

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

Vol. XLXII

AVRIL

No 4

## *Hemi-resection du maxillaire inférieur pour un épithélioma secondaire*<sup>(1)</sup>

par le Dr J. N. ROY,

*Professeur agrégé à l'Université de Montréal,  
Lauréat de l'Académie de Médecine de France.*

Le cancer de la mâchoire inférieure est une maladie assez rare, et lorsqu'il se manifeste à la suite d'une lésion maligne à la lèvre, développée sur une cicatrice opératoire, dix-huit ans après l'ablation et la guérison d'un premier épithélioma, avec complication pour le second cancer de métastase des ganglions sous-maxillaires et d'envahissement consécutif de l'os correspondant, il offre alors un intérêt tout particulier, ce qui motive le présent travail.

*Observation.* — M. H. L., âgé de 68 ans, vient nous consulter le 8 octobre 1919, pour une affection du maxillaire inférieur, localisée à gauche. Il raconte qu'il y a 20 ans, un épithélioma se déclara sur sa lèvre inférieure du côté gauche. L'ablation immédiate de la tumeur amena la guérison; toutefois en septembre 1917, se produisit au même endroit un autre cancer que le patient laissa évoluer pendant deux mois. Après cette période, une seconde intervention fut faite et la lèvre guérit définitivement. Le malade n'eut aucun traitement par les rayons X ou le radium. En janvier 1919, un petit ganglion indolore se développa très lentement dans la région sous-maxillaire gauche. Le 8 avril, l'ablation en fut pratiquée, mais la plaie ne se cicatrisa pas. Il y avait toujours un peu de suppuration, et une autre masse ganglionnaire se forma à la même place.

(1) Communication faite à la Société Médicale, séance du 24 janvier 1922.

Le 25 juillet, le chirurgien qui avait opéré les fois précédentes, fit une dernière tentative pour enlever toute la partie malade. Cette opération ne donna encore aucun résultat, car une fistule s'établit, d'où s'échappait un liquide louche, venant d'une infiltration locale. Lorsque le patient vint nous voir il se plaignait de douleurs lancinantes s'irradiant vers l'oreille gauche. Il a toujours été un fumeur modéré.

A l'examen de la mâchoire, nous constatons à gauche une masse oblongue et dure, fortement adhérente à l'os. Cette masse fait dans le cou une saillie de la grosseur d'une amande, et semble avoir eu la partie inférieure du maxillaire comme point de départ. La peau qui la recouvre est infiltrée et ulcérée vers le centre. Il existe en plus une fistule d'un pouce de profondeur environ, d'où s'échappe un liquide sanieux. Le doigt introduit dans la cavité buccale permet de se rendre compte que le sillon gingivo-labial est normal. Le plancher de la bouche n'est pas envahi par la tumeur. Il n'y a pas de paralysie de la lèvre correspondante. La mastication est légèrement entravée, et les mâchoires s'ouvrent avec un peu de difficulté. A l'endroit malade, le maxillaire est un peu augmenté de volume.

Nous constatons la présence de quelques ganglions hypertrophiés dans la région supéro-interne du sterno-cléido-mastoïdien gauche.

A l'exception des deux incisives et de la première prémolaire, toutes les dents de ce côté de la mâchoire inférieure sont absentes.

Le malade déclare avoir maigri d'une vingtaine de livres depuis les derniers six mois.

Il ne présente aucun symptôme de syphilis ou de tuberculose.

Dans sa famille il semble ne pas y avoir de diathèse cancéreuse.

Nous ne trouvons pas de grains jaunâtres qui puissent nous faire croire à de l'actinomycose. D'ailleurs cette affection aurait d'abord débuté par la peau, et se serait ensuite propagée au tissu osseux.

Aussi, étant donné la marche de la maladie et l'histoire de l'épithélioma de la lèvre, nous pensons immédiatement, en présence de cette tumeur, à un cancer secondaire de la mâchoire.

La radiographie confirme notre opinion en laissant voir cette partie de l'os augmentée de volume, et sur laquelle adhère une masse assez considérable.

Nous expliquons à notre patient la nature de son affection, et la grave mutilation qui doit être faite. Il accepte l'intervention qui est fixée au 14 octobre.

*Opération.* — Le malade étant endormi au chloroforme, nous commençons par extraire l'incisive médiane gauche. Nous passons ensuite un fil dans la langue pour empêcher l'asphyxie qui pourrait se produire par sa base en refoulant l'épiglotte sur l'orifice laryngé après la division du maxillaire. Une fois le champ opératoire stérilisé, la lèvre inférieure, bien tendue par un aide, est sectionnée en suivant la ligne médiane jusqu'au-dessous du menton. Contrairement à la majorité des auteurs qui conseillent de fendre toute la lèvre et de placer une pince sur chaque coronaire, nous faisons partir notre incision un peu en bas de la jonction de la muqueuse avec la peau, ce qui permet de conserver à la bouche tout son dessin anatomique. Ayant ruginé et bien fait écarter les tissus mous, nous sectionnons la symphyse du menton avec une scie à main, car pour cette intervention la scie de Gigli se casse très souvent. Nous nous efforçons de diviser la mâchoire tout à fait au milieu en passant entre les deux génio-glosses. La section de l'os étant complète, nous continuons l'incision cutanée du menton en suivant une ligne horizontale et parallèle au bord inférieur du maxillaire, et rendue à l'angle, cette incision est prolongée vers le bord postérieur de la branche montante, sur une étendue d'un pouce. Comme l'artère faciale est coupée, nous la ligaturons immédiatement. Afin de circonscrire la tumeur et de pouvoir l'enlever en totalité, tout en la laissant adhérente à la mâchoire, nous faisons dans le cou une autre incision ayant la forme d'une demi ellipse. Les tissus mous sont ensuite détachés du maxillaire et un grand soin est apporté à la dissection de la masse cancéreuse. Arrivé au niveau de l'angle, nous sectionnons le masséter et le ptérygoïdien interne, et refoulons la parotide, ce qui permet de contourner très facilement avec le doigt cette partie de l'os. Après avoir libéré avec des ciseaux la face externe de la branche montante, et attiré en dehors l'angle de la mâchoire, nous rasons sa face interne jusqu'à l'apophyse coronéide. La muqueuse buccale étant finalement incisée au voisinage de la gencive, le maxillaire est saisi à son angle avec un davier de Farabeuf, et après lui avoir imprimé quelques mouvements brusques de torsion et de traction combinés, nous arrachons ses dernières attaches supérieures, et l'enlevons facilement. L'hémorragie est très peu considérable, car dans nos manoeuvres opératoires, nous avons été

assez heureux pour ne pas blesser l'artère maxillaire interne. Afin de pouvoir faire l'ablation de tous les ganglions douteux de la région cervicale correspondante, nous pratiquons une incision de deux pouces en suivant le bord interne du sterno-cléido-mastoïdien. Le faisceau vasculo-nerveux étant mis à nu, nous découvrons largement toute la partie environnante. Le digastrique est disséqué, et nous constatons que la glande sous-maxillaire avait été enlevée lors d'une des deux dernières opérations. L'ablation minutieuse de tous les ganglions lymphatiques superficiels et profonds est ensuite pratiquée. Le nerf spinal traverse le segment supéro-externe de notre champ opératoire, et son irritation amène la contraction du moignon de l'épaule. Au moyen d'un surjet au catgut passé avec beaucoup de soin, nous refermons la cavité buccale en rapprochant sa muqueuse. Finalement un drain en caoutchouc est mis dans la partie la plus déclive de l'incision cervicale, et la peau est suturée au crin de florence. Pansement légèrement compressif.

Les suites opératoires se passent sans incident, et le fil qui traverse la langue est enlevé le deuxième jour. Le malade est nourri avec des liquides, et la cavité buccale est stérilisée le mieux possible au moyen de pulvérisations à la résorcine. Cependant la plaie réagit légèrement, étant en rapport direct avec la bouche. Il y a un peu de suppuration qui, avec des pansements à l'eau oxygénée, diminue graduellement. A la fin d'octobre, le drain est enlevé définitivement. Comme le canal de Sténon avait été coupé lors de l'opération, un kyste par rétention de liquide glandulaire se forme dans la région parotidienne. Le 9 décembre ce kyste est ouvert, curetté et cautérisé à la teinture d'iode. Petit à petit la plaie du cou se cicatrise, les parois kystiques s'accollent, et le malade retourne chez lui à la fin de décembre, dans un état de guérison apparente. Il peut s'alimenter et ouvrir la bouche facilement, quoique son demi maxillaire soit un peu projeté à gauche. Il n'y a pas de paralysie faciale.

Le 25 janvier 1920, le patient s'aperçoit d'une légère induration siégeant à la place où étaient antérieurement les masses cancéreuses. Quelques jours après une fistule se déclare, d'où s'échappe un liquide sanieux. Il revient nous voir le 12 février, et nous constatons une récurrence. Bien que le trajet fistuleux soit peu profond, la zone d'infiltration étant assez étendue, nous portons un pronostic fatal, et refusons une nouvelle intervention. Avant son retour chez lui, nous lui conseillons des pansements antiseptiques faits tous les jours par son médecin de famille, et l'usage modéré du seul médica-

ment susceptible dans son cas de calmer la douleur, c'est-à-dire la morphine. De passage dans sa petite ville le 28 mars, nous le revoions une dernière fois. L'infiltration cervicale a augmenté, l'ulcération est plus étendue et la suppuration plus abondante. Le malade est dans un état de cachéxie progressive, et meurt le 12 avril 1920. Le Dr. Hingston, qui avait bien voulu suivre le patient avec nous, et nous assister lors de l'intervention, ayant prélevé à différents endroits quatre fragments de la tumeur, fait dans son rapport histologique le diagnostic d'épithélioma pavimenteux.

En résumé, il y a 20 ans, notre malade a été atteint d'un épithélioma de la lèvre. L'ablation a été pratiquée, et au bout de 18 ans, un second cancer s'est déclaré au même endroit. Quelques mois à peine après la deuxième intervention, le patient a remarqué la présence de ganglions sous-maxillaires à gauche, passés inaperçus, ou plutôt laissés à eux-mêmes par le chirurgien lors de cette dernière intervention. Le 8 avril 1919, ces ganglions sont incomplètement enlevés, et comme la plaie ne veut pas guérir, et qu'il se forme une nouvelle zone d'induration, une quatrième opération a lieu le 25 juillet. Encore cette fois, la cicatrisation ne se fait pas, et le malade vient nous voir. Ayant diagnostiqué un épithélioma secondaire de la mâchoire, nous pratiquons une héli-résection le 14 octobre, ainsi que l'ablation des ganglions cervicaux malades. Le 9 décembre, nous intervenons pour un kyste de la région parotidienne, et au bout de trois semaines le patient semble guéri. Vingt-cinq jours après se déclare une récurrence épithéliomateuse qui se termine fatalement deux mois et demi plus tard.

