

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine, Chirurgie,
Obstétrique, Pédiatrie, Thérapeutique, Hygiène.

LA PLUS ANCIENNE REVUE MEDICALE FRANÇAISE
AU CANADA

FONDEE EN 1872

TOME XLV

PAR LES
MEMBRES DU
COMITE DE REDACTION

Ont collaboré à ce volume:

MM. Archambault, Aubry, Baril, Bachand, Beaudoin, Benoit, Bernier,
Bibaud, Bourdon, Bourgeois, Charette, d'Argent, Demers, Derome,
Desjardins, Dubé, Dubé L.-F., Fournier, Falardeau, Fortier,
Gagnon, Gauthier, Gauvreau, Grenier, Harwood, Hélie,
Langlois E., Langlois C., Laurendeau, LeSage, Malouf,
Masson, Parizeau, Pepin, Plouffe, Robillard,
St-Jacques, Therrien, Villeneuve.

1916

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MM. LES DOCTEURS

- R. Boulet**, Officier de l'Instruction Publique (France). Professeur suppléant à la clinique-d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie, Médecin en chef de l'Institut Ophtalmique.
- J. E. Dubé**, Officier d'Académie (France). Docteur en Médecine de l'Université de Paris. Professeur de Phtisiothérapie. Directeur de l'Institut Bruchési. Médecin de l'Hôtel-Dieu.
- L. de L. Harwood**, Professeur de gynécologie. Surintendant de l'Hôpital Notre-Dame.
- E. Latreille**, Docteur en Médecine de l'Université de Paris. Professeur d'Anatomie pathologique. Médecin et pathologiste de l'Hôtel-Dieu.
- A. LeSage**, Officier d'Académie (France). Docteur en Médecine de l'Université de Paris. Professeur de Pathologie Interne. Médecin de l'Hôpital Notre-Dame. Rédacteur en chef.
- A. Marien**, Professeur de clinique chirurgicale. Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.
- R. Masson**, Chargé du cours de Pédiatrie. Médecin de l'Hôpital Ste-Justine.
- Z. Rhéaume**, Professeur de Médecine opératoire et d'Anatomie Topographique. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital Ste-Justine et chirurgien en chef de l'Hôpital Laval No 6 en France.
- J. A. St-Pierre**, Professeur agrégé. Assistant à la chaire et chargé du cours d'Histologie. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

L'Union Médicale du Canada paraît le 1er de chaque mois par fascicules de 34 pages, formant, chaque année, un volume de 500 pages environ.

PRIX DE L'ABONNEMENT

Pour le Canada et les Etats-Unis	\$2.00
Pour les pays faisant partie de l'Union Postale" (Etranger)	2.50
Etudiants	1.00
Payable d'avance par Mandat-poste ou autrement.	
Le fascicule	0.25 cts.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé franco à M. le Docteur LeSage, 46, Avenue Laval.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé franco à M. T. Valiquette, Comptable, 2,734 rue Christophe Colomb, à Montréal, ou Boîte Postale No 3026.

L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

PARAISANT LE PREMIER DE CHAQUE MOIS

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, Avenue Laval, Montréal. Rédacteur en chef

Vol. XLV

1er JANVIER 1916

No 1

MEMOIRES

Hypertension artérielle et son traitement Hygiéno-Diététique (I)

Par M. le Dr J. E. DUBE,
Professeur de Phtisiothérapie, Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Directeur de l'Institut Bruchési.

J'ai déjà parlé assez longuement de la pression artérielle en présentant quelques observations de malades à la Société Médicale, pour ne pas y revenir aujourd'hui. D'un autre côté si tous les médecins ne se servent pas encore des appareils à pression artérielle comme de leur thermomètre et de leur stéthoscope, c'est que tous ne sont pas convaincus de l'utilité de l'observation de la pression artérielle chez leurs malades.

Qu'il me soit donc permis de donner quelques détails concernant l'étude de la pression artérielle et de répéter combien elle est importante dans le diagnostic des maladies.

L'étude de la pression artérielle c'est l'étude de la pression du sang à l'intérieur des vaisseaux sanguins. On distingue la pression minima ou diastolique et la pression maxima ou systolique. La pression diastolique correspond à la pression du sang sur les parois des vaisseaux, par exemple l'aorte au moment où le coeur est au repos, en diastole. Cette pression diastolique s'exerce donc en même temps sur les valvules sigmoïdes de l'aorte. La pression systolique est cette même pression diastolique à laquelle vient s'ajouter la poussée du sang dans l'aorte par le coeur en contraction.

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance de décembre 1915.

La pression diastolique est constante alors que la pression systolique est intermittente.

Ce que l'on désigne sous le nom de pression différentielle — *pulse pressure* des Anglais — est indiquée par la différence qui existe entre la pression diastolique et la pression systolique.

La pression artérielle est sous la dépendance du coeur, du réseau de capillaires périphériques, de l'élasticité des parois artérielles et de la masse sanguine.

Cette pression variera donc considérablement suivant que le coeur se contracte *faiblement*, *normalement* ou *trop violemment*. Elle variera encore si le réseau de capillaires périphériques commandé par les vaso-moteurs n'offre pas la résistance normale au passage du sang poussé par le coeur, ou si cette résistance reste normale ou devient trop grande, si le sang lancé dans l'aorte à chaque systole cardiaque rencontre des parois artérielles normales, élastiques, la pression ne sera pas la même qu'avec des parois artérielles sclérosées et rigides. Si en dernier lieu la masse sanguine est diminuée de volume ou normale ou augmentée, on comprend que la pression artérielle variera d'autant.

Il peut donc exister une pression normale dont le chiffre est connu et une pression anormale plus faible, c'est-à-dire hypotension, ou augmentée, c'est-à-dire hypertension. Plusieurs auteurs croient qu'à 20 ans l'homme doit avoir une pression systolique de 120 millimètres; il faudrait ajouter à ce chiffre un millimètre par chaque deux années de plus. La pression serait 10 millimètres de moins chez les femmes.

Le chiffre de la pression artérielle normale ne peut être fixé comme l'a été celui de la température normale du corps.

Je comparerais volontiers le chiffre de la pression artérielle normale au chiffre du poids normal du corps.

Le poids normal peut varier tout en présentant pour une taille connue un chiffre minima, un chiffre moyen et un chiffre maxima. Il en est de même de la pression artérielle normale; le chiffre peut varier un peu tout en restant dans des limites normales, soit au-dessous ou au-dessus de la moyenne.

Les appareils actuellement entre les mains des médecins sont des anéroïdes ou des appareils à mercure. On le désigne sous le nom de sphygmomanomètre.

Le Pachon est un instrument français de grande précision que j'emploie couramment dans mon service hospitalier et dans mon

cabinet de consultation. Il est facile à appliquer et n'importe qui peut s'en servir après une leçon. Le Tycos, le Faught, sont moins volumineux que le Pachon. Je me sers systématiquement du Pachon et du Faught chez tous mes malades. J'ai introduit le sphygmomanomètre à mercure de Brown dans mon service à l'Hôtel-Dieu. Cet appareil est sûr et se vend très bon marché.

Avec le Pachon la pression systolique normale peut varier de 13 à 15 centimètres et la pression diastolique normale de 8 à 11 centimètres. Avec les autres instruments, la pression systolique normale ne doit jamais dépasser 150 millimètres et la pression diastolique normale 100 millimètres. La pression différentielle normale — *pulse pressure*. — varie entre 30 à 50 et ne dépasse pas 60 millimètres. Quelque soit la pression artérielle: faible, moyenne ou très élevée, la circulation ne se fera dans de bonnes conditions et sans oedèmes que s'il existe une certaine proportion entre la pression systolique, la pression diastolique et la pression différentielle. Le chiffre de la pression diastolique ajouté à sa moitié devrait égaler le chiffre de la pression systolique.

Beaucoup d'autres choses pourraient être dites sur la pression artérielle et ses applications. Je me contenterai de renvoyer les lecteurs au livre de Martinet, et à celui de Nicholson. Il existe quantité de petits livres publiés par les fabricants de ces appareils et qui sont très bien faits. Je citerai entre autres: *The Blood Pressure Primer* de Faught.

Qu'on lise ces livres et je suis convaincu que l'appareil viendra ensuite.

Si je voulais démontrer l'utilité du sphygmomanomètre je ne pourrais mieux faire que de publier les deux lettres suivantes provenant d'une compagnie d'assurance.

SUN LIFE
ASSURANCE COMPANY OF CANADA

Head Office: Montreal.

Montréal, 23 octobre 1915.

Dr J. E. Dubé,
10 rue Ste-Famille,
Ville.

Cher Docteur,

Nous vous incluons, pour votre attention, copie d'une lettre reçue du Département Médical.

Nous savons que vous vous ferez un plaisir de vous rendre à notre demande.

Votre tout dévoué,

J. C. STANTON, Jr.,
Gérant de la Succursale de Montréal.

LETTRE CIRCULAIRE CONCERNANT L'EXAMEN DE
LA PRESSION ARTERIELLE.

RE Examen de la Pression Artérielle.

En vue du fait qu'une grande importance est maintenant attachée à la pression artérielle, comme étant un moyen de diagnostiquer un état de maladie, ou une tendance à une maladie, il a été décidé d'exiger un examen de la pression artérielle dans les cas suivants:—

1. Quand la proposition d'assurance sera pour \$10,000 ou plus.
2. Quand la personne faisant la demande d'assurance est âgée de 45 ans, ou plus, sans égard au montant de l'assurance.
3. Dans tous les cas où il y aura une histoire d'albumine, indépendamment de l'âge ou du montant.
4. Quand l'examineur découvrira une affection cardiaque quelconque, ou quand il y aura un rapport faisant mention d'une affection de cette nature, dans le passé.

Veuillez aviser tous les médecins-examineurs de votre district, à cet effet, et faites-leur bien comprendre l'importance d'adhérer strictement aux instructions données ci-dessus, afin d'éviter tout délai dans l'émission des polices.

Votre tout dévoué,

GEORGES WILKINS,

Médecin en Chef,

Par. C. W. Johnston.

Ces deux lettres doivent en dire bien long à qui veut les comprendre.

L'étude de la pression artérielle au moyen du sphygmomanomètre rendra de grands services aux accoucheurs en prévenant longtemps à l'avance les accidents éclamptiques. Les oculistes éviteront chez leurs malades les hémorrhagies survenant après les opérations sur l'oeil, quand la pression artérielle est trop élevée, en diminuant d'abord cette pression, les anesthésistes donneront plus de sécurité aux chirurgiens en évitant les syncopes et collapsus, etc., etc.

Je ne puis plus me passer du sphygmomanomètre et chaque jour les services qu'il me rend m'y rattachent davantage. Il n'y a pas d'ami plus sûr ni de meilleur conseiller. Chaque fois il nous met sur la piste de la maladie et je persiste à dire que tous les médecins doivent avoir un sphygmomanomètre.

Sans plus de commentaires sur cet instrument, laissez-moi vous démontrer immédiatement les services qu'il m'a rendus.

Voici une série d'observations de malades, résumées donnant l'occupation, l'âge, les antécédents personnels, les habitudes, et leurs effets chez chaque malade.

C'est tout un groupe d'hypertendus que je vous présente; je les ai vus à des périodes diverses de leur maladie, j'ai établi le bilan de leur santé, j'ai prescrit un traitement et j'ai obtenu des résultats.

C'est toujours le sphygmomanomètre qui m'a été le plus utile dans toutes mes recherches cliniques. La recherche de la Constante d'Ambar, le dosage des chlorures et les examens radiographiques du coeur et de l'aorte m'ont également aidé à établir le diagnostic et le pronostic.

OBSERVATIONS

OBS. I. 31 décembre 1912. 33 ans. Employé de bureau. Trois gros repas de viande chaque jour; fume beaucoup; boit un peu de bière; se plaint d'étourdissement. Poids: 154 lbs. P. S.: 20; P. D.: 13. Urines: pas d'albumine, ni sucre.

Traitement: Régime, 1 repas de viande, légumes, fruits. Moins de tabac.

Je n'ai pas revu ce malade. Je doute fort qu'il ait suivi le régime prescrit. Son père opéré pour calculs biliaires après longue et pénible maladie avec ictère très prononcé est resté quand même fort mangeur de viande sans s'occuper des ordonnances de son médecin. Je ne crois pas le fils plus énergique que le père.

OBS. II. Voici un autre exemple faisant bien toucher du doigt l'influence d'une alimentation trop carnée avec manque de travail physique.

Il s'agit d'un maître-plombier âgé de 36 ans qui conduit ses ouvriers mais ne travaille pas lui-même, qui n'a jamais été malade. Il se plaint aujourd'hui de douleurs rétro-sternale surtout après effort lorsqu'il s'amuse à faire la lutte avec des amis. Maux de tête et épistaxis qui le soulagent cependant. Fume 1 à 2 cigares par jour. Pas d'alcool. *Trois gros repas de viande par jour.* Il m'avoua qu'il mangeait beaucoup de viande. — J'ai mangé 2 à 3 livres de porc frais rôti hier au dîner et pour mon souper 14 "boulettes" de viande avec pain, beurre, et pommes de terre.

