

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 AVRIL 1916

No 4

MEMOIRES

La circulation veineuse hépatique et l'excrétion biliaire ⁽¹⁾

Par E. P. BENOIT,

Professeur de clinique médicale, Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

L'étude anatomique du foie nous a démontré que cette glande énorme et très vasculaire contient surtout du sang veineux. C'est le sang veineux d'une grande partie des organes abdominaux qui met en activité la cellule hépatique et c'est à l'intestin que la cellule hépatique fournit de la bile. On peut donc considérer le foie comme une annexe du tube digestif, auquel elle est unie par deux voies: la veine porte et les voies biliaires.

D'un autre côté, par les veines sus-hépatiques, le foie est relié à la circulation veineuse générale, c'est-à-dire à la veine cave inférieure, et, par elle, au cœur droit. Il subit donc, comme tous les organes, mais dans des conditions anatomiques spéciales, l'action de la circulation générale; sa propre circulation veineuse est subordonnée, d'un côté, à la circulation veineuse périphérique, de l'autre côté, à la circulation artérielle qui atteint les organes abdominaux et y détermine la pression circulatoire, la *vis à tergo*, point de départ des circulations capillaire et veineuse.

Avant d'aborder l'étude physiologique de la cellule hépatique elle-même, nous devons donc étudier la physiologie de la circulation

(1) Leçon du Cours de Clinique Élémentaire donnée à l'Hôpital Notre-Dame lundi, le 14 février 1916.

hépatique. Cette étude est nécessaire pour comprendre non seulement les fonctions propres de l'organe, mais aussi les relations pathologiques du foie avec les viscères thoraciques et abdominaux.

Nous étudierons dans cette leçon : 1° la circulation veineuse hépatique ; 2° l'excrétion ou circulation biliaire.

I. LA CIRCULATION VEINEUSE HEPATIQUE.

Nous venons de dire que la circulation veineuse hépatique est subordonnée à la circulation veineuse générale. Cette dernière est soumise à des influences qui doivent évidemment se faire sentir sur la première. Mais jusqu'à quel point ? C'est un sujet intéressant à connaître.

La circulation hépatique est une circulation spéciale, une circulation porte. Nous devons donc étudier les conditions spéciales de cette circulation porte.

Enfin, les relations anatomiques du foie avec les organes thoraciques ou abdominaux exposent la glande hépatique à subir le contre-coup des maladies de ces organes, de même qu'une maladie du foie peut affecter des organes voisins.

Nous allons donc considérer : 1° la circulation veineuse en général ; 2° les circulations veineuses spéciales et en particulier la circulation veineuse hépatique, ainsi que les relations de cette circulation avec le thorax et avec l'abdomen.

1° *La circulation veineuse en général.*

C'est par les veines, vous le savez, que le sang revient au cœur. Mais les veines elles-mêmes ne peuvent pas, comme les artères, aider cette progression. Elles sont peu élastiques ; elles se laissent facilement dilater et peuvent, à un moment donné, servir de réservoir ; mais elles n'exercent aucune pression sur la masse sanguine, et c'est à peine si les valvules de certaines veines empêchent le sang de rétrocéder. Les causes de la circulation veineuse siègent ailleurs que dans les veines elles-mêmes.

Ces causes sont multiples. Il y a une cause principale ; il y a des causes adjuvantes et accessoires.

Cause principale. C'est la pression veineuse, la *vis à tergo*, qui prend naissance, en effet, dans l'impulsion cardiaque prolongée par

la pression artérielle et capillaire. Mais cette pression des vaisseaux diminue à mesure qu'elle s'éloigne du coeur; rendue dans les veines, elle ne mesure que 5 à 15 millimètres de mercure, affaiblie qu'elle a été par la traversée des capillaires. Elle est encore suffisante pour faire progresser le sang, mais faible. Les causes adjuvantes et accessoires viennent la renforcer.

Causes adjuvantes. Elles sont au nombre de deux: a) l'aspiration thoracique; b) la poussée abdominale.

(a) Aspiration thoracique. Le poumon est un organe élastique situé dans une cavité close et tend constamment à revenir sur lui-même. Il exerce donc dans le thorax une aspiration permanente qui se fait sentir sur tous les organes adjacents, et en particulier sur les veines, maintenues béantes par les aponévroses et les adhérences aux viscères. Et même l'influence de l'aspiration thoracique sur les veines s'étend très loin, jusqu'aux jugulaires, jusqu'aux fémorales. Les libres mouvements du thorax sont donc utiles à la progression du sang veineux.

(b) Poussée abdominale. Ajoutons que l'aspiration thoracique sur les veines de l'abdomen est facilitée par la pression que le diaphragme, s'abaissant à chaque inspiration, exerce sur tout le contenu de l'abdomen. Ce phénomène crée une poussée abdominale qui facilite la progression du sang veineux vers le thorax dilaté.

Causes accessoires. Enfin la progression du sang veineux est favorisée par diverses causes accessoires qui sont: l'aspiration créée par les mouvements du coeur; l'exercice, qui comprime les veines par les contractions musculaires; le battement des artères adjacentes aux veines; le fait que certaines veines sont pourvues de valvules qui soutiennent la progression du sang veineux.

Toutes ces causes que nous venons d'énumérer ne sont pas de nature à agir sur la circulation du foie. Il est évident, par exemple, que la veine porte échappe à l'influence des contractions musculaires, des battements des artères, et nous savons qu'elle n'est pas pourvue de valvules. Mais la veine porte subit dans une large mesure l'influence de l'aspiration thoracique, de la poussée abdominale, de l'action aspirante du coeur, et son débit est certainement réglé, à l'état normal, par la *vis à tergo*, c'est-à-dire par l'activité circulatoire artérielle des organes abdominaux, et surtout de l'estomac, de l'intestin, du pancréas et de la rate.

2° *La circulation veineuse hépatique.*

Il faut toutefois se rappeler que la circulation de la veine porte est une circulation veineuse spéciale ou particulière, c'est-à-dire qu'elle s'opère dans des conditions anatomiques qui lui sont propres. On donne le nom de système porte, suivant la définition de Gley, à toute partie de l'appareil circulatoire "dans laquelle le sang va des capillaires d'un organe vers les capillaires d'un autre organe." C'est le cas pour le vaisseau efférent qui, dans le rein, transmet le sang du glomérule aux anses des tubes contournés. C'est le cas également, et sur une très grande échelle, pour la veine porte, qui prend le sang veineux du tube digestif, du pancréas et de la rate et va le capillariser de nouveau dans le foie.

Les choses étant disposées ainsi, il devient intéressant de savoir dans quelles conditions physiologiques s'établit la circulation veineuse hépatique, quelles sont ses relations avec la circulation des organes voisins ou la circulation générale, et jusqu'à quel point ces diverses circulations peuvent s'influencer réciproquement.

Nous étudierons: (a) les conditions de la circulation hépatique; (b) ses relations avec le thorax; (c) ses relations avec l'abdomen.

(a) *Conditions de la circulation hépatique.*

La veine porte a un diamètre cinq fois plus grand que celui de l'artère hépatique, et le débit du sang dans la veine est 60 fois supérieur au débit du sang dans l'artère. La circulation veineuse hépatique est donc très active. Le sang ne met que seize secondes à traverser cette glande énorme, et les physiologistes calculent qu'il passe, par heure, *environ cent litres de sang dans le foie.*

Les forces qui mettent en marche cette circulation sont:

1. L'activité circulatoire (sang artériel) dans l'estomac, l'intestin (gros et petit), le pancréas et la rate, c'est-à-dire presque tous les organes de l'abdomen, ce qui constitue un champ considérable, irrigué par des branches importantes de l'aorte. Il est évident en outre que cette activité circulatoire sera plus grande pendant les périodes de digestion.

2. L'influence de l'aspiration thoracique, qui se fait sentir avec une grande facilité sur les veines sus-hépatiques, maintenues béantes par leur adhérence au tissu hépatique, et détermine dans ces veines une pression beaucoup plus faible que dans la veine porte.

3. La poussée abdominale causée par l'abaissement du

diaphragme à chaque inspiration, et qui ajoute son influence à celle de l'aspiration thoracique.

4. Enfin l'aspiration cardiaque diastolique exerce son action sur la veine cave inférieure et par elle sur les veines sus-hépatiques, venant ainsi compléter l'action foulante de la *vis a tergo* mise en branle par la systole.

On retrouve ici, vous le voyez, la plus grande partie des influences qui agissent sur la circulation veineuse en général. (Il y manque l'action des muscles, des artères et des valves. Et encore l'exercice musculaire, activant la circulation artérielle, et par conséquent la *vis a tergo*, est-il de nature à favoriser la circulation hépatique).

Ces faits physiologiques nous montrent que la circulation veineuse hépatique a des relations directes avec les organes du thorax et ceux de l'abdomen; qu'elle a besoin, pour se bien faire, du bon fonctionnement du coeur, des poumons et du tube digestif; qu'entre tous ces viscères, la solidarité physiologique est constante, mais que cette solidarité sera mise en péril par l'état pathologique de l'un ou l'autre de ces viscères.

Et ceci comprend le foie lui-même. La bonne circulation du foie exige le bon fonctionnement du coeur, des poumons et du tube digestif. Mais d'un autre côté, la circulation hépatique ne peut se faire librement que si l'intégrité du foie lui-même est conservée.

(b) *Relations de la circulation hépatique avec le thorax.*

Il est certain, dans ces conditions, que l'asystolie, par exemple, en engorgeant le coeur droit, en forçant la valve tricuspide, que Gilbert et Carnot considèrent comme la valvule du foie, rendra la circulation sus-hépatique, celle qui va du foie au coeur, des plus difficiles, et que la glande hépatique en subira vite le contre-coup. Le foie cardiaque est un chapitre de la pathologie interne que nous aurons à considérer dans la série de ces leçons.

Les affections de l'appareil respiratoire affectent très souvent le foie d'une façon indirecte en gênant la circulation cardio-pulmonaire et en provoquant la dilatation du coeur. Mais il y a plus. Les pneumonies et les pleurésies siégeant à droite peuvent immobiliser le diaphragme de ce côté, diminuer ou rendre nulle l'aspiration thoracique, et par ce moyen gêner la circulation hépatique au point de provoquer la congestion secondaire de cet organe. L'engorgement diminuant la pression dans la veine porte, l'écoulement

de la bile ne se fait plus aussi bien, d'où, chez ces malades à foie congestionné, le teint sub-ictérique ou l'ictère véritable.

(c) *Relation de la circulation hépatique avec l'abdomen.*

La circulation de la veine porte a besoin, pour se maintenir à son taux normal, d'une circulation active dans le tube digestif. Toutes les affections de l'estomac ou de l'intestin par manque de circulation ou de nutrition diminuent la circulation portale et conduisent le foie vers l'insuffisance fonctionnelle.