Cette observation nous paraît instructive à plusieurs points de vue. Tout d'abord, elle nous met en garde contre la tendance que nous avons de ne pas opérer assez largement les cancers. Elle démontre ensuite jusqu'à quel point il est important de toujours rechercher la présence de ganglions lymphatiques hypertrophiés dans le voisinage d'un épithélioma, et si ces ganglions existent, la nécessité qu'il y a d'en faire totalement l'ablation. Même enlevées aussi radicalement que possible, ces tumeurs présentent toujours un certain danger de récurrence, et d'après les auteurs, celle-ci serait de 50% à la suite de l'héli-résection de la mâchoire inférieure pour une lésion cancéreuse.

Notre opération a été pratiquée dans de mauvaises conditions, puisqu'elle devait faire disparaître partiellement un os malade, et

une ulcération fortement infiltrée et deux fois irritée par deux interventions incomplètes, le tout remontant à plus de dix mois.

L'histoire du cancer de la lèvre est aussi fort étrange, car étant donné l'ablation de la tumeur, on pourrait se demander avec raison si le second cancer, qui s'est développé dix-huit ans après le premier, doit être considéré comme une récurrence, ou plutôt — et telle est notre opinion — comme un deuxième épithélioma localisé sur une ancienne cicatrice opératoire facilement irritable. Nous savons tous, en effet, que lorsque la zone d'infiltration environnant une tumeur maligne est incomplètement enlevée, la récurrence se manifeste dans un temps relativement court. Quant à la métastase ganglionnaire, et l'envahissement consécutif de l'os correspondant, la marche de cette complication s'est faite normalement, puisqu'il est maintenant admis qu'il n'y a jamais de cancer primaire du maxillaire.

L'hémi-résection de la mâchoire inférieure est une intervention qui n'est pas très grave, car depuis l'aseptie et l'amélioration de la technique opératoire, la mortalité de 18% qu'elle était tout d'abord, est maintenant tombée à 9%.

Dans les cas favorables avec guérison, on peut, après intervention, remplacer l'os enlevé par une pièce de prothèse. Et si cette ablation osseuse n'a pas une étendue supérieure à un pouce et trois-quarts, — pour les petits sarcomes, par exemple — on est justifiable de tenter la greffe ostéo-périostique tibiale, en suivant la technique que nous avons déjà décrite dans un travail antérieur. (1).

La formation d'un kyste para-parotidien est une complication qui a été assez souvent observée pendant la récente guerre, et pour maintenir la fonction glandulaire, les chirurgiens disséquaient volontiers le canal de Sténon lésé, et le suturaient ensuite à la muqueuse buccale. Lorsque cette petite intervention n'est pas faite, la glande s'atrophie après la guérison du kyste, ce qui s'est d'ailleurs produit dans notre cas.

---

(1) J. N. Roy. — Le traitement chirurgical des fractures du maxillaire inférieur. "L'Union Médicale du Canada", juillet 1919.

# D'HIPPOCRATE A NOS JOURS (1)

## *Période biologique*

*Par Oscar MERCIER,*

*Etudiant en Médecine à l'Université de Montréal.*

Les chirurgiens s'aperçurent rapidement que la technique d'antiseptie de Lister qui avait permis les premières grandes interventions, ne répondait pas à tous les principes de biologie. TERRIER et ses élèves démontrèrent que les antiseptiques, tout en détruisant les microbes, choquaient la cellule, entravaient sa reproduction et retardaient ainsi la cicatrisation des plaies opératoires. Ils instituèrent donc "la méthode aseptique", qui supprime les microbes par des procédés physiques. Les pièces à pansements, les champs opératoires, les blouses des chirurgiens furent soumis à l'action de la chaleur humide sous pression dans un autoclave, les instruments furent aseptisés par l'ébullition à 103 degrés centigrade, et le chirurgien dont les mains avaient été longuement brossées et plongées dans une solution antiseptique, ne touchait ainsi qu'à des objets vierges de germes infectieux. La peau du malade à l'endroit où le bistouri devait tracer sa marque, reçut une toilette identique à celle des mains du chirurgien. Le pansement post-opératoire fut dressé avec le même soin : aucun antiseptique ne fut appliqué, seule de la charpie, exempte de microbes, fut placée sur la plaie. Il y a 40 ans à peine, l'acte opératoire créait à lui seul un danger dont la mort était la conséquence fréquente; la moindre section de la peau ouvrait la porte à toutes les suppurations diffuses et entraînait presque fatalement l'opéré vers la tombe. Toutefois, jamais la chirurgie ne fut plus prudente : elle restreignait tous les jours son domaine et le chirurgien ne prenait le bistouri que si une mort imminente ne fut le résultat certain de son abstention. Aujourd'hui, l'acte opératoire ne tue pas; la chirurgie est la maîtresse de la plaie qu'elle a faite. Tous les organes, le cerveau même, ont été incisés, reséqués et suturés. Ces résultats superbes, ce geste admirable du chirurgien qui ramène à la vie l'agonisant, ne sont devenus possibles que par les méthodes d'aseptie et d'antiseptie. Rendre hommage à Pasteur, à Lister, et à Terrier qui ont fait triompher la chirurgie contemporaine par l'établissement de ces méthodes, est un devoir sacré pour l'humanité!

Cependant, la chirurgie aseptique n'aurait pu poursuivre cette marche triomphante, si elle n'eut pas été préparée par une découverte de premier ordre, "l'anesthésie". Quel chirurgien aurait eu l'esprit assez résolu et la main assez ferme pour conduire son bistouri avec sécurité en dépit des crises involontaires, des mouvements inattendus et des syncopes de son opéré?

Quel malade aurait eu la volonté assez trempée pour supporter les opérations longues et délicates? C'était toujours avec une certaine émotion et avec une rapidité extrême, qu'Ambroise Paré amputait à froid les farouches défenseurs de Henri II. La gloire d'avoir doté la chirurgie aseptique de ce moyen nécessaire à son progrès, revient aux Américains. En 1846, avant l'emploi de la prophylaxie contre les microbes, l'américain JACKSON découvre les effets anesthésiques de l'éther, et la première opération avec anesthésie générale était pratiquée le 14 octobre 1846 par le Dr. Warren, de l'hôpital de Boston.

Après une série d'expériences commencées en 1886, RECLUS, de la Faculté de Paris, mort en 1914 au début des hostilités, met au jour une nouvelle technique d'analgésie: l'analgésie locale par la cocaïne. Par l'injection sous la peau de cette substance chimique, il parvint à insensibiliser une région du corps, tout en conservant chez les malades la faculté de perception et de compréhension. Dans son livre: "La Cocaïne en Chirurgie", il en précise les indications, il en détaille la technique.

En 1898, BIER, en Allemagne, CORNIG, à New-York, eurent l'idée d'injecter une solution de cocaïne dans le canal rachidien, au niveau de la région lombaire de la colonne vertébrale; ce qui eut pour effet d'amener une insensibilité complète des membres inférieurs. La RACHIANESTHÉSIE était née.

Tuffier, en France, améliore le mode de procédé, mais en 1902, la rachicocaïnisation ne compte plus que quelques rares partisans: des accidents graves et même mortels en ont arrêté le développement. La découverte en 1904 par M. Fourneau, de la stovaine, dérivé synthétique de la cocaïne, moins toxique que ce dernier, ranima les expériences et les tentatives de rachi-anesthésie: Chaput, Kendirjy, Pouchet et récemment Le Filliatre, la place définitivement dans la pratique courante; durant la guerre de 1914, l'analgésie locale, régionale, et rachidienne par la stovaine et la novo-caine ont rendu de grands services.

En exposant l'essor de la chirurgie, nous ne pourrions passer sous silence la classification de l'APPENDICITE, comme maladie autonome. Depuis que l'américain MacBurney a créé le mot d'appendicite, en 1889, ce nom est dans la bouche de tous; est-ce à croire qu'il s'agit d'une maladie nouvelle, "d'un fléau moderne"? Il est étonnant de constater qu'en 1883, des chirurgiens et des médecins illustres, Verneuil, Lannelongue et Cornil ignorent la maladie de Gambetta, qui meurt d'appendicite et concluent dans le procès-verbal de l'autopsie "que toute intervention chirurgicale eut été illégitime et dangereuse." En 1886, REGINALD FITZ, de Boston, dans un mémoire du "Boston Medical and Surgical Journal" établit sur des bases certaines l'appendicite, il en fait une entité morbide en la sortant du cadre des inflammations de l'intestin; il en indique le traitement chirurgical. L'année suivante, en Angleterre, Trèves est le premier à faire la résection de l'appendice, il est imité en 1890 par Reclus, qui pratique la première appendicectomie en France.

Sous le couvert de l'asepsie, la chirurgie se permet bientôt toutes les audaces; des techniques nouvelles surgissent, des opérations que les méfaits de la suppuration avait fait délaissier, reviennent et se perfectionnent. La greffe cutanée que le Romain CELSE, avait indiquée en l'an 30 après J.C. est reprise. L'opération de la greffe, d'abord limitée à la peau, s'étend aux autres organes du corps; en 1919, lors du congrès allemand de chirurgie, Rehn fait voir la possibilité de greffer des tendons et Kirschner rapporte des résultats encourageants sur la transplantation des enveloppes musculaires, les aponévroses; Tuffier, à la Société de Chirurgie, en 1911, montre la réalisation avantageuse de la transplantation d'organes pour remédier aux troubles déclanchés par l'insuffisance ou l'absence de ces organes. Parmi les tendances de la chirurgie moderne, la greffe est donc une des plus intéressantes et selon le rêve de Delbet, peut-être, verrons-nous avant longtemps "dans une pièce annexée à chaque salle d'opération, des vitrines frigorifiques, remplies de pièces de rechange à l'état de vie latente, toutes prêtes à être greffées". La transplantation sur un os fracturé qui refuse de se consolider de fragments osseux empruntés à des os sains, est maintenant possible chez un même sujet, grâce au secours qu'est venu fournir une des plus grandes découvertes modernes: La RADIOGRAPHIE.

