSAGE DE LA VITAMINE C DANS L'URINE

Le taux d'élimination de la vitamine C par l'urine rend compte du degré de saturation de l'organisme. Normalement, on obtient un chiffre variant entre 5 à 100 milligrammes par 24 heures, la moyenne admise étant de trente milligrammes.

Autour de ces chiffres il y a eu et il y a encore bien des discussions, mais GIROUD et LEBLOND, tiennent pour exact que « moins de dix milligrammes par jour dans l'urine indiquent une déficience ».

« Pour dépister avec certitude une déficience en vitamine C, il faut utiliser la méthode de charge », c'est-à-dire donner des doses importantes de vitamine et en doser l'élimination urinaire jusqu'à saturation de l'organisme (élimination d'au moins trente pour cent de la quantité ingérée en un jour).

Dans nos recherches, qui ne se sont astreintes à aucune technique particulière, nous avons donné deux cents, trois cents ou quatre cents milligrammes d'acide ascorbique par jour, pendant trois jours dans le simple but de savoir si on pouvait facilement saturer l'organisme des tuberculeux déficitaires en vitamine C.

Le dosage de la vitamine C dans les urines a été fait par la méthode de TILMANS au 2,6-dichlorophénol-indophénol.

La récolte des urines a été faite de la façon suivante : mictions à 11 heures du matin, à 2 heures, à 5 heures et à 8 heures du soir, et, le lendemain matin, à 8 heures. Nous avons ainsi recueilli toute l'urine des vingt-quatre heures. La quantité des urines de chaque miction a été exactement mesurée et le dosage de la vitamine immédiatement fait.

Durant les trois jours suivants, nous avons fait ingérer au malade une quantité de vitamine C variant entre deux cents à quatre cents milligrammes par jour. Le quatrième jour, l'urine a été recueillie comme la première fois et la vitamine C, dosée.

Les chiffres que nous avons trouvés semblent bien confirmer l'opinion générale d'une hypovitaminose C chez les tuberculeux. Ultérieurement, nous essaierons de mieux préciser les faits en comparant l'élimination urinaire avec la richesse du sang en vitamine C.

Il faut ajouter qu'un certain nombre de personnes apparemment bien portantes chez qui nous avons dosé la vitamine C urinaire semblent présenter une hypovitaminose presque superposable à celle des tuberculeux, avec cette différence, cependant, que chez les sujets sains l'organisme paraît capable de retenir plus facilement la vitamine ingérée.

SUJETS SAINS

Noms	Avant ingestion de vitamine C.		Milligrammes de vitamine C en trois jours	Après ingestion de vitamine C.	
	Urine en c. c.	Vitamine C en milligrammes		Urine en c. c.	Vitamine C en milligrammes
1	830	11,43	900	1085	44,99
2	1330	11,08	900	1515	114,81
3	600	9,27	900	650	44,48
4	740	12,83	900	1215	48,17
5	525	11,73	900	1095	94,58
6	840	11,25	900	875	19,69
7	1415	14,03	900	1350	54,76
8	1245	13,41	900	675	56,72
9	985	7,81	900	1090	22,33
10	1400	13,98	900	1640	76,0

SUJETS TUBERCULEUX

Noms	Diagnostic clinique.	Avant ingestion de vitamine C.		Milligrammes de vitamine C en trois jours.	Après ingestion de vitamine C.	
		Urine en c. c.	Vitamine C en milligrammes		Urine en c. c.	Vitamine C en milligrammes.
R-282	Tub. pulm. ulc.-cas. Évolution et activité.	1310	6,91	900 1200	1290 1535	9,82 77,39
2461	Tub. pulm. ulc.-cas. bilatérale. Évolution et activité.	1048 1457	6,77 9,98	1200 900	1100 1890	37,64 26,96
0-10	Tub. pulm. fibreuse. Activité.	1290	9,80	900 600	1240 1365	52,96 25,21
3560	Tub. pulm. ulc.-cas. Évolution et activité.	850	8,03	900	1120	36,99
2800	Tub. pulm. ulc.-fibreuse. Activité	685	6,91	900 1200	1290 790	9,82 68,78
3343	Tub. pulm. ulc.-cas. Évolution et activité.	680	6,60	900 1200	635 1210	14,20 67,65
3403	Pleurésie sans épanchement.	1320	29,17	900	1195	55,35

SUJETS TUBERCULEUX (*suite*)

Noms	Diagnostic clinique.	Avant ingestion de vitamine C.		Milligrammes de vitamine C en trois jours.	Après ingestion de vitamine C.	
		Urine en c. c.	Vitamine C en milligrammes		Urine en c. c.	Vitamine C en milligrammes
3592	Tub. pulm. fibreuse. Début. Inactivité.	1185	12,15	900	895	29,90
1623	Tub. pulm. ulc.-cas, bilat. Activité. Évolution rapide au début, puis état stationnaire.	1475	11,97	600	1265	12,66
3558	Tub. pulm. caséuse. Début. Inactivité.	1085	10,41	900	650	41,33
				900	970	55,40
2984	Tub. pulm. ulc.-cas, bilatérale. Activité.	818	14,52	900	1015	47,05
3541	Tub. pulm. ulc.-cas, bilat. Évolution, activité.	595	6,31	900	965	26,17
3550	Tub. pulm. ulc.-cas. Évolution.	387	5,63	900	660	30,74
3193	Tub. pulm. ulc.-cas, bilat. très avancée. Évolution, activité. Laryngite tuberculeuse.	1290	12,	1200	1204	69,16
		555	15,76			

SUJETS TUBERCULEUX (*suite*)