Urines normales (urine 2 fois la nuit). Poids: 222 livres. P. S.: 17; P. D.: 12. P. S.: 175, P. D.: 140 au Faught. Rien aux poumons, au coeur.

Régime moins carné, plus d'exercice physique.

Voilà un jeune homme en route vers l'artério-sclérose s'il ne change pas son régime de vie. Il y en a beaucoup de ces gens robustes qui ne se doutent pas de leur état de santé.

OBS. III. Janvier 1914. L..., âgé de 47 ans. Marchand. Typhoïde à 18 ans; rhumatisme articulaire à 26 ans; fume beaucoup; constipé depuis sa jeunesse; mal de tête; douleur dans la région cardiaque; digère mal. Poids: 190 lbs. P. S.: 20; P. D.: 12. Urine: rien.

Cesser tabac; régime contre constipation.

24 janvier 1914. Poids: 194 lbs. P. S.: 17; P. D.: 11. Liqueur de Parafine contre la constipation.

Février. P. S.: 23; P. D.: 15. Iodone Robin, et régime moins carné.

Mars. Poids: 195 lbs. P. S.: 17; P. D.: 11. Constipation.

Avril. Poids: 190 lbs. P. S.: 16; P. D.: 10.

Juin. Poids: 191 lbs. P. S.: 15; P. D.: 10. Intestins réguliers.

Juillet. Poids: 190 lbs. P. S.: 16; P. D.: 10.

Octobre. Poids: 192. P. S.: 16; P. D.: 9. Très bien.

Voilà un malade qui a eu toute l'énergie qu'il fallait pour rompre avec de vieilles habitudes. Il a diminué le tabac considérablement. Mangeur de viande, il s'habitua aux légumes et aux fruits. Constipé depuis des années, il chercha à régulariser ses intestins autrement que par des médicaments. La liqueur de parafine si recommandable dans cette paresse intestinale agit par sa présence continuelle dans l'intestin où elle empêche les fèces de durcir.

J'ai rencontré ce malade dernièrement et il se porte à merveille.

OBS. IV. 7 juillet 1914. P..., âgé de 47 ans. Instituteur. A sa première visite il se plaint d'un goître datant de 7 ans. Ce goître disparut ou diminua beaucoup, et revint après 3 ans pour rester tel qu'il est aujourd'hui. S'essouffle; digère mal; lithiase rénale depuis longtemps, a passé des calculs. Poids: 214 lbs. P. S.: 20; P. D.: 12. Pouls: 90. Urine: sucre. Mange beaucoup de pain, pommes de terre et farineux.

Régime antidiabétique.

11 août. Poids: 194. P. S.: 15; P. D.: 11. Traces de sucre.

Septembre. Poids: 184. P. S.: 18; P. D.: 11. Pas de sucre.

Ce malade s'est soumis immédiatement au régime antidiabétique avec les bons effets que l'on voit.

OBS. V. 13 janvier 1915. B... 50 ans. Forte mangeuse; 1 repas de viande; un peu de surmenage; s'essouffle après effort. Poids: 168 lbs. P. S.: 21; P. D.: 12. Pouls: 80. Urines, rien.

Régime: plus de légumes, fruits.

29 janvier. Poids: 167 lbs. P. S.: 20; P. D.: 11 — se sent mieux.

Je n'ai plus revu cette malade, mais son frère, dont l'observation suit, me dit qu'elle s'améliore de jour en jour.

Dans les deux pressions artérielles ci-dessus, qui sont trop élevées, il faut remarquer la pression différentielle (pulse pressure) qui est beaucoup trop grande — ce qui explique la fatigue du coeur et l'essoufflement.

OBS. VI. Décembre 1914. B..., 48 ans, notaire. Pas de tabac depuis 1902; fumait beaucoup avant cette date; pas d'alcool; 1 repas de viande par jour; mange beaucoup de farineux, sucre et d'aliments gras; beaucoup de lait. Se plaint de sensation de fatigue depuis quelque temps et de maux de tête après les repas. Poids: 229 lbs. P. S.: 18; P. D.: 12. Pouls: 80. Urines: sucre. Les urines avaient été trouvées normales 8 mois avant par une compagnie d'assurance.

Régime antiglycosurique et plus d'exercice.

21 décembre. Poids: 219 lbs. P. S.: 15; P. D.: 10. Urines: pas de sucre. Se sent mieux.

23 juin. Poids: 205 lbs. P. S.: 17; P. D.: 11. Urines: pas de sucre. A repris le pain, sucre. Se sent mieux.

Observation intéressante. Si ce malade était de ceux qui ne s'observent pas ou s'observent mal, il en serait peut-être encore au mauvais régime qu'il avait adopté. Il mangeait un peu de viande et beaucoup de mets sucrés. Comme dessert il mangeait souvent un ou deux morceaux de gâteaux ou pâté avec beaucoup de crème, du sucre ou même du sirop d'érable. Est-il étonnant que son foie se soit fatigué et que le sucre soit apparu ?

OBS. VII. D... Age: 44 ans. Employé de bureau. Je vois ce malade pour la première fois le 16 septembre 1903 pour des sensations pénibles dans la poitrine et des maux de tête.

Mangeur de viande à 2 repas par jour; fumait 20 pipes de tabac par jour.

Coeur: pas de souffle, intermittence de temps à autre.

Je lui recommande de cesser le tabac et de diminuer la viande. Il ne continua pas moins cependant le tabac à haute dose jusqu'en 1913 au moment de mon deuxième examen pour mêmes douleurs.

Poids: 155 lbs. P. S.: 20; P. D.: 14 au Pachon. Pouls: 88. Urines: rien.

Il fumait 10 pipes et 4 cigares par jour. Même traitement et iodone: pas mieux suivi qu'en 1903.

Mars 1915. Poids: 153 lbs. P. S.: 17; P. D.: 12. Mieux. Fume moins.

Mai 1915. Poids: 157 lbs. P. S.: 17; P. D.: 12. Mieux.

Février 1915. Poids: 156 lbs. P. S.: 17; P. D.: 12. Les douleurs retro-sternales deviennent plus fréquentes. Je recommande de cesser le tabac complètement.

Mars. Poids: 158½ lbs. P. S.: 18; P. D.: 12. Douleurs s'éloignent.

29 mars. P. S.: 16; P. D.: 11. Pouls: 80. Douleurs disparues.

Octobre 1915. Poids: 162 lbs. P. S.: 18; P. D.: 13. P. S.: 160; P. D.: 120 avec le Faught. Urines: rien. Coeur: insuffisance mitrale. J'entends un souffle systolique à la mitrale pour la première fois. Sclérolysine après repas.

25 novembre 1915. P. S.: 19; P. D.: 13.

Décembre. Poids: 161 lbs. P. S.: 20; P. D.: 13. P. S.: 165, P. D.: 120 avec le Faught. Régime glyco amylacé. Pas de viande.

24 décembre 1915. Poids: 160 lbs. P. S.: 17; P. D.: 12. P. S.: 165; P. D.: 110 au Faught. Moins de douleurs au coeur; urines normales.

L'observation ci-dessus est intéressante. En 1903, on voit déjà les mauvais effets du tabac. La pression artérielle est élevée, le coeur intermittent. Si le malade avait voulu cesser de fumer complètement, comme il n'a voulu le faire qu'en février 1915, la maladie n'aurait pas fait les progrès que l'on voit maintenant. L'œdème n'a pas modifié la pression ni amélioré le malade.

Il est beaucoup mieux depuis quelques semaines qu'il observe le régime glyco-amylacé tel que prescrit par Castaigne dans les cas de rétention azotée.

Cette observation est encourageante et doit nous inciter à montrer une très grande sévérité à l'égard des malades qui abusent du tabac.

OBS. VIII. Octobre 1914. Age 46 ans. Ecclésiastique. Pas d'alcool ni tabac; gros appétit; mauvaise digestion; étourdissement au moindre effort; faiblesse en célébrant la messe. Poids: 220 lbs. P. S.: 19; P. D.: 11. Pouls: 80. Urines normales.

Régime — avec moins de farineux et pain. Plus d'exercice.

Décembre. Poids: 221 lbs. P. S.: 19; P. D.: 12. Urines: traces de sucre. Régime sévère.

Avril 1915. Poids: 215. P. S.: 19; P. D.: 11. Urines: pas de sucre. Se sent mieux.

12 avril. Brûlement d'estomac, mange du pain. Poids: 211. P. S.: 20; P. D.: 12. Urines après dîner contiennent du sucre.

Le régime sévère lui fait du bien lorsqu'il l'observe bien. Le retour au pain donne chaque fois du sucre dans les urines et une pression artérielle élevée.

OBS. IX. 1904. 37 ans. Trop de tabac, de viande; un peu d'alcool. Se plaignait de digestion difficile. Urines normales. Poids: 130 lbs.

1911. Poids: 140 lbs. P. A. 12 au Potain. Entero-colite légère attaque.

Mars. Poids: 150 lbs. P. S.: 21; P. D.: 11. Urines: rien; mauvaise digestion; trop de viande et de tabac; un peu d'alcool.

Mai. Poids: 148 lbs. P. S.: 22; P. D.: 13. Urines: sucre. Régime.

Juillet. Poids: 146. P. S.: 18; P. D.: 12. Urines: rien. Repos à la campagne.

Septembre. Poids: 138 lbs. P. S.: 16; P. D.: 9. Fume moins. Pas d'alcool.

Octobre. Poids: 140 lbs. P. S.: 21; P. D.: 12. A repris tabac, bière. Urines: pas de sucre.

Novembre. P. S.: 22; P. D.: 11. Urines: traces de sucre. A mangé du pain et du sucre. Reprendre régime.

Décembre 1915. Poids: 142 lbs. P. S.: 19; P. D.: 11. Urines normales.

Mars. Poids 142 lbs. P. S.: 16; P. D.: 10. Urines normales. Un repas de viande; fume un peu moins; peu d'alcool.

Juillet. Poids: 140 lbs. P. S.: 18; P. D.: 11. Bronchite et emphysème.

Septembre. Poids: 145 lbs. P. S.: 17; P. D.: 11. Urines normales.

Octobre. Poids: 142 lbs. P. S.: 16; P. D.: 10, et P. S.: 135, P. D.: 85 au Faught. Urines normales.

Ce malade se soumet assez volontiers au régime pendant quelques semaines après chaque visite chez le médecin. Depuis quelques mois,

cependant, il est plus docile et je crois l'avoir convaincu que son régime sans abondance de viande et farineux, sans tabac ni alcool, lui est absolument indispensable s'il veut vivre.

Ce malade est devenu riche et fait plus d'automobile et de grasses matinées qu'autrefois. C'est une complication au traitement sévère. La richesse n'apporte pas toujours le bonheur parfait.

OBS. X. E. L... Age: 50 ans. Rentier. Pas de surmenage, ni alcool, ni tabac; a été mangeur de viande autrefois.

1906. Poids: 170 lbs. Urines: traces de sucre.

1910. Poids: 170 lbs. Urines normales.

1911. Poids: 158 lbs. Zona intercostal.

1913. Poids: 176 lbs. P. S.: 17; P. D.: 10. Furunculose. Urines normales.

1913. Poids: 172 lbs. P. S.: 21; P. D.: 12. Urines: sucre. Digère mal.

1913. Poids: 170 lbs. P. S.: 23; P. D.: 13. Urines: sucre.

1914. Poids: 167 lbs. P. S.: 15; P. D.: 10. Urines normales avec régime.

1914. Poids: 169 lbs. P. S.: 18; P. D.: 12. Traces de sucre. A cessé régime.

1914. Poids: 166 lbs. P. S.: 16; P. D.: 10. Pas de sucre avec régime.

1915. P. S.: 16; P. D.: 10. Urines normales.

1915. Poids: 175 lbs. P. S.: 16; P. D.: 10 au Pachon, et P. S.: 155; P. D.: 90 au Faught. Pas de sucre.

Ce malade se porte à merveille avec de l'hygiène alimentaire.

OBS. XI. Mme N. C... Age: 58 ans. Mariée. Sous mes soins depuis décembre 1912. Maux de tête; indigestion; constipation; curetage pour menstruation abondante puis hystérectomie il y a 4 ans; troubles nerveux depuis chaleurs et bouffées de sang; actuellement cystocèle et troubles vésicaux. Mangeuse de viande; constipée. Poids: 124 lbs. P. S.: 23; P. D.: 13. Pouls: 90. Coeur: pas de souffle. Urines: traces d'albumine.

Régime sans viande, iodure de sodium.

28 décembre. Poids: 133 lbs. P. S.: 19; P. D.: 12. Pouls: 68.

1912. Poids: 133 lbs. P. S.: 18; P. D.: 12.

Décembre 1912. P. S.: 18; P. D.: 12. Pouls: 80. Cesser la viande et iodure.

Février 1913. Poids: 133 lbs. P. S.: 17; P. D.: 12. Se sent mieux sans viande.

Avril 1913. Poids: 131 lbs. P. S.: 22; P. D.: 12. A repris la viande. J'insiste sur le régime.

Mai 1913. Poids: 129 lbs. P. S.: 20; P. D.: 12. Urines normales.

Juin. Poids: 126 lbs. P. S.: 18; P. D.: 12. Ocreine Gremy contre bouffées de chaleur.

Juillet 1913. Poids: 127 lbs. P. S.: 17; P. D.: 11. Mieux.