La découverte des rayons X prend sa source des expériences de décharge électrique dans le vide. Sir William Crookes, en 1879, en construisant une ampoule électrique relativement vide d'air, s'aper-

goit que les rayons cathodiques, c'est-à-dire, ceux qui sortent parallèlement du pôle négatif du système électrique établi dans l'ampoule, excitait puissamment la fluorescence et la phosphorescence. En 1895 CONRAD ROETGEN d'Allemagne, en expérimentant avec le tube de Crookes recouvert d'une toile opaque, vit un papier fluorescent montrer une fluorescence plus prononcée. Il conclut que le faisceau cathodique en venant frapper un obstacle émettait une nouvelle sorte de radiation, les rayons X. Il mit en évidence leurs propriétés et fonda la radiographie. Perfectionnée, elle fut d'un secours considérable dans le diagnostic et le traitement des fractures, elle en permit une classification scientifique; elle montra la localisation dans l'organisme des corps étrangers opaques, tels que les balles et certains calculs des appareils urinaire et biliaire. Elle permit aux médecins de confirmer leur diagnostic de pleurésie, de tuberculose pulmonaire; elle leur vint en aide dans le diagnostic précoce des maladies du tube digestif, indiquant la présence de cancer et d'ulcère de l'estomac, permettant ainsi aux chirurgiens de les supprimer dès le début par un court-circuit gastro-intestinal ou par une résection d'une partie du tube digestif. Par la radiographie, la chirurgie osseuse a donc cessé d'être aveugle et une autre chirurgie est née, celle de l'appareil digestif et promet toutes les espérances; c'est celle de l'avenir.

Lorsqu'après 44 ans d'attente sonna en France l'heure de la revanche, prévue mais non provoquée, la chirurgie dans cette nouvelle guerre était alors en mesure d'aider par ses soins intelligents les efforts intrépides des soldats alliés. On ne vit plus au début des hostilités s'alligner, comme en 1870, des braves agonisants dans le pus; cependant on s'aperçut vite que la conception du traitement des plaies était fautive et ne répondait pas aux exigences. Plus tard, lorsque les glorieux mutilés se multiplièrent, la chirurgie devint réparatrice, elle précisa ses techniques de greffe, des faces toutes meurtries reprirent leur forme humaine sous le burin du chirurgien. Pendant la guerre de 1914, les méthodes de traitement des plaies ont donc évolué pour se perfectionner et la chirurgie orthopédique, celle qui corrige les difformités du corps, a considérablement progressé.

Le traitement des fractures devient plus efficace: Blake, Thomas, Jones, Patel, Delbet, inventent de nouveaux appareils qui rendent plus facile la réduction des os brisés et qui en assurent plus solidement la contention, tout en respectant le jeu des articulations pour diminuer les raideurs consécutives.

L'amélioration apportée dans le traitement des plaies, bien qu'elle n'ait pas attiré avec autant de force l'admiration du grand public sur le chirurgien moderne, est une de celles qui vont le plus donner d'essor à la chirurgie. Avant d'exposer ce traitement moderne des plaies, disons comment le médecin voit l'organisme réagissant aux attaques des microbes.

Les germes pathogènes en prenant contact avec les tissus y déterminent des lésions d'attaque et des réactions de défense locale et générale; l'action des uns est rapidement annihilée par les globules blancs du sang, par certaines cellules, et par les produits antitoxiques que renferme l'être vivant; les autres, au contraire, ont une virulence telle, ou attaquent un individu si faible que la victoire leur est facile, en produisant tous les bouleversements qui peuvent parfois aboutir à la mort. METCHNIKOFF, élève de Pasteur, a clairement divulgué les phénomènes de défense locale par les globules blancs du sang et par les cellules fixes des tissus. En usant d'une comparaison militaire, nous dirons que ces cellules, avant d'attaquer le microbe, se mobilisent et se concentrent. Le germe pathogène vient de faire son apparition, déjà il commence son attaque, mais le globule blanc du sang suscité se mobilise, il se porte vers le foyer où il doit livrer la bataille; il est le premier à agir, parceque semblable au soldat régulier, il n'a pas de transformation à subir pour se mobiliser. Les cellules fixes des tissus qui sont les troupes de réserve, commencent leur mobilisation: elles quittent leur connexion avec les tissus, retrouvent une activité et une mobilité de cellules jeunes et se précipitent vers le lieu du combat. Ces défenseurs, charriés par les vaisseaux capillaires dilatés qui sont les voies d'apport, traversent les parois de ces vaisseaux, en entraînant avec eux le sérum sanguin et forment ainsi des îlots: c'est la concentration. De ces îlots extravasculaires se détachent les globules blancs et les cellules, qui deviennent les phagocytes. La marche en avant commence; le phagocyte s'agglutine d'abord au microbe, il l'englobe, puis le digère: c'est la phagocytose. Si le microbe est virulent, il reste vivant dans le globule blanc, le tue et est remis en liberté. Les cadavres des ennemis et des défenseurs, les débris de la lutte forment alors le pus. Autour de cet abcès constitué, les tissus s'épaississent pour l'isoler, mais la peau s'amincit, se rompt et laisse évacuer cette collection purulente.

Au début de l'attaque, l'envahisseur très puissant peut empêcher cette défense locale par la sécrétion de substances toxiques; l'organism-

me entier est alors envahi d'emblée: c'est la septicémie. Dans le cas où les tissus se défendent bien localement, les humeurs du corps ont le temps de fabriquer des produits qui neutralisent les toxines microbiennes.

PFEIFFER, BORDET, EHRLICH ont démontré qu'il se produisait dans le sang et les autres humeurs de l'être vivant des substances antitoxiques, lorsque celui-ci subissait l'effet des causes microbiennes. Ces anticorps ou antitoxines, après l'infection, ont la propriété de demeurer un temps variable dans le sang, d'être spécifiques, c'est-à-dire d'agir contre une espèce déterminée de microbes. Ainsi s'explique le précepte qui veut que celui qui a subi les effets de la variole, soit exempt d'une seconde attaque. Un individu qui a eu certaines maladies est donc immunisé contre les agents de ces maladies, parcequ'il conserve dans son sang des éléments qui détruiront immédiatement le microbe et ses toxines, s'il tente un nouvel assaut. L'immunité est acquise, lorsqu'elle survient après une maladie; elle peut être créée artificiellement, en provoquant chez le sujet une infection atténuée, par l'injection répétée de microbes à virulence amoindrie, ce qui est la VACCINATION; ou en injectant à ce sujet le sérum d'un immunisé, qui contient les antitoxines, ce qui est la SÉROTHERAPIE. Cette immunité est toujours spécifique: ainsi un individu, vacciné contre la variole n'est indemne que de la contagion variolique, il peut faire une fièvre typhoïde ou une diphtérie. La vaccinothérapie et la sérothérapie doivent être classées parmi les plus belles victoires de la médecine contemporaine. Par la première, nous pouvons prévenir plusieurs maladies, et par la seconde, de nombreux phénomènes infectieux ont pu être contrôlés. Ainsi en 1897, aux Philippines, avant la vaccination, 40.000 habitants meurent par variole; sous le régime américain, qui la rend obligatoire, aucune mortalité n'est constatée en 1918. La mortalité par la diphtérie qui était de 60%, en France, est tombée au-dessous de 10% par l'usage du sérum que Roux de l'Institut Pasteur a découvert, et encore nous dit Marfan, les cas mortels sont ceux où le bacille de la diphtérie est associé à d'autres.

Imbus de ces principes généraux de la réaction de l'individu à l'infection, les chirurgiens, durant la grande guerre, perfectionnèrent le traitement des plaies. L'importance de la défense locale fut comprise, les causes inhibitrices furent supprimées, des interventions pouvant la favoriser furent établies. Parmi les nouvelles techniques du traitement des plaies, celle de GAUDIER mérite une place à

part; ce chirurgien a montré que les tissus contus, écrasés et le sang épanché dans la blessure favorisait l'action des microbes, en leur fournissant des tissus morts où leur multiplication était facile. Avec VINCENT et plusieurs autres, il a enseigné qu'il fallait, sitôt la plaie faite, reséquer ces parties contuses, nettoyer, enlever les caillots, puis refermer pour laisser guérir. Sa méthode obtint rapidement des succès si éclatants qu'elle fut bientôt adoptée par tous. Faisant appel aux agents physiques, Delbet, Quenu, Noel Fiessinger, ont préconisé l'exposition des plaies à l'air et à la lumière "comme un des plus puissants moyens de désinfection". La lumière solaire aurait une action stimulatrice des phénomènes vitaux de défense et l'expérience montre qu'elle stérilise les blessures infectées. Des projecteurs électriques à rayons parallèles sont actuellement en usage dans les services hospitaliers, là où le soleil a un accès difficile et semble remplacer avantageusement les effets solaires. Sans vouloir énumérer complètement toutes les modifications apportées aux interventions sur les plaies, il nous faut tout de même proclamer le nom de ALEXIS CARREL, connu de tous par ses travaux extraordinaires qui ont si efficacement redonné la santé aux nombreux soldats blessés.

Pour tirer parti des réactions de défense générale par les anti-toxines, WEINBERG, de l'Institut Pasteur a, en 1915, constitué un sérum pouvant agir dans les cas de gangrène; il obtint rapidement des succès qui en permirent l'emploi plus fréquent. Des malades atteints d'appendicite gangreneuse doivent au sérum monovalent de Weinberg leur guérison.

Bien que dans la guerre de 1914, le chirurgien, qui a glorieusement épargné des milliers de vies humaines, ait semblé être le seul instrument de la défense contre les maladies, le médecin, dont le rôle fut moins tangible, a cependant droit à toute la reconnaissance des Armées. Effacé dans l'ombre, travaillant jour et nuit dans le silence des laboratoires, il a posé un frein au courant mortel des maladies contagieuses qui, dans les premiers mois de 1914, ont fauché de nombreux combattants. Par ses décrets hygiéniques, par ses vaccins et ses sérums, moyens thérapeutiques moins aptes à impressionner le cerveau des foules, le médecin a ainsi banni des tranchées le fléau des maladies contagieuses qui dans toutes les guerres ont semé autant de morts que le sabre et la mitraille. Maintenant que les canons se sont tus et que le blé germe sur les tombes des héros,

il est un devoir pour l'humanité de glorifier le médecin, dont les actes, aussi efficaces que ceux du chirurgien, furent presque méconnus.

Nous avons vu que Bichat et Virchow décentralisèrent la vie et proclamèrent l'unicité vitale de la cellule. Le médecin moderne admet cette conception, mais il ajoute qu'il existe une relation intime entre les divers organes: ainsi, un foie insuffisant provoque des troubles de fonctionnement de l'intestin. Les sympathies fonctionnelles et morbides qu'Hippocrate avait notées sont donc enseignées aujourd'hui, et selon l'expression de Roger: "Il n'y a pas de maladies qui reste locale".

Les idées actuelles sur la maladie sont dominées par la notion d'intoxication. Les poisons sont apportés de l'extérieur ou sont fabriqués par les cellules elles-mêmes. Parmi les poisons exogènes, nous plaçons les poisons chimiques, presque toutes les substances thérapeutiques administrées à des doses exagérées, et les sécrétions microbiennes, les toxines. Nous devons au docteur BOUCHARD l'éclaircissement du mécanisme des auto-intoxications. "L'organisme, dit-il, est un réceptacle et un laboratoire de poisons". La machine humaine est ainsi constituée que le fonctionnement continu de ses divers organes y provoque la formation de produits d'usure; mais la Nature a prévu le nettoyage et l'élimination de ces déchets en plaçant dans le corps certaines parties dont le rôle est de vidanger, de rejeter au dehors toutes ces substances. Si ces organes viennent à faiblir sous le nombre croissant des détritits, ceux-ci s'accumulent dans l'être humain qui s'intoxique progressivement. Les principales auto-intoxications relèvent d'une insuffisance fonctionnelle du tube digestif, de la peau ou des reins. A cette liste sont venues s'ajouter, depuis quelques années celles créées par les troubles de fonctionnement des glandes à sécrétion interne.