D'un autre côté, toute maladie du foie qui gêne la circulation hépatique, et c'est le cas en particulier pour les cirrhoses, détermine une hypertension portale qui affecte immédiatement l'estomac, l'intestin, la rate, dont le sang veineux n'est plus suffisamment drainé, et secondairement le rein, obligé d'établir la diurèse avec des produits de désassimilation insuffisamment modifiés. On voit alors apparaître un ensemble de symptômes, un syndrome relevant de l'hypertension portale, et qui se caractérise par l'hypertrophie de la rate (splénomégalie), les hémorragies gastro-intestinales, les hémorrhoïdes, l'ascite, l'hypotension artérielle, la circulation collatérale des veines du thorax et de l'abdomen, l'oligurie, l'opsiurie. Nous aurons l'occasion d'y revenir en étudiant les cirrhoses.

En résumé, vous voyez que la circulation veineuse hépatique, tout en subissant les lois générales qui régissent toute circulation veineuse, se fait cependant dans des conditions qui lui sont propres. Ce vaste système porte canalise le sang des capillaires de tout le tube digestif dans sa portion abdominale, et l'amène en se capillarisant à son tour au contact des cellules d'une énorme glande vasculaire qui devra, après avoir modifié ce sang veineux, le retourner au cœur. Et comme si toute cette circulation particulière n'était pas déjà suffisamment compliquée, voici que, au sein même de la glande, au milieu de tout ce réseau veineux, prend naissance une troisième circulation, celle de la bile.

II. L'EXCRETION BILIAIRE.

J'aurai à vous expliquer, dans la prochaine leçon, comment se forme la bile, et à quoi elle sert. Je ne veux pour le moment m'occuper que de l'excrétion de la bile, c'est-à-dire sa descente dans les voies biliaires, sa mise en réserve dans la vésicule et son déversement dans l'intestin.

Disons seulement, avant d'aborder ce sujet, que la circulation de la veine porte est nécessaire à la formation de la bile, puisque c'est dans le sang veineux que la cellule hépatique puise les matériaux qu'elle utilise pour cette fabrication. Les physiologistes nous ont fourni de ce fait des preuves expérimentales. La ligature de l'artère hépatique n'influence pas la sécrétion biliaire; celle d'une branche de la veine porte diminue d'une façon considérable la production de la bile.

La bile elle-même, d'ailleurs, parvenue dans l'intestin, est résorbée en partie par les capillaires veineux et ramenée au foie par la veine porte pour participer à la sécrétion constante de la bile. C'est cette circulation de bile entre l'intestin et le foie, dit Gley, par l'intermédiaire du système porte, que l'on a appelée circulation entéro-hépatique.

1° *Circulation de la bile dans les voies biliaires.*

L'écoulement de la bile, comme celui de l'urine, est constant. Le liquide, formé dans les canaux biliaires intra-hépatiques, descend à mesure dans le canal cystique, le liquide nouveau chassant devant lui le liquide déjà formé. La pression est très faible, de sorte qu'il suffit d'un obstacle léger à l'excrétion pour arrêter la bile et amener sa résorption. Normalement, la bile descend jusque dans le cholédoque, poussée, en outre de la *vis à tergo*, par des contractions spontanées des voies biliaires analogues aux mouvements spontanés des uretères. Le sphincter d'Oddi, placé à l'embouchure du cholédoque dans l'ampoule à Vater, empêche la bile de passer et la force à remonter par le canal cystique et à s'accumuler dans la vésicule biliaire.

Notons que la muqueuse des voies biliaires est très sensible. Sous l'influence d'une irritation, par exemple la présence d'un calcul, les contractions péristaltiques s'exagèrent, ce qui détermine des spasmes douloureux des voies biliaires qu'on est convenu d'appeler coliques hépatiques.

2° *Déversement de la bile dans l'intestin.*

La bile se déverse dans l'intestin pendant la période de digestion. Il s'agit en grande partie d'une action réflexe, déterminée par la

présence dans le duodénum de l'acide chlorhydrique et des graisses entraînées par les substances alimentaires, et peut-être même par les produits de digestion de la viande (albumoses). Pendant cette période de digestion, le sphincter d'Oddi s'ouvre, la vésicule biliaire se contracte, et la bile est poussée dans l'intestin, où elle coule pendant toute la période digestive.

CONCLUSIONS

1° Le foie est une énorme glande vasculaire remplie surtout de sang veineux.

2° Ce sang lui vient de la veine porte, qui draine toute la portion sous-diaphragmatique du tube digestif, ainsi que le pancréas et la rate.

3° C'est la circulation dans ces organes qui détermine l'activité de la circulation portale.

4° Les veines sus-hépatiques, béantes et sans valvules, reliées directement à la veine cave inférieure près du coeur, subissent fortement l'action de ce dernier viscère.

5° L'intégrité des mouvements du diaphragme est aussi nécessaire à la bonne circulation du foie.

6° L'excrétion de la bile se fait d'une façon automatique; elle est réglée par la digestion.

De l'influence de troubles gastriques sur l'intelligence des écoliers ⁽¹⁾

Par le Dr A. K. MALOUF.

Médecin-inspecteur pour le département d'hygiène de Montréal.

L'influence du régime alimentaire sur le développement de la jeunesse a été reconnue par tout le monde, et spécialement par ceux qui ont fait une étude approfondie des troubles digestifs et de leurs conséquences, sur le système nerveux et les centres de nos facultés intellectuelles. Le but du présent travail est de démontrer que le médecin-inspecteur d'école durant son inspection doit porter une attention spéciale sur les troubles digestifs qui sont de nature à produire un état maladif chez l'enfant, et à altérer profondément son intelligence. •

Nous savons que le bol alimentaire, après avoir été introduit dans la bouche, mastiqué par les dents, et imprégné par la salive, doit se rendre dans l'estomac en passant par l'oesophage; et subir l'action des sucs gastriques, lesquels le préparent à la digestion. Une fois digérés les aliments doivent passer dans les intestins où ils subissent l'action des fermentations normales, et très souvent, aussi, des fermentations anormales, qui se font dans les différentes parties des intestins. Dans leur pérégrination à l'intérieur du tube digestif, les aliments subissent l'assaut d'un très grand nombre de microbes, dont la présence est inévitable, et qui sont les agents provocateurs des fermentations anormales. Ces microbes se trouvent dans la bouche, logés dans les cavités des dents cariées, ou dans les interstices des dents, sur la muqueuse des amygdales, ou encore sur les végétations adénoïdes qui existent très souvent chez les enfants. La mauvaise habitude qu'ont certains enfants de toujours porter à leur bouche tout ce qui leur tombe sous la main, de ronger leurs ongles, de mâcher de la gomme et, en un mot, de se servir de leur bouche comme de dépotoir, est de nature à augmenter le nombre et les variétés des microbes de cette cavité. Il arrive aussi très souvent que le manque d'hygiène et de propreté laisse développer dans la bouche une infinité de bacilles, lesquels sont entraînés avec les aliments dans le tube digestif. Les sécrétions pituitaires, les liquides purulents du nez, le pus provenant des abcès de la bouche, sont souvent avalés par les enfants et introduits dans l'estomac; rendus dans les intestins, ces

(1) Communication à la Société Médicale, déc. 1915.

microbes se mêlent à ceux qui s'y trouvent déjà et développent aux dépens d'une partie des aliments, des produits toxiques, tout en sécrétant des substances également toxiques, auxquelles on donne le nom de toxines.

Ces poisons, ainsi générés, s'appellent encore substances putrides, et les actes générateurs de ces substances constituent les phénomènes de la putréfaction, auxquels aboutissent presque toutes les fermentations anormales du tube digestif. La putréfaction des matières alimentaires acquiert son maximum d'intensité à l'intérieur des intestins, et les actes intestinaux donnent naissance, en dernier lieu, à la formation d'une masse résiduelle putride extrêmement toxique. Les corps toxiques provenant de ces déchets alimentaires, en pleine putréfaction, après avoir irrité la muqueuse intestinale, sont en partie résorbés par les parois de cette muqueuse, et entrent dans l'organisme par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux chylifères. Le sang charrie ces substances et les amènent dans tous les autres organes où ils produisent leur action néfaste non seulement sur la substance même des organes mais aussi sur leur fonctionnement. C'est surtout au cerveau que l'action de ces toxines se manifeste avec le plus d'intensité. En effet, c'est dans le cerveau que se trouve le siège de toutes nos facultés physiques, intellectuelles et morales; c'est dans le cerveau que sont situés les centres qui permettent à l'enfant de s'instruire et d'acquérir les connaissances nécessaires à son éducation; les grands centres nerveux dont l'enfant a le plus besoin pour son éducation sont: le centre de la mémoire visuelle situé dans les circonvolutions occipitales, les centres de la mémoire verbale et des sensations auditives situés dans la première circonvolution temporelle gauche, et les centres de la parole articulée situés dans la troisième circonvolution frontale gauche. Il serait trop long d'énumérer ici tous les centres nerveux qui entrent en fonction et qui servent à imprimer et à retenir tout ce qui forme l'éducation de l'enfant. Ces centres peuvent subir l'action des toxines qui les paralysent et les rendent incapables à fonctionner d'une façon normale. Des personnes jouissant d'une mémoire remarquable, ont vu diminuer considérablement cette faculté à la suite des troubles digestifs dont ils sont atteints.

On a remarqué souvent que la faculté du goût comme aussi celle de l'odorat sont diminuées considérablement chez les personnes qui souffrent de dyspepsie ou de troubles gastriques.

Quant aux maladies résultant du mauvais fonctionnement des intestins elles sont très nombreuses et se présentent sous différentes formes et différents aspects, la constipation opiniâtre qui dure deux ou trois jours suivie d'une diarrhée abondante, signifie une paralysie des parois intestinales provoquée par l'inaction des fibres nerveuses ainsi que des ganglions nerveux des parois de l'intestin, les déchets alimentaires après avoir été accumulés longtemps finissent par produire une irritation sur les parois intestinales et provoquent le flux aqueux provenant du sang, lequel détermine la diarrhée, si on ajoute à tout cela les hémorragies, les hémorroïdes, les spasmes de l'anus, les maladies du foie et enfin tous les troubles de la dyspepsie, on peut se faire une faible idée des accidents provoqués par la mauvaise digestion chez les enfants.

Les statistiques pour démontrer et appuyer ce qui précède font complètement défaut, mais Messieurs, vous n'avez qu'à jeter un regard autour de vous, faire une petite enquête parmi vos amis intimes, chez vos parents ou les personnes avec qui vous êtes en rapport, pour constater l'influence des troubles digestifs sur l'intelligence des enfants et même des grandes personnes; j'ai fait moi-même des recherches et j'ai compilé certains renseignements qui me portent à vous dire que, sur 60 personnes, dont l'âge varie entre 25 et 45 ans, il existe environ 20 qui ont souffert ou qui souffrent actuellement de troubles gastriques, digestifs ou nerveux dont l'origine, prétend-on, remonte à leur séjour dans les pensionnats et les collèges. Il m'est arrivé souvent dans l'examen des élèves dans les écoles de constater que certains enfants avaient la langue chargée, pâteuse, fendillée, ils exhalaient une haleine fétide, ils avaient les lèvres fendillées et gercées et présentaient tous les symptômes de troubles digestifs.