Octobre. Poids: 127 lbs. P. S.: 17; P. D.: 11. Continuer Ocreine.

Novembre. Poids: 128 lbs. P. S.: 21; P. D.: 14. Constipée.

Janvier 1914. Poids: 128 lbs. P. S.: 18; P. D.: 12. Mange peu de viande.

Mars. Poids: 126 lbs. P. S.: 17; P. D.: 12. Urines normales.

Juin. Poids: 125 lbs. P. S.: 17; P. D.: 12. Opérée pour cystocèle; la constante d'Ambaré a été trouvée normale.

Septembre. Poids: 129 lbs. P. S.: 17; P. D.: 11. Mieux.

Octobre. Poids: 126 lbs. P. S.: 15; P. D.: 11. Urines normales.

Décembre. Poids: 133 lbs. P. S.: 20; P. D.: 12. Mange trop; diminuer les quantités.

Mars 1915. Poids: 130 lbs. P. S.: 20; P. D.: 12. Maux de tête; diminuer la viande.

Juillet 1915. Poids: 133 lbs. P. S.: 20; P. D.: 13. Urines normales. Diminuer la viande.

Octobre 1915. Poids: 134 lbs. P. S.: 19; P. D.: 13. Urines troubles.

Décembre 11. Poids: 135 lbs. P. S.: 16; P. D.: 12. P. S.: 150, P. D.: 100 au Faught.

Cette malade se sent toujours mieux lorsqu'elle m'écoute et cesse la viande. On voit bien chez elle par la pression artérielle les effets de sa gourmandise.

OBS. XII. Avril 1915. Dr L... Age: 45 ans. Médecin. Un peu alcoolisé; beaucoup de tabac; gros mangeur; chique même. S'essoufle un peu après léger effort. Poids: 140 lbs. P. S.: 25; P. D.: 13 et P. S.: 180, P. D.: 150 au Fauht. Urines normales. Cœur: insuffisance mitrale. Le Dr Foucher a trouvé de la retinite tabagique.

Régime avec moins de viande. et diminuer le tabac.

Ce confrère m'écrira qu'il se sent beaucoup mieux.

OBS. XIII. Mai 1915. Dr L... Malade âgé de 60 ans. A eu scarlatine, typhoïde, rhumatisme; longue carrière médicale à la campagne; plusieurs verres d'alcool par jour pendant plusieurs années; a fumé beaucoup; jamais beaucoup de viande. Se plaint de maux de tête et digère mal. Poids: 145 lbs. P. S.: 17; P. D.: 12. Coeur: rien. La constante d'Ambard: 0.135. Urines: albumine.

Mis au régime, pas d'alcool ni tabac, avec repos.

Juin. Poids: 140 lbs. P. S.: 21; P. D.: 14. Urines: albumine et cylindres hyalins; n'a pris que du lait depuis 15 jours; moins mal à la tête.

3 décembre. P. S.: 17; P. D.: 12; P. S.: 160, P. D.: 90 au Faught. Se sent mieux. Je l'engage à suivre le régime glyco-amylacé.

Voilà un artério-scléreux avec des reins malades qui ne peut guérir mais qui se prolongera longtemps s'il observe son régime.

OBS. XIV. 9 novembre 1914. Mme T... Age: 38 ans. Se plaint de maux de tête, d'essoufflement et de mauvaise digestion. Forte mangeuse de pain, farineux et sucre. Poids: 180 lbs. P. S.: 22; P. D.: 13. Urines: rien. Coeur: insuffisance mitrale. Léger oedème des pieds.

Digitaline et régime.

3 décembre. Poids: 173 lbs. P. S.: 17; P. D.: 12. Urines: rien.

Janvier 1915. Poids: 176; P. S.: 17; P. D.: 12. Urines: traces de sucre.

Février. Poids: 174 lbs. P. S.: 20; P. D.: 13. Digitaline, reprendre le régime. La malade n'a pas observé son régime.

Je n'ai pas revu la malade qui ne paraissait pas vouloir se soumettre à son régime.

OBS. XV. Mme T... Age: 50 ans. Malade depuis 4 ans. Mange beaucoup de pain, crème, gâteaux, sucre; s'essouffle; digère mal. Poids: 179 (200 autrefois). P. S.: 18; P. D.: 13. Pouls: 90. Urines: sucre, beaucoup. Coeur: insuffisance mitrale.

Régime antidiabétique.

20 décembre. Poids: 176 lbs. P. S.: 16; P. D.: 12. Urines: traces de sucre.

23 décembre. Poids: 178 lbs. P. S.: 16; P. D.: 12. Urines: sucre, un peu.

30 décembre. Poids: 177 lbs. P. S.: 16; P. D.: 12. Sucre dans les urines.

Janvier 1915. Poids: 179 lbs. P. S.: 18; P. D.: 12. Urines: sucre.

Elle mange du pain, du sucre, ne se soumet pas au régime. Cette malade, ainsi que la précédente, représentent bien le type de malades qu'il faudrait guérir malgré eux. Ils prennent volontiers des médicaments — d'habitude ils en prennent trop, — mais ils sont incapables du plus léger sacrifice en matière d'alimentation, sauf pour quelques jours. Invariablement ils reviennent à leur régime favori qui est la cause de leur maladie.

OBS. XVI. 1913. B... 56 ans. Fume et mange beaucoup de viande; travaille peu. Se plaint de dyspnée; constipation. Poids: 158 lbs. P. S.: 21; P. D.: 13. Pouls: 78. Urines normales. Coeur: insuffisance mitrale.

Traitement: Régime moins carné; fumer moins.

Novembre. Poids: 163 lbs. P. S.: 25; P. D.: 14. Urines diminuées. Théobronine.

Décembre. Poids: 162 lbs. P. S.: 27; P. D.: 15. S'essouffle. Digitaline, 5 gtts le soir pendant 10 jours.

27 décembre. Poids: 165 lbs. P. S.: 20; P. D.: 12. Continuer Digitaline après repos de quelques jours.

Janvier 1914. Poids: 166 lbs. P. S.: 20; P. D.: 11. Se sent mieux.

Février. P. S.: 27; P. D.: 16. Cesser la viande complètement. Vertiges et constipation.

7 mars. Poids: 164 lbs. Urines: traces de sucre. Mieux avec moins de viande. Manger moins de farineux et plus de légumes.

Avril. Poids: 164 lbs. P. S.: 20; P. D.: 11. Pas de sucre.

Mai. Poids: 160 lbs. P. S.: 19; P. D.: 11. Constipé.

Juillet 1914. P. S.: 21; P. D.: 13. Constipé.

L'abus de la viande et du tabac avec travail physique insuffisant ont produit des artères, un coeur et un foie malades. Le régime seul fera disparaître la glycosurie, de même qu'avec moins de tabac le coeur se portera mieux.

OBS. XVII. Novembre 1904. M... Age: 57 ans. Avocat. P. A.: 17 au Potain. Légère bronchite; fumait beaucoup; trop d'alcool et fort mangeur. Poids: 204 lbs. Urines: sucre.

1905. Pas de sucre.

1906. Poids: 206 lbs. Fumait beaucoup: 10 cigares par jour; buvait 4 à 6 verres; gros mangeur, 2 repas de viande.

Novembre 1912. Poids: 217. P. S.: 22; P. D.: 11. Coeur: rien. Urines: pas de sucre. Affaissement et fatigue au moindre effort.

1913. Poids: 218 lbs. P. S.: 23; P. D.: 12. Urines: rien. Fume moins, etc.

1913. Coeur: bruit sourd. Urines: sucre.

Mai. Poids: 210 lbs. P. S.: 26; P. D.: 14. Coeur: souffle systolique mitral. Urines: sucre. Prendre Digitaline, 5 gtts pendant 10 jours.

Mai 1913. Poids: 210 lbs. P. S.: 28; P. D.: 16. Se fatigue, veille tard, fume, boit, et mange irrégulièrement.

Octobre 1914. P. S.: 20; P. D.: 12. Urines: sucre.

Mars 1915. P. S.: 23; P. D.: 15. Poids: 203 lbs. Dosage de l'urée, Constante d'Ambard, K:0,055; urée du sang, 0.37.

Juillet. Poids: 199 lbs. P. S.: 25; P. D.: 14. Urines: rien.

Octobre. P. S.: 23; P. D.: 14. Essoufflement; douleurs assez fréquentes dans la région du coeur.

Voici un malade qui a l'avantage d'avoir de très bons reins pour l'élimination de l'urée comme le prouve le rapport de la Constante d'Ambard. Son foie et son coeur sont insuffisants. S'il voulait s'en tenir à son régime et cesser de fumer, les résultats seraient étonnants.

OBS. XVIII. 1912. Dr L... 48 ans. Médecin. Boit; fume beaucoup; gros mangeur; traité pour des troubles de digestion. Poids: 213 lbs. P. S.: 24; P. D.: 11. Urines: rien. Diminuer viande, tabac; cesser l'alcool.

Juillet 1913. Poids: 195 lbs. P. S.: 17; P. D.: 11. Mieux. Urines: rien.

Mai 1914. Poids: 206 lbs. P. S.: 21; P. D.: 12. Urines: sucre. Boit et fume encore.

Mars 1915. Poids: 209 lbs. P. S.: 23; P. D.: 13. Urines: sucre. Coeur: insuffisance mitrale. Cesser l'alcool et tabac.

18 mars. Poids: 208 lbs. P. S.: 18; P. D.: 12. Urines: un peu de sucre. Pas d'alcool. Se sent mieux.

Octobre 1915. Poids: 209 lbs. P. S.: 16; P. D.: 11. Traces de sucre. N'a pas le courage de cesser l'alcool.

Voici encore un autre malade où l'influence du régime et de l'alcool se font sentir immédiatement sur le coeur et le foie. Le sucre apparait dans les urines et la pression artérielle s'élève avec l'alcool et trop de farineux. Ici encore l'élimination de l'urée par les reins se fait très bien, ce qui lui donnera plusieurs années à vivre encore, surtout s'il veut au moins de temps à autre faire un peu de régime.

OBS. XIX. R... 52 ans. Marchand. Mange 3 repas de viande par jour, ainsi que beaucoup de farineux et sucre. Alcool: 3 à 4 verres par jour jusqu'à 30 ans; tabac: 7 à 8 pipes par jour. Il a travaillé beaucoup; nombreuses tracasseries d'affaires. Se plaint de fatigue. Poids: 205 lbs. P. S.: 24; P. D.: 12. Pouls: 100. Urines: 1042. Sucre en abondance. Constipé.

Régime antiglycosurique et contre sa constipation.

Je ne l'ai pas revu. Il fut traité par plusieurs médecins mais pas un ne songea à analyser ses urines et encore moins à prendre sa pression artérielle.

OBS. XX. Avril 1914. L... Age: 56 ans. Fume un peu: pas d'alcool. Calculs du rein, 3 attaques. Poids: 150 lbs. P. S.: 22; P. D.: 12. Urines: rien. Coeur: souffle systolique mitrale.

Régime sans viande.

Septembre 1914. Poids: 150 lbs. P. S.: 19; P. D.: 11. Diminuer le tabac.

Novembre. Poids: 146 lbs. P. S.: 19; P. D.: 12. Colique néphritique très forte ces jours derniers. Il a uriné le calcul.

Je n'ai pas revu le malade depuis. Il était bien décidé de suivre un régime plus sévère.

OBS. XXI. Mars 1914. J. A. B... 46 ans. Gros mangeur de viande; fume beaucoup; un peu d'alcool; vie sédentaire.

Vu en 1910 la première fois pour digestion mauvaise, essoufflement. Pression artérielle: 15 au Potain.

Mis au régime; cesser le tabac.

Revu en 1914. 3 repas de viande; fume encore; 3 à 4 verres d'alcool par jour; avait une bronchite, essoufflement. Poids: 163 lbs. P. S.: 28; P. D.: 14. P. S.: 210; P. D.: 125 au Faught. Urines: pas d'albumine ni sucre.

Régime sévère, pas de tabac ni alcool. Théobronine.

29 septembre 1914. Poids: 161 lbs. P. S.: 25; P. D.: 13. Se sent mieux.

Il ne peut se résigner à abandonner la viande complètement. On voit ici les progrès accomplis par la maladie à la suite d'abus d'aliments, de tabac et d'alcool avec manque d'exercice.

OBS. XXII. 1912. Mme D... Age: 66 ans. A eu 17 enfants sans complications. Se plaint de douleurs au coeur, de maux de tête et d'essoufflement; dort mal; urine 1 fois la nuit. Poids: 180 lbs. P. S.: 27; P. D.: 14. Pouls: 140. Urines: pas d'albumine ni sucre. Coeur: gros, insuffisance mitrale et aortique.

Traitement: Régime sans viande et repos.

Novembre. P. S.: 25; P. D.: 15. Elle ne veut pas rester au repos.

Décembre. Poids: 181 lbs. P. S.: 28; P. D.: 14. Se dit mieux. Elle mange de la viande "en cachette".

Août 1913. P. S.: 26; P. D.: 16. Ne peut pas se passer de viande.

1915. A eu une attaque de paralysie.

Cette malade est incontrôlable.