Il existe chez l'homme deux sortes de glandes: les unes "à sécrétion externe" qui déversent par des canaux spéciaux au dehors ou dans des cavités, telles que l'estomac et l'intestin, les produits de leur travail. Chacune a son activité propre, ainsi les glandes sudoripares sécrètent la sueur. Les autres, dépourvues de conduits, laissent couler directement dans le sang les substances qu'elles ont fabriquées, ce sont "les glandes à sécrétion interne", dite "glandes endocrines". La raison d'être de ces organes commence à s'éclaircir: leurs principaux effets seraient de diriger la croissance normale de l'être, puis

de régier la répartition égale des produits de l'alimentation, enfin d'aider à la destruction des déchets qui prennent naissance dans l'organisme.

BROWN-SEQUARD, en 1889, est le premier à apercevoir toute la portée de la notion de sécrétion interne. Dès les premières études de ces glandes, leur pathologie parut relativement simple; mais la notion des relations fonctionnelles glandulaires, qui s'exercent par voie sanguine est venue rendre les faits plus complexes: ainsi l'obésité de la ménopause d'abord liée uniquement à la suppression de la fonction ovarienne semble dépendre, en outre, de l'altération simultanée de la glande thyroïde et de l'hypophyse. On s'aperçoit maintenant qu'il est impossible de séparer l'étude des glandes endocrines de l'étude de cette partie autonome du système nerveux, le sympathique; ainsi dans le goitre exophtalmique cette rapidité du pouls s'explique par l'excès de sécrétion interne de la glande thyroïde, qui excite le sympathique, accélérateur du cœur. Aujourd'hui les connaissances des glandes endocrines se précisent et leur pathologie occupe une place de plus en plus grande, justifiée par les applications thérapeutiques. Les modifications de croissance: le nanisme et le gigantisme, les altérations articulaires, tel que le rhumatisme chronique, les lésions du tissu osseux, tel le rachitisme traduisent leur viciation fonctionnelle. Le ralentissement de leur activité peut aussi entraîner des troubles de la peau, certains eczémas, des troubles nutritifs parmi lesquels se rangent l'obésité, le diabète insipide. Le dévoilement de cette nouvelle question a bientôt fait naître un chapitre de la thérapeutique, celui de l'utilisation curative des glandes endocrines animales, l'OPOTHÉRAPIE, qui donne souvent des résultats inattendus; c'est vers elle que se dirigent les recherches modernes.

Bien qu'à l'heure présente la médecine semble avoir complètement éclairci tous les mystères qui enveloppaient l'être sain et l'être malade, il est cependant une maladie que le médecin n'a pu terrasser, c'est le CANCER. Le problème cancéreux se dresse toujours inextricable malgré l'acharnement des savants à vouloir le solutionner. Pour expliquer l'origine et la cause des tumeurs, des hypothèses multiples ont été émises. Devant la variété de ces hypothèses, il est encore bien difficile de se prononcer et de proclamer laquelle sera qui apportera la solution au problème. En outre de l'extirpation hâtive et large du néoplasme, plusieurs essais curatifs existent. La radio-

thérapie et surtout la radiumthérapie semblent être celles qui donnent le plus de succès. Les radiologistes, frappés par les lésions accidentelles que les rayons X pouvaient établir à la peau, conclurent après des recherches que ces rayons en contact prolongé ou répété avec une cellule vivante causaient la mort de cette cellule. Poussant plus loin les expériences, Bergonié et Tribondeau établirent que les éléments cellulaires étaient d'autant plus vulnérables qu'ils étaient jeunes, en pleine voie de multiplication. Le cancer dont les cellules sont jeunes, en pleine voie de multiplication, était dès lors théoriquement susceptible de rétrocéder sous l'influence des rayons X. La radiothérapie néoplasique fut donc tentée avec des succès malheureusement parfois peu éclatants.

Madame et Monsieur CURIE, en étudiant les minéraux contenant de l'uranium et du thorium, découvrirent par le traitement chimique de la pechblende le RADIUM. Ce dernier est supérieur aux rayons X dans le traitement des cancers; il joint à l'avantage d'émettre des radiations extrêmement pénétrantes celui de posséder dans le minimum d'espace le maximum d'énergie et il est avantageux dans les cas où on a besoin d'une efficacité très grande dans un rayon d'action très restreint.

Presque sans exception, le traitement rationnel d'une tumeur maligne exigerait la combinaison judicieuse de la radiothérapie et de la radiumthérapie, sans oublier l'acte chirurgical qui reste essentiel et que cette nouvelle thérapeutique n'a pas encore acquis le droit de déplacer.

Telles sont succinctement les connaissances de la science moderne sur le cancer. L'anatomie pathologique et l'étude histologique des néoplasmes sont presque complètes; le traitement, encore empirique, se perfectionne et donne certains résultats, grâce au secours des rayons X et du radium. Les savants cependant, ignorent le tout de la cause, et tant que cette cause du cancer sera ignorée, il n'est pas audacieux de dire que la question des tumeurs sera abritée par l'empirisme avec ses hypothèses gratuites et fantaisistes. Toutefois l'esprit observateur qui a suivi l'évolution pénible de la science médicale est plein d'espérance sur l'avenir de cette question encore mystérieuse.

Nous avons vu la médecine, après avoir été gouvernée par des théories religieuses puis philosophiques, se dépouiller peu à peu de ses doctrines imaginaires et revêtir un caractère scientifique; nous

avons vu Claude Bernard indiquer la méthode expérimentale et donner la physiologie comme base à la médecine, à la pathologie et à la thérapeutique; nous avons vu enfin Pasteur découvrir les causes microbiennes: découverte qui créa la chirurgie moderne, rendit plus rationnelle la conception des maladies infectieuses et fonda l'hygiène sociale et individuelle. Nous voyons aujourd'hui la médecine entrer dans le domaine social pour indiquer les moyens de prévenir la maladie; nous la voyons, grâce à ses vaccins, à ses sérums et à ses enseignements qui indiquent à la foule les dangers de la contagion, faire reculer la mort pas à pas; nous la voyons, grâce à ses prescriptions sur l'art d'élever les enfants, sauver des milliers de petits êtres, espoir de la race; nous la voyons enfin, grâce à ses préceptes sur la façon de vivre pour éviter les auto-intoxications, prolonger la vie. L'Humanité verra, Messieurs, lorsque les savants auront dévoilé le mystère des glandes endocrines, lorsqu'ils auront trouvé la cause et le traitement du cancer, et lorsqu'ils auront éclairci entièrement les lois qui régissent l'homme, l'Humanité verra, dis-je, la médecine, fière de ses succès, conduire les êtres humains jusque vers la vieillesse normale, et alors mourir ne sera plus qu'un acte physiologique que l'appelé regardera venir sans crainte pour s'endormir dans la Vie suprême.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*DAREMBERG et SAGLIO*: Dictionnaire des Antiquités Grecques et Romaines.

*DAREMBERG*: Histoire des Sciences Médicales (1870).

*BOINET*: Les doctrines médicales.

*ROGER. H.*: La Médecine.

*ROGER H.*: Introduction à l'étude de la Médecine.

*MENARD et SAUVAGEOT*: Vie privée des Anciens.

*GALIEN*: Oeuvres, traduites par Ch. Daremberg.

*HIPPOCRATE*: Oeuvres complètes, traduites par E. Littré.

*STODDART A. M.*: La vie de Paracelse

*ROUXEAU A.*: Laennec après 1806. (1921).

*BARBILLON*: Histoire de la Médecine. (1886).

*BRUZON*: La Médecine et les religions. (1904).

*CORNILLEAU Robert*: La formation d'un génie médical: Laennec.

*MALGAIGNE*: Histoire de la Chirurgie. (1840)

*VALLERY-RADOT*: La vie de Pasteur.

*DESCOUR L.*: Louis Pasteur et son oeuvre. (1921).

*GRASSET*: La Biologie Humaine.

*BORDET JULES*: Traité de l'Immunité dans les Maladies infectieuses.

*BECLERE, COTTENOT, LABORDE (Mde)*: Radiologie et Radiumthérapie.

*GLEY E.*: Les sécrétions internes.

*COBB*: The organs of internal secretion, their diseases and therapeutic application.

*GUILLAUME*: Le sympathique et les systèmes associés.

*BERARD & VIGNARD*: L'Appendicite.

*DELBET & FIESSINGER (Noel)*: Biologie de la plaie de Guerre.

*ALQUIER & TANTON*: Appareillage dans les Fractures de Guerre.

*CHASSIN Henri*: Contribution à l'étude de l'anesthésie générale.

*PAUCHET*: L'anesthésie régionale.

*RECLUS*: Cocaïne en chirurgie.

*RECLUS*: Anesthésie locale par la cocaïne.

---

# FULGURINE

*Solution stable d'Ozone naturel*

## Composition :

La Fulgurine est une combinaison allotropique de l'ozone, obtenue par l'ozone même dans une solution hydro-éthylque. C'est un produit chimiquement pur et invariable ainsi que le démontrent les analyses les plus rigoureuses et de longues observations.

## Observations :

L'action physiologique de la Fulgurine et ses applications thérapeutiques ont été étudiées dans les laboratoires de l'Académie de médecine de Paris et au Sanatorium Marie-José, à Boitfort, où les cures les plus inespérées furent effectuées.

M. le Dr Renault-Capart, de l'Université de Bruxelles, dans une conférence faite à la séance du comité-directeur de la ligue nationale belge contre la tuberculose, le 12 mai 1921, a prouvé par de nombreuses observations, la **supériorité incontestable** de la Fulgurine sur tous les autres remèdes connus.

Cette **supériorité** de la Fulgurine s'explique par ses deux grandes propriétés: **Oxydation et désinfection parfaite du sang et de tout l'organisme, augmentation rapide des globules rouges du sang.**

La Fulgurine donne les résultats les plus inespérés dans le traitement des maladies suivantes:

**Tuberculose -- Débilité Générale  
Maladies Infectieuses -- Anémie**

***Spécifique réel de la PHAGOCYTOSE***

---

MODE D'EMPLOI — Solution: 1 ou 2 cuillerées à thé dans un verre à vin d'eau tiède 3 fois par jour. Ampoules: Une ampoule de 5 c.c. par jour

**Laboratoire Electro-Chimique d'Ozone**

25, RUE DE BASSANO, PARIS

AGENT GENERAL POUR LE CANADA

**J. A. HARRIS**

169a ST-DENIS

- MONTREAL

## DISCUSSION

*M. Rhéaume.*

Emet des doutes quant à la récurrence du premier cancer. Pour lui c'était un second cancer qui s'est greffé sur le maxillaire inférieur.