Une petite enquête m'a démontré que la plupart de ces élèves restaient quelquefois jusqu'à 3 ou 4 jours et même six jours sans aller à la selle, ceux à qui je demandais quand ils avaient été à la selle la dernière fois, me répondaient, en faisant un effort de mémoire, qu'ils ne se rappelaient pas, qu'il y a de cela très longtemps, et ils ne semblaient porter aucune importance à l'évacuation des résidus alimentaires et au mauvais fonctionnement de leurs intestins.

Je ne prétends pas affirmer que tous les troubles intellectuels sont dûs au mauvais fonctionnement du tube digestif; mais je veux simplement exposer que les troubles gastriques et les fermentations putrides des intestins peuvent avoir une répercussion intense sur le cerveau et l'ensemble du système nerveux.

Les causes de tous ces troubles peuvent être attribuées au manque de surveillance des fonctions des intestins chez les enfants et enfin à l'ignorance des principes physiologiques et des conséquences pathologiques occasionnées par les troubles gastriques.

Le régime alimentaire n'est pas toujours approprié aux besoins des élèves qui se développent plus ou moins normalement. Les uns mangent trop, les autres pas assez; on est souvent soumis à un régime qui manque de variété. On est aussi souvent porté à manger des féculents ou des matières qui entretiennent les fermentations intestinales. Dans certaines maisons d'éducation surtout dans les internats, l'esprit des élèves est surtout concentré sur leurs études, leurs compositions, leurs concours, leurs examens, sur l'observance des règlements, etc., etc., ce qui détourne beaucoup leur attention du fonctionnement normal de leurs organes digestifs.

Il arrive aussi souvent que l'attention des directeurs et même des parents n'est éveillée que quand des complications sérieuses se manifestent.

Il faut pour maintenir les intestins toujours libres, faire varier les aliments, il faudrait manger beaucoup de légumes et aussi des fruits en quantité, soit frais, secs ou cuits, il faut aussi que le raisin soit employé aussi souvent que possible, pour entretenir les intestins dans une fraîcheur relative et empêcher les fermentations putrides. Pour les élèves qui ne sont pas internes et dont le seul souci est de jouer, s'amuser, courir, etc., il faudrait que les parents, surtout les mères de famille, surveillent le fonctionnement des intestins de leurs enfants et voir à ce qu'ils aient, au moins, une défécation par vingt-quatre heures.

La puberté chez les garçons comme chez les filles influence beaucoup les fonctions digestives et c'est durant cette période que les parents ou les directeurs des collèges et de pensionnats devraient porter au fonctionnement des intestins des élèves une attention toute spéciale; autrement il se produit chez ces enfants un empoisonnement des centres nerveux, tel que mentionné plus haut, qui rend ces derniers réfractaires à l'enseignement, incapables d'apprendre leurs leçons et obligés de dépenser une forte somme d'énergie et d'effort de mémoire pour retenir les explications du professeur ou les exercices de mémoires, etc., de là une perte de temps considérable et l'étouffement d'un grand nombre de talents et de génies qui pourraient dans l'avenir produire de grands actes et de belles choses, pour le plus grand bien de la nation et de la société.

Grâce à l'inspection médicale des écoles, les troubles gastriques diminuent de jour en jour, par le fait que les médecins inspecteurs attirent l'attention des parents sur le mauvais fonctionnement du système digestif de leurs enfants. Les conférences organisées par le département d'hygiène de Montréal, ont aussi pour effet d'attirer l'attention des parents sur le même état de choses et de leur montrer leurs devoirs vis-à-vis de leurs enfants. Dans les pensionnats et les collèges où les médecins inspecteurs ne sont pas admis, les médecins attachés au service de ces institutions devraient porter une attention toute spéciale sur le fonctionnement des intestins des élèves. Enfin l'enseignement de l'hygiène et des premières notions de physiologie est de nature à diminuer considérablement les effets des troubles digestifs et assurer à la génération future des intelligences saines dans des corps sains.

L'ELECTRARGOL

Un cas de fièvre typhoïde traité par ce merveilleux agent.

Par le Dr OMER DESJARDINS,
de Ste-Anastasia.

Je ne sais si je fais erreur, mais il me semble que depuis un certain temps la littérature médicale ne contient à peu près rien au sujet de l'emploi thérapeutique de l'Electrargol. A quoi cela tient-il? Est-ce parce que son emploi est tellement admis par les membres de la profession qu'il serait maintenant superflu d'en parler? Ou bien serait-ce dû à ce que cet agent thérapeutique aurait failli à ses promesses et qu'il serait tombé en disgrâce auprès des médecins? Evidemment, je ne saurais résoudre ces points d'interrogation. Seulement, je crois constater que l'on parle moins à l'heure actuelle de son emploi. Pourtant, en tenant compte des indications de ce médicament, en ne l'employant qu'en des cas bien déterminés, il me semble que nous avons là un remède, je ne dirai pas miraculeux, mais plutôt précieux.

Je ne dirai rien de l'emploi du Collargol en injections intra-veineuses, ne m'étant jamais décidé à l'employer ainsi. Je me bornerai à raconter l'heureux résultat obtenu par l'Electrargol en injection intra-musculaire dans un cas de fièvre typhoïde. En effet, parmi les nombreuses indications thérapeutiques de l'Electrargol figurent tous les états fébriles aigus et les infections. Dans le formulaire Astier (1913) (p. 553), à l'article: "Argent colloïdal", on lit: Argent colloïdal, antiseptique local et général très actif, employé dans les pyrexies infectieuses (fièvre typhoïde, etc...); il abaisse la température et améliore l'état général". De son côté, Netter (in Montreal-Medical, mars 1903), en parlant de l'argent colloïdal dans les maladies infectieuses, cite une dizaine de cas où il a employé le Collargol, et entr'autres il mentionne trois cas de fièvre typhoïde adynamique. A ce sujet, il ajoute: "Le Collargol n'est pas une panacée et son emploi ne fera pas renoncer dans chaque maladie à l'usage des médications consacrées par l'expérience. Mais c'est un agent précieux que nous ne saurions trop recommander."

C'est en me basant sur ces données que j'ai traité récemment un cas de fièvre typhoïde par ce moyen. Pour bien faire voir de quelle manière heureuse a agi l'Electrargol dans ce cas, voici le tableau de la température en même temps que l'histoire clinique du malade.

HISTOIRE:—X... âgé de 23 ans, menuisier de son métier,

travaille à Lévis depuis un mois. Il y a cinq ans a été opéré pour abcès appendiculaire. Depuis ce temps il souffre de catarrhe naso-pharyngien. Outre cela, il jouit d'une parfaite santé. C'est un homme robuste. Vers le 9 octobre 1915 il commence à souffrir de céphalalgie et se sent fiévreux. Le lendemain, il va consulter un médecin qui lui donne un analgésique. Il continue à travailler, mais au bout d'une semaine comme son mal de tête continue et que la fièvre augmente, il abandonne son travail et s'en vient chez lui. Il a eu quelques épistaxis et ses selles ont été plus fréquentes sans jamais cependant aller jusqu'à la diarrhée profuse.

Le 16 au soir, je vois le malade pour la première fois. Ce qui frappe surtout à première vue c'est le faciès absolument typique; aussi bien un examen attentif me fait de suite porter le diagnostic de fièvre typhoïde. Ce soir-là, la température était à 105° ; et à part la plupart des symptômes classiques, il y avait une éruption assez intense de taches rosées lenticulaires. Je prescris l'antipyrine et ordonne les draps mouillés froids vu qu'il n'y a pas possibilité d'appliquer la méthode de Brand; comme il y a un peu d'agitation, qui indique une réaction nerveuse et aussi un ballonnement un peu considérable, je fais appliquer un sachet de glace sur la tête et un autre sur le ventre.

Le lendemain soir, malgré l'antipyrine et les draps mouillés, la température est à 105° (C'est ce soir-là que le sero-diagnostic a été fait à Montréal par M. le Dr Bernier avec résultat positif.) Une légère arythmie et beaucoup d'agitation indiquent que l'infection est déjà profonde. C'est alors que je me décide à avoir recours aux injections intra-musculaires d'Electrargol.

Le 17, soir, 10 c.c. dans la fesse, (1)

Le 19, soir, 10 c.c. dans la fesse,

TEMPERATURE

16 octobre.	Pouls	120	Temp.	105	
17 —	—	120	—	105	Electrargol 10 c.c.
18 —	—	110	—	102	
19 —	—	120	—	104	Electrargol 10 c.c.
20 —	—	103	—	103 m. 104 S.	
21 —	—	108	—	102 3/5	Electrargol 5 c.c.
22 —	—	120	—	103	
23 —	—	108	—	102	Electrargol 5 c.c.
24 —	—	102	—	101 1/5	
25 —	—	100	—	100-104 S.	Electrargol 5 c.c.
26 —	—	92	—	100	

Les jours suivants jusqu'au 3 novembre la température oscille entre 98 4/5 m. et 100 le T.

Le 21, soir, 5 c.c. dans la fesse,

Le 23, soir, 5 c.c. dans la fesse,

Le 25, soir, 5 c.c. dans la fesse.

J'aurais voulu continuer les injections, mais le malade s'y refuse ; il se sent déjà considérablement mieux et la température à ce moment est abaissée à 101° , pour ne plus dépasser ce chiffre ; tous les symptômes se sont amendés et, détail précieux, le malade ne sent pas cette asthénie complète qui atteint si profondément les dothiéntériques. Durant tout ce temps les lotions et le drap mouillé ont été continués sans interruption. Quelques légers incidents, tels que rétention vésicale, le 19, ont été traités comme il convenait.

Si l'on prend la peine d'examiner attentivement le graphique thermal, voici ce qu'on observe : Chaque injection d'Electrargol était suivie d'une chute progressive de la température, de telle façon que d'une injection à l'autre il y avait un gain marqué sur le résultat de la précédente. On remarque encore que la période d'état, ordinaire en ces cas, a été transformée en une diminution progressive de la fièvre et que la température a été normale pour la première fois, neuf jours après la première injection. On observe de plus, qu'à partir du 27, alors que les injections ont été suspendues, la courbe de température, tout en restant abaissée, a repris cette marche spéciale aux grandes pyrexies.