Noms	Diagnostic clinique.	Avant ingestion de vitamine C.		Milligrammes de vitamine C en trois jours.	Après ingestion de vitamine C.	
		Urine en c. c.	Vitamine C en milligrammes		Urine en c. c.	Vitamine C en milligrammes
3573	Tub. pulm. ulc.-fibreuse. Évolution.	985	7,81	600 900	1210 1090	10,13 22,33
R-669	Tub. pulm. fibreuse. Sclérose rétractile. État stationnaire.	710	9,87			
Q-232	Tub. pulm. ulc.-cas. Activité.	1180	8,58	900	1615	69,72
2977	Tub. pulm. ulc.-cas, bilat. Évolution, activité.	730	6,97	900	730	29,81
2401	Tub. pulm. ulc.-cas, bilat. grave. Activité.	1145 1805	10,14 32,62	1200	1898	83,16
3116	Tub. pulm. ulc.-cas, bilat. Activité, évolution, cachexie.	875	15,02	1200	1040	48,84
3005	Tub. ulc.-cas. bilat. active, peu évolutive.	1635	13,38	1200	1990	97,14
3170	Tub. pulm. ulc.-cas. Activité. Évolution régressive.	725	10,22	1200	1255	69,95

SUJETS TUBERCULEUX (*suite*)

Noms	Diagnostic clinique.	Avant ingestion de vitamine C.		Milligrammes de vitamine C en trois jours.	Après ingestion de vitamine C.	
		Urine en c. c.	Vitamine C en milligrammes		Urine en c. c.	Vitamine C en milligrammes
1114	Tub. pulm. ulc.-cas, bilat. Activité, évolution.	1397	10,12			
F., J.	Tub. pulm. ulc.-cas, bilat. Activité. Évolution. Généralisation rapide. Coxalgie, péritonite, etc.	555	18,50	400	812	23,66
				1200	635	24,87
3179	Tub. pulm. ulc.-fibreuse bilat. Évolution, activité. Mal de Pott avec abcès.	615	6,83	1200	525	12,17
2621	Pleurésie purulente chronique à staphylocoque doré. Tuberculisation.	635	9,56	1200	785	11,59
		725	13,08			
3103	Tub. pulm. ulc.-cas, bilat. grave. Activité, évolution. Tuberculose intestinale.	1651	12,55	400	1032	10,94
		1436	11,55			
		215	1,37			
		1915	13,38			
		560	3,80			

SUJETS TUBERCULEUX (suite)

Noms	Diagnostic clinique.	Avant ingestion de vitamine C.		Milligrammes de vitamine C en trois jours.	Après ingestion de vitamine C.	
		Urine en c. c.	Vitamine C en milligrammes		Urine en c. c.	Vitamine C en milligrammes
P., E.	Tub. pulm. ulc.-fibreuse bilat. Inactivité. Évolution régressive.	1272	13,47			
2944	Tub. pulm. ulc.-cas, bilat. grave. Évolution, activité. Insuffisance surrénale chronique. Vitaminothérapie.	1494	12,68			
		2403	20,92			
		2090	12,76			
		1758	15,60			
		2000	14,08	1200	1545	41,96
					675	10,58
3225	Broncho-pneumonie tuberculose.	735	8,41	1200	1202	23,79
N-303	Tub. pulm. ulc.-cas. Activité, évolution.	410	12,08	1200	783	16,22
2388	Tub. pulm. ulc.-cas, bilat. Activité, évolution.	1305	8,05	1200	1715	46,25
		934	10,27	1200	1175	78,21

BIBLIOGRAPHIE

- PAGNIEZ, Ph. Quelques aspects de la question de la vitamine C. *La Presse Médicale*, n° 40 : 804, (18 mai) 1935.
- GIROUD, A. et LEBLOND, C.-P. Répartition et évolution de la vitamine C dans l'organisme. Notion de carence, précarence et déficience chimiques. *La Presse Médicale*, n° 54 : 1085, (6 juillet) 1935.
- GIROUD, A. et LEBLOND, C.-P. Thérapeutique des avitaminoses C. *Congrès français de Médecine*, XXVe session, Marseille. 3 : 189.
- GIROUD, A. et LEBLOND, C.-P. Variation de la teneur des tissus en acide ascorbique (vitamine C). *C. R. Soc. de Biol.* 12 : 1179, 1935.
- NICITA, A. Elimination de la vitamine C chez les tuberculeux. *Rivista di Patologia Clin. d. Tuberculosis*, Bologna, 12 : 41. 1938.
- GIROUX, Maurice. Septicémie à Friedlander et préavitaminose C. *Laval Médical*, 3 : 163, 1938.
- HARRIS, L.-J. et ABBASY, M.-A. Simplified procedure for vitamin C. urine test. *Lancet*, 2 : 1429, 1937.
- REEDMAN, E.-J. The ascorbic acid content of milk. *Canadian Public Health Journal*, 7 : 339, 1937.
- RADFORD, M. et DE SAVITSCH, Eug. Blood changes following continuous daily administration of vitamin C and orange juice to tuberculous patients. *Am. Rev. of Tuberculosis*, 6 : 784, 1937.

DEUX OBSERVATIONS DE BRUCELLOSE

par

Lucien LARUE

Chef de Service à l'Hôpital St-Michel-Archange

et

L. PATRY

Assistant à l'Hôpital St-Michel-Archange

Les observations que nous présentons se rapportent à deux malades atteintes de Brucellose, dues toutes les deux au *Brucella abortus Bovis* (bacille de Bang). Ces deux malades travaillaient à l'étable, l'une Mlle I. B., depuis novembre 1936, et l'autre Mme J. P., depuis novembre 1935.