OBS. XXIII. 28 octobre 1915. J... 62 ans. Marchand. 3 repas de viande jusqu'à 57 ans; fumait 15 pipes par jour jusqu'à dernièrement; alcool: 3 verres par jour de 30 à 50 ans. Il a travaillé fort dans son magasin. Se plaint de mal de tête, d'épistaxis, de constipation. Poids: 162 lbs. P. S.: 24; P. D.: 15. Pouls: 72. Urines: pas d'albumine ni sucre. Coeur: pas de souffle. Aorte: dilatée, battements dans la fourchette sternale. Il existe une dilatation anévrysmale confirmée par radiographie. Le dosage de l'urée dans le sang et les urines a donné $K=0,121$; urée 0.30 au lit. de sang.

Traitement: repos et régime glyco-amylacé.

3 décembre 1915. Poids: 141 lbs. P. S.: 21; P. D.: 12. Pouls: 72. P. S.: 160; P. D.: 90 au Faught. Se sent mieux.

OBS. XXIV. Février 1915. Mlle T... 22 ans. Rougeole; hémorrhagie nasale (opérée par le Dr Lasalle); maux de tête; digère mal; constipation; faiblesse. P. S.: 27; P. D.: 17, et P. S.: 225, P. D.: 160 au Faught. Pouls: 90. Urines: albumine.

Régime glyco-amylacé, Théobronine.

Mars. Extrait de scille et poudre de scille, un gramme de chaque divisé en 20 pilules, 4 à 6 par jour.

14 septembre. Poids: 90 lbs. P. S.: 21; P. D.: 15. Urines: albumine. Se sent mieux.

Vit encore et se porte assez bien, grâce au régime glyco-amylacé qu'elle observe rigoureusement.

OBS. XXV. Octobre 1914. P... 61 ans. Fermier. Fume beaucoup; excès alcooliques 2 à 4 fois par année; 1 à 2 repas de viande par jour; beaucoup de pain. Se plaint de douleurs et oedème aux pieds. Poids: 250 lbs. P. S.: 25; P. S.: 14, et P. S.: 205, P. D.: 115 au Faught. Pouls: 80. Coeur: gros, insuffisance mitrale. Urines: beaucoup d'albumine.

Traitement : Régime, Théobronine, repos.

Décembre 1915. Poids: 243 lbs. P. S.: 25; P. D.: 14. Urines: beaucoup d'albumine. Plus mal depuis qu'il a cessé son régime et la Théobronine.

Août 1915. Son frère me dit qu'il est actuellement mourant. Mange toujours !

Lorsque je vis ce malade pour la deuxième fois, il m'avoua que le régime sans viande ainsi que la Théobronine lui avait fait un bien immense. Il avait perdu 50 livres. C'est alors qu'il se crut guéri et qu'il reprit ses anciennes habitudes alimentaires, c'est-à-dire beaucoup de viande.

Cette observation prouve combien il nous faut insister auprès de nos malades pour les convaincre de la gravité de leur maladie, et leur faire bien comprendre qu'un soulagement apporté par des sacrifices de régime ne veut pas dire guérison et retour à l'état normal avec tous ses privilèges.

OBS. XXVI. 8 novembre 1915. Mme B... 56 ans. Malade qui se présente pour faiblesse, amaigrissement et bronchite. Surmenage autrefois; variole; scarlatine; typhoïde; touse depuis 2 mois; mal de tête; constipée. Je croyais avoir affaire à une tuberculeuse. Poids: 101 (a pesé 175). P. S.: 25; P. D.: 18, et P. S.: 270, P.D.: 180 au Faught. Urines: traces d'albumine. Coeur: gros et dilatation aortique avec insuffisance aortique.

Repos et régime glyco-amylacé.

10 novembre. P. S.: 25; P. D.: 18. Pouls: 120. S'affaiblit.

16 novembre. Poids: 103 lbs. P. S.: 24; P. D.: 18. Oedème base pulmonaire gauche. Entrée à l'Hôtel-Dieu. Thoracentèse et soulagement. La radiographie a montré une aorte très dilatée et

l'analyse des urines des traces d'albumine, et la $K=0,58$; urée au litre de sang, 1 gr. Morte quelques jours après.

Voilà une personne que l'on ne croyait pas bien malade. Elle faisait toute sa besogne de ménagère sans se plaindre. Elle mangeait de la viande une à deux fois par jour.

C'est la pression artérielle qui me mit rapidement sur la piste du vrai diagnostic et me permit d'avertir la famille, surtout après lecture de la Constante d'Ambard — $K=0,58$ — que la malade avait peu de temps à vivre. Cette malade aurait dû être traitée depuis des années. Un régime approprié aurait prolongé son existence.

OBS. XXVII. 14 mai 1913. Dr T. G. W... Age: 65 ans. Médecin. Surmenage professionnel; beaucoup d'alcool jusqu'à 60 ans; fume beaucoup; gros mangeur de viande. Se plaint de son coeur; essoufflement au moindre effort; oedèmes des pieds et des jambes depuis 3 mois; oedème base pulmonaire. Poids: 197 lbs (218 autrefois). P. S.: 31; P. D.: 16. Pouls: 100. Urines: pas de sucre, traces d'albumine. Coeur: gros, aorte dilatée, bruit de galop. Envoyé à l'Hôtel-Dieu pour une saignée. Après 10 jours de repos: P. S.: 28; P. D.: 14. Mieux; oedèmes disparus avec Théobromine.

Juin. Poids: 193 lbs. P. S.: 31; P. D.: 17. Pouls: 90. Oedème base pulmonaire.

24 octobre. Poids: 188 lbs. P. S.: 34; P. D.: 18. Pouls: 80. Urines: traces d'albumine.

Cesser viande complètement. Le malade n'avait pas encore cessé la viande et continuait à travailler.

24 février 1914. Poids: 187 lbs. Urines: albumine.

Mai. P. S.: 27; P. D.: 14. Traces d'albumine. Se sent mieux après repos à l'Hôtel-Dieu.

Septembre. Poids: 177 lbs. P. S.: 30; P. D.: 18. Pouls: 90. Oedème base pulmonaire. Urines diminuées. Dort mal.

Octobre. Poids: 167 lbs. P. S.: 31; P. D.: 16, et P. S.: 275, P. D.: 120 au Faught. Oedème pretibial et pulmonaire. Pilule de Castaigne.

Janvier 1915. Poids: 165½. P. S.: 28; P. D.: 16. Pouls: 90. Se sent mieux. Sans viande ni soupes grasses. Pas d'oedème. Alterner Théobromine avec Pilules de Castaigne.

Avril. P. S.: 27; P. D.: 15. Encore assez bien, pas d'oedème.

Juillet 1915. Mort après quelques jours de malaises et oedème pulmonaire.

Ce malade, très robuste autrefois, a pu durer 2 ans avec des symptômes aussi graves parce que son muscle cardiaque était bon. S'il avait oublié qu'il était médecin et avait mieux écouté, il se serait prolongé davantage.

OBS. XXVIII. Août 1914. T... 56 ans. Avocat. Surmenage professionnel; beaucoup d'alcool et de tabac; buveur de café et de thé très fort (il prenait 7 c. à soupe de café pour une tasse, et une tasse de feuilles de thé en infusion pour une tasse de thé); a mangé beaucoup de viande, surtout du gibier (grand chasseur). Malade depuis 2 ans; début avec léger ictère; très malade depuis juillet 1914 après excursion de pêche.

A son passage à l'Hôtel-Dieu: P. S.: 27; P. D.: 21. C'est la pression minima ou diastolique la plus élevée que j'aie signalée.

Urines: albumine, cylindres. Oedème des deux bases pulmonaires, surtout à droite. Une saignée lui fit du bien, il dort mieux. Ponction de la plèvre droite à deux reprises, $\frac{1}{2}$ puis 1 litre de liquide séreux. Soulagement. Continua à se porter assez bien de retour chez lui. La Constante d'Ambard avait été trouvée de 0.256.

Régime sans viande, glyco-amylacé.

Juin 1915. Poids: 124 lbs. P. S.: 25; P. D.: 16, et P. S.: 245, P. D.: 150 au Faught. Léger oedème base gauche. Mieux. Dort bien.

Ce malade prenait quand même un repas de viande par semaine.

Ce sont les soins intelligents de sa femme aidée par le régime qui ont permis que ce malade difficile put se prolonger aussi longtemps.

Ce malade ne se croyait pas très malade à mon premier examen. Ses médecins lui avaient permis une expédition de pêche parce que ses urines ne contenaient que des traces d'albumine. Grâce à mon sphygmomanomètre, qui me donna une pression artérielle de P. S.: 27, P. D.: 21, je conclus à la gravité de sa maladie.

OBS. XXIX. Février 1915. Rev. R. C... 44 ans. Ecclésiastique. Typhoïde et rougeole dans son jeune âge; malade depuis 7 à 8 ans; pas d'alcool ni tabac; crise d'urémie avec coma en octobre 1914 après du surmenage; pris du lait longtemps à la suite de cette maladie; actuellement prend 1 repas de viande par jour. Poids: 139 lbs. P. S.: 26; P. D.: 17. Pouls: 72. Urines: albumine en quantité. Coeur: gros, bruit de galop. La Constante d'Ambard: $K=0,227$. Urée litre de sang: 0.85.

Régime glyco-amylacé, Théobromine, repos.

Mars 1915. Poids: 144 lbs. P. S.: 23; P. D.: 15. Se sent mieux.

Mort à l'été. Crise d'urémie provoquée par refroidissement au cours d'un incendie.

Les deux observations 30 et 31 qui vont suivre méritent d'attirer l'attention par les résultats obtenus.

Ces deux malades ont donné une preuve d'énergie et de persévérance hors de l'ordinaire. Aussi leurs cas qui paraissaient désespérés se sont améliorés au-delà de toute espérance. C'est par le *régime seul* que ces résultats ont été obtenus et que leur bon état de santé se continue.

OBS. XXX. 1912. Rev. R... Age: 49 ans. Instituteur. Travail sédentaire depuis plusieurs années; fume beaucoup; mange 3 repas de viande par jour; pas d'alcool. Poids: 204. P. S.: 16; P. D.: 10. Urines: Pas d'albumine ni sucre. Essoufflé. Coeur: bruits sourds.

Traitement: Hygiène alimentaire; exercices.

Octobre 1913. Poids: 202. P. S.: 21; P. D.: 14. Urines: sucre. Le malade avait cessé la viande et avait mangé beaucoup de farineux.

Traitement: Régime sans farineux et peu de viande.

1er novembre. Poids: 195 lbs. P. S.: 15; P. D.: 11. Pas de sucre.

14 novembre. Poids: 189 lbs. P. S.: 21; P. D.: 13. Faitgues et trop de tabac avec constipation. Coeur: bruits sourds. 5 gtt Digitaline 10 jours.

25 novembre. Poids: 191 lbs. P. S.: 17; P. D.: 11. Pas de sucre. Reprendre Digitaline.

Décembre 1913. Poids: 186 lbs. P. S.: 15; P. D.: 10. Urines normales.

Janvier 1914. Poids: 188 lbs. P. S.: 16; P. D.: 10. Urines normales. Douleurs retro-sternales. Régime et repos.

Février. Poids: 186 lbs. P. S.: 17; P. D.: 12. Voyage en Europe. Urines normales.

Mars 1915. Poids: 191 lbs. P. S.: 17; P. D.: 11. Urines normales. Constipation. Liqueur de Parafine. Régime alimentaire.

Juin. A passé 7 semaines à l'Hôtel-Dieu avec congestion pul-

monaire et péricardite compliquée de phlébite. Poids: 191 lbs. P. S.: 16; P. D.: 11. Pouls: 80. Urines normales. Oedème des deux pieds (phlébite ancienne).

Juillet 1915. Poids: 191 lbs. P. S.: 16; P. D.: 11. Urines normales. Oedème disparu avec bandage Velpeau.

Octobre. Poids: 197 lbs. P. S.: 16; P. D.: 12. Urines normales.

Cette observation est celle d'un homme qui a fait preuve d'une très grande énergie. Il n'a reculé devant aucun sacrifice de régime pour améliorer son état et il a réussi comme on peut le voir par l'état de la pression artérielle et l'analyse des urines.

OBS. XXXI. 12 mai 1913. Rev. E... 51 ans. Ancien instituteur. Gros mangeur de viande et de farineux; fume beaucoup; le médecin trouva de l'albumine dans ses urines en 1908; s'essouffle; constipé; digère mal; urine souvent, jour et nuit. Poids: 272 lbs. P. S.: 29; P. D.: 12. Pouls: 105. Urines: sucre, pas d'albumine. Oedème léger des pieds.

Régime antidiabétique et peu de viande.

20 mai. Poids: 263 lbs. P. S.: 27; P. D.: 12. Urines: sucre; moins de sucre dans les urines du matin. Il ne mange que des légumes herbacés, un peu de fromage, pas de viande ni farineux. Se sent mieux. Continue à travailler.

Mai 27. Poids: 258 lbs. P. S.: 25; P. D.: 12. Urines: pas d'albumine ni sucre.

Juillet. Poids: 247 lbs. P. S.: 19; P. D.: 11. Pouls: 80. Urines normales.

Août. Poids: 249 lbs. P. S.: 21; P. D.: 11. Urines, un peu de sucre.