Que résulte-t-il de cette observation ? Evidemment, un cas n'est pas une statistique, et il serait puéril d'affirmer des choses à la légère. Seulement, je me crois en droit de conclure que ce malade a manifestement bénéficié de ce traitement. Selon toute apparence la période fébrile a été moins longue. L'intensité de la fièvre a certainement été diminuée, et de beaucoup plus qu'avec tout autre agent thérapeutique, et je ne suis pas prêt à admettre que les bains froids à toutes les quatre heures auraient eu une action aussi prononcée sur la fièvre. Si l'on songe que dès le début, le malade avait atteint 105° deux jours de suite (du moins au moment où il vint sous mes soins) et qu'il manifestait déjà alors des signes évidents d'intoxication profonde, il est bien plausible de croire que, sans ces chutes de température qui suivaient chacune des injections, le malade, s'il avait pu passer à travers sa maladie, en serait néanmoins sorti avec toutes les atteintes d'une déchéance organique prononcée. Et c'est ce qui m'a surtout impressionné chez ce malade. En effet, une fois la période pyrétique achevée, il était évident que le malade avait conservé une quantité relativement considérable de forces. De fait, la convalescen-

ce a été rapide et exempt de tout incident; et le malade, complètement guéri, pouvait, dès le mois de décembre, rentrer comme contre-maître dans une usine où l'on travaille le bois et en aucun moment à la suite il s'est ressenti de sa maladie.

On peut se demander comment agit l'électrargol en ces cas. Le Docteur Marcel Brener (in "La Pédiatrie pratique", mars 1910) dit, en parlant du mode d'action de l'Electrargol: "Ce médicament n'agit pas à la façon des antithermiques simples. C'est plutôt un antiseptique puissant, et si la température se trouve heureusement influencée par son administration, c'est à la faveur de son action anti-microbienne." — Le Dr H. Triboulet, au Congrès de médecine de Paris, 1910 (cité par le Journal de Médecine et Chirurgie, Montréal, 9 novembre 1907) en parlant de l'action de l'argent colloïdal dit: "tout se ramène, pour les solutions métalliques, comme pour toute médication, à la préparation ou à la stimulation de la *Crise* leucocytaire. On ne jugule pas la maladie. L'argent colloïdal intervient contre le microbe par l'action empêchante de son développement, et pour l'organisme, par action favorisante de la leucocytose, d'où son action plus puissante que celle des autres médications. Mais, s'il facilite la crise, il ne la crée pas." Après dix ans d'expérience, le Dr H. Triboulet revient à la charge (in le Journal de Médecine et Chirurgie, Montréal, Août 1913). "Je répète avec la plus entière conviction, et j'attends les démentis, que dans toutes les maladies infectieuses (fièvres éruptives, fièvre typhoïde, etc.,) il y a deux périodes: a—la période de "*spécificité initiale*", phase de thérapeutique spécifique, si nous avons le bonheur de la posséder (serums spécifiques); b—la période de "*réaction organique*", qui prépare la crise. C'est alors que l'argent colloïdal peut venir, tel le "*deus ex machina*" dénouer la trame pathologique. Si même, cette deuxième période est accompagnée d'une phase d'*infection secondaire* qui met à l'extrémité un organisme déjà affaibli, on peut voir alors, grâce à l'argent colloïdal, le malade passer rapidement, brusquement même, parfois du pire état d'infection à la guérison plus ou moins miraculeuse.

Je n'hésite pas à conclure que l'action de l'électrargol a été manifeste sur la courbe thermique et que de ce fait il a servi à conserver en réserve les forces du malade.

Maintenant, j'aime à dire que j'aurais préféré faire les injections à tous les jours, mais mon patient, pour diverses raisons, n'a pas voulu y consentir; de même que j'aurais voulu continuer plus longtemps ce traitement. Qu'aurait été le résultat avec des injections quotidiennes? Il n'est pas trop risqué, je crois, de dire que la courbe de température aurait été plus uniforme, qu'elle n'aurait pas présenté ces ascensions que l'on remarque le surlendemain soir de l'injection. A tout événement, on peut voir par ce cas que l'on peut retirer bénéfice en adjoignant les injections d'électrargol à l'hydrothérapie dans les cas sérieux de dothiéntérie.

L'Urétrite blennorrhagique chronique chez l'homme et son traitement (1)

Par le Dr N. FOURNIER,

Agrégé, Chef du dispensaire de chirurgie de l'Hôpital Notre-Dame.

L'urétrite blennorrhagique chronique ou "goutte militaire" — et personne ne doute qu'il y en aie beaucoup par le temps qui court de la "goutte militaire" — est une urétrite rebelle au traitement ordinaire de l'urétrite aiguë. Keyes Jr. dit que la chaudepisse est chronique quand elle dure plus que trois mois; Motz, quand elle résiste à plusieurs séries de grands lavages uréthrovésicaux au permanganate de potasse ou à l'oxycyanure de mercure. Elle est caractérisée, anatomiquement, par la persistance de lésions uréthrales localisées, se traduisant par l'expulsion de filaments dans l'urine et accessoirement par un suintement intermittent au méât.

Etiologie: Succédant à l'urétrite aiguë, les causes qu'on lui attribue sont multiples: coït prématoré, excès de table et de boissons alcooliques, exercices violents, injections malpropres ou mal faites, — trop irritantes, ou sous trop forte pression, — hypospadias avec méât punctiforme, canaux para-uréthraux, orthritisme et lymphatisme.

Anatomie pathologique. 1° la suppuration reste localisée à certains endroits, tandis que le reste de la muqueuse primitivement malade guérit; 2° la suppuration est localisée dans certaines glandes annexes de l'urèthre où elle se trouve à l'abri des injections. D'après Finger, Hallé, Motz, Wasserman, on trouve comme lésions: à l'oeil nu, une muqueuse bourgeonnante, épaissie, tomenteuse, opaque ou gris pâle ayant perdu son élasticité; des orifices glandulaires élargis, à bords saillants et ectropionnés; au microscope, l'expithélium cylindrique normal remplacé par plusieurs assises de cellules pavimenteuses subissant la transformation cornée (kératinisation), et certains endroits de la muqueuse sont aussi durs que la peau des mains. La sous-muqueuse (tissu spongielux) est envahi par une prolifération de cellules embryonnaires conjonctives atteignant quelques fois les corps caverneux. Des anses vasculaires se forment et sont le point de

(1) Communication à la Société Médicale, mars 1916.

départ de végétations de la muqueuse. Ce tissu embryonnaire tend à devenir fibreux et constituera plus tard le rétrécissement (infiltration dure de Oberlander). L'épithélium glandulaire est remplacé par un épithélium pavimenteux qui desquamme, et cette desquamation concourt à la formation des filaments.

L'infiltration prédomine autour des orifices lacunaires et glandulaires et en vieillissant tend à les obstruer ou à les déformer. De là glandes transformées en kystes ou abcès, canaux éjaculateurs rigides, rétrécis ou béants, donnant lieu à de la spermatorrhée ou à des éjaculations douloureuses. Pendant ce processus quelquefois très long, le gonocoque reste terré au fond des glandes ou dans les cellules épithéliales, en dessous des plaques kératinisées, ou dans les infiltrations embryonnaires. Il est plus petit qu'à l'ordinaire, et parfois difficile à distinguer du diplocoque vulgaire. Il réapparaît dans le pus à la suite d'un traitement irritatif ou de certains écarts de régime.

Symptômes. Dans certains cas, il n'y a aucuns symptômes subjectifs et les filaments dans l'urine seuls nous révèlent l'existence de l'affection. En général, le patient nous apprend que son méât urinaire est accolé le matin, et qu'à la pression il en sort une goutte aqueuse ou purulente, qu'il éprouve une sensation de brûlure dans l'urèthre pendant les mictions qui sont parfois fréquentes et douloureuses vers la fin; qu'il éprouve des chatouillements dans son canal ou des douleurs lancinantes au périnée s'irradiant vers l'anus ou les cuisses, de la rachialgie, certains troubles génitaux, tels que éjaculations douloureuses ou sanglantes, pertes séminales au moment de la défécation, diminution des érections dans leur fréquence ou leur valeur; et l'examen de la goutte ou des filaments nous laisse voir des gonocoques (au microscope).

Bien entendu, il ne faut pas s'attendre à retrouver tous ces symptômes chez le même sujet.

Après constatation du pus gonococcique venant de l'urèthre le diagnostic n'est pas encore complet car il nous reste à rechercher la nature des lésions et leur localisation. L'examen macroscopique des urines nous fournit des renseignements précieux: ayant fait uriner le malade dans deux verres, si le premier seulement contient des filaments, ceci indique que l'urèthre antérieur seul est malade. Si au contraire le second verre en contient ceci indique que l'urèthre postérieur est envahi. Une urine troublée par du pus urétral in-

dique des lésions diffuses de la muqueuse, tandis qu'une urine limpide contenant des filaments en suspension, indique des lésions localisées.

Les filaments, suivant leur provenance, se présentent sous plusieurs formes: longs, muqueux, filants et légers, ils indiquent la congestion, l'irritation de la muqueuse, tel après les grands lavages au permanganate; épais, lourds, tombant rapidement au fond du verre, ils indiquent qu'ils sont chargés de pus et dangereux; en virgule, épais et lourds, ils viennent de la prostate; en virgule ou croissant ténu et léger, ils viennent des glandes de Litres. (Luys).

Les plaques de kératinisation avec forte desquamation sont indiquées par une multitude de fines lamelles ressemblant à des poussières brillantes en suspension dans l'urine.

D'après Keyes Jr., l'urine contenant du pus ou des filaments et qui présente plus que des traces d'albumine indique une néphrite, une prostatite aiguë ou une hématurie profuse. Même en présence d'une légère hématurie observée au microscope ou d'une prostatite chronique, la présence dans l'urine d'un quart de 1/100 d'albumine (en poids) soit 2.50 gram. au litre signifie néphrite. Je crois que cet auteur se tient bien en dedans de la limite et que dans les circonstances citées plus haut 50 centigrammes d'albumine au litre indiquent une lésion rénale.

L'urine peut être trouble à cause de ses urates ou de ses phosphates précipités; la chaleur dissout les premiers et l'acide acétique les seconds. L'exploration avec les bougies à boules en gomme de Guyon nous est indispensable. En effet, elle nous indique le calibre de l'urèthre, ses points douloureux, infiltrés ou rétrécis, et leur degré de rétrécissement.

En palpant l'urèthre sur un Béniqué, on y percevra parfois des nodosités, des plaques épaissies, molles ou dures, indice de lacunites, de folliculites, d'infiltration, de kérétration ou de polype. Le toucher périnéal et rectal nous renseignera sur l'état des glandes de Cowper, de la prostate et des vésicules séminales. Enfin par l'endoscopie de l'urèthre, on constatera, dans bien des cas des lésions qu'on était loin de soupçonner: petits polypes, gonflement, ulcérations, rougeur du véru mou tanum, rougeur et gonflement de l'ouverture des lacunes, des glandes de Litres.

Pronostic. Il est grave, à cause des accidents sérieux qu'il peut déterminer dix, quinze, vingt ans plus tard chez l'individu qui en est

porteur, tels les rétrécissements serrés avec rétention aiguë et l'infection ascendante; à cause aussi de la longueur du traitement qu'il nécessite souvent et de l'infection qui menace continuellement l'épouse ou ses "remplaçantes".

Traitement. La médication interne n'a aucune valeur curative. On l'emploiera au point de vue symptômes ou pour prévenir certaines complications. Les nerveux bénéficieront des bromures, les débilités des préparations ferrugineuses ou arsénicales. Au moment des interventions instrumentales dans l'urèthre il sera bon d'aseptiser les urines par l'administration de l'urotropine, du salol ou du benzoate de soude.