La première, Mlle I. B. est tombée malade le 28 avril 1938, et l'autre Mme J. P. le 23 mai. Ces deux personnes étaient occupées à la traite des vaches, et il paraît à peu près certain que c'est au cours des manipulations qu'elles ont contracté cette maladie que l'on appelle plus communément, fièvre ondulante. Vous savez que la fièvre ondulante, la première connue, dont Bruce a isolé le microbe, est due au micrococcus *Melitensis* qui infecte la chèvre, et qui, de cet animal, se propage à l'homme. Depuis, des découvertes bactériologiques et des recherches épidémiologiques ont montré que l'étiologie de la maladie était plus complexe qu'on ne l'avait pensé, et elles ont amené les chercheurs à donner à cette affection une définition étiologique plus conforme à la réalité des faits. Cette définition est empruntée du travail de Messieurs Lisbonne et Jambon, professeurs à la Faculté de Montpellier, qui, dans l'Encyclopédie Médico-chirurgicale, ont fait une étude complète des Brucelloses. Et voici ce qu'ils donnent de la fièvre ondulante : l'on admet à l'heure actuelle que la fièvre ondulante est due à divers types microbiens du genre *Brucella* hébergés par plusieurs espèces animales, et transmis à l'homme, soit le plus souvent par contact direct, soit par contamination alimentaire indirecte.

Dans les divers types microbiens mentionnés vous avez le *Brucella Melitensis* (coccus *Melitensis* de Bruce), le *Brucella abortus Bovis* (Bacille

de Bang) et le *Brucella abortus* Suis (bacille de Traum) qu'héberge le porc. Des recherches consécutives à la découverte de ces microbes ont montré qu'ils étaient à peu près identiques, et qu'ils exerçaient les mêmes actions pathogènes. En outre, en France, la vache héberge et peut transmettre les deux variétés *Brucella abortus* et *Brucella melitensis*. Relativement au mode de transmission du microbe de l'animal à l'homme, la contamination directe d'après les auteurs, jouerait un rôle infiniment plus important que la contamination indirecte par voie digestive, et c'est avant tout, dans les vieux pays, une maladie des campagnes. Les victimes sont, dans la majorité des cas, les sujets qui manient le fumier des étables, qui donnent leurs soins aux animaux, vaquent à leur traite, et parfois aident à leur délivrance. Je crois que c'est probablement ainsi que nos deux malades ont contracté leur maladie, car à la ferme de l'Hôpital, plusieurs vaches sont encore atteintes d'avortement épizootique, malgré que les autorités de l'Institution aient fait de grands sacrifices pour le faire disparaître. Je dois vous dire qu'il y a une dizaine d'années environ, un tiers du troupeau était contaminé, et il n'en reste à l'heure actuelle que trois ou quatre sur un troupeau d'une soixantaine. C'est la fièvre qui constitue la principale manifestation de la mélitococcie ; viennent ensuite, par ordre de fréquence, l'asthénie, les transpirations, les frissons, l'anorexie, la constipation, l'insomnie et les douleurs articulaires et musculaires. Je n'ai pas l'intention de vous donner une description complète de la maladie, elle a déjà été faite mieux que je ne la pourrais faire.

L'une de nos malades surtout a présenté une courbe de température classique, et c'est son étude qui nous a permis de faire assez rapidement le diagnostic que les recherches de laboratoire ont confirmé. Cette malade a fait de la température pendant deux mois avec des transpirations, se plaignant entre autre de douleurs articulaires et musculaires classiques. Pour la seconde, la température a été au-dessus de la normale pendant un mois seulement et tous les autres symptômes ont été moins marqués, la maladie évoluant rapidement vers la guérison.

Le séro-diagnostic a été positif au 1/350e pour la première malade et au 1/150e pour la seconde, avec des formules sanguines à peu près identiques. L'intradermo-réaction de Burnet a été positive dans les deux cas.

Telles sont brièvement exposées les observations de nos deux malades qui ont guéri sans aucun traitement, car nous avons tenu, avant de mettre en œuvre la thérapeutique, à avoir un diagnostic de certitude absolue ; et il

s'est trouvé qu'incidemment la guérison clinique est survenue, guérison que nous aurions probablement attribuée à l'efficacité de la thérapeutique appliquée. Mais malheureusement les choses ne se passent pas toujours ainsi ; la fièvre ondulante peut donner lieu à l'apparition de formes aiguës, presque toujours très graves, qui emportent le sujet qui en est atteint.

Cette affection peut aussi, en raison de la longueur de son évolution, favoriser l'apparition d'infections aiguës surajoutées en particulier la bronchopneumonie ; enfin on peut observer des formes frustes dont le diagnostic ne peut pas être fait.

Cependant, dans la grande majorité des cas, le pronostic éloigné reste favorable, et la fièvre ondulante finit par guérir.

Plusieurs traitements ont été appliqués qui ont donné des résultats très variables suivant les auteurs ; et parmi ceux-ci, les principaux sont les médications anti-infectieuses générales, l'emploi de sels d'acridine, les arsenobenzènes, les médications de choc, les méthodes spécifiques : la sérothérapie, la vaccinothérapie et les injections d'extraits microbiens ont été préconisées. Sont à retenir comme plus efficaces, la chimiothérapie par les arsenobenzènes, les auto-vaccins, mais il est bien difficile de se faire une opinion exacte sur la valeur d'une médication lorsqu'elle s'adresse à une infection qui peut s'éteindre d'elle-même, et l'on risque d'attribuer une valeur thérapeutique à telle ou telle médication, si par hasard elle est donnée au moment où le malade est en voie de guérison.