*M. Marien.*

D'après l'examen histologique qui a révélé une forme formenteuse, il déclare que ce cancer était un cancer secondaire resté silencieux dans une cellule osseuse sans se développer.

3° *Variole et vaccination. M. J. E. Laberge.*

Dans une étude clinique fouillée et approfondie le conférencier expose toute la question de la variole et celle de la vaccination.

## DISCUSSION.

*Savard et Chabot.*

Incidentellement, ces messieurs amènent la discussion sur la vaccination par la méthode hypodermique en donnant la technique complète. Ils insistent sur certains désavantages de la méthode entre autres le manque de contrôle par les médecins inspecteurs. Ils demandent l'avis de la Société Médicale sur ce point.

*M. LeSage.*

Impossible de conclure quant à l'immunisation. Il faut des statistiques. Le point essentiel c'est de savoir si les enfants vaccinés par hypodermisation pourraient être scarifiés avec succès.

Pour lui, c'est une méthode qui lui plaît parce que plus agressive. Semblable à la vaccination antityphoïdique qui, bonne pendant une épidémie, est nulle après trois ans.

Certains milieux sont opposés, dit-il, à la scarification vaccinale, non par principe, mais à cause des cicatrices et la médecine doit être esthétique. Elle doit lutter contre la laideur.

En résumé, il faut attendre les compilations du Bureau d'Hygiène et voir si durant une épidémie les hypodermisés seront réfractaires à la variole.

*M. Laberge* déclare formellement que la vaccination par méthode hypodermique n'a pas sa raison d'être à cause de l'absence de contrôle. La méthode est condamnable excepté en temps d'épidémie.

*M. LeSage* et *M. Masson* se déclarent pour l'observation et la séance est levée.

Les médecins inspecteurs d'hygiène devraient vacciner par scarification les enfants vaccinés hypodermiquement. Si le résultat est nul, ce serait une preuve en faveur de la voie sous-cutanée.

*M. Masson.*

Termine en disant que seule l'expérimentation nous guide dans nos décisions ainsi que les observations et les statistiques.

Et la séance est levée.

J. U. GARIEPY, *secrétaire.*

---

*Séance du 21 février 1922*

Présidence: M. Raoul MASSON.

Tavaux originaux et techniques:

a) Radiumthérapie. *M. E. P. Grenier.*

*M. E. P. Grenier* définit le radium et la radio-activité. Qu'est-ce que l'atôme? Deux systèmes, l'interne constitué d'un nucléus excessivement petit d'électricité positive; l'externe composé d'électrons négatifs doués d'un mouvement de rotation à l'entour du premier. La charge électrique de ces derniers équilibre l'électricité positive du nucléus. Stabilité de certains atômes, instabilité relatives d'autres. Violente explosion spontanée de l'atôme, complet réarrangement des constituants des deux systèmes internes et externes pour former un atôme d'un élément tout à fait différent. Ces phénomènes avec le rayonnement de ces transformations, voilà la radio-activité. La désagrégation ne se produit pas dans le même temps pour tous les atômes. Radium A.B.C.D.E.F. suivant la plus ou moins grande stabilité des atômes. Polonium, voici la limite de fixité de la stabilité radiumique.

Explosion de l'atôme, une particule du nucléus devient hélium, —rayons a— le reste de l'atôme suivant le ré-arrangement ordinaire devient le gaz d'émanation. Beaucoup moins stable, puisqu'il ne dure que 3 jours 85 tandis que le radium vit 1730 ans.

Rayons alpha, bêta, produit par le radium et le gaz émanation, donnant eux-mêmes naissance aux rayons gamma. A peu près semblables aux rayons X excepté dans leurs modes de production. Rayons de Roentgen demandent une grande quantité d'énergie électrique. Rayons des substances radio-actives sont produits sans l'aide d'aucune force extérieure.

En plus du rayonnement, les substances radio-actives ont des propriétés physiques telles que d'exciter la phosphorescence de certains corps-sels alcalins, alcalino-terreux, le verre, le diamant, le platine-cyanure de baryum, le sulfure de zinc, surtout ces deux derniers.

*Action chimique* : elles colorent le verre, le diamant, la porcelaine, le quartz, coloration qui disparaît sous l'influence de la lumière et d'une haute température.

Les rayons *gamma* sont les plus importants pour la thérapeutique—48% de l'énergie totale—pouvoir de pénétration de 10 à 100 fois plus grand que les rayons B et cent fois plus pénétrants que les Rayons X.

1° Ces rayons ont sur la cellule vivante une action caustique, une action élective et une action évolutive. 2° La cellule malade ou anormale est plus sensible aux rayons que la cellule saine ou normale.

Action caustique, élective ou évolutive selon la qualité des rayons mous ou durs, B ou Y qui agiront sur le noyau même—centre vital essentiel—de la cellule.

Le Curie est l'unité d'émanation du radium: c'est la quantité d'émanation en équilibre produite par un gramme de radium-élément. En pratique on emploie le millicurie qui indique la quantité de rayons détruits dans une application.

Le *microcurie-heure* indiquera à quelle intensité la quantité des millicuries auront été détruits.

Pour l'émanation, la mutation est la même quant à la quantité de rayonnement détruit, mais l'intensité est différente parce que beaucoup plus forte au début qu'à la fin.

Le savant conférencier parle des modes d'emploi du radium et de son émanation chlorure, bromure et sulfate employés solide en tubes ou aiguilles (or, platine, or platiné, argent)—en solutions, ces dernières servant à en extraire l'émanation.

Suivent ensuite les avantages respectifs du radium élément et de l'émanation qui donnent en définitive à peu près les mêmes résultats.

Les facteurs à prendre en considération sont les mêmes: 1° Radium ou émanation. 2° Mode d'application. 3° Quels rayons: alpha, bêta ou gamma. 4° Quantité de rayons. 5° Qualité: durs ou mous. 6° Intensité. 7° Homogénéité. 8° Filtration. 9° Distance — la loi du rayonnement se fait en ligne droite en raison inverse du carré de la distance. 10° Durée de l'application: pour muqueuse, longue applica-

tion; pour la peau, courte application avec haute intensité. 11° Etat de la personne à traiter: âge, état général et résistance naturelle.

Indications de la radiumthérapie :

1° Quand le bistouri a perdu ses droits;

2° Contre-indications des Rayons X ou leur impossibilité d'emploi.

*Avant tout, biologie.*

Cancer, fibromes et fibro-myomes utérins hémorragies des vierges et des ménopauses, angiomes, brides fibreuses, cicatrices rétractibles vicieuses, chéloïdes, naevi pigmentaires, verrues, durillons, prurit, goître.

Les contre-indications: chaque fois que c'est opérable — dans les états cachectiques du cancer. Dans les fibromes elle doit s'abstenir 1° Fibrome compliqué de fièvre, péritonite. 2° Foyer de salpingite même sans manifestation 3° Fibrome volumineux à évolution aiguë. 4° Phénomènes de compression alarmants. 5° Fibrome avec grossesse à la dernière période.

Le conférencier lit ensuite des appréciations sur la question. J. L. Faure, Siredey et Jean , Rubens Duval, Regaud, Appert, Hartmann passent en revue pour dire leurs succès par la curiethérapie.

Le savant qu'est M. Grenier prend occasion pour rendre un témoignage éclatant à cette belle et illustre école française dont il procède et dont nous nous reconnaissons tous ici les plus fidèles disciples.

Il parle aussi de l'école américaine en radiumlogie.

Il termine en disant qu'aux malheureux cancéreux abandonnés de tous, en proie à la désespérance aiguë, qui voient poindre dans le ciel de leur vie, la Grande faucheuse aux ailes drapées de noir et au rictus triomphant, à ces malheureux il criera: Tout n'est pas perdu, courage, il y a encore la radiumthérapie.

#### DISCUSSION

*M. le Président* : Cette question de la radiumthérapie est traitée pour la première fois devant nous. Nous allons attendre les observations, le traitement ainsi que les résultats. Il se dit heureux de la façon dont le sujet a été traité.

2° Fibrome et grossesse.

*MM. E. Saint-Jacques et Bédard.*

Je regrette énormément de ne pouvoir vous offrir un résumé de cette conférence, l'auteur ne m'ayant pas envoyé son manuscrit pour l'analyse.

# FREYSSINGE

Médaille d'Or:  
GAND 1913.

Ph<sup>arm</sup> 1<sup>re</sup> Cl., Licencié ès-sciences, Ancien préparateur à la Faculté  
de Médecine et à l'École de Pharmacie de Paris, Ancien Élève de  
l'Institut Pasteur. — 6, Rue Abel, PARIS.

Diplôme d'Honneur:  
LYON 1914.

1913. GAND: MÉD. D'OR — Produit excl<sup>l</sup> français — DIPLOME D'HONNEUR: LYON 1914



## NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

Gouttes de glycérophosphates alcalins  
(éléments principaux des tissus nerveux).

SURMENAGE, NEURASTHÉNIE

CONVALESCENCES

ÉPUISEMENT NERVEUX

6, Rue ABEL, PARIS. —

xv à xx gouttes à chaque repas

Ni sucre, ni chaux, ni alcool.

## Pilules de Quassine Frémint

0,97-0,2 de Quassine amorphe titrée et Extraits amers. 1 ou 2 avant chaque repas, contre :

**Dyspepsie, Anorexie, Calculs, Constipation rebelle**

6, rue ABEL, PARIS (Anc<sup>l</sup> 83, r. de Rennes) —

## Glycérosphosphate de Chaux Granulé de FREYSSINGE

Chimiquement Pur.

Rigoureusement Titré.

De Goût agréable

## CAPSULES DARTOIS

0,05 Créosote de hêtre titrée en Gaïacol. — 2 à 3 à chaque repas.

**CATARRHES et BRONCHITES CHRONIQUES.** — 6, Rue Abel, PARIS.

Dépositaires  
au Canada

**ROUGIER FRERES, - - MONTREAL**

# Vos IMPRESSIONS faites immédiatement, AU PLUS BAS PRIX

Ayant renouvelé la plus grande partie de notre matériel d'imprimerie, de machines les mieux perfectionnées, nous sommes en état d'entreprendre tout genre de travaux, avec élégance et promptitude.

Nous nous sommes spécialisés surtout dans la confection de livres, brochures, journaux, publications, catalogues, etc., etc.

Téléphonez-nous et notre représentant ira vous voir.