L'hygiène doit viser au port d'un bon suspensoir — je prescris ordinairement le "Athlétique" de Bauer et Black "Pol" — et à un régime tonifiant tant au point de vue exercice qu'alimentaire. J'ai souvent vu les urines se clarifier et la goutte rebelle disparaître après la reprise de l'alcool qui avait été supprimé depuis de longs mois. Cela ne veut pas dire, sans doute, que j'ordonne du whiskey à tous ceux que je traite pour de la chaudepisse chronique; mais qu'après une longue abstinence, après avoir mis en jeu tous les moyens classiques ordinaires, si les urines ne se clarifient pas complètement, il sera avantageux parfois de conseiller à son malade de lever le coude pendant quelques jours, quitte à le ramener à l'abstinence totale dans la suite si les gonocoques réapparaissent avec le pus.

Dans le cours d'un long traitement, en l'absence de tout symptôme d'acuité, le coït n'est pas contre-indiqué avec certaines précautions pour protéger l'épouse contre l'infection. Ici cependant les opinions sont partagées: Balzer s'y oppose, tandis que Keyes le permet. Je me range volontiers à l'opinion de ce dernier. En effet, messieurs, alors que nous pratiquons les hautes dilatations et les massages de la prostate et des urèthres antérieur et postérieur, pourquoi priver un pauvre malade de "ces petits massages naturels" si réconfortants pour son moral et si stimulants de la nutrition pour l'appareil que nous traitons.

L'acte principal consistera donc dans le traitement local qui sera médicamenteux et mécanique.

On voit d'abord aux canaux para-uréthraux. Examinant soigneusement le méât; si on en trouve d'infectés, on les ouvre au galvano-cautère s'ils sont superficiels; s'ils sont profonds on les

traite par des injections de protargol avec une seringue hypodermique, et dans le cas d'insuccès on les ouvre et on les draine.

Après avoir fait uriner le malade dans deux verres coniques, avoir examiné l'urine, et vérifié l'état de la prostate par un toucher rectal, je commence ordinairement par un grand lavage uréthro-vésical quotidien au permanganate 1/5000 à 1/2000 pour désinfecter la surface muqueuse. Puis après quelques séances, de deux à six, j'explore l'urèthre avec les sondes à boules de Guyon. Quelques fois le canal dans toute sa longueur ne présente rien de particulier; souvent le talon de l'extrémité conique ramène du sang — indice d'une congestion intense ou de fongosités — ou accroche dans une bride fibreuse, indice de rétrécissement.

Si la muqueuse saigne facilement quelques instillations de nitrate à 1 ou 2 pour cent sont tout indiquées. Si après cinq ou six instillations faites de deux jours en deux jours la guérison tarde à venir, je procède à la dilatation au Béniqué que je fais précéder et suivre chaque fois par un grand lavage uréthro-vésical au permanganate, et dans certains cas j'ajoute une instillation de nitrate d'argent ou de protargol ou un pansement à demeure avec ce dernier antiseptique.

Dans bien des cas, quelques semaines de ce traitement produisent une guérison définitive. J'insiste ici sur la préférence que j'accorde au Béniqué sur les dilateurs à branches mobiles, entre autres celui de Kollman modifié par Francq. Je considère l'instrument de Kollman comme dangereux: il fait saigner la muqueuse chaque fois que l'on veut porter la dilatation un peu loin, ouvrant ainsi de nouvelles portes d'entrée à l'infection et souvent en le retirant de l'urèthre on aperçoit dans ses articulations des lambeaux de muqueuse.

Le seul inconvénient que comporte la dilatation au Béniqué c'est qu'elle nécessite souvent la méatotomie. Mais la méatotomie n'est pas dangereuse et ne laisse aucun inconvénient pour le futur que je sache. Elle se fait sans douleur si on a le soin de faire précéder l'incision par une injection sous-tégumentaire avec 2 ou 3 gouttes de cocaïne à 1/2 pour cent. Je dilate assez souvent jusqu'au n° 70 Béniqué.

J'ai remarqué qu'il y a avantage à espacer de huit jours les séances de dilatation dans les cas de rétrécissement durs surtout: on permet ainsi à la réaction congestive qui suit une dilatation, de disparaître avant d'en tenter une autre, et on évite ainsi des poussées

d'urétrite postérieure aiguë qui surviennent souvent quand les séances sont trop rapprochées.

Quand après avoir atteint un degré de dilatation convenable, suivant les cas, la guérison ne vient pas, je tâche de préciser le diagnostic suivant le procédé de Motz, que voici :

1° Laver l'urèthre et la vessie avec une solution boriquée ou d'oxycyanure de mercure 1/4000, jusqu'à ce que le liquide sorte limpide, et laisser dans le réservoir vésical 200 c. c. ou 300 c. c. de la solution. Masser ensuite les glandes de Cowper et faire passer dans un verre la moitié du contenu vésical. Masser ensuite la prostate et les vésicules séminales et faire uriner dans un second verre le reste du contenu vésical. Après centrifugation du contenu des deux verres le microscope nous dit si ces deux groupes de glandes sont exempts ou non d'infection.

2° Dans une deuxième séance, laver encore l'urèthre et la vessie et tapisser cette dernière de la même quantité de solution limpide; introduire dans l'urèthre un Béniqué, et masser sur cet instrument les parois inférieure et latérale de l'urèthre antérieur; enlever le Béniqué et dans un verre faire uriner au malade la moitié de son contenu vésical. Réintroduire le Béniqué et masser la paroi supérieure de l'urèthre avec les corps caverneux, et dans un second verre faire uriner le reste du contenu vésical. Le microscope nous dit ensuite si l'un ou l'autre verre contient du pus.

3° Dans une troisième séance, faire l'endoscopie de l'urèthre. L'uréthroscope de Luys pour l'urèthre antérieur, le Goldschmidt ou le Wassidlo pour l'urèthre postérieur nous permettent d'examiner sous le contrôle de la vue le canal urétral depuis son origine à la vessie jusqu'au méat et l'on peut séance tenante ou à répétition dans la suite détruire un polype avec le galvano-cautère, faire des attouchements avec du nitrate d'argent pur ou en solution concentrée, ou d'autres topiques puissants sur les lésions qui le réclament.

La prostatite chronique diagnostiquée on la traite par des grands lavages uréthro-vésicaux au permanganate de potasse tous les jours, avec en plus, à tous les 3 jours un massage de la prostate que l'on associe au grand lavage; c'est à dire qu'ayant rempli la vessie de la solution antiseptique, on masse la prostate et les vésicules séminales pour faire uriner ensuite cette solution qui balaye les sécrétions que le massage aura déversé dans l'urèthre. Les massages doivent être pratiqués avec l'index revêtu d'un doigtier en caoutchouc introduit dans le rectum. Ils durent de une à trois minutes, sont légers ou

vigoureux suivant la tolérance du patient. Quand ils sont mal tolérés on les remplace par des lavements chauds à 40° de 4 à 8 onces, pris au moment du coucher. Il est bon parfois de les faire précéder par l'application d'un suppositoire de morphine gr. 1/2, belladone gr. 1/4 pour rendre l'intestin plus tolérant.

On continue ce traitement pendant deux, trois ou quatre semaines, puis après un repos de 15 jours, si les urines restent troubles, on le recommence.

La prostatite chronique est souvent très longue à guérir; il faut donc en prévenir son malade et s'armer soi-même de patience. C'est le temps de mettre en pratique le conseil de Lafontain: "Cent fois sur le métier remettez votre ouvrage."

Dans certains cas rebelles, je masse la prostate sur un gros Béniqué introduit jusque dans la vessie. Dans d'autres, j'introduis un gros Béniqué jusque dans la vessie et je le laisse en place 15 à 20 minutes; chez certains sujets la présence de cet instrument détermine en peu de temps des contractions violentes et intermittentes du col sur la sonde et produit ainsi un véritable auto-massage de la prostate.

Les cowperites sont traitées par des massages au périnée. Le patient peut même se masser lui-même à tous les soirs avant une miction.

Les lésions glandulaires de l'urèthre antérieur sont traitées par des grands lavages uréthro-vésicaux quotidiens auxquels on combine à tous les 3 jours un massage sur Béniqué des endroits malades. On peut dans certains cas ajouter un pansement à demeure au protargol à 2% que l'on fait garder deux ou trois heures.

Les plaques kératinisées sont traitées par des hautes dilatations une fois la semaine, suivies de l'application d'un pansement à demeure au protargol qui sera répété les trois jours suivants.

En général les lésions de l'urèthre antérieur guérissent plus facilement que celles de l'urèthre postérieur.

Dans les cas d'urétrite chronique sans gonocoques, suivant le conseil de Motz, je remplace les lavages au permanganate de potasse par d'autres à l'oxycyanure de mercure à 1/4000 et les pansements à demeure au protargol par des pansements à demeure avec la solution suivante: Hermophényl et protargol de chaque 0.50 à 1 gr.; glycérine, 30 c.c.; chlorhydrate de cocaïne, 1 gr.; eau, q. s. pour faire 1000 c.c. (Motz) ou bien l'eau oxygénée à 5% (Balzer). Les instillations de nitrate d'argent sont ici bien à leur place.

Il faut traiter une urétrite tant que les filaments contiennent du pus.

Anesthésie locale cocaïnique. Chaque fois que l'état de toxicité ou de contracture du sphincter membraneux résiste à la pression du liquide lorsque le bœck est à 3 1/2 pieds plus haut que la vessie, j'anesthésie la muqueuse uréthrale par l'introduction dans le canal de quinze centimètres cubes de solution de cocaïne de 1 à 2 pour cent. Après deux ou trois minutes de contact la solution de cocaïne détermine une insensibilité de la muqueuse et par suite un relâchement du sphincter permettant au liquide du bœck d'entrer librement dans la vessie. Ce procédé d'anesthésie locale permet de traiter avec facilité l'urèthre des sujets les plus pulsillanimes. Aussi je m'ensers constamment avant les grands lavages tant que l'urèthre est sensible et le sphincter contracté, avant les instillations de nitrate d'argent, la dilatation au Béniqué, et l'introduction d'un uréthroscope.

Cette méthode est inoffensive si l'urèthre ne saigne pas, mais peut donner de vives alertes s'il y a une solution de continuité quelque part sur la muqueuse uréthrale. J'en ai eu deux exemples frappants au cours des derniers six mois: Environ quatre à cinq minutes après l'application d'une solution de cocaïne à 1/100 dans des urèthres que je venais de faire saigner légèrement, j'eus soudainement chez ces malades des symptômes d'intoxication aiguë: céphalalgie subite et intense pâleur de la face, sensation de défaillance, soif et nausées. J'inclinai ces malades, je leur fis une injection hypodermique de gr. 1/4 de morphine et 4 à 5 minutes plus tard des symptômes meilleurs s'accusaient à mon grand contentement.

En résumé: Traitement médicamenteux interne sans effet curatif.