La prophylaxie comporte le dépistage rapide des brucelloses animales, dépistage précoce de la fièvre ondulante humaine, vaccination préventive de tous les sujets susceptibles d'être contaminés. Cette vaccination se fait au moyen d'un vaccin polyvalent contenant trois souches de brucella tués et qui se donne en injections sous-cutanées de $\frac{1}{2}$ et de 2 c. c., faites à six et douze jours d'intervalle. L'immunité s'acquiert en trois semaines et dure de 2 à 3 ans.

La pasteurisation du lait est évidemment à conseiller car elle met à l'abri des contaminations possibles par voie digestive.

Nous avons tenu à vous présenter ces deux observations, pour attirer encore votre attention sur la fréquence relative de cette infection qui semble devoir se propager dans la province. Elles font suite à celles déjà rapportées devant cette société.

au cours
de la **Grippe**

le **SIROP
FAMEL**

à base de Lactocréosote soluble
**est une sauvegarde contre les
COMPLICATIONS
PULMONAIRES**

*Echantillons et Littérature à MM. les Docteurs
Laboratoires P. Famel, 16-22, rue des Orteaux, Paris-20^e*

Distributeurs au Canada :

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne — MONTRÉAL



OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE

DÉCHÉANCES ORGANIQUES,
CONVALESCENCES,
ANÉMIES.

SÉRUM HÉMOPOIÉTIQUE FRAIS de CHEVAL
(Sirof)

Agent de Régénération Hématique, de Leucopoïèse et de Phagocytose

2 à 4 cuillerées à potage par jour

Lit^r. Échantillon :

**ROUGIER, 350 rue Le Moyne,
Montreal, Canada.**

Vaccins du Professeur Minet

VACCIN ANTI-PNEUMONIQUE : Pneumonie, Broncho-pneumonie des enfants et des vieillards, Grippe et complications grippales.

Ampoules injectables de 1 cc.

VACCIN ANTI-ASTHMATIQUE : Asthme, Emphysème, Catarrhe bronchique, Bronchite des gazés.

Ampoules injectables de 1 cc.

VACCIN ANTI-GRIPPAL : Grippe et complications grippales, Otites, Sinusites, Mastoïdites.

Ampoules injectables de 1 cc.

Laboratoires, Sténé

2bis, Place des Vosges, PARIS, France.

Représentants exclusifs :

MM. Herdt & Charton, Inc.,

2027, avenue du Collège McGill, MONTREAL.

LA MÉDICATION OPTHÉRAPIQUE CHOAY

Ovaire
Thyroïde
Opothérapie simple : Extraits Totaux Surrénale
Opothérapie associée : Syncrines Hypophyse
Autres glandes . . .

EXTRAITS TOTAUX
(Poudres d'organes) } Comprimés

EXTRAITS INJECTABLES
(en solution aqueuse) } ampoules stérilisées

Laboratoires E. CHOAY

48, rue Théophile-Gautier, PARIS, France

Représentants exclusifs :

HERDT & CHARTON INC.,

2027, avenue McGill College, Montréal.

**ABCÈS CÉRÉBRAL A CORPS ÉTRANGERS
PAR TRAUMATISME DE L'ORBITE**

par

Mathieu SAMSON

Radiologiste à l'Hôpital St-Michel-Archange

Cu tave DESROCHERS et Sylvio CARON

Chefs de Service à l'Hôpital St-Michel-Archange

L'abcès cérébral consécutif au traumatisme de la cavité orbitaire nous paraît être d'une éventualité plutôt rare, puisque malgré nos recherches bibliographiques nous n'avons pu en relever un seul cas.

L'observation que nous vous présentons nous a donc paru intéressante à ce point de vue ; elle nous permettra en même temps d'attirer l'attention des cliniciens sur certains points spéciaux propres aux abcès cérébraux d'origine traumatique.

OBSERVATION : L. R. . . , âgé de 52 ans, est envoyé à la Clinique le 2 août dernier, pour observation et expertise en rapport avec un accident dont il fut victime le 19 mai 1938.

Il fut alors frappé à l'œil droit par une pièce de bois glissant dans une « dalle » ; il présenta une plaie contuse du canthus externe pour laquelle il fut traité à l'Hôpital de Campbellton.

Ce traumatisme apparemment bénin n'aurait pas déterminé de perte de connaissance au moment de l'accident ; on mentionne cependant, qu'au début, le blessé présenta des symptômes de contusion cérébrale, (maux de tête et vomissements).

Par la suite, la plaie de la paupière droite semble avoir guéri normalement ; mais l'accidenté continua à se plaindre de maux de tête, de douleurs à l'œil droit et de nausées. Il reprit tout de même son travail, du 16 juin au 7 juillet, puis l'abandonna parce qu'il souffrait continuellement de maux de tête, d'envies de vomir et de perte de forces. La Commission des Accidents du Travail décida alors de faire venir l'accidenté à Québec et nous le confia pour expertise.

A l'examen, on remarquait, dès le début, un aspect mental un peu particulier fait d'obnubilation intellectuelle, de troubles de la compréhension et de désorientation spatiale. Il se plaignait de céphalée, de nausées et présentait assez souvent de la somnolence diurne.

Au point de vue neurologique, on notait un léger affaissement de la face du côté droit, sans paralysie véritable, et une diminution des réflexes tendineux aux membres droits, sans troubles moteurs bien nets. Une première ponction lombaire montrait une tension de 20 cm. en position couchée, et l'analyse du liquide céphalo-rachidien, une hyperalbuminose de 0.72 par litre, avec une réaction cytologique de 4,8 lymphocytes par mm³. La température rectale était à 98°F, le pouls à 72.