Novembre. Poids: 234 lbs. P. S.: 22; P. D.: 12. Urines: pas de sucre.

Décembre. Poids: 229 lbs. P. S.: 20; P. D.: 12. Urines: pas de sucre.

Mai 1914. Poids: 229 lbs. P. S.: 18; P. D.: 10. Urines: traces de sucre. Le malade mangeait un peu de pain depuis quelques jours.

Juin. Poids: 226 lbs. P. S.: 18; P. D.: 11. Urines: pas de sucre.

Décembre. P. S.: 21; P. D.: 10. Urines: traces de sucre après les repas.

Janvier 1915. Poids: 221 lbs. P. S.: 20; P. D.: 11. Urines: pas de sucre.

Juin 1915. Poids: 206 lbs. P. S.: 18; P. D.: 11. Urines: pas de sucre.

Août 1915. Poids: 205 lbs. P. S.: 18; P. D.: 11. Urines: pas de sucre.

Novembre. Poids: 207 lbs. P. S.: 17; P. D.: 11. Urines: traces de sucre après dîner.

Ce malade est de tous ceux que j'ai observés celui qui a donné les meilleurs résultats sous un même régime. Cela est dû surtout au courage et à la volonté qu'il a montrés dans l'observation des moindres détails de son régime alimentaire.

Avec un poids de 272 livres, une pression artérielle de P. S. 29, P. D. 12, et du sucre dans les urines, il a vu son poids et sa pression artérielle descendre à 207 livres et à P. S. 17, P. D. 11. Les urines sont souvent sans sucre.

Les deux observations qui suivent sont d'un grand intérêt. Toutes deux donnent des pressions artérielles élevées variant P. S. 24, P. D. 15 et P. S. 26, P. D. 14. Les deux malades sont âgés de 43 et de 46 ans.

Pas d'alcool chez l'un, un peu autrefois chez l'autre.

Ni l'un ni l'autre ne présentent de l'albumine dans les urines. Dans un cas la Constante d'Ambard est normale, dans l'autre elle est mauvaise. Malgré le régime, la pression artérielle se maintient élevée dans les 2 cas. Le pronostic n'est pas le même dans les deux cas.

Il est intéressant de voir le manque d'albumine dans les deux cas surtout celui qui a une mauvaise Constante d'Ambard. Ce qui prouve bien que les reins peuvent être malades sans albumine dans les urines.

OBS. XXXII. Novembre 1913. Age: 43 ans. Médecin. Ce confrère me consulte pour faiblesse, étourdissement, mal de tête, malaises de poitrine, essoufflement; fait du surmenage professionnel; pas de tabac; a bu un peu autrefois. Poids: 171. P. S.: 25; P. D.: 15. Pouls: 88. Urines: pas d'albumine ni sucre. Coeur: insuffisance mitrale.

Je lui recommande de cesser la viande qu'il prenait aux 3 repas. Je lui permets un seul repas.

Décembre 1913. Poids: 163 lbs. P. S.: 25; P. D.: 15. Cesser la viande complètement.

Mai 1914. Poids: 162 lbs. P. S.: 26; P. D.: 14. Urines: pas d'albumine. N'a pris que du lait. Se sent fatigué, essoufflé. Prendre Digitaline.

Décembre 1914. Poids: 163 lbs. P. S.: 25; P. D.: 15. P. S.: 205; P. D.: 125 au Faught. La Constante d'Ambard: 0,113. Urée au litre de sang: 0.37.

30 mars 1915. Poids: 157 lbs. P. S.: 22; P. D.: 13. Se sent mieux. Travaille moins et se sent mieux. Pas d'albumine.

Octobre 1915. P. S.: 25; P. D.: 15. P. S.: 210, P. D.: 130 au Faught.

La pression artérielle reste élevée ici. Je lui ai conseillé le régime glyco-amylacé qui lui donnera du soulagement. Il me dit que le raisin en abondance lui a fait du bien.

OBS. XXXIII. 26 août 1915. McN... Age: 46 ans. Marchand. Scarlatine, rougeole, pneumonie; longues veillées à ses affaires et aux choses municipales de sa municipalité; fume 2 cigares par jour; pas d'alcool; peu de viande à son repas du midi; deux épistaxis assez considérables depuis 2 ans; digère bien; diarrhée. Pas de miction la nuit. Très nerveux. Poids: 186 lbs. P. S.: 26; P. D.: 12. Pouls: 90. Urines: pas d'albumine ni sucre. Coeur: augmenté, 2ième bruit accentué.

Cesser surmenage, veillées. Iodure de sodium.

30 septembre 1915. Poids: 180 lbs. P. S.: 24; P. D.: 15. Pouls: 80. Urines normales. Fume toujours; surmenage.

17 novembre 1915. Poids: 180 lbs. P. S.: 23; P. D.: 14, et P. S.: 180, P. D.: 140 au Faught. La Constante d'Ambard: 0,068, urée au litre de sang: 0.26.

27 décembre 1915. Poids: 175 lbs. P. S.: 22; P. D.: 13, et P. S.: 175, P. D.: 130 au Faught. Urines normales. Se sent bien. Un peu d'essoufflement en marchant vite, avec douleur s'irradiant dans le bras droit.

Je l'engage fortement à prendre le régime glyco amylacé et à cesser le tabac complètement.

Sans sphygmomanomètre ce malade ne serait pas trouvé malade par un grand nombre de médecin. L'accentuation du 2ième bruit aortique peut mettre sur la piste un observateur, tandis qu'avec le sphygmomanomètre pas d'erreur possible. Je suis convaincu que la

pression artérielle va devenir près de la normale chez ce malade s'il veut observer son traitement.

TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE

Parler de l'hypertension artérielle c'est parler de l'artériosclérose et par suite des symptômes divers qu'elle présente. La maladie des artères évoluera avec une prédominance du côté du coeur, ou des reins, ou des deux à la fois. On comprendra que si le foie devient à son tour en état d'insuffisance avec glycosurie, le traitement présentera de nouvelles indications.

J'ai présenté, plus haut, des observations de malades où les artères sont en état de distension chronique par augmentation de la masse sanguine, jeunes gens pour la plupart qui ne brûlent pas leur surplus d'alimentation par du travail ou de l'exercice physique. Chez d'autres malades ces artères sont en état de contraction spasmodique. L'excitation de leur couche musculaire est provoquée par la présence dans le sang de poisons soit d'origine alimentaire, soit par le tabac ou l'alcool. Ces causes d'irritation diverses influencent les capillaires périphériques, amènent leur contraction et par la suite une gêne dans la circulation avec répercussion sur le coeur.

Ces malades sont en apparence bien portants. Ils ne sont encore qu'au début ou à l'entrée de la longue série des troubles de l'artériosclérose. Les bons diners, les bons cigares et leurs pipes culottées, le petit verre d'alcool d'avant, pendant et après les repas, les longues veillées au club pour les uns, au cabaret pour les plus humbles; la passion des cartes avec son énervement, et les petites femmes qui épuisent et qui... mais nous parlerons plus tard de blennorrhagie et de syphilis. Ajoutez quelques tracas d'affaires, ou même du surmenage professionnel.

Ne reconnaît-on pas là une manière de vivre d'un grand nombre de gens avec du plus ou du moins pour le tabac ou l'alcool, ou les femmes, ou les cartes, ou le surmenage.

Longtemps ils gardent l'apparence d'une santé robuste, ils ne se plaignent guère de la vie qu'ils trouvent bonne. Ah! il y a bien de ci de là, quelques indigestions, une migraine, des troubles de l'intestin, de la fatigue au travail, mais ils en prennent l'habitude.

Souhaitons-leur un examen sérieux pour police d'assurance, ou un léger accident, une opération pour appendicite, etc., qui les mettra en contact avec un médecin sérieux qui prendra la peine d'établir

après examen, leur bilan de santé. L'examen des poumons, du coeur, du foie et des reins sera presque sûrement excellent. Seulement la pression artérielle sera trouvée élevée, trop élevée, pour qu'ils soient acceptés par les compagnies d'assurance, opérés immédiatement à moins d'urgence extrême.

Et alors si le patient est intelligent, s'il tient à la vie, s'il n'est pas trop ancré dans ses mauvaises habitudes, il se mettra aussitôt à l'oeuvre. Manger moins de tout, surtout moins de viande; diminuer ou encore mieux cesser le tabac et l'alcool; prendre la somme d'exercice suffisante: marche, équitation, gymnastique; consacrer le nombre d'heures nécessaires au sommeil; éviter les excès sexuels et les longues heures à la table de carte, voilà en quelques mots une bonne recette pour se remettre sur pied et empêcher l'hypertension simple des artères de devenir de l'arterio-sclérose.

Bien peu, cependant, comprennent qu'il en est de la machine humaine comme de toutes les machines même fortes d'acier: que l'excès d'usage, et le manque de soin causent leur ruine. Bien peu se croient vulnérables, et à les voir mener à grandes guides leurs bruyantes personnalités, et cela pendant des années, on serait porté à le croire si nous ne savions trouver chez eux des indices du cataclysme prochain.

Ici les troubles gastriques augmentent, l'essoufflement après une marche forcée apparaît; chez quelques uns, douleurs au coeur, chez d'autres les urines augmentent.

C'est ici qu'apparaissent les symptômes du côté du coeur, même de l'oedème; du côté des reins: albuminurie, etc.; du côté du foie, glycosurie, etc.

Puis arrivent, hélas, toujours trop tôt, les symptômes graves cardio-rénales. La pression artérielle systolique rendue à son maximum pathologique: jusqu'à 30 et 35 au Pachon, 250 et 300 au Faught, avec une pression artérielle minima de 18 à 20 au Pachon, et 175 à 200 au Faught, le coeur cède devant une tâche si ardue. Son effort est indiqué par l'énorme pression différentielle (pulse pressure) 10 au Pachon et 100 au Faught. L'oppression, l'oedème pulmonaire, l'oedème périphérique, les boiteries cardiaques se succèdent jusqu'à la mort.

Plusieurs malades présentent en même temps des lésions graves des reins avec rétention azotée. Ce sont ces malades qui donnent les plus hautes pressions artérielles. Le dosage de l'urée dans les urines

et dans le sang d'après la méthode d'Ambard, est d'une très grande utilité au point de vue du pronostic.

Je n'ai pas mentionné plus haut les maladies infectieuses comme cause d'arterio-sclérose pour la bonne raison que nous n'y pouvons plus rien au moment de l'arterio-sclérose en voie d'évolution.

Parmi ces maladies infectieuses, la typhoïde, le rhumatisme inflammatoire et la syphilis, sont peut-être les plus importantes. La blennorrhagie avec les complications vésicales et rénales joue également un rôle assez important.

Le traitement proprement dit de l'arterio-sclérose à ses débuts ou à une période plus ou moins avancée consiste :

1° A diminuer et même dans les cas graves avec complications rénales, à cesser complètement les aliments azotés, c'est-à-dire, les viandes, les cervelles, riz de veau, foie, rognons, etc., les poissons et les oeufs. Il y aurait beaucoup à dire sur l'abus de la viande chez nos compatriotes, dont un très grand nombre en prennent aux trois repas. Chez les travailleurs : artisans, fermiers, les combustions sont activées et cette alimentation carnée peut être tolérée assez longtemps. Mais que penser des hommes de profession : ecclésiastiques, avocats, notaires, médecins, hommes de bureau, en un mot tous ceux qui ne travaillent ni ne font d'exercices physiques, et qui cependant mangent trois repas de viande par jour. Pour la plupart fils d'artisans, ou de cultivateurs, ces hommes ont pris l'habitude de la viande aux trois repas dans leur famille, alors qu'ils étaient enfants.

L'instruction donnée dans nos maisons d'éducation secondaires n'aborde pas l'hygiène, et c'est regrettable. Car avec du latin, du grec, des sciences et de la philosophie plein la tête, ces jeunes gens quittent nos collèges sans comprendre qu'ils ne doivent plus se nourrir comme leurs pères ou frères restés sur la ferme ou à l'atelier.

Quand nos gens comprendront qu'un homme qui ne fait pas de travail physique, ne doit pas prendre une alimentation plus azotée que le cheval au repos et privé d'avoine, ils s'en porteront beaucoup mieux.

L'abstention d'aliments azotés est absolument nécessaire chez les malades à pression artérielle élevée avec constante d'Ambard mauvaise.

Je signale ci-dessous le régime indiqué par Castaigne et que je donne à mes malades. Ce régime peut être mitigé chez les moins malades. J'ai cependant constaté que la viande causait des troubles

dans tous les cas ou à peu près et je deviens de plus en plus sévère à ce propos.

Lorsqu'il y a glycosurie il faut naturellement procéder avec précaution et bien étudier l'état rénal avant d'autoriser la viande et retrancher les farineux et le sucre.

REGIME HYPOAZOTE

ALIMENTS PERMIS

Pommes de terre, riz, marrons, tapioca, sago, arrowroot.

Beaucoup de légumes verts: Andives, chicorée, épinards, tapinambours, poirots, artichauts, laitue, rhubarbe, carottes, navets.

Beaucoup de fruits mûrs, crus, cuits ou en confiture. Graisse, beurre, huile.

Ne pas boire de lait. S'en servir uniquement pour préparer les aliments.