Traitement principal: désinfection locale combinée au traitement mécanique. D'abord désinfection de la surface de la muqueuse par quelques grands lavages, exploration avec la sonde à boule de Guyon, puis dilatation au Béniqué combinée aux grands lavages uréthro-vésicaux; en cas d'échec, préciser le diagnostic par la méthode de Motz et massage des endroits malades combiné à la désinfection par les grands lavages et les pansements à demeure. Enfin uréthroscopie et application de topiques sous le contrôle de la vue.

OBSERVATIONS

Observation I.—Il y a 17 ans, pendant mon internat à l'hôpital Notre-Dame, étant encore étudiant, un homme de trente ans entre à la "salle du Sacré-Cœur" pour un léger traumatisme de la jambe.

Un jour que je le pensais il me fit part qu'il était aussi porteur d'une blennorrhagie vieille de trois semaines. J'eus l'autorisation de mon chef feu le Dr T. Brosseau de lui donner mes soins. Son urèthre postérieur était envahi. Je commençai par des grands lavages au permanganate que je fis plutôt mal que bien. Je me rappelle surtout que je le fis souffrir et que rien n'entraît dans la vessie. Bientôt survint de la pollakiurie, signe d'urétrite postérieure aiguë, pour laquelle je lui fis des instillation de nitrate d'argent — tel que je l'avais vu conseillé dans un certain traité de thérapeutique, — je lui fis même une dilatation au Béniqué, si bien que ce malheureux fut bientôt pris de frissons et de fièvre. Les jours suivants, la température continua à s'élever, l'état général devint mauvais, c'était le début d'une septicémie mortelle au cours de laquelle il fit un gros abcès de la prostate qui s'ouvrit dans le rectum, plusieurs abcès métastatiques, entre autres de la région sus-claviculaire, et à l'autopsie nous trouvâmes un abcès dans le myocarde. Qu'il repose en paix, l'infortuné ! J'eus conscience de ma faute et ne l'ai jamais oubliée. Souvent encore, au moment de faire une dilatation au Béniqué, son ombre m'apparaît un instant pour me rappeler combien cette manoeuvre est dangereuse dans un cas d'urétrite postérieure aiguë. Heureux les confrères qui n'ont jamais regretté le lendemain ce qu'ils avaient fait la veille. Morale: Ne jamais traumatiser un urèthre en état d'infection aiguë et pour cela s'abstenir d'y introduire des instruments tels que Béniqué ou uréthroscope.

Observation II.—27 octobre 1909. M. L. F., 50 ans, marchand de tabac, alcoolique, et aimant bien des femmes à part la sienne. Se présente pour "tranchement d'urine". Il eut sa première chaude-pisse à 25 ans et n'en a jaais guéri. Depuis trois mois il souffre, et son médecin le traite par une médication interne, sans succès.

L'examen révèle de l'infiltration molle en plusieurs endroits de l'urèthre antérieur, une prostate chronique, avec foyers à l'état aigu, prostate grosse, résidu vésical de 300 c. c. A présenté au cours de son affection des crises vésicales excessivement violentes qui se terminaient au bout de quelques heures par une détente avec apparition de pus et de sang qu'il renvoyait avec l'urine. Ne fut guéri complètement qu'en 1914 après 5 ans de traitement intermittent. Ce fut sa prostatite avec abcès s'ouvrant dans l'urèthre qui résista le plus longtemps au traitement. Ce qui l'a toujours soulagé et a fini par le guérir ce fut les hautes dilatations au Béniqué jusqu'à 70.

La dernière sonde était laissée en place 5 à 20 minutes, et sa présence dans l'urèthre déterminait en peu de temps des contractions violentes, intermittentes, involontaires de son col vésical et produisait ainsi un vrai auto-massage de la prostate sur la sonde. Je l'ai revu il y a 6 mois, il est parfaitement bien et son résidu vésical est zéro.

Observation III.—Homme de 25 ans, boucher, très fort. Uréthrite chronique faisant suite à une uréthrite aiguë contractée il y a un an. Comme le traitement ordinaire avec dilatation au Béniqué jusqu'à 70 ne parvenait pas à faire cesser sa goutte matinale et diurne, je fis une uréthroscopie qui me fit découvrir un polype de la grosseur d'un petit pois, à un pouce et demi du méât, paroi inférieure. L'ayant détruit en une séance avec la longue pointe du galvano-cautère de Wassidlo, dix jours plus tard les urines étaient devenues limpides et la goutte avait complètement disparu.

Observation IV.—6 décembre 1915. Homme de 37 ans, mécanicien, ancien soldat de la guerre sud-africaine au retour de laquelle il fut pris d'hématurie intermittente peu considérable et qui dure encore. Se présente pour uréthrite chronique blennorrhagique faisant suite à une uréthrite aiguë contractée il y a 6 mois.

Traitement par grands lavages uréthro-vésicaux au permanganate combinés à 3 séances de dilatation au Béniqué jusqu'au No 55, quelques instillations de nitrate d'argent. Le 15 janvier 1916: goutte disparue. Prostate normale en grosseur et sensibilité.

Comme les urines demeurent purulentes et albumineuses, avec souvent quelques petits caillots sanguins, je pratique le cathétérisme des uréthères et je trouve des urines purulentes à droite et simplement albumineuses à gauche. Diagnostic: néphrite tuberculeuse probable — uréthrite guérie.

Observation V.—Homme vigoureux de 31 ans, Français, boulanger. Uréthrite chronique contractée il y a 4 ans pour laquelle il fut traité à Lyon par un urologiste et dilaté jusqu'à 55 Béniqué sans succès. Traité ici depuis 4 mois aux instillations de nitrate d'argent seules sans succès. Il accuse une goutte matinale mucopurulente sans gonocoques — urines troubles dans le premier verre seulement — sonde à boule No 26 F. passe librement jusqu'à la vessie.

Traitement: quelques grands lavages uréthro-vésicaux à l'oxycyanure 1/4000. En deux séances dilatation combinée aux grands

lavages jusqu'à 62 Béniqué. Guérison avec urines limpides le 24 janvier. Durée du traitement: moins que deux mois.

Observation VI.—Homme de 32 ans, marchand de vin. Urétrite chronique vieille de quatre ans pour laquelle je l'ai traité à plusieurs reprises sans succès à cause de son inconstance: il recommençait à faire la noce dès que son état s'améliorait. Enfin, le 30 janvier 1915 il m'arrive cette fois tout à fait converti: il suivra son traitement jusqu'au bout.

L'écoulement est considérable et contient des gonocoques. La sonde à boule M. 26 F. dénote un rétrécissement large de la région bulbaire. C'est un nerveux qui se trouve mal à la seule vue d'un bistouri. Je lui fis tout de même une méatotomie après anesthésie cocaïnique; je le dilatai en trois séances jusqu'à 64 Béniqué et désinfectai tous les jours son urèthre par un grand lavage au permanganate de potasse et toutes ces manipulations furent faites après anesthésie par injection dans l'urèthre de 15 c. c. de cocaïne à 1/100. Guérison permanente le 1er mars courant.

ONTARIO ET QUEBEC

Combien sont-ils, et quels émoluments retirent les administrateurs de la profession dans chaque province ?

29	Gouverneurs ont retiré durant 1914-15	\$6,062.65
8	Examineurs " " " " "	3,638.50
1	Registraire	3,600.00
1	"Prosecutor"	1,200.00
1	Secrétaire	780.00
	Diverses commissions de gouverneurs	577.50
		\$15,858.65

41	Gouverneurs ont retiré durant 1914-15	\$2,644.70
64	Examineurs " " " " "	2,039.45
1	Registraire	3,000.00
1	Secrétaire	780.00
	Diverses commissions de gouverneurs	407.00
		\$8,871.15

Moyenne par administrateur en Ontario	\$396.46
" " en Québec	82.90

Et cependant, en Ontario, la caisse du Collège des médecins est toujours pleine, tandis que, dans Québec, la moindre dépense extraordinaire qui survient vide la caisse. A quoi cela est-il dû ?

Cela est dû à ce que dans Ontario l'on ne se demande pas quels sacrifices les médecins peuvent faire, mais quels revenus les examens peuvent donner, et que l'on calcule les salaires sur les revenus et non pas sur les sacrifices.

Pour bien saisir cette pensée, il faut faire la comparaison entre le tarif des deux provinces, et se rendre ensuite compte de ce qui est donné aux élèves par le Collège des médecins dans chacune des deux provinces.

TARIFS COMPARÉS

	Ontario	Québec
Examen préliminaires	\$ 25.	\$25.
Enregistrement du certificat d'étudiant ..	25.	gratuit
Examen final et enrg. de la licence	75.	50.
Autres enregistrements	2.	1.
Diplômes de membres du Collège	5.	gratuit
Certificat pour Conseil fédéral avant d'avoir subi l'examen provincial	25.	n'en donne pas
Certificat pour conseil fédéral au porteur d'une licence provinciale	5.	5.
Licence fédérale échangée	100.	50.
Licence anglaise échangée	100.	50.
Reprise de la licence à l'automne	25.	25.
Revise d'un examen	5.	gratuit
Contribution annuelle des médecins	2.	4.

Dans Ontario, l'élève régulier paye au Collège des médecins, durant ses cinq années de cléricature \$132.

En retour, le Collège lui fait subir son examen préliminaire dans une université ou dans un high school, et lui donne, à la fin de sa cinquième année huit examinateurs pour lui faire subir un examen sur trois matières seulement: la *médecine*, la *chirurgie*, et l'*obstétrique*, dans un seul milieu et à une même date.

Dans Québec, l'élève régulier paye au Collège des médecins durant ses cinq années de cléricature \$75.

En retour, le Collège lui fait subir ses examens préliminaires et met à sa disposition, durant quatre années, et le printemps et l'automne, soixante examinateurs pour lui faire subir vingt-huit examens devant vingt-huit comités différents, et cela, non pas en un même lieu et à une même date, mais à des dates différentes et dans trois endroits différents.

Il ne me convient pas de suggérer, d'autant moins que je ne traite la question qu'au point de vue affaires !

Des mêmes rapports financiers j'extrais une autre comparaison.

Dans Québec, l'on est porté à se plaindre de ce que la protection aux médecins coûte cher et est souvent inefficace. Pourtant, avec le peu de moyens à notre disposition, à quels résultats n'arrivons-nous pas ? Constatons plutôt, comme fiche de consolation, en attendant des jours meilleurs.

Dans Ontario, le soin de faire les causes et de poursuivre les charlatans est confié à un agent spécial appelé "*prosecutor*" qui reçoit un salaire annuel de \$1200, et dont les frais de voyage et de pension sont soldés par le Bureau.

Durant l'année 1914-15, le *prosecutor* d'Ontario a obtenu *dix-neuf* jugements contre des irréguliers ou charlatans. Ces dix-neuf jugements ont coûté en frais d'enquêtes \$1,464.42 et rapporté au trésor du Collège des médecins \$520. De ce chef, le Collège des médecins de l'Ontario, pour l'année 1914-15, est en déficit de \$942.42.