DEMANDEZ NOS PRIX

**La Cie d'Imprimerie des Marchands, Limitée**

198 rue Notre-Dame Est

Tél. Main 3272

Montréal

## DISCUSSION

*M. St-Pierre.* Cite le cas d'une malade enceinte, porteuse de 7 à 8 fibromes. Il semble, dit-il, qu'un tel utérus polyfibromateux n'aurait pas pu permettre une grossesse à terme. Le contraire arriva, ce qui fait exception à la règle générale.

*M. Langevin.* Disserte assez longuement sur les différentes sortes de fibromes au point de vue obstétrical.

*Fibromes sous-muqueux*, dangereux à cause de l'insertion vicieuse du placenta. *Interstitiels* ou *péritonéaux* moins de danger.

Il faut temporiser. Après l'accouchement, la rétraction se fait mal dans la fibromatose en nappe. Pas de danger, si la tumeur est localisée. Durant la grossesse, autant que possible, pas de couteaux.

Compter sur l'atrophie après la gestation, d'ailleurs l'involution encercle les artères. Il faut respecter l'utérus jusqu'à 45 ans.

*M. St-Jacques.* En réplique, M. St-Jacques préconise de garder les fibromateuses enceintes sous observation. Faire l'avortement ou l'accouchement prématuré. Si le fibrome est bas situé, césarienne ou Parro. N'importe comment, bien suivre tous les cas.

Si les fibromes sont silencieux, se tenir cois. Si intervention, respecter les ovaires. Faire la ligature utéro-ovarienne dans ce but.

*M. Langevin.* Ajoute qu'en cas de fibromes du col, repousser, si la masse est mobile, au-dessus du détroit supérieur pour engager la présentation.

Election à l'unanimité de MM. Gagnier, Toupin et Piché.

4° *Affaires de routine.*

*Congrès des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord.*

*M. St-Pierre* parle longuement de l'organisation. Il dit que les séances seront de deux sortes: séances cliniques et séances ordinaires plénières. *M. St-Pierre* insiste sur la nécessité pratique de la division des séances tel qu'indiqué plus haut.

*M. Dubé*: se lève ensuite et secondé par *M. St-Pierre* propose une motion de félicitation à l'Honorable A. David et au gouvernement pour la création d'un service de santé, et d'avoir choisi *M. Desloges* comme directeur, faisant valoir les titres du titulaire tels que: encouragement aux subalternes, esprit d'organisation, etc.

Adopté à l'unanimité.

*M. St-Pierre*: reprend encore la question du Congrès. Il parle des comités et sous-comités.

*MM. Baudoin et Roy* sont fortement en faveur des sections.

*M. Dubé* vente les mérites de la division tel que donnée par *M. St-Pierre*.

*M. Léger* : voudrait faire insérer dans l'adresse de félicitations au gouvernement et l'Honorable M. David une remarque: que la création d'un service de santé ne doit pas comme le service des vénériens drainer par les dispensaires la clientèle aux dépens des médecins.

*M. St-Pierre*. Ne veut pas rescinder la proposition.

Tout semble alors réglé.

La séance est levée.

J. U. GARIEPY,  
Secrétaire.

---

*Séance du 7 mars 1922*

*Présidence: M. Raoul MASSON,*

*Procès-verbal.*

*Travaux originaux et techniques.*

Suture primitive avec auto-greffe osseuse immédiate dans un cas de fracture ouverte de l'avant-bras. Résultat éloigné. — *M. Léo Blagdon*. (voir le no. de mars).

*Discussion.*

*M. Rhéaume*: Deux grandes causes président à la réussite du traitement des plaies. 1) Intervention précoce. 2) Excision de la plaie.

*M. Rhéaume* compare ensuite les avantages respectifs de l'encercelage et du vissage dans les fractures. Il appuie surtout sur le vissage temporaire qui, à part de coapter les fragments, oriente l'ossification. Il cite une observation à l'appui du vissage temporaire avec un beau résultat.

*M. Bourgeois*: Le rôle du greffon dans le cas de *M. Blagdon* a été d'agir comme tuteur pour maintenir les fragments écartés. *M. Bourgeois* disserte ensuite sur la pose des fils et des plaques métalliques. Ceux-là non nocifs parce que habituellement bien tolérés. tandis que celles-ci — et 40 à 50 cas se dressent de toute la hauteur de l'éloquence que donnent les faits — ne trouvent pas l'os passif parce qu'il manifeste sa répugnance en faisant le vide autour de ce corps étranger, en d'autres termes, ostéite raréfiante.

En effet, après trois ou quatre semaines, les vis jouent dans la spiré osseuse qu'elles ont creusé. Dans certains cas cependant les plaques ont une indication pressante, telle que fracture avec fragments multiples ou perte de substance impossible à combler, ce qui demande parfois une greffe secondaire. Dans les fractures du col fémoral-morbus coxae senitis — des Anglais — réparation difficile — le vissage est à peu près le seul approprié — quoiqu'il se forme de l'ostéite raréfiante, elle n'empêche la consolidation.

II. La prophylaxie des maladies mentales. — *M. J. A. Lussier.*

M. Lussier soutient une très belle thèse où il est question de donner aux arriérés mentaux les secours médicaux qui leur manquent et dont ils ont tant besoin pour ne pas devenir plus tard les traînants de la société. L'auteur de ce travail se pose chez nous en pionnier du principe du traitement qui leur est dû et insiste sur la nécessité de se mettre à l'oeuvre immédiatement.

#### *Discussion*

*M. Latreille:* Il est évident qu'il y a quelque chose à faire dans la direction signalée par Mr. Lussier. Triste constatation à faire: Nulle mesure n'est prise contre les demi-fous et les demi-responsables. La proportion de 30% n'est pas exagérée.

*Mesures:* Ne pas faire moins que les hôpitaux anglais, où, dans les consultations générales, à côté du médecin, s'en trouvent deux autres qui s'occupent des conditions sociales et de l'état psychique du patient. A Paris, il y a des écoles d'arriérés psychiques. Il est lamentable qu'aucune école ou milieu n'existe pour ces misérables où ils pourraient être développés, car ils constituent un déficit au point de vue social. Nous pourrions ainsi sauver ces mentaux en état d'équilibre instable.

*Conclusions:*

1) Organisation des consultations médicales. 2) Formation ou organisation des écoles ci-dessus mentionnées.

*M. Léger* fait remarquer à M. Latreille que des consultations pour maladies nerveuses existent à l'Hôpital Notre-Dame depuis un certain nombre d'années, réalisant par conséquent, pour les cas dont il est question, la prophylaxie des patients au psychisme arriéré.

*M. Masson:* C'est une question qui lui est souvent venue à l'esprit. Il déplore la pénurie des moyens pour faire face à cette classe de malades: les débiles mentaux. Il est certain que leur sort serait

amélioré dans des conditions appréciables. A l'Hôpital Sainte-Justine, avec de nouveaux locaux, il y aura un service spécial de psychiatrie dont le titulaire sera M. Lussier.

III. Radiothérapie et radiumthérapie. Une mise au point nécessaire. — *M. Léo Parizeau.*

— Il n'entre pas dans mes moyens de faire de mémoire un rapport sur l'éblouissante conférence de M. Parizeau. Faute du document — et même avec ça — qui me guiderait à travers ce dédale de rayons qui vont de l'infra-rouge à l'ultra-violet.

M. Parizeau refait l'historique des rayons X, nous montre l'évolution de cette partie de la physique qu'on a appliquée avec de si beaux résultats, en médecine et en chirurgie pour aboutir à la radiothérapie profonde. Le savant radiologiste nous montre aussi la connexité étroite qui existe entre les rayons X et les rayons du radium, disant qu'ils se complètent les uns les autres.

Mais je balbutie et m'aperçois que je ne peux continuer, le manuscrit m'ayant manqué pour en faire rapport.

#### *Discussion.*

*M. le Président:* se fait l'heureux interprète de la Société Médicale en offrant au conférencier ses plus vives félicitations. Il attire aussi l'attention des sociétaires sur le "Dimanche du Praticien", sur les règlements modifiés insérés dans les statuts de la Société et sur la perception de la contribution annuelle. Et la séance est levée.

Le Secrétaire,  
J. U. GARIEPY.

---

## ***Séance du 21 mars 1922***

---

Présidence de M. J. N. Roy  
Travaux originaux.

1° a) *Un cas de scoliose traumatique du nez.* — Ostéoclasie. Guérison (présentation du malade). — M. J. N. Roy.

L'auteur présente un malade chez qui il a pratiqué une fracture du nez, pour corriger une forte déviation traumatique nasale, datant de 23 ans. Pour immobiliser la cloison, il s'est servi d'un appareil de "stent" modelé après son intervention. Le nez est main-

tenant bien droit, et le conférencier montre une photographie prise avant l'opération.

b) *Perforation spontanée de la cloison nasale.* — Autoplastie avec lambeau pédiculé de la muqueuse. Guérison. (présentation de la malade). — M. J. N. Roy.

M. Roy fait examiner une jeune fille venue le consulter pour une perforation spontanée de la cloison nasale remontant à un an, qui, à la respiration, se plaignait d'un bruit de sifflet fort désagréable.

Afin de remédier à ce trouble, il obtura cette perforation au moyen d'un lambeau pédiculé de muqueuse nasale, après avoir déséqué son pourtour.

Sa malade est tout à fait guérie.

#### DISCUSSION

*M. Bohémier*: Note la façon particulièrement habile et complète avec laquelle M. Roy a conduit ces deux réparations. Il espère que l'autoplaste qu'est M. Roy, avant longtemps, découvrira l'opération nécessaire au traitement de l'ozène. Et, dit M. Bohémier: De quelle importance ne serait-elle pas au point de vue tuberculose?

*M. Dubé*: Remarque que M. Roy, de même que M. Archambault, sont très méritoires pour leurs efforts incessants à amener les malades qui font le sujet de leurs travaux, malades venant de la campagne. Pas de difficultés qui les rebutent.

M. Roy a obtenu de très beaux résultats. Les déviations et les respirations nasales bénéficieront de ses procédés, qui permettent de corriger tel ou tel défaut physique ou pathologique.

2° *Déviations du complément et la tuberculose.* — M. Larouche.

M. Larouche fait un historique de cette réaction. Il cite les différentes autorités en la matière. Puis vient la technique. Exposé des résultats par les statistiques. Ce qu'il y a de particulier, c'est que la majorité des sérums syphilitiques, à Wassermann positif, donnent aussi une réaction positive avec l'antigène de Besredka, dû à la présence de lipoides des jaunes d'oeufs dans le milieu de culture qui sert à le préparer. Dans ses conclusions l'auteur croit que la pratique de la fixation du complément dans la tuberculose humaine peut aider beaucoup à dépister cette maladie au début ou en confirmer le diagnostic. Même utilité pour les hygiénistes et les vétérinaires en ce qui concerne la tuberculose bovine.

## DISCUSSION.

*M. Baudouin*: Mentionne la réaction de Von Pirquet et demande à *M. Larouche* quels en sont les résultats.