Ne pas manger de pain ni pâtes alimentaires (macaroni, vermicelle, spaghetti, nouilletes).

ALIMENTS DEFENDUS

Pas de viande ni poisson d'aucune sorte.

Pas de légumes secs, tels que pois, lantilles, fèves (beans). Pas de sel. Assaisonner plutôt avec du jus de citron, astragon, thym, persil, du laurier et des oignons.

S'il existe des oedèmes des membres inférieurs, la cure des raisins est très recommandée, après avoir fait pendant 2 ou 4 jours une cure hydrique sévère. Il faut prendre de 2 à 6 lbs. de raisin frais: 1 lb. le matin, à jeun, ½ lb. le midi et ½ lb. le soir, à 7 heures. En hiver, on peut donner du jus de raisin stérilisé (Welsh's Grape Juice) si le raisin frais est rare. Pendant la cure de raisin, le malade peut prendre une chopine à une pinte de lait par jour.

2° Je l'ai dit déjà, le tabac exerce une influence très mauvaise sur le coeur et les artères. Nos compatriotes fument beaucoup trop. Je conseille à mes confrères de demander à leurs clients la quantité de cigares, cigarettes et pipes qu'ils brûlent chaque jour et ils comprendront, comme moi, qu'un tel abus ne peut qu'être désastreux.

Je conseille de ne pas dépasser 2 à 3 cigares ou pipes par jour. J'engage les malades qui ne peuvent se contenter de si peu de cesser le tabac complètement.

Il en est de même de l'alcool. S'il pouvait exister une bonne façon de boire, je pourrais dire que nos gens ne savent pas boire! Nos compatriotes absorbent de grandes quantités d'alcool sous forme de cognac, genièvre, rhum, scotch whisky, bière forte, etc.

S'il n'y avait pas actuellement une salutaire vague de prohibition anti-alcoolique qui s'étendra peu à peu sur toute notre province, je me demande ce que nous deviendrions.

Trop de gens — jeunes et vieux, — s'imaginent être des gens raisonnables avec leurs 3 à 5 verres de whiskey par jour.

Je me contente d'habitude de leur demander d'*essayer* d'abandonner d'un seul coup leurs petits verres ! C'est un bon moyen qui leur prouvera combien ils sont devenus les esclaves de l'habitude et jusqu'à quel point ils sont alcoolisés.

Je ne pouvais pas dire ici toute ma pensée en matière de boissons alcoolisées, je me contenterai de dire que je les condamne toutes : les cognac, whisky, rhum, etc., parce qu'ils empoisonnent rapidement, et les vins et les bières parce qu'ils entraînent peu à peu ceux qui en boivent, dans notre pays au moins, à adopter peu à peu l'usage des boissons fortes.

En résumé, si on veut obtenir un résultat avec nos arterio-scléreux il nous faudra être très sévères et faire cesser complètement la viande, le tabac et l'alcool chez les plus malades, et permettre un peu de viande, sans tabac ni alcool dans les cas moins avancés ; ne défendre qu'à moitié l'usage de la viande et l'habitude du tabac chez les malades au début de l'arterio-sclérose. L'alcool, jamais !

2) Les arterio-scléreux sont très souvent des constipés. Ceux qui me connaissent savent avec quelle persistance je fais la guerre aux pilules et autres préparations laxatives. Je prescris toujours les légumes, les fruits et l'eau en abondance chez mes constipés. J'ajoute volontiers la graine de lin, la poudre d'Agar-Agar ou encore la Liqueur de Parafine qui me donne depuis assez longtemps d'excellents résultats.

Ces malades devraient avoir plutôt deux selles ou trois selles par jour.

3) Je conseille les bains et frictions de la peau pour entretenir son bon fonctionnement.

4) Je recommande aux malades de prendre de l'exercice, faire des marches de plus en plus longues. Je leur conseille de se rendre à pied à leur bureau d'affaire. L'automobile fait plus de tort que de bien à plusieurs de nos hommes riches.

La gymnastique respiratoire, faite matin et soir, a pour résultat d'activer la circulation pulmonaire et de maintenir, malgré l'âge, la rectitude de la colonne vertébrale.

Voilà en résumé le traitement hygiéno-diététique de l'hypertension artérielle.

La même formule est tout indiquée lorsque l'on veut éviter cette maladie.

La modération partout, voilà le mot d'ordre de celui qui veut prolonger sa vie, et donner toujours la pleine mesure de son intelligence et de son activité physique.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX.

Les drogues, s'il faut en croire les auteurs modernes, ne jouent pas un grand rôle dans le traitement de l'arterio-sclérose.

L'iodure de potasse ou de sodium a été prescrit et l'est encore d'une façon irraisonnée sous prétexte qu'il avait pour effet d'arrêter le processus inflammatoire chronique des artères et des organes.

Lemoine, qui préconise la théorie qui veut que l'excès de cholestérine dans le sang devient la cause de l'arterio-sclérose et de l'athérome, dit que l'iodure a pour effet d'augmenter la présence de la cholestérine.

Tous les poisons d'origine alimentaire, tabagique, alcoolique ou microbien ou médicamenteux provoquent l'apparition de la cholestérine comme moyen de défense de notre organisme. Lorsque ces poisons ont été annihilés par la cholestérine, ce produit se dépose sur la paroi des vaisseaux et cause la cholestérinémie ou arterio-sclérose.

Je n'ai jamais obtenu de résultats marqués avec l'iodure et je n'en prescris plus chez mes hypertendus.

Quant à la "Sclérollysine" préconisée par Lemoine comme spécifique de l'arterio-sclérose et qui aurait la propriété de dissoudre la cholestérine et par le fait même d'amener son élimination, je ne puis en parler avec expérience. J'ai actuellement quelques malades en cours de traitement qui en prennent, mais pas depuis assez longtemps pour que les résultats en soient appréciables. Le prix de cette préparation est très élevé, ce qui gêne un peu sa prescription.

Lorsque le cœur devient fatigué et en asystolie, j'ai recours à la Digitaline solution Mialide-Petit à petites doses, soit 5 gouttes le soir, 10 jours de suite, avec repos de quelques jours et reprises en surveillant les effets. La strychnine me donne de meilleurs effets dans le cas de myocardite, alors que la digitaline est mal supportée.

Lorsque les reins sont très malades avec mauvaise constante d'Ambard, j'ai recours à la théobromine à la dose de 0.30 centigrammes ou de 0.50 centig. 3 fois par jour, avec de bons résultats assez souvent.

Voici la pilule de Castaigne : extrait de scille et poudre de scille, un gramme de chaque, et divisé en 20 pilules administrées au

nombre de 4 à 6 par jour. J'ai pu, dans plusieurs cas, faire disparaître les accidents aigus d'urémie tel que mal de tête, dyspnée et oedèmes avec cette préparation. Le régime hydrique absolu est le seul qui convient en même temps que le jus de raisin pasteurisé qui existe ici sous le nom de Welch grape juice.

Je suis heureux de dire ici tout ce que je pense de la collaboration de MM. Bernier, du Bureau provincial d'hygiène, Baril, La-haise, Lessard et Larouche, de l'Hôtel-Dieu, et de M. W. Dérome, de l'hôpital Notre-Dame. Ces messieurs, par leurs travaux de laboratoire m'ont été d'une très grande utilité. La Constante d'Ambard, l'étude de la viscosité sanguine, le chimisme stomacal, l'analyse du sang, les analyses des crachats et des liquides de ponction, leurs recherches bactériologiques chez nos malades, nous permettent de faire de la médecine moderne en donnant à nos malades tous les bénéfices d'un bon traitement.

J'adresse également mes remerciements à MM. Desloges et Plouffe, de l'Hôtel-Dieu, ainsi qu'au Dr Panneton, de l'hôpital Notre-Dame, dont les recherches radiographiques ont pu, chez mes malades, me mettre très souvent sur la bonne voie du diagnostic. L'examen foie et des reins m'est devenu indispensable dans la majorité de mes radioscopiques des poumons, de l'aorte, du coeur, de l'estomac, du malades.

Je ne puis qu'encourager mes confrères à avoir recours au laboratoire, qui ne remplacera jamais la clinique, c'est bien entendu, mais qui lui est un collaborateur indispensable.

L'enseignement médical à l'Hôpital Notre-Dame

Création d'un cours de clinique élémentaire

Par le professeur BENOIT, de l'Hôpital Notre-Dame.

Depuis que la faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal a porté la durée de ses cours à cinq ans, elle a modifié le programme de son enseignement et réparti les matières primaires et surtout finales d'après le nouveau curriculum. Il a fallu consacrer à cette révision un travail long et bien muri dont la commission d'études, dirigée par M. le prof. Villeneuve, s'est acquitté avec honneur. La commission s'est efforcé d'agencer les cours et les matières de façon à rendre l'enseignement médical méthodique et graduel, à combler les lacunes qui pouvaient exister, à donner une plus large part aux études d'application pratique, à faire en sorte que l'élève acquière non seulement les connaissances théoriques nécessaires, mais aussi un certain degré d'expérience. L'avenir nous dira si elle y a parfaitement réussi.

Ce n'est pas mon intention de m'occuper dans cet article de l'organisation des cours et des laboratoires à la faculté même, ni des améliorations que MM. les prof. Guerin et Marien ont apportées à l'enseignement clinique de l'Hôtel-Dieu, ni même des modifications que mon collègue, M. le prof. O. Mercier, a réalisées dans l'enseignement chirurgical à l'hôpital Notre-Dame. Mon but est simplement de porter à la connaissance du public médical, par l'intermédiaire de *l'Union*, l'organisation actuelle de l'enseignement à la clinique médicale de Notre-Dame et, par la même occasion, de fournir à nos élèves un résumé du nouveau cours de clinique élémentaire, du moins pour le présent terme.

La publication de ce programme ne sera pas inutile. Aux médecins, elle fera voir combien le cadre de l'enseignement clinique s'est élargi, de quelle façon on peut systématiser cet enseignement. Aux élèves, elle fournira des points de repère pour les orienter dans leurs études pendant la présente session. On chemine plus allègrement dans une voie lorsqu'on sait où elle conduit. Le travail de l'élève guidé par un programme devient plus facile et plus profitable.

Certains professeurs n'admettent pas que l'enseignement clinique puisse être systématiqué. Pour eux, le clinicien ne peut être guidé que par les malades seuls, et seuls les malades doivent déterminer son enseignement. Ceci est vrai dans une large mesure, mais n'est

pas exclusivement vrai. Certes, l'enseignement sans malades ne serait pas un enseignement clinique. Mais la clinique ne consiste pas simplement à observer des malades. Il faut que l'élève apprenne en outre à interpréter ce qu'il observe; il a besoin, pour y arriver, de beaucoup d'explications; ces explications, il est avantageux pour le malade, pour le professeur et pour l'élève de ne pas les donner uniquement au lit du malade ou en sa présence; ceci est certainement inutile pour une foule de notions qu'on peut appeler fondamentales, qui doivent s'adresser à l'intelligence de l'élève plutôt qu'à son savoir faire ou à son sens d'observation. Dans tous les hôpitaux, une partie de l'enseignement clinique se donne à l'amphithéâtre, avec ou sans malades, suivant les indications du moment et le sujet de la leçon, que toute la classe doit recevoir parce qu'elle en a besoin collectivement. L'amphithéâtre permet d'illustrer ces leçons à l'aide de dessins au tableau noir et de projections lumineuses, ce qui les rend plus intéressantes et plus claires. Dans les salles, les élèves sont partagés par groupes, parce que les démonstrations pratiques doivent être aussi individuelles que possible.

Certains malades, plus intéressants ou plus démonstratifs que les autres, doivent être, à un moment donné, connus de toute la classe, précisément parce qu'ils fournissent, à ce moment-là, l'occasion d'une leçon importante de diagnostic ou de traitement. Ce sont des occasions qu'il ne faut pas laisser passer, dont tout le monde doit profiter, car elles peuvent ne plus revenir durant la session. Ces malades, le professeur les présente et les explique aux élèves à l'amphithéâtre, afin que tous puissent voir et entendre. Les autres malades, qui ne sont le plus souvent qu'une répétition de cas déjà vus, les étudiants doivent les observer à loisir, par groupes, dans les salles. C'est en effet par l'examen répété de cas semblables que l'élève acquiert l'expérience et l'habitude des malades. Mais ce sont les cas de démonstration, les cas les mieux expliqués que les élèves suivent avec le plus d'intérêt et de profit parce qu'ils en ont déjà l'intelligence, parce qu'on leur a fourni, au départ, les éléments de direction nécessaires. Leur esprit a des bases où s'appuyer.

C'est qu'en effet le médecin praticien n'est pas un technicien au même titre que le chirurgien ou le spécialiste. Certes, il lui faut développer ses dons d'observation, acquérir du savoir faire. Mais, en médecine, chaque malade est un problème à résoudre, où l'analyse compte encore plus que l'observation. Constaté l'existence d'un symptôme n'est pas le plus difficile du problème; c'est l'interpréta-

tion qu'on en fait qui compte. Pour être en état d'y arriver, l'étudiant doit posséder les notions fondamentales de la science qu'il veut mettre en pratique. Ces notions fondamentales, on doit chercher à les graver profondément dans son esprit, si l'on veut lui donner une formation intellectuelle convenable. Pour atteindre ce but, aucune méthode n'est à dédaigner. Le point essentiel, c'est de faire converger tout l'enseignement médical vers la clinique, et surtout l'enseignement que l'élève a reçu avant d'entrer à l'hôpital. De là la nécessité d'une révision, d'une mise au point.