Sur les radiographies de profil on voyait se dessiner un léger voile de la région frontale droite.

Cet ensemble de symptômes permettait de soupçonner une lésion du lobe frontal droit que nous croyions être un hématome de la région, étant donné l'anamnèse et l'absence d'hyperthermie, et notre intention était de suggérer à la Commission de diriger le patient vers un centre neuro-chirurgical.

Pendant toute la période d'observation, qui fut d'environ deux semaines, la température rectale s'est toujours maintenue autour de 98° F., sans jamais dépasser la normale; le pouls oscilla entre 55 et 70. Il se plaignait fréquemment de maux de tête et ne reconnaissait pas son entourage d'une fois à l'autre ; on remarquait qu'il s'égarait souvent dans le service, ne reconnaissait plus sa chambre. Il se comportait en somme comme un dément, désorienté dans le temps et dans le lieu.

A deux ou trois reprises il eut des vomissements alimentaires immédiatement après les repas.

L'état physique du patient semblait cependant assez bon et rien ne laissait prévoir la possibilité de complications graves à brève échéance ; c'est cependant ce qui s'est produit.

Le 19 août au matin, on constate que le malade avait souillé son lit, l'infirmier de service le fit lever et asseoir sur une chaise ; quelques instants plus tard, on le trouve inconscient. Le patient tomba alors dans un état comateux dont il fut impossible de le sortir ; il mourut dans la nuit sans avoir repris connaissance. Pendant la journée, la température s'était brusquement élevée à 103° F., pour atteindre 105° F., quelques instants avant la mort. Le pouls s'était aussi accéléré à 80. Une ponction lombaire faite dans l'avant-midi, après le début de cet état terminal, avait montré une hypertension du liquide à 45 centimètres, un taux d'albumine de 0.95 par litre et une lymphocytose de 11,2 éléments par mm/c, ce qui démontrait une aggravation subite de la lésion cérébrale.

Autopsie le 19 septembre 1938 ; le cerveau seul fut prélevé :

La face inférieure du cerveau (lobe orbitaire) est adhérente sur une surface limitée à la voûte orbitaire droite ; on constate à ce niveau une perte de substance osseuse présentant un diamètre moyen de 0.8 à 1 centimètre. En rompant les adhérences qui unissent le cortex cérébral et le plafond orbitaire, un pus verdâtre s'est écoulé. A la coupe vertico-transversale du cerveau on constate, à la partie postéro-inférieure du lobe frontal droit oedématié, la présence d'un abcès anfractueux ayant environ les dimensions d'un œuf de poule. Cet abcès renferme un pus verdâtre dans lequel l'examen bactériologique a révélé la présence d'un staphylocoque doré ; la paroi de l'abcès est particulièrement épaisse au niveau du cortex orbitaire qui adhère à la lésion osseuse. Des coupes microscopiques prélevées dans cette partie épaissie de la paroi de l'abcès nous ont permis de déceler un granulome à corps étrangers, renfermant des fragments d'os et de tissu végétal.

Le mécanisme de production de cet abcès cérébral se trouvait donc, après ces constatations nécropsiques, éclairci d'une façon parfaite. Il s'agissait d'un abcès par inoculation directe de la substance cérébrale à la suite de l'effraction d'un corps étranger ayant traversé la voûte orbitaire.

En étudiant de plus près les radiographies prises antérieurement, on constate, au niveau du plafond orbitaire, une image lacunaire à contours plus ou moins réguliers, ce qui confirme, s'il en est besoin, le mécanisme pathogénique.

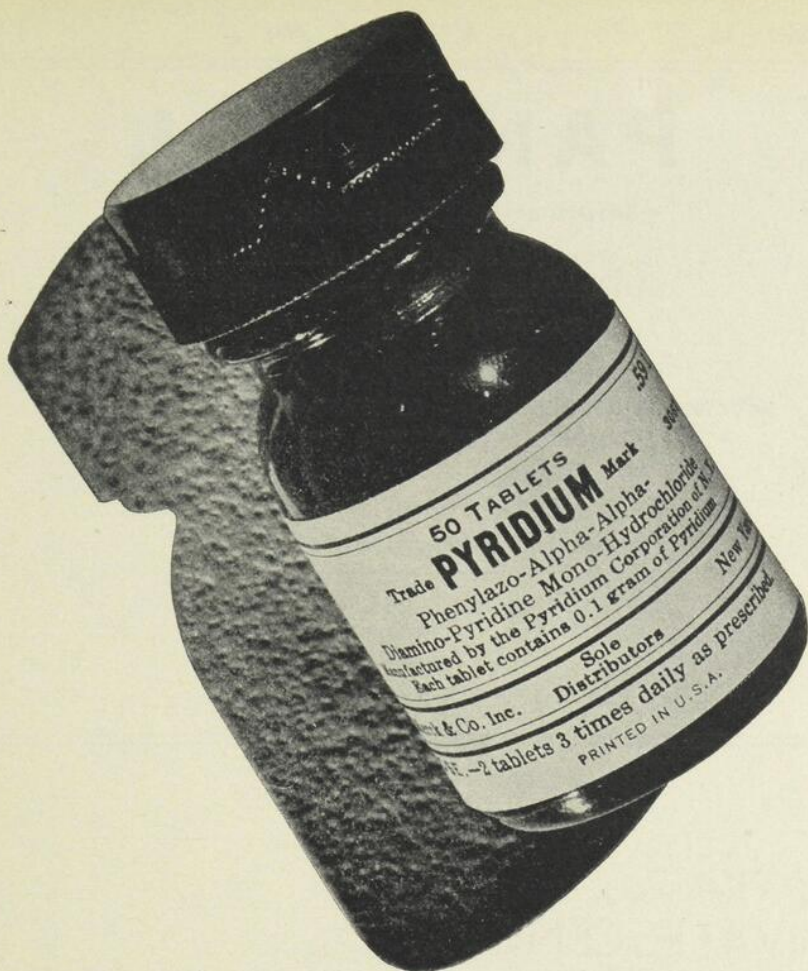
EN RÉSUMÉ : Cet homme est mort à la suite d'un traumatisme apparemment bénin et qui paraissait n'intéresser que la peau de la paupière droite.