*M. Larouche*: N'a pas contrôlé le Von Pirquet. Il souhaiterait une organisation pour contrôler les deux réactions.

*M. Archambault*: Pose deux questions: 1<sup>o</sup>. La fixation du complément dans la tuberculose est-elle réellement une réaction; 2<sup>o</sup>. Est-elle positive chez tous les syphilitiques? Si oui, c'est un gros défaut, car il faut d'abord éliminer la syphilis.

*M. Larouche*: Proclame la supériorité de la réaction de l'antigène à l'oeuf parce qu'il est spécifique. Il suggère de faire le Wassermann en même temps que le Besredka.

*M. Cholette*: Dit avoir eu connaissance de la réaction préconisée par *M. Larouche*. Il lui est très reconnaissant de la collaboration qu'il a permise aux médecins de l'Institut Bruchési. La fixation du complément dans la tuberculose est aussi importante que le Wassermann dans la syphilis qui donne 85% de satisfaction, puisque sur 52 cas de tuberculose positive dont les crachats ont produit 42 réactions positives, i. e. 80%.

*M. Dubé*: Signale la valeur du Besredka qui vient de s'ajouter aux autres éléments de laboratoires que nous possédons, i. e. Von Pirquet qui indiquera tuberculose antérieure, radiographie, analyse des crachats, albumino-réaction, histoire clinique. Mais, malgré tout ça, certains malades resteront des problèmes.

*M. Roy*: Les travaux de laboratoires présentent toujours un attrait tout particulier pour les vrais amateurs de la science, et il ajoute que le conférencier a su tirer de son sujet tout l'intérêt possible, comme il est coutumier du fait, d'ailleurs.

3<sup>o</sup> - *Voyage d'étude à l'Université John Hopkins*. — *M. J. A. Baudouin*.

Dans ce travail très élaboré, où à l'esprit d'observation se joint le talent de narration, le conférencier nous fait visiter avec lui cette grande université américaine. Ici encore, je ne puis que trop déplorer l'absence du manuscrit pour me permettre de donner un fidèle compte-rendu. Quoiqu'il en soit, *M. Baudouin* n'a pas perdu son temps et nous sommes sûrs que la population toute entière bénéficiera de son séjour au delà de la ligne 45<sup>ème</sup>.

## DISCUSSION

*M. Dubé*: Passe en revue l'oeuvre de l'Université de Montréal

et compare l'état actuel des choses avec ce qui existait il n'y a pas encore très longtemps. Il termine par une parole éminemment profonde dans sa vérité: Nous ne savons pas utiliser l'étoffe que nous avons. Ceci est dû à notre qualité de Latins.

4° *Affaires de routine.*

*M. Latreille:* Donne un avis de motion pour la prochaine séance, à savoir: la réorganisation du "Dimanche du Praticien" sur une base plus solide et la nomination d'une commission permanente pour en prendre la direction, commission rapportable à la Société Médicale.

Et la séance est levée.

J. A. GARIEPY,  
Secrétaire.

---

## Société Médicale des Trois-Rivières

Réunion du 16 mars 1922.

Présidence du Dr. Gélinas.

Le Dr. L. P. Normand fait la causerie sur les hémorragies utérines, qu'il divise en deux classes: les ménorrhagies et les métrorrhagies. Parmi les causes les plus fréquentes, il mentionne: la puberté, l'hémophilie, les maladies générales. Parmi les causes locales il distingue l'infection des voies génitales, puerpérales ou gonococciques, l'avortement, les néoplasies et le cancer.

A l'aide de cas de pratique, il passe en revue les diverses modalités de l'hémorragie utérine et indique ce que l'expérience lui a montré de plus efficace en fait de traitement. Il précise les indications de chacune des méthodes usitées de nos jours.

Messieurs les Drs. Bouchard, Achpise et Beaudry prennent part à la discussion.

Le Dr. Aubin dit quelques mots sur l'aménorrhée.

Il est proposé par le Dr. Desjardins, secondé par le Dr. Gélinas qu'il soit constitué un Comité de Discipline composé des Drs. Normand, E. F. Panneton et O. Tourigny. Ce comité devra recevoir et étudier toute plainte portée par un membre de la Société contre un confrère. — Adopté.

Le Secrétaire donne lecture d'une communication de la Société Médicale de Chicoutimi et Lac St-Jean re-curriculum des études médicales à six ans. Après discussion, il est proposé par le Dr. Bouchard, secondé par le Dr. Desjardins, que la Société Médicale des Trois-Rivières approuve la résolution de la Société Médicale de Chicoutimi et Lac St-Jean, qui s'oppose à l'extension du cours médical à six ans, et demande au Collège des Médecins de conserver le système actuel. — Adopté.

Le Dr. O. Tourigny, au nom des membres de la Société Médicale, présente ses félicitations au Dr. O. Desjardins, qui vient d'être nommé médecin de Santé de la ville des Trois-Rivières.

Le Docteur Desjardins remercie ses confrères et ajoute quelques mots pour indiquer ce qu'il a l'intention de faire dans l'exercice de ses nouvelles fonctions.

Omer E. DESJARDINS, M.D.,

Secrétaire,

N.B. — *L'Union Médicale* adresse ses félicitations au Dr. Desjardins à propos de sa nomination au poste de médecin de Santé de la ville des Trois-Rivières.

Le Docteur Desjardins mérite cette confiance à cause de sa droiture et de son courage dans les questions d'intérêts professionnels et de déontologie. Son activité a produit les meilleurs résultats parmi les médecins du district d'Arthabaska dont la Société Médicale était très progressive.

Malgré la situation souvent pénible des médecins à la campagne, le Dr. Desjardins lisait et écrivait beaucoup. Ses articles dénotaient un bon esprit d'observation et un désir sincère d'appliquer les meilleures méthodes de diagnostic et de traitement. On conserve le meilleur souvenir de son séjour à Ste-Anastasie de Lyster.

Plus tard, le Dr. Desjardins part à la recherche d'un champ d'activité plus vaste. Depuis son arrivée au Cap de la Madeleine, la Société Médicale des Trois-Rivières, dont il est le Secrétaire, a repris ses séances régulières. L'importance et le nombre des travaux qu'on y publie dénotent chez ses membres des activités nouvelles, dont le nouveau secrétaire est sans doute responsable.

Le poste de confiance qu'il occupera maintenant est une charge nouvelle qui exige de l'intelligence, du savoir et de l'habileté.

Nul doute que le Dr. Desjardins remplisse avec honneur et profit — avec l'appui de ses confrères — la mission qu'on lui confie, et que les citoyens de Trois-Rivières aient l'occasion de s'en féliciter à cause de l'état sanitaire enviable de leur ville.

N. D. L. R.

### *Comité d'études des Etudiants*

Les activités du "Comité d'Etudes" intéressent de plus en plus professeurs et étudiants.

Les premières séances, au nombre de six, ont fourni déjà de nombreux travaux. Messieurs les professeurs qui nous ont fait l'honneur de présider nos réunions, ont remarqué l'esprit scientifique, la clarté et la forme littéraire qui caractérisent les conférences et la discussion.

Nos remerciements à tous ceux qui encouragent cette oeuvre, spécialement à M. le professeur A. LeSage, qui a soutenu nos initiatives naissantes, au R. P. J. Morin et à M. le docteur G. H. Baril, qui ont gracieusement mis à notre disposition l'amphithéâtre de chimie.

#### ORDRE DU JOUR DES SEANCES PRECEDENTES

Appendicite . . . . . M. Fauteux.

Maladie mitrale . . . . . Ls. Chs. Simard.

Président d'honneur,

M. le Prof. A. LeSAGE.

————— o —————

Métrorragies . . . . . G. Desgroseilliers.

Rhumatisme articulaire aigu . . . . . Y. Lefebvre.

Goître et néphrite . . . . . E. Gaulin.

Président d'honneur,

M. le Prof. L. de LOTBINIERE-

HARWOOD.

————— o —————

Infection puerpérale . . . . . L. Tassé.

Président d'honneur,

M. le Prof. E. DUBE.

————— o —————

Fracture de la colonne vertébrale . . . . . O. Mercier.

Ostéomyélite . . . . . H. Vachon.

Hérédité . . . . . *M. Dubé.*

Endo-péricardite . . . . . *J. Tourangeau.*

Président d'honneur,

M. le Prof. E. LATREILLE.

— 0 —

Adénopathie mésentérique et appendicite . *G. Préfontaine.*

Maladie de Glenard . . . . . *O. Mercier.*

Président d'honneur,

M. le Prof. E. MARIEN.

M. SIMARD, Prés.

## BIBLIOGRAPHIE

ELEMENTS D'OBSTETRIQUE — Quatrième Edition — par V. WALLICH, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. Quatrième édition refondue. Un volume de 709 pages avec 180 figures dans le texte (Masson et Cie, Editeurs) : 26 fr. net.

Ce manuel contient, sous un volume réduit, tout l'enseignement de l'Obstétrique; il est facile à consulter, parce que les chapitres sont précédés d'un sommaire détaillé, que l'ouvrage est suivi d'une table analytique.

On trouvera dans ce volume divisé en trois parties: *Obstétrique normale, Pathologie obstétricale, Opérations*, toutes les matières que l'on est en droit de demander à un manuel, exposées avec un souci tout particulier de la pratique. C'est ainsi que pour chacune des maladies ou accidents, l'*Etiologie*, les *Symptômes*, les *Complications*. *Diagnostic, Traitement* font l'objet de subdivisions spéciales.

Le format et le volume du livre n'ont pas changé et l'édition actuelle comporte un soigneux élagage des théories périmées et des manoeuvres désuètes. Tout en se tenant judicieusement cantonné sur le terrain propre de l'obstétricie, M. Wallich a fait aux techniques d'ordre chirurgical la part qui leur appartient maintenant.

L'ouvrage est très illustré des meilleures figures à l'appui des techniques indiquées. Ce qui est une innovation: des films cinématographiques d'exercices opératoires permettent de définir et de fixer par l'image les principaux gestes du clinicien.

En ce qui concerne les réactions humorales provoquées par la grossesse normale ou pathologique, les nouveaux traitements de la syphilis au cours de la puerpéralité, la chirurgie obstétricale, l'allaitement artificiel, cette édition a été très remaniée.

PRECIS DE PHYSIOLOGIE MICROBIENNE, par Maurice ARTHUS, correspondant national de l'Académie de Médecine, professeur de physiologie à l'Université de Lausanne. 1 volume de 408 pages de la *Collection de Précis médicaux*. (MASSON & Cie, EDITEURS). Broché 17 fr. net; cartonné, 19 fr. net.