Cela est tellement vrai que le bachelier qui a subi avec succès les examens d'anatomie, de physiologie, de chimie, de bactériologie, etc., lorsqu'il arrive, en troisième année, en présence de son premier malade, se sent complètement désorienté. Les repères lui manquent parce que le point de vue a totalement changé. D'où la nécessité de revoir les notions déjà acquises au point de vue de leur application à la clinique, et d'en bien saisir la valeur pratique avant de chercher à les appliquer aux malades.

C'est là où l'enseignement systématique de la clinique élémentaire devra rendre aux élèves les plus grands services en les guidant dans le dédale de la symptomatologie. C'est très bien de faire ausculter un cardiaque, d'expliquer à l'élève ce qu'il entend chez ce cardiaque en particulier, comment il doit s'y prendre pour écouter ce coeur malade. Mais combien l'esprit de l'élève sera plus alerte si, au moment où il ausculte le malade sous la direction du maître, il connaît déjà la raison des foyers d'auscultation et les caractères fondamentaux d'un souffle organique. Et combien plus vite l'expérience lui viendra si, au moment où il commence à ausculter des malades, il connaît déjà les différents bruits qu'on peut entendre, leurs caractères, leur signification, les conditions qui les produisent, soit dans le coeur, soit dans les poumons. Pour être complet, l'enseignement clinique doit être théorique et pratique.

C'est dans le but de compléter l'enseignement médical à Notre-Dame que nous avons organisé un cours de clinique élémentaire dont on trouvera le programme du premier terme annexé à cet article. Cette première partie du cours est donné aux élèves de troisième année. Ils y reçoivent toutes les indications nécessaires pour interpréter les signes physiques et fonctionnels des principales maladies du coeur et des poumons. Ces maladies sont riches en signes physiques; elles offrent des symptômes dont l'interprétation n'est pas en général difficile. Il est préférable que l'élève commence par ces

maladies; il n'aura pas trop de trois années d'hôpital pour se familiariser avec l'examen des organes thoraciques, qui exige de la part du doigt et de l'oreille beaucoup d'entraînement.

Les cours de quatrième année se donneront dans le second terme, de février à mai. Les élèves y recevront les notions fondamentales concernant le foie et les reins. Il s'agit d'étudier des problèmes physiologiques plus compliqués que ceux du cœur et des poumons; il est bon que les élèves n'abordent cette étude qu'après avoir déjà acquis des notions de pathologie interne et de thérapeutique; ils ne peuvent appliquer ces notions aux malades que s'ils ont déjà une certaine habitude d'analyse; ayant des maladies plus complexes à analyser, il leur faut posséder déjà un peu de ce sens médical si important à acquérir, s'ils veulent débrouiller les problèmes compliqués que soulèvent les maladies du foie et des reins. A ce point de vue, une année d'hôpital n'est pas de trop pour les préparer.

Les élèves de cinquième année auront à étudier plus spécialement les problèmes relatifs aux maladies infectieuses, aux maladies de la nutrition et des glandes internes, aux maladies du tube digestif. Ils seront en état, après deux années d'entraînement et d'enseignement méthodiques, d'aborder l'étude de ces grands problèmes de pratique courante qui requièrent de la part des praticiens les plus hautes qualités professionnelles: la promptitude du coup d'oeil, la sûreté de l'intervention.

Telles sont les idées qui ont présidé à l'organisation du cours de clinique élémentaire. Naturellement, la réalisation d'un pareil programme demande un travail de mise au point considérable dans la préparation des leçons, beaucoup d'assiduité et de méthode dans l'enseignement à l'hôpital. Il faut aussi dans le service hospitalier une collaboration active de la part des assistants. Nous avons été assez heureux pour réaliser ces conditions à Notre-Dame. Le personnel entier a prêté la main à cette organisation nouvelle. Notre ancien interne, devenu démonstrateur du service, le Dr J. Albert Rouleau, a rendu le programme réalisable en prenant sa part des leçons à l'amphithéâtre et des démonstrations dans les salles, part dont il s'acquitte avec honneur.

La clinique médicale de Notre-Dame a bénéficié également de l'entrée dans la faculté du professeur agrégé Albert Prévost. Le Dr Prévost, en effet, a été chargé par le prof. Villeneuve de donner à l'hôpital Notre-Dame l'enseignement de la pathologie nerveuse. Il s'y est appliqué avec méthode et a tracé un programme d'enseignement

progressif qu'il a voulu rendre parallèle au nôtre et rattacher à l'enseignement de notre clinique médicale, ce dont je ne saurais trop le remercier. Ce rapprochement, en effet, nous a valu une collaboration précieuse pour tout ce qui concerne le côté neurologique des malades du service; il a rendu le programme de la clinique plus varié et plus complet. Le Dr Prévost ayant besoin de l'amphithéâtre pour donner ses leçons sur l'anatomie et la séméiologie nerveuses, nous avons été très heureux de lui offrir l'hospitalité, d'autant plus que cela lui permet d'atteindre tous les élèves finissants lorsqu'ils viennent chez nous. Il a pu de la sorte tracer un programme qui comprend: dix leçons sur l'anatomie des centres nerveux aux élèves de troisième année, dix leçons de séméiologie nerveuse aux élèves de quatrième année, vingt leçons de pathologie nerveuse aux élèves de cinquième année, lesquelles leçons seront données avec les malades du dispensaire, et seront complétées par M. le prof. Villeneuve à sa clinique de Saint-Jean-de-Dieu.

Sans prétendre que le programme de la clinique médicale à Notre-Dame soit parfait, nous croyons qu'il est bon. Il prévoit un enseignement clinique systématique et progressif; il dirige les élèves pendant leurs trois années d'hôpital et leur fournit la base fondamentale de leur travail d'application pratique dans les salles; il devient de plus en plus difficile à mesure que les connaissances acquises par les élèves à l'Université sont de plus en plus étendues; il vise à donner un enseignement clinique aussi complet que possible.

Voici comment nous avons établi l'enseignement clinique dans le service. Le matin, les élèves assistent à l'interrogatoire et à l'examen de tous les malades nouveaux, c'est-à-dire qui entrent dans le service. Cette consultation du matin a pour but de montrer aux élèves la façon de procéder pour interroger, examiner et discuter un malade. Puis les élèves passent une heure dans les salles, sous la direction du professeur et des assistants, et divisés par groupe; ils suivent les malades qu'ils ont vus à la consultation, se rendent compte de l'évolution de leur maladie, des effets du traitement, des complications qui peuvent surgir; ils sont mis au courant des moyens de contrôle scientifique qu'on emploie dans les laboratoires de bactériologie, de chimie biologique, de radiologie, pour confirmer ou fixer le diagnostic; en cas de décès, l'autopsie leur montre l'étendue ou la nature des lésions qui existaient et vérifie l'exactitude du diagnostic et du traitement. A onze heures, tous les élèves reviennent à l'amphithéâtre pour la leçon du cours de clinique élémentaire.

PROGRAMME

I. LEÇONS DU LUNDI : LE COEUR ET LA CIRCULATION.

Professeur Benoit.

A. Anatomie.

I. Anatomie clinique du coeur.

Le myocarde et ses localisations. Le squelette fibreux. L'endocarde et les valves. Le plan des valves et les foyers d'auscultation. Le choc de la pointe. La matité cardiaque.

B. Physiologie.

II. Physiologie clinique du coeur.

Les bruits normaux. Les souffles. La révolution cardiaque. La contraction rythmée du coeur. La force et le travail du coeur.

III. Physiologie clinique de la circulation.

Régularisation de la circulation par les artères, les capillaires, les veines. Phénomènes cliniques qui en découlent. Pression artérielle. Pouls radial. Pouls jugulaire. Les réservoirs veineux.

C. Pathologie.

IV. Les insuffisances valvulaires.

Etude du fait pathologique et de ses conséquences cliniques faite successivement pour les quatre orifices: mitral, aortique, tricuspide, pulmonaire. Analyse des signes physiques et des symptômes des insuffisances.

V. Les rétrécissements.

Etude du fait pathologique et de ses conséquences cliniques aux quatre orifices. Analyse des signes physiques et des symptômes des rétrécissements.

VI. L'eudocardite.

Les causes de sa localisation aux valves. Les déformations valvulaires qui en résultent. Variétés cliniques et anatomo-pathologiques.

VII. Les souffles anorganiques et les troubles valvulaires fonctionnels.

Les souffles anorganiques cardio-pulmonaires, par dilatation, liquidiens, péricardiques. Les troubles valvulaires fonctionnels: in-

suffisances relatives, rétrécissement mitral fonctionnel.

VIII. Les arythmies physiologiques et fonctionnelles.

Arythmies physiologiques: pouls instable, arythmie respiratoire, arythmie orthostatique. Arythmies fonctionnelles: palpitations, tachycardie, bradycardie, embryocardie.

IX. Les arythmies organiques.

Arythmies organiques: extra-systole, bradycardie paroxystique, arythmie perpétuelle, pouls alternant. L'origine musculaire du rythme cardiaque.

X. L'étude graphique des arythmies.

Sphygmogrammes. Phlébogrammes. Cardiogramme. Electrocardiogramme.

II. LEÇONS DU MERCREDI : LES POUMONS.

Dr J. A. Rouleau, démonstrateur du service.

I. Anatomie clinique de l'appareil respiratoire.

A. Voies respiratoires supérieures: nez et fosses nasales, rhinopharynx et oro-pharynx. Voies respiratoires véritables: larynx et trachée, bronche, bronchioles et lobules, vaisseaux bronchiques.

B. Cage thoracique. Poumons. Rapports des poumons et des plèvres avec la cage thoracique.

C. Exploration clinique; régions et points de repère.

II. Physiologie clinique de l'appareil respiratoire.

Respiration. Définition et explications générales.

A. Phénomènes mécaniques de la respiration. (a) Conditions qui la produisent: 1° élasticité pulmonaire; 2° mobilité de la cage thoracique. (b) Mécanisme de la respiration: 1° inspiration et expiration; 2° rythme respiratoire; 3° fréquence des mouvements respiratoires.

B. Phénomènes physico-chimiques. (a) Modifications que l'air subit: 1° au niveau des premières voies respiratoires; 2° au niveau des poumons: échanges d'oxygène, d'acide carbonique et d'azote. (b) Mécanisme de ces échanges. Leur valeur et résultats pour l'organisme.

C. Centre respiratoire. Son fonctionnement.

III. Les symptômes pulmonaires.

A. Troubles de la mécanique respiratoire: dyspnée.

B. Douleurs thoraciques: points de côté.

C. Toux. Ses caractères.

D. Expectoration. Hémoptysie.

IV. Les signes physiques: inspection et percussion.

Inspection. A. Forme du thorax: (a) malformations dues au squelette; (b) malformations dues aux poumons et à la plèvre. B. Symétrie du thorax: (a) aplatissement d'un héli-thorax; (b) élargissement d'un héli-thorax. C. Mouvements du thorax normaux et modifiés. D. Etat de la peau: oedème, sécheresse. Dilatation des veines.

Percussion. A. Sonorité diminuée: (a) sub-matité, matité. B. Sonorité augmentée: tympanisme, bruit skodique. C. Sonorité transformée; retentissement métallique, bruit d'airain de Trousseau, bruit de pot fêlé. Phénomènes de Wintrich et Gerhardt.

V. Les signes physiques: palpation et auscultation.

Palpation: A. Des formes extérieures. B. Expansion des sommets. C. Vibrations vocales: accrues, diminuées, abolies.

Auscultation. A. La respiration normale est modifiée: 1° quant au rythme: (a) inspiration saccadée; (b) expiration prolongée; 2° quant à l'intensité: (a) respiration exagérée; (b) respiration diminuée; (c) respiration abolie; 3° quant au timbre: (a) respiration rude; (b) bronchique; (c) soufflante, qui peut être égophonique, caverneuse ou amphorique. B. Bruits anormaux surajoutés: (a) bruits secs; (b) bruits humides. C. Auscultation de la voix: (a) Voix parlée: 1° retentissement exagéré; 2° voix tubaire ou bronchophonie; 3° voix chevrotante ou égophonie; 4° voix caverneuse; 5° voix amphorique. (b) Voix chuchotée: pectoriloquie aphone.

VI. Les ponctions exploratrices. La thoracentèse. La radioscopie.

Ponctions exploratrices. Thoracentèse: instrumentation, manuel opératoire; indications et renseignements fournis; accidents de la thoracentèse.

Radioscopie: renseignements utiles qu'elle peut donner.

VII. Anatomie pathologique: Les lésions tuberculeuses.

Les lésions tuberculeuses aiguës, sur-aiguës, chroniques. Relations entre les lésions et les signes physiques.

VIII. Anatomie pathologique: Les inflammations aiguës et l'emphysème.

Les inflammations aiguës: bronchites, congestions pulmonaires, pneumonies, broncho-pneumonies. L'oedème pulmonaire. L'emphysème. Relations entre les signes physiques et les lésions.