Durant le même exercice 1914-15, dans la province de Québec où le Collège des médecins n'a pas de *prosecutor*, le registraire auquel, en plus de ses devoirs de secrétaire et de trésorier, incombe celui de la suppression de l'exercice illégal, a obtenu deux fois le nombre des jugements obtenus en Ontario, soit *trente-huit*. Les enquêtes préalables à ces jugements ont coûté \$1142.80, et rapporté au trésor du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec la somme de \$1537.85, soit un bénéfice net de \$395.05.

Et, cependant, l'administration d'Ontario est bien supérieure à la nôtre !

Non. Ce qui fait la supériorité d'Ontario, c'est que ces messieurs, là-bas, traitent toute question au point de vue affaires, qu'ils entendent par là ne jamais donner autant qu'ils ne reçoivent et qu'ils comptent sur le gros revenu de l'extérieur pour solder les grandes dépenses du dedans.

Je ne suis pas prêt à dire que nous devrions nous enflammer de ce principe. Je crois, simplement, qu'il est utile de le rappeler, de temps en temps, et surtout de l'illustrer.

Dr JOSEPH GAUVREAU,
Registraire du Collège des Médecins P. Q.

NOUVELLES MILITAIRES

HOPITAL LAVAL No. 6

Nos amis de l'hôpital Laval sont en mer, peut-être sont-ils en Angleterre en ce moment.

A une réunion des membres du Club St-Denis en l'honneur de deux de leurs membres, le major Archambault a prononcé l'allocation suivante, que nous sommes heureux de publier.

Monsieur le Président,

Messieurs les membres du Club St-Denis,

Mes amis,

Je suis très heureux qu'on m'ait fourni l'occasion de pouvoir serrer la main à mes amis, une dernière fois, avant de partir pour la guerre.

Le Club St-Denis, vous le savez, messieurs, je le connais bien.

C'est ici, en effet, que je recevais mes amis, c'est ici que je mangeais, c'est ici que je venais me distraire.

J'en avais fait mon "home" pour ainsi dire, depuis les 5 ou 6 dernières années.

Et si j'aimais tant venir dans les salons du Club, c'est bien, vous le comprenez tous, parce que je savais n'y rencontrer que des amis, en la compagnie desquels je me plaisais, avec lesquels je m'amusais.

Dans quelques jours, je vais quitter tout cela.

Je vais laisser ma famille qui m'est bien chère, je vais abandonner ma clientèle qui est intéressante, et qui me permet de mener une vie facile et agréable.

Vous vous demandez peut-être quel est le mobile qui m'a poussé à embarquer dans cette aventure ?

Si vous me le permettez, je vais vous le dire en quelques mots.

Nous, officiers et médecins de l'Hôpital Général No 6, nous ne partons pas pour faire de l'argent, nous ne partons pas pour améliorer notre position, nous ne partons pas pour acquérir des grades et des titres, nous ne partons même pas pour nous débarrasser d'ennuis personnels, non, messieurs, le but que nous nous proposons est plus noble, la cause que nous avons adoptée est plus élevée.

Nous partons, messieurs, parce que nous croyons qu'il est du devoir de tout médecin, si les circonstances le lui permettent, d'aller aider à soulager l'humanité souffrante, là-bas.

Nous partons, parce que nous croyons être utiles, parce que nous avons conscience de pouvoir sauver des centaines et des centaines de

vies humaines, de cette fournaise ardente qui consume tant de victimes, en Europe.

Nous partons, parce que nous avons entendu l'appel déchirant de ces pauvres blessés, qui périssent sur le champ de bataille, faute de soins médicaux.

Il y a une autre raison, messieurs, raison toute canadienne-française, qui nous a poussés à partir.

Nous croyons que l'Université Laval, notre université, la seule université française de l'Amérique, se doit à elle-même, doit à son prestige d'envoyer elle aussi un contingent de médecins pour aider à la cause, de faire comme a fait McGill, comme a fait Toronto, comme a fait Dalhousie, des Provinces Maritimes, comme a fait Queens, de Kingston, comme a fait London, comme a fait Vancouver, comme ont fait toutes les universités du Dominion.

Nous croyons que notre Hôpital, installé en Europe et travaillant bien, aidera beaucoup à resserrer les liens qui unissent notre université aux universités européennes; et plus tard, quand nos jeunes médecins iront compléter leurs études en Europe, ils seront reçus à bras ouverts, en reconnaissance des services rendus par l'Hôpital Canadien-Français, lors de la fameuse guerre de 1914-1915-1916.

Nous croyons que l'université Laval, quoiqu'on ait dit, quoiqu'on ait écrit, malgré le manque de matériel et le peu d'argent dont elle dispose, a cependant, parmi son corps enseignant et ses jeunes gradués, des médecins qui ont une valeur scientifique indéniable.

Nous avons réussi à mettre sur pied, grâce à la vigueur, à l'énergie, à l'esprit d'organisation de notre commandant, le colonel Beauchamp, un hôpital général.

Et je suis fier, messieurs, de pouvoir dire que cet hôpital peut soutenir la comparaison, comme valeur scientifique, avec n'importe quel hôpital qui est déjà parti, ou qui partira jamais du Canada.

Et ceci rejaillira, non seulement sur l'université Laval, non seulement sur notre profession médicale, mais aussi et surtout sur la race canadienne-française toute entière.

Nous partons, messieurs, sans arrière-pensée, tout simplement pour faire le bien, dans cette effroyable tuerie, qui dure déjà depuis plus de un an et demi.

Monsieur le Président, mes amis, je vous remercie d'être venus nous souhaiter bon voyage, à mon commandant et à moi, et je vous donne rendez-vous, dans ces mêmes salons, après la Victoire, pour y célébrer la Paix, une paix qui, je l'espère, sera durable.

Sociétés

SCCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL.

SEANCE DU 7 MARS 1916

Présidence de M. B. Bourgeois.

M. A. O. Gagnon demande son admission comme membre actif.

Présentation de pièces anatomiques.

M. GAGNON: *Corps étrangers de l'oesophage.*

Le docteur Fournier, mon chef au dispensaire de l'hôpital Notre-Dame m'a demandé de vouloir bien vous présenter ce soir un cas de *corps étrangers* de l'oesophage que nous avons vu et opéré ensemble.

Il s'agit d'un bébé de deux mois que les parents, sur les indications du Dr E. P. Grenier, leur médecin de famille, nous amenèrent au dispensaire de chirurgie pour des troubles de dysphagie et une toux persistante: la mère nous dit avoir extrait de la *gorge* de l'enfant plusieurs épingles de sûreté.

Une première exploration avec le doigt n'ayant rien révélé de bien précis, nous demandons au docteur Panneton de vouloir bien nous éclairer de ses rayons X. Aidés de la radiographie nous établissons la présence de *trois épingles* ordinaires pliées à angle aigu et arrêtées dans l'oesophage au niveau de la cinquième vertèbre cervicale, et de deux autres dans l'intestin telles que vous les montreront les radiographies dans un instant.

Comme disait Terrier, à propos de corps étrangers de l'oesophage, "il n'est pas plus permis au médecin d'abandonner un malade sans lui avoir extrait son corps étranger, que de l'abandonner avec une hernie étranglée sans l'avoir opéré"; dès le lendemain en voyant ces belles radiographies, nous nous décidons d'en tenter l'extraction.

Sous anesthésie générale, en décubitus dorsal, et dans la position de Rose, telle que pour l'intubation, après quelques tâtonnements nous extrayons, sous le contrôle du doigt et avec une pince courbe, l'une après l'autre les trois épingles, en les saisissant par la pointe.

L'antisepsie de la gorge qui suit après ces manoeuvres, est

assurée par des tamponnements à l'eau iodée, et d'une façon plus continue, par l'absorption plusieurs fois par jour d'une solution faible de glycothymoline.

Trois jours plus tard, nous revoyons le nourrisson qui peut maintenant prendre le sein de la mère et avec une température normale se porte aussi bien que possible.

Pour ce qui en est des épingles déjà engagées dans l'intestin dont l'une pliée et l'autre droite, nous avons conseillé à la mère de surveiller les selles et de lui donner tous les jours de l'huile de ricin; et nous apprenions hier que l'enfant les a passées toutes deux.

Le docteur Panneton nous montre ensuite les radiographies et les épingles et en profite pour présenter d'autres radiographies d'un enfant de dix mois cette fois ayant observé une épingle de sûreté ouverte qu'il a d'ailleurs passée, lui aussi, dans ses selles.

Ceci nous fait voir la tolérance chez les enfants du système digestif pour les corps étrangers.

Discussion.

M. FOURNIER félicite M. Gagnon et lui attribue tout le mérite de l'intervention. Parlant d'un certain article paru dans les journaux quotidiens relatant cette intervention, il dit qu'il n'y est pour rien et le regrette. C'est un enfant de 4 ans qui était en visite et qui a fait avaler les épingles au bébé.

M. ERNEST FOUCHER dit que ces corps étrangers de l'oesophage s'enlèvent facilement au moyen de l'oesophagoscope.

M. GRENIER ajoute qu'il a enlevé lui-même 4 épingles de sûreté. Il a vu deux enfants, l'un de trois semaines et l'autre de 4 semaines qui avaient avalé des épingles de sûreté et qui les ont rendues, le premier à l'âge de 7 mois et l'autre à l'âge de 5 mois.

Mémoires

M. A. LeSAGE: *Quelques notions embryogéniques pour aider à l'étude des maladies du coeur.* (Résumé.)

Le coeur a un rythme spécial, des fonctions particulières, et une activité exceptionnelle qui en font un organe à part dans l'organisme humain.

Dans le développement du corps animal, chaque appareil n'entre en fonction qu'après avoir achevé son évolution et acquis sa texture

définitive. Ainsi, les organes génitaux n'entrent en scène que longtemps après la naissance pour en disparaître ensuite et rentrer de nouveau dans la torpeur pendant la dernière période de la vie de l'individu.

Le coeur manifeste son activité dès l'origine, longtemps avant de posséder sa forme achevée, sa structure définitive et caractéristique. Ce qui frappe par-dessus tout, c'est la précocité de ses fonctions. Ceci doit nous faire réfléchir sur le rapport réel qui doit exister entre les formes anatomiques et les propriétés vitales des tissus.

Pour bien comprendre le coeur de l'homme, il faut l'étudier chez l'animal dès les premières heures de l'incubation. Chez le poulet, il apparaît sur le champ germinal dès la 30^{me} heure. On peut déjà y constater des mouvements rares et à peine perceptibles. Chez le poisson osseux il en est ainsi. Peu à peu on décompose ce rythme primitif, on en distingue les caractères: le point de départ, la route, le sens et le point d'arrivée. Il *origine au sinus veineux* pour aboutir au bulbe aortique. Ce mouvement se transforme au fur et à mesure que la différenciation anatomique devient plus nette; en un mot ce coeur primitif s'adapte graduellement à des fonctions nouvelles. En même temps, nous notons une transformation équivalente dans son rythme et dans la propulsion de l'onde sanguine à travers ce tube qui apparaît bientôt formé de quatre cavités. Celles-ci, par les mouvements alternatifs de fermeture et d'ouverture, restituent au sang la vitesse initiale qui s'était ralentie à la dernière étape, c'est-à-dire au niveau de l'oreillette droite, à l'insertion de la veine cave supérieure.