En réalité un fragment de bois avait traversé la voûte orbitaire et inoculé directement la substance cérébrale. Ceci est une condition habituelle nécessaire à l'apparition d'un abcès cérébral traumatique ; mais l'on sait depuis longtemps que l'infection ainsi transportée directement au niveau du cerveau peut demeurer dans un état de latence à peu près complet pendant un temps parfois très long. Dans le cas présent il semble qu'un intervalle libre d'au moins un à deux mois, pendant lequel l'individu avait travaillé, s'écoula avant l'apparition des premiers symptômes d'abcès cérébral.

On cite, dans la littérature, des cas où l'infection latente a duré pendant des années (5, 10, 15 ans), avant de se manifester de nouveau par des symptômes cliniques. Il y a là une notion sur l'importance médico-légale de laquelle il est à peine besoin d'insister, mais qu'il est nécessaire de rappeler à cause de la responsabilité très grande qu'encourent les médecins dans l'appréciation des relations de cause à effet, entre un traumatisme d'apparence bénigne et ses conséquences parfois très graves.

BIBLIOGRAPHIE

- Al. LEFORT. Contribution à l'étude des abcès du cerveau d'origine traumatique. *Thèse de Paris*, 1920.
- MICHEL. Pronostic éloigné des abcès traumatiques du cerveau. *Thèse de Lyon*, 1920.
- Robert BING et Ernest CURCHOOD. Diagnostic typographique des lésions de l'encéphale et de la moelle épinière. *Gaston Doin, édit.*, 1921.
- EAGLETON. Abcès de l'encéphale. *Masson & Cie, édit.*, 1924.
- Jean PIQUET. Les abcès cérébraux et leur traitement. *Masson & Cie, édit.*, 1931.
- Th. ALAJOUANINE et PETIT-DUTAILLIS. Sur la clinique et le traitement des abcès cérébraux post-traumatiques. *Le Bulletin Médical*, 42 : 50 ; 21, (novembre) 1928.
-



PYRIDIUM

procure un soulagement sûr et rapide dans le traitement des infections génito-urinaires (cystite, pyélite [pyélonéphrite], prostatite et urétrite), sans

- la surveillance du pH urinaire
- le contrôle du laboratoire pour la toxicité
 - régime spécial
 - médication adjuvante

pour le résultat de ses effets thérapeutiques.

Des extraits de la littérature publiée depuis une décade seront envoyés sur demande.

PYRIDIUM

NOM DÉPOSÉ

(Phenylazo-Alpha-Alpha-Diamino-Pyridine Mono-Hydrochloride)

Une décade de service
dans les infections
génito-urinaires

MERCK & Co. Ltd. *Fabricants Chimistes* **Montréal, P. Q.**

PANSEROL

Sérum artificiel chimiothérapique

Méthylarsinate de Strychnine — Nucleinate de Soude
Glycerophosphate de Soude — Sérums minéraux
(Na-K-Ca-Mg)

ÉPUISEMENT NERVEUX — NEURASTHÉNIE
PSYCHOSES DÉPRESSIVES — ANÉMIES — DÉCALCIFICATIONS
ET DÉPHOSPHATISATIONS — CONVALESCENCES

BOITES DE 12 AMPOULES DE 5 CC.

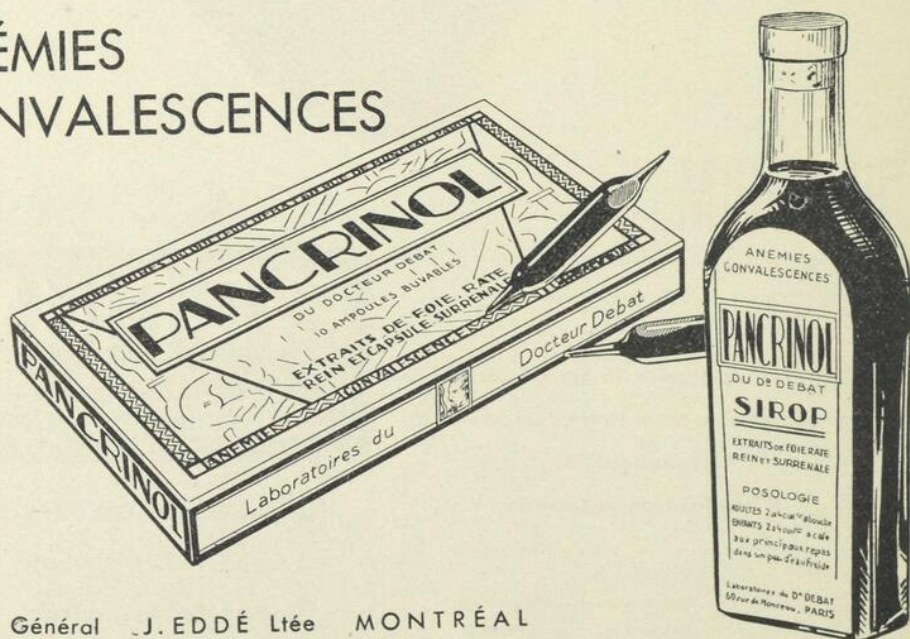
En injections hypodermiques ou par la voie buccale.