III. LEÇONS DU VENDREDI : L'ANATOMIE DU SYSTÈME NERVEUX.

Professeur agrégé Albert Prévost, assistant en neurologie.

1° *Etude macroscopique.*

I. Moelle épinière. Bulbe. Protubérance. Cervelet.

Topographie. Conformation extérieure. Quatrième ventricule. Couche optique.

II. Cerveau (conformation extérieure et intérieure). Enveloppes de l'arc cérébro-spinal.

Le corps strié (noyau caudé, noyau leuculaire, avant mur); description de ces noyaux gris; leurs rapports. Description du ventricule moyen et des latéraux. Moyens de communications. Le pallium. Enveloppes de l'arc cérébro-spinal (dure-mère, arachnoïde, pie-mère).

2° *Etude microscopique.*

III. Considérations générales. Les éléments nerveux.

1° Cellules nerveuses. Conformation. Importance de bien connaître la différence entre les prolongements protoplasmiques et cylindrique et les modifications que les cellules peuvent présenter à l'occasion de l'usure ou d'un état pathologique. Interprétation de la loi de Waller.

2° Fibres nerveuses.

3° Élément neuroglitique.

IV. Moelle épinière (différents faisceaux, fonctions).

Faisceaux moteurs. Faisceaux sensitifs (Gowers, cérébelleux direct, Goll et Burdach). Faisceaux restants. Cellules nerveuses: situation et action.

V. Bulbe. Nerfs craniens.

Le bulbe comme organe propre et comme organe de passage. Nerfs craniens: hypoglosse, spinal, pneumogastrique, glosso-pharyngien.

VI. Protubérance. Pédoncule. Nerfs craniens (suite).

Nerfs de la protubérance: acoustique, facial, intermédiaire, oculo moteur externe, triumeau. Nerfs de pédoncule: pathétique, oculo moteur commun. Modifications que subissent les différents

faisceaux de fibres nerveuses au point de vue topographique. Substance nouvelle propre à la protubérance et au pédoncule.

VII. Cerveau (noyaux gris et fibres nerveuses).

Couche optique: étude histologique, action. Nerf optique. Corps strié. Pallium: (a) la substance grise; (b) la substance blanche; fibres commissurales, fibres d'association, fibres de projection.

VIII. Voies nerveuses ascendantes.

A. D'origine médullaire: 1° Partie périphérique: origine dans les ganglions spinaux; 2° Partie centrale: cordons postérieurs, cordons latéraux, voie médullo-thalamo-corticale, voie médullo-cérébello-thalamo-corticale.

B. D'origine bulbaire.

C. D'origine bulbo-protubérantielle.

Les voies optiques.

IX. Voies descendantes.

A. D'origine corticale. Voies cortico-médullaires.

Faisceaux pyramidaux. Capsule interne. Hémiplegie. Syndrome de Weber; de Millard-Gubler, de Brown-Séquard.

B. Du cerveau moyen. Noyau rouge.

C. D'origine de la couche optique. Faisceau longitudinal postérieur.

D. D'origine cérébelleuse.

E. D'origine bulbaire.

F. D'origine médullaire.

— 0 —

SUPPLÉMENT

LA COQUELUCHE EST UNE MALADIE GRAVE

Dans un travail lu devant l'Académie de Médecine de New-York, le Dr Lovett Morse, professeur de pédiatrie au Harvard, s'exprime comme suit: "La mortalité relative par coqueluche, fièvre scarlatine et diphtérie est à peu près égale dans le pays, la coqueluche donne un chiffre de mortalité plus élevé que la scarlatine et moins que la diphtérie... Au lieu de considérer cette maladie comme bénigne, réfléchissons qu'elle enlève 10.000 enfants par année, et nous admettrons qu'elle est grave. Si la peste bubonique tuait autant d'enfants dans les Etats-Unis, on mettrait notre pays en quarantaine." Dans un autre article un auteur affirme que la coqueluche tue par année plus d'enfants que toute autre maladie infectieuse. Les médecins doivent donc s'efforcer de prévenir cette maladie. Le bacille de Bordet-Gengou est spécifique, on peut donc trouver une méthode de vaccination en le cultivant. La maison Parké Davis y est parvenue et possède un vaccin connu sous le nom de *Pertussis vaccin*, et un autre désigné sous le nom de *Pertussis vaccin mixte*. Le premier est indiqué dans les cas douteux et comme prophylaxie, le second dans les coqueluches compliquées. Les détails sont donnés sur la couverture du présent numéro.

MÉDECINE PRATIQUE

Corps étrangers urethro-vesicaux (1)

Par M. FOURNIER,

Professeur agrégé à L'Université Laval, chef du dispensaire de chirurgie, chargé du cours de petite chirurgie et de la clinique des voies urinaires à l'Hôpital Notre-Dame.

La pièce que j'ai l'honneur de vous présenter est un clou en broche de 4 pcs entouré près de sa tête d'un épais dépôt de phosphates, indice de son séjour dans la vessie, et ue j'ai eu la bonne fortune d'enlever à un patient chez qui ce clou était en position uréthro-vésicole. Tout d'abord j'ai cru à propos, avant de rapporter l'histoire du cas, de résumer partiellement la pathologie des corps étrangers de l'urèthre et de la vessie telle qu'on la trouve dans Keyes Jr., Bourgeois, Begouin, Duval, etc.

La liste des corps étrangers rencontrés dans l'urèthre et la vessie est longue. Dans la vessie, on en trouve qui y ont pénétré par une perforation lente de sa paroi, tels: la ligature à la soie d'un pédicule faite dans une opération antérieure; des matières fécales dans les cas de fistule vésico-intestinale; des séquestres osseux provenant d'un abcès ossifluent; des dents, des touffes de poils provenant d'un kyste dermoïde ouvert dans la vessie et pouvant donner lieu à de la pilimiction. D'autres s'y rencontrent après une effraction du réservoir vésical, tels: certains projectiles entraînant avec eux des equilles et des fragments d'habits.

Des petits calculs formés dans le rein et descendus par les urètères, peuvent s'arrêter dans la vessie pour continuer à grossir ou s'engager dans l'urèthre pendant une miction qui les expulsera si le calibre du canal le permet.

Enfin le plus grand nombre viennent du dehors par le méat urinaire et élisent domicile soit dans l'urèthre soit dans la vessie, soit dans les deux à la fois.

Dans cette catégorie on distingue d'abord ceux qui proviennent de certaines manoeuvres chirurgicales malheureuses: les fragments de sondes, de cathéthères urétéraux, de conducteurs de Béniqué ou d'uréthrotome; puis les plus nombreux de tous, ceux que les aliénés, les enfants, les perversis sexuels s'introduisent "*pour faire des expériences ou pour tuer le temps.*" Ce sont entr'autres: les petits

(1) Communication à la Société Médicale, séance du 21 décembre 1915.

cailloux, des épingles droites ordinaires — les femmes donnent leur préférence aux épingles à cheveux — des crayons d'ardoise, des manches de plume ou de pipe, des thermomètres, des tubes en verre, des clous, des lentilles, pois, grains de blé, des petites masses de cire et une foule d'autres.

Les petits corps ronds ont tendance à s'arrêter dans la fosse naviculaire ou le cul de sac du bulbe; les corps longs et rigides remontent vers la vessie à la faveur des contractions uréthrales, et des alternatives d'état d'érection ou de flaccidité de la verge. Les corps qui ont 4 pouces de longueur demeurent partie dans la vessie et partie dans l'urèthre. Ceux qui sont moins longs occupent une position transversales dans la vessie. Les épingles à chevaux se placent la boucle appliquée sur la paroi antéro-supérieure tandis que les pointes sont fichées dans la muqueuse du col.

Les corps pointus perforent les parois de la vessie ou de l'urèthre et menacent ces organes d'un phlegmon de leur paroi.

Que deviennent ces corps étrangers abandonnés dans la vessie ou l'urèthre ?

En peu de temps, surtout dans la vessie, ils sont le centre de formation de calculs secondaires. En effet leur présence dans cet organe détermine la précipitation des phosphates de l'urine qui se déposent à leur surface. A part cela ils déterminent souvent des accidents d'infection grave. Il est donc urgent de les extraire au plus tôt.

Pour cela deux voies nous sont offertes: la voie naturelle, l'urèthre, et la voie sanglante, l'uréthrotomie externe et la taille.

Il est certain qu'avec les instruments modernes et l'habitude de les manier nous pouvons éviter bien des opérations sanglantes graves, qui, autrefois, auraient été jugées nécessaires.

En voici un exemple: Un homme de trente ans, manoeuvre sur un navire à grains de la ligne Duluth-Montréal, me fut adressé le 30 octobre dernier par mon regretté confrère et ami, feu le Dr Jos Schmidt, pour corps étranger de l'urèthre. Le patient, de mentalité apparemment saine, me raconta qu'il s'était échappé dans l'urèthre un clou en broche de 4 pouces de longueur, pendant qu'il voulait repousser vers sa vessie un calcul migrateur qui s'était venu loger dans son méat urinaire et gênait beaucoup ses mictions. L'accident datait de quatre jours.

A l'examen je trouvai, en effet, un calcul de la grosseur d'une grosse lentille enclavé dans la muqueuse de la fosse naviculaire, le

même probablement qui avait été repoussé par le clou, mais qui au niveau de l'urèthre bulbaire, très large, avait pu échapper à la poussée de son tuteur et revenir, à la faveur d'une miction, reprendre son poste d'observation primitif.

A l'angle péni-scrotal ou un peu en arrière, je sentais, en palpant, quelque chose de dur : le clou probablement. Ayant injecté quelques gouttes de cocaïne à $\frac{1}{2}$ p. 100 dans les tissus du méât, je fis une méatotomie mais je ne pus extraire le clou qu'en le brisant, enclavé qu'il était dans la muqueuse. Puis avec un explorateur métallique introduit dans l'urèthre, je sentis le contact d'un autre corps métallique. Avec les données que je possédais déjà, — le patient me montrant un clou de 4 pouces semblable à celui qu'il s'était introduit, la pointe du clou perçu un peu en avant du bulbe, — me rappelant que les urèthres, membraneux et prostatique réunis ont une longueur d'à peu près 2 pouces, j'en conclus que la tête du clou devait être dans la vessie et que j'avais affaire à un corps étranger en position uréthro-vésicale.

Je décidai d'en essayer l'extraction par l'urèthre. Ayant introduit le tube 28 de l'uréthroscope de Luys, jusqu'au contact du corps étranger, et ayant vu la pointe du clou avec ses biseaux, je la saisis avec cette pince de Léonard et je tirai à tout hasard mais avec précaution, attentif à la sensation de plus ou moins grande résistance que j'éprouverais comme l'accoucheur qui a appliqué son forceps.

Après une première résistance qui céda brusquement, je sentis l'objet venir facilement et, l'instant d'après, le clou que voici était extrait à la suite de l'uréthroscope, sans dommage à l'urèthre, grâce à cette virole de sels calcaires qui, comme vous le voyez, entoure le clou à son union avec sa tête.

En voici un autre exemple, mais j'ai malheureusement perdu la pièce à conviction.

Il y a un an, chez une femme présentant une tumeur abdominale que l'on soupçonnait être un rein chuté et fixé vers la fosse iliaque, j'étais en train de pratiquer un cathétérisme des urétères quand, soudain, à mon grand embarras, je m'aperçus qu'un des cathétères s'était brisé dans la vessie. Sans en rien dire à ma malade — car il y a des vérités qu'il faut cacher — au moyen du tube 26 de Luys et de cette "intelligente" pince de Léonard, comme aurait dit mon vénéré maître, feu le Dr Brosseau, je pus en un instant débarrasser la vessie de ma patiente de ce parasite dangereux.

Médecine pratique

RECHERCHE SIMPLE ET RAPIDE DE L'ALBUMINE URINAIRE

Pour rechercher l'albumine urinaire, les procédés simples et certains ne manquent pas; de l'avis de *M. Labat*, professeur agrégé à Bordeaux, celui qui est à la fois le plus simple, le plus sûr et le plus sensible, c'est celui de Tanret.

Réactif.—Faire dissoudre dans 10 cm³ d'eau distillée:

Iodure de potassium	3 gr. 60
Bichlorure de mercure <i>très finement pulvérisé</i>	1 gr. 355

La dissolution obtenue, compléter le volume à 100 cm³ avec de l'eau distillée et ajouter en outre 20 cm³ d'acide acétique cristallisable. Conserver en flacons jaunes.

Le réactif jaunit avec le temps, mais cela ne nuit en rien à son usage.

Mode opératoire.—Clarifier autant que possible l'urine par filtration ou, à défaut de filtre, par simple repos. Prendre dans un tube à essai environ deux travers de doigt d'urine, ajouter XX gouttes environ de réactif. Porter à l'ébullition. La persistance d'un trouble ou d'un précipité est l'indice *certain* de la présence d'albumine.

POUR STIMULER L'APPÉTIT

tr quinquina	}	àà 6 grammes
— colombo		
— gentiane	}	àà 3 grammes
— rhubarbe co		
— noix vomique		

XXX gts. avant repas.

tr noix vomique	}	àà 4 grammes
— kola		
— vanille		
— quinquina		10 grammes

XXX gts. avant repas.