Dans ce nouveau précis, le professeur Arthus expose les données récentes de Biologie et de Microbiologie en diminuant, pour les rendre plus accessibles à ses lecteurs, l'importance donnée dans de plus importants ouvrages, à la technique, à l'érudition, aux théories. Ce livre est plus qu'un précis par les idées personnelles qu'il renferme sur les maladies, les toxines microbiennes, les sérums, l'anaphylaxie et l'immunité, et par l'expérience de l'auteur qui se révèle à chaque page. Il apporte aux biologistes des vues originales.

Les médecins et surtout les étudiants trouveront traités dans cet ouvrage: *Le problème des générations spontanées; les conditions et les manifestations générales de la vie des microbes; les fermentations; les diastases microbiennes; les maladies microbiennes; les toxines microbiennes; les protéines toxiques et les venins; l'immunité antitoxique; les sérums antitoxiques; l'anaphylaxie; les sérums précipitants et les sérums agglutinants; les sérums bactériolytiques, hématoxytiques et cytotoxiques; l'immunité antimicrobienne naturelle; les immunisations antimicrobiennes ou vaccinations; les mécanismes de l'immunité acquise; la résistance de l'organisme et la virulence microbienne; etc.*

*Toutes les transformations, toutes les réactions qui conditionnent la croissance et la nutrition des êtres vivants, portent sur des matériaux d'une nature particulière, sur des substances colloïdales et si nous voulons chercher à comprendre les lois qui président aux phénomènes de la vie, c'est dans les propriétés de ces complexes que nous devons les étudier.*

Les corps colloïdaux forment dans l'eau ou les liquides organiques des pseudo-solutions composées de particules très fines (*micelles*) en suspension dans le *liquide intermicellaire*.

La micelle se compose d'un granule central, partie inerte, entourée d'une couche périgranulaire très fine qui représente sa partie active.

La micelle, animée de mouvements browniens, subit de continuelles transformations. Par suite des échanges dont elle est le siège, peu à peu la couche périgranulaire s'effrite, le granule grossit et perd de

son activité. C'est le phénomène de *mûrissement*. A la suite de cette évolution, des contacts permanents s'établissent entre les granules, formant une *floculation* qui coagule la masse entière.

Tant que règne l'état colloïdal, le milieu vit et se développe avec d'autant plus d'intensité que les micelles, plus petites, présentent une plus grande surface de contact pour les échanges (2 millions de mètres carrés chez l'homme adulte). La floculation brusque détermine la mort par *choc anaphylactique*. La floculation lente aboutit à des troubles pathologiques, aux maladies diverses, qui ne sont ainsi que des phénomènes d'*anaphylaxie chronique*.

La *Biocolloïdologie*, ainsi définie, ramène à des phénomènes d'ordre physico-chimique, toutes les mutations, normales ou pathologiques, qui s'accomplissent dans les humeurs et les cellules des êtres vivants, animaux ou végétaux.

Elle comporte des conséquences et des applications de la plus haute importance.

C'est en agissant sur les échanges entre les micelles et le liquide qui les renferme que l'on peut espérer apporter des changements dans le régime de la nutrition.

C'est en désensibilisant les sujets imprégnés par des protéines ayant accidentellement pénétré dans l'organisme, en cherchant à empêcher la floculation ou à dissoudre les matériaux précipités que l'on peut espérer trouver des procédés véritablement curatifs des différents états pathologiques aigus ou chroniques.

La théorie d'Auguste LUMIERE permet de comprendre un certain nombre de phénomènes biologiques et pathologiques qui ne paraissent pas avoir reçu jusqu'ici d'explication suffisante : notamment l'augmentation de fréquence des maladies avec l'âge, la durée d'incubation nécessaire à la manifestation de certains accidents, la possibilité de déclencher des effets considérables avec des doses extrêmement faibles de produit (anaphylaxie aiguë ou chronique, action de certains toxiques, de certaines préparations thérapeutiques : colloïdoses, produits opothérapiques, etc.).

Aux dogmes obscurs de l'humorisme ancien ou moderne, Auguste LUMIERE substitue le concept logique, scientifique de l'évolution micellaire résumée dans cette formule expressive :

L'ETAT COLLOIDAL CONDITIONNE LA VIE,  
LA FLOCCULATION DETERMINE LA MALADIE ET LA MORT.

RECHERCHES SUR LE PRINCIPE CURATEUR CONTENU DANS LA TUBERCULINE. par le Prof. J. GABRILOVITCH, ancien médecin-chef des Sanatoria officiels d'Halila (Finlande). Préface du Prof. Gabriel PETIT, d'Alfort, membre de l'Académie de médecine: — 1 volume de 112 pages (Masson et Cie, Editeurs) 5 fr. net.

Le Professeur Gabrilovitch, de Finlande, est connu dans le monde scientifique par ses recherches de laboratoire et ses nombreux travaux. — Les résultats importants qu'il a obtenus par la Tuberculine en Finlande et dans plusieurs autres pays constituent un progrès important dans le traitement spécifique de la Tuberculose.

Cet ouvrage a pour but de faire connaître l'action de la Tuberculine, son application et ses résultats dans la plupart des cas de tuberculose. L'auteur a joint à sa démonstration un certain nombre d'observations très variées.

Comme l'écrit le Professeur Petit dans la préface de l'ouvrage: Si la Tuberculine n'avait été cliniquement éprouvée que par son enthousiaste inventeur, dans les établissements qu'il dirigeait naguère en Finlande, il conviendrait, jusqu'à plus ample informé, de demeurer obstinément sceptique. Mais on ne peut s'empêcher d'être impressionné par les conclusions concordantes et positives de nombreux et éminents spécialistes, ses émules, appartenant non seulement à la Russie, mais à l'Angleterre, aux Etats-Unis, à l'Allemagne et à l'Autriche, à la Suisse, aux Pays Scandinaves, etc.

PRECIS D'ALIMENTATION DES JEUNES ENFANTS. — Du sevrage à 10 ans — par le Dr EUGENE TERRIEN, ancien chef de clinique infantile de la Faculté à l'Hôpital des Enfants malades. Un volume in-8o de 465 pages. (Masson et Cie, Editeurs). 14 fr. net.

Ce livre fait avec le "Précis d'alimentation des *nourrissons*" que le Dr Terrien publie également aujourd'hui en quatrième édition, un "tout" et constitue un Manuel complet d'alimentation infantile qui prend l'enfant à la naissance et le conduit au seuil de la 11e année.

Le second volume présente en particulier cette originalité qu'alors que les ouvrages relatifs à la première enfance abandonnent le nourrisson au sevrage ou peu après, celui-ci le conduit, au contraire, beaucoup plus loin et contient des renseignements que l'on ne trouve guère systématiquement exposés ailleurs.

Le plan du livre, comme d'ailleurs celui qui est consacré au *Nourrisson*, obéit à la marche suivante :

1o *Régime de l'enfant bien portant*: besoins de l'organisme, rations théoriques, rations pratiques, évolution selon les âges; 2o *Les Régimes dans les états pathologiques*: différents troubles digestifs et leurs correctifs; troubles généraux de la nutrition, de la croissance et traitements alimentaires correspondants; 3o *Les adjuvants du régime*: cures d'air, d'exercice, sérums, hydrothérapie, etc.

TRAITE DE METAPSYCHIQUE, par Charles RICHET, Professeur à l'Université de Paris, Membre de l'Institut, 1 vol. grand in-8 de 800 pages, 40 fr. net. (Librairie Félix Alcan).

Cet ouvrage est un livre de science, non de rêve.

L'auteur, avec sa haute autorité, y expose des faits et discute leur réalité, sans prétendre à une théorie, car celles que l'on a jusqu'ici proposées en Métapsychique, paraissent d'une fragilité effrayante.

La tâche est d'ailleurs lourde. En effet, comme il s'agit de phénomènes peu habituels, le public et les savants ont pris le parti de les nier sans examen.

Cependant, ces faits existent: ils sont nombreux, authentiques, éclatants. On en trouvera dans le cours de cet ouvrage des exemples si abondants, si précis, si démonstratifs, qu'il est impossible qu'un savant de bonne foi, s'il consent à l'examen, ose les révoquer tous.

En écrivant ce livre sous la forme donnée aux traités classiques des autres sciences, physique, botanique, pathologie, le Professeur RICHET a voulu arracher aux faits qu'on appelle occultes, et dont beaucoup sont indiscutablement réels, l'apparence surnaturelle et mystique que leur ont prêtée les personnes qui ne les nient pas.

LA PYELOGRAPHIE, in 4°, 1921, 83 planches; 25 fr. Ed. PAPIN. — L'ouvrage du Dr. PAPIN est un véritable atlas de Pyélographie. Plus de 80 figures scrupuleusement reproduite par Leuba, d'après les radiogrammes, donnent une idée de toutes les lésions qu'on peut observer à l'aide de cette méthode. Le texte est surtout développé au point de vue technique; il indique également les résultats si intéressants obtenus jusqu'ici et les voies où devront s'orienter les recherches nouvelles.

Cet important travail jusqu'ici unique dans notre littérature médicale intéressera tous ceux qui, urologistes, chirurgiens ou radiologues s'occupent des affections des reins. — A. MALOINE & Fils, Editeurs, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

# HONORAIRES MEDICAUX

## *Cour de Circuit de --- Montréal*

*Services professionnels rendus à une enfant mineure.—Comptes envoyés au père de l'enfant et subséquemment à l'enfant devenue majeure.*

Le 24 janvier 1922, l'honorable juge Dorion rendait jugement dans une cause intentée par un dentiste contre le père d'une enfant mineure. Le dentiste alléguait avoir soigné l'enfant du défendeur et réclamait de ce chef \$48. Par sa défense, le défendeur allègue qu'il avait accompagné sa fille au bureau du demandeur pour l'introduire; qu'à l'époque où le demandeur a pu rendre des services à la fille du défendeur, cette dernière seule pourvoyait par son travail à ses besoins et à sa subsistance, et que le demandeur n'a aucun recours contre le défendeur, mais qu'il aurait dû s'adresser à la fille du défendeur pour le paiement de son compte". Le défendeur ayant prouvé que le demandeur avait envoyé ses comptes tantôt au défendeur et tantôt à la fille du défendeur et que le demandeur avait été averti que l'enfant soignée devait voir elle-même au paiement des services que lui rendait le demandeur, le juge a débouté la poursuite pour la raison "que le témoignage du défendeur est appuyé par des écrits émanant du demandeur lui-même".

Le dentiste a évidemment un recours contre la personne traitée, mais il lui faudra payer au préalable les frais d'une action contestée. La force probante des écrits est d'un grand poids dans la balance judiciaire. Si le dentiste n'eut adressé ses comptes qu'au père de l'enfant traitée, la preuve étant contradictoire, il aurait certainement obtenu jugement contre le défendeur. Il importe donc à l'homme de l'art de toujours adresser ses comptes à celui-là seul à qui il a donné crédit. *Scripta manent.*

G. A. MARSAN, C.R.,

*Professeur de jurisprudence médicale,  
Université de Montréal.*