LABORATOIRES BOUTY

3, rue de Dunkerque, Paris

Agent pour le Canada : J. EDDÉ Ltée, Edifice New Birks, Montréal.

ANÉMIES
CONVALESCENCES



Agent Général J. EDDÉ Ltée MONTREAL

ANALYSES

Lol.-N. CORYLLOS.—**Mechanical resuscitation in advanced forms of asphyxia. — A clinical and experimental study in the different methods of resuscitation.** (Ranimation mécanique dans les formes avancées d'asphyxie.— Étude clinique et expérimentale des diverses méthodes de ranimation). *S. G. & Obst.*, **66**: 698, (April) 1938.

Après des études cliniques et expérimentales, l'auteur constate que la ranimation peut être obtenue facilement pendant les deux premières phases de l'asphyxie à l'aide des procédés manuels et l'inhalation d'oxygène-acide carbonique.

Au contraire, dans la troisième phase, qui se caractérise par la chute de la pression artérielle allant à l'arrêt du cœur (4e phase), ces procédés sont insuffisants. La perte du tonus musculaire empêche une ventilation pulmonaire suffisante. L'insufflation bouche-à-bouche a donné de très bons résultats à cette période.

Les appareils basés sur le principe automatique du pulmomètre sont préférables chez les tuberculeux et les bronchitiques. Le (E and J apparatus) avec pression constante et volume variable, avec insufflation et aspiration rythmique et automatique a été mis à l'essai sur les animaux et les êtres humains avec des résultats satisfaisants.

D'après son expérience, l'appareil a ranimé des sujets que les procédés manuels n'avaient pas ramenés à la vie. Il en conclut que les procédés manuels et mécaniques ont leurs indications spéciales et qu'ils doivent se compléter.

L'insufflation bouche-à-bouche ou l'insufflation aspiration mécanique doivent être utilisées jusqu'à la reprise spontanée des mouvements respiratoires pour être remplacées par les méthodes par inhalation. L'appareil idéal est celui qui possède un ranimateur et un inhalateur. Dans ses expériences, l'appareil n'a pas lésé ni le cœur, ni les poumons.

Dix minutes après l'arrêt du cœur, des chiens ont pu être ramenés à la vie par massage direct du cœur et ventilation pulmonaire mécanique.

F. HUDON.

LE CLERC et DERECHQ.— **Quelques applications pratiques des ondes courtes.** *Journal de Médecine de Paris*, 58 : 19; 379, (12 mai) 1938.

On commence par définir ce qu'il faut entendre par ondes courtes, pour établir ensuite les avantages qu'elles offrent sur la diathermie simple.

Les auteurs avancent que les « ondes courtes peuvent agir par une action en quelque sorte spécifique dans certains cas, sans apport de chaleur ».

Les indications des ondes courtes, en général, sont celles de la diathermie simple, mais en particulier les applications en profondeur, avec ou sans apport de chaleur. Les insuffisances endocriniennes (ovaire et hypophyse surtout), les inflammations génitales chroniques ou aiguës, les syndromes articulaires douloureux, les adhérences bénéficient largement de cette thérapeutique.

Et pour mieux illustrer leurs avancés, les auteurs apportent plusieurs observations où les ondes courtes appliquées aux algies, en stomatologie, en gynécologie, ont donné d'excellents résultats.

L'application de la fièvre artificielle par eux n'a pas été suivie de succès, mais il faut ajouter qu'elle n'a été tentée qu'une fois.

Jean BOUCHARD.

J. COMBY.— **Convulsions infantiles et hypoglycémie.** *Arch. de Méd. des Enfants*, 41 : 5 ; 290, (mai) 1938.

Dans cette revue générale de la question que fait J. Comby, il est surtout question des convulsions dont la cause efficiente échappe.

Même chez les enfants présentant de l'hypoglycémie il ne faut retenir que ceux qui présentaient une hypoglycémie à rechute, seule condition ayant une valeur significative vis-à-vis des convulsions. Actuellement, dans la littérature, l'auteur ne signale que 35 cas où l'hypoglycémie semble avoir été le facteur étiologique principal.

Cette hypoglycémie récurrente fonctionnelle ou spontanée affecte surtout les enfants de 1 à 3 ans. Elle serait due à un « manque partiel non complet des réserves du glycogène ». Plusieurs facteurs dont le jeûne, et l'hyperexercice peuvent la déterminer.

Les symptômes sont tantôt discrets, tantôt marqués et sont ceux que l'on observe au cours de l'hypoglycémie provoquée par l'administration d'une surdose d'insuline, ou relevant de toute autre cause.

Le diagnostic peut se poser par la glycorachie abaissée alors que le L. C. R. serait normal quant au reste, ou encore par un niveau glycémique convulsif ou post-convulsif inférieur à 0.70, surtout si l'on obtient une réponse favorable à l'administration de dextrose.

Le traitement doit être conservateur, et le meilleur mode en est constitué par des injections intra-veineuses de dextrose ou encore par l'injection d'épinéphrine associée à l'absorption orale de solutions sucrées.

Le pronostic qui semble favorable grâce à la guérison spontanée de cet état dépendant d'un facteur physiologique, ne peut être définitif vu le trop petit nombre de cas rapportés.

En conclusion, l'auteur recommande de bien étudier ces cas d'hypoglycémie afin d'en fixer les caractères, au plus grand bénéfice de la nosographie et des conséquences pronostiques et thérapeutiques qui peuvent en découler.

Marcel LANGLOIS.

B.-P. BABKIN.— **The abnormal functioning of the gastric secretory mechanism as a possible factor in the pathogenesis of the peptic ulcer.** (Le fonctionnement anormal du mécanisme sécrétoire gastrique considéré comme un facteur possible dans la pathogénie de l'ulcère gastroduodénal.) *The Can. Med. Ass. Jour.*, **38**: 5; 421, 1938.

L'auteur discute certains aspects de l'étiologie de l'ulcère gastroduodénal du point de vue physiologique.

L'histamine ou des substances analogues apparaissent dans le suc gastrique à un taux appréciable ; elles sont sécrétées par les cellules bordantes des glandes stomacales, lesquelles cellules reçoivent leur influx sécréteur du vague. La quantité d'histamine contenue dans le suc gastrique obtenu par excitation vagale ou par stimulateur histaminique est le même. B.-P. Babkin est d'opinion que l'on peut comprendre le mécanisme de la sécrétion gastrique comme ceci : Sous l'influence du vague il y a au niveau des cellules bordantes une libération d'histamine qui stimule la sécrétion de ces cellules dont le produit excrété est essentiellement l'HCl.

Des perturbations de ce mécanisme normal, par exemple une libération excessive d'histamine, peuvent entraîner des lésions de la muqueuse gastro-duodénale. Cette libération excessive peut être primitive ou secondaire à l'un des facteurs considérés actuellement comme responsables de la formation de l'ulcère : traumatisme ou acidité, perturbations circulatoires locales résultant d'une hyperactivité nerveuse, gastrite.

On sait que l'histamine entraîne des troubles circulatoires marqués ; il est donc possible qu'une stase prolongée au niveau de la muqueuse digestive produise des érosions qui évoluent vers l'ulcère vrai sous l'influence d'autres facteurs comme l'action du suc gastrique ou autres.

Jean-Paul DUGAL.

CARVAILLO.— **De l'intérêt du tubage duodénal.** *Jour. de Méd. de Paris*, n° 26 : 508, (30 juin) 1938.

L'auteur, après avoir insisté sur l'innocuité de la méthode et l'utilisation des sondes semi-rigides, passe en revue l'intérêt diagnostique et thérapeutique du T. D.

Diagnostic : L'existence ou l'absence de la bile B après épreuve de Meltzer-Lyon comportent de l'intérêt.

1° L'absence de bile B équivaut à l'exclusion endogène ou exogène de la vésicule (calculs, péricholécystite).

2° L'existence surabondante d'une bile B foncée est l'indice d'une stase vésiculaire.

3° L'absence totale des trois biles coïncidant avec un ictère chronique signifie une obstruction cholédocienne (calcul ou cancer).

Le T. D. doit marcher de pair avec la cholécystographie. L'auteur adopte les conclusions de Chiray, à savoir :

Si le T. D. et la cholécystographie donnent une réponse normale, la vésicule n'est pas en cause.

Si la vésicule n'apparaît pas aux rayons X, si le T. D. ne ramène pas de bile B, la vésicule est en cause.

Si la cholécystographie ne donne pas de vésicule et que le T. D. ramène de la bile B, c'est celui-ci qui conduit le diagnostic.

Thérapeutique : Dans les ictères infectieux prolongés, le drainage biliaire médical favorise la régression de la maladie.

Il est à proscrire dans les ictères lithiasiques infectés, mais peut rendre des services s'il n'y a pas infection et si l'intervention chirurgicale n'est pas urgente.

Il rend des services considérables chez les cholélithiasiques que la chirurgie ne peut pas soulager à cause d'une contre-indication existante. Mais c'est dans les cholécystites chroniques non calculeuses et les cholécystatonies qu'il est un bienfait thérapeutique. Les cholémiques, amaigris, déprimés, dyspeptiques, constipés, entérocolitiques, mélancoliques, hypocondriaques, bénéficieront grandement du T. D.

On a combattu par le T. D., avec certains succès, l'engorgement hépatique des asystoliques et l'intoxication urémique.

La sonde duodénale a servi encore pour traiter l'helminthiase, pour traiter la stase intestinale par de grandes entéroclyses et pour permettre l'alimentation duodénale dans l'ulcus.

L'auteur a pratiqué près de 300 tubages duodénaux et rapporte les résultats de son expérience.

Sylvio LEBLOND.

SIR FREDERICK BANTING A QUÉBEC

Les 11, 12 et 13 janvier, Sir Frederick Banting était de passage parmi nous.

Cet éminent savant vint poursuivre ici, à titre de représentant du Conseil national des Recherches, l'enquête qu'il a commencée à travers le Canada en septembre dernier.

Il visita successivement les laboratoires de l'Hôpital du St-Sacrement, de l'Hôtel-Dieu, de l'École de Médecine, de l'Hôpital Laval et de la Clinique Roy-Rousseau, afin de se rendre compte des travaux de recherches en cours ou éventuellement réalisables dans les divers services facultaires médicaux.

Le Dr C.-B. Stewart, secrétaire de la Commission médicale du Conseil national des Recherches accompagnait Sir Frederick Banting dans sa visite.

Délégué officiel du Conseil national des Recherches aux funérailles du très regretté Professeur Vallée, Sir Frederick vint rendre un dernier hommage à celui qu'il honorait de son amitié.

R.B.



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

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

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

ou par téléphone **1-800-363-9028**

**Bibliothèque
et Archives
nationales**

Québec 