Chez l'animal inférieur, ce coeur primitif est doué de propriétés particulières dont les plus importantes sont: l'*excitation*, l'*excitabilité*, la *conductibilité* et la *contractilité*.

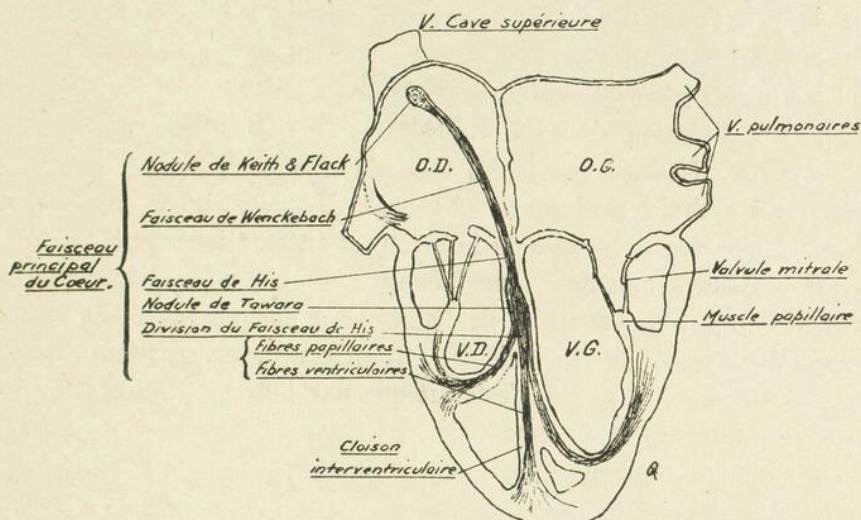
Chez l'homme, ce tube cardiaque primitif a persisté. Il est caché dans la profondeur des tissus, enfoui à l'intérieur de ces cavités de seconde formation, mais c'est lui qui donne au coeur cette individualité propre que nous lui connaissons.

Sa présence a été démontrée par un certain nombre de physiologistes.

Les oreillettes et les ventricules existent: il y a quatre cavités au lieu de deux; le bulbe aortique est visible également à la partie supérieure du ventricule droit.

Quant au *sinus*, il est dissimulé dans la paroi de l'oreillette

droite à la partie antérieure de la veine cave supérieure. Comme à l'origine, il est au confluent des troncs veineux, là où la force du courant est à son minimum.



Faisceau primitif du cœur.

Sa présence y est démontrée par des preuves anatomiques, physiologiques et pathologiques que M. LeSage énumère en les détaillant.

On trouve des traces de ce faisceau musculaire le long de la cloison interauriculaire et jusque dans le voisinage des sinus coronaires. Mais là ne s'arrête pas sa distribution. Sous le nom de *faisceau de His*, il traverse l'orifice auriculo-ventriculaire droit, sous la valve interne de la tricuspide, où il s'enfle sous la forme d'un noeud (Tavara) pour se diviser à la partie supérieure de la cloison interventriculaire en deux branches: une droite et une gauche qui se divisent à leur tour en deux: une *branche courte* qui va aux piliers des valvules, et une *branche longue* qui se dirige vers la pointe où elle s'incurve pour remonter vers la base des ventricules où ses fibres terminales se perdent dans les fibres non différenciées du myocarde.

Si nous admettons que le *stimulus* (ou mouvement) origine au sinus et provoque l'excitation des fibres les unes après les autres, nous concluerons que les valvules auriculo-ventriculaires se contracteront avant les ventricules et que ceux-ci se contracteront de la pointe vers la base... C'est, en effet, ce qui existe.

Si donc le cœur possède la propriété de créer un stimulus (excitation), de réagir à son action, (excitabilité), de le propager de haut en bas (conductibilité), et d'entrer en contraction (contra-

(1) Cette vignette est empruntée à notre grand confrère parisien "Paris Médical" 1914.

tilité), il les doit à la persistance chez lui du tube cardiaque primitif qui possédait, à l'origine, toutes ces qualités fondamentales.

Il y a donc, dans le coeur, des appareils spéciaux et systématisés: (a) les uns pour conduire le stimulus et en diriger le sens, (b) les autres pour en subir les effets et en exécuter les ordres. Or, la partie qui commande c'est le *faisceau primitif du coeur*.

Puis M. LeSage étudie les théories myogènes et neurogènes à propos du rythme cardiaque. Avec M. Vaquez, il conclut que la fibre musculaire est capable de fonctionner automatiquement en vertu de ses aptitudes naturelles, ne laissant au système nerveux que le soin de régler son travail et de l'adapter à chaque instant aux besoins changeants de l'organisme. L'influence, en particulier, du pneumogastrique ne se manifesterait que par l'intermédiaire des propriétés fondamentales du myocarde.

Le caractère intermittent de son rythme découle du fait suivant: pendant la systole, le coeur dépense la totalité du stimulus — ou énergie — accumulé pendant la diastole. Pour faire une nouvelle provision, il se repose — silences — afin de faire un nouvel effort. La preuve qu'il a dépensé la totalité de ce stimulus est fournie par la phase d'inexcitabilité absolue qui commence avec le début de chaque systole. C'est-à-dire qu'aucune excitation ne peut renforcer ou prolonger la systole une fois commencée. Son effort est complet et définitif. Il ne devient partiellement excitable que dans les premières phases de la diastole.

Toutes ces notions sont importantes à retenir si l'on veut bien comprendre les arythmies; et c'est le but de cet entretien. Nous le verrons ultérieurement: elles nous permettent de préciser un diagnostic et d'orienter notre thérapeutique d'une façon plus rationnelle, car les arythmies indiquent un trouble important dans la conductibilité ou l'intégrité de ce tube cardiaque primitif.

Et M. LeSage conclut ainsi: Le coeur diffère de tous les muscles du corps en ce qu'il agit dès qu'il apparaît et avant d'être complètement développé. Une fois achevé dans son organisation, il continue encore de former une exception dans le système musculaire: en effet, tous les appareils musculaires nous présentent dans leurs fonctions des alternatives d'activité et de repos; le coeur au contraire ne se repose jamais. De tous les organes du corps il est celui qui agit le plus longtemps; il préexiste à l'organisme, il lui survit, et, dans la mort successive et naturelle des organes, il est le dernier

à manifester ses fonctions. En un mot, le cœur vit le premier (*primum vivens*) et meurt le dernier (*ultimum moriens*).

Dans cette extinction de la vie de l'organisme, le cœur agit encore quand déjà les autres organes font silence autour de lui. Il veille le dernier, comme s'il attendait la fin de la lutte entre la vie et la mort, car tant qu'il se meut, la vie peut se rétablir; lorsque le cœur a cessé de battre, elle est irrévocablement perdue, et de même que son premier mouvement a été le signe certain de la vie, son dernier battement est le signe certain de la mort.

M. DUBE félicite chaleureusement M. LeSage de son intéressant mémoire. Il croit que la parole est plutôt à un histologiste ou à un physiologiste qu'à un pathologiste.

Le président joint les félicitations du bureau à celles de M. Dubé. Comme le rapporteur semble dire qu'il y aura une suite à cette conférence, il ose espérer qu'on l'entendra prochainement sur certaines formes d'arythmies.

Motion

M. Dorval secondé par M. A. St-Pierre propose que la Société Médicale nomme un comité pour étudier le moyen de remédier à l'envahissement constant des faux indigents dans nos maisons de charité.

La séance est levée à 11 hrs.

H. AUBRY,

Secrétaire.

NÉCROLOGIE

La mort du Docteur CHRÉTIEN-ZAUGG

Le monde médical de Montréal et du Canada tout entier vient de perdre une de ses plus sympathiques et de ses plus intéressantes figures, en la personne du docteur Chrétien-Zaugg.

Elève du Docteur Desjardins, qui lui donna ses premières leçons d'ophtalmologie, il partit pour Paris.

Il devait y trouver un champ d'activité superbe, car alors, il y a vingt-cinq ans, les cliniques parisiennes moins encombrées qu'aujourd'hui, pouvaient répandre avec plus d'efficacité pratique la manne bienfaisante de leurs enseignements merveilleux.

A l'heure présente, l'Université de Paris accueille plus de 17,000 élèves venant de toutes les parties du monde, et quoique sa générosité n'ait pas changé, elle ne peut accorder à chacun la même sollicitude qu'autrefois.

Aussi le jeune Chrétien-Zaugg, intelligent et travailleur, arrivant à Paris avec d'excellentes recommandations fut reçu à la française par de Wecker, qui est resté un grand maître dans la science ophtalmologique.

De Wecker jugea l'élève à sa pleine valeur et, quelque temps après, Chrétien-Zaugg devenait chef de clinique avec Masselon, un autre nom bien connu des oculistes.

Durant les huit années qu'il passa en France, le Dr Chrétien-Zaugg développa son beau talent d'une façon admirable. Actif, généreux, doux envers les malades, il devait être aimé là-bas; sa personnalité s'affirma, et dans le silence des laboratoires et des bibliothèques, il travailla de longs mois avec Masselon à la rédaction du traité de de Wecker, aussi le maître ne voulut-il pas entendre causer de départ, il le supplia de rester.

Chrétien-Zaugg résista à la tentation; il comprenait qu'un bel avenir s'ouvrait devant lui, car sous la protection d'un tel maître, le succès était infaillible, mais il ne fut pas sourd à l'appel de sa petite patrie canadienne, qui souriait dans le lointain, et, imposant silence à une ambition légitime, il vit un rêve à réaliser et une oeuvre à accomplir au Canada, et il décida de partir.

Crut-il à la destinée ? La confiance en son étoile éclairait-elle sa route ? La nostalgie le prit-elle au cœur ? Dieu le sait, mais le jeune oculiste, qui commençait à devenir un maître, voulait sans doute contribuer à l'avancement de la science canadienne-française.

A Paris, il laissa des maîtres et des amis qui le regrettèrent et nous nous rappelons encore le ton d'effusion avec lequel le Docteur Chatellier nous disait en 1913 de saluer son ami Chrétien-Zaugg. (C'est avec Chatellier que notre compatriote étudia les maladies des oreilles, du nez et de la gorge.)

Rendu à Montréal, le docteur Chrétien-Zaugg s'établit et sa réputation grandit avec une rapidité étonnante, sa renommée s'étendit dans tout le pays.

On se souvient encore des files de voitures qui stationnaient à la porte de ses bureaux ; durant des années il fut le spécialiste en vogue : les malades succédaient aux malades, les salles d'attente étaient comblées et en 1916 les clients montaient toujours la garde dans ses salons.

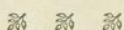
Homme de science tout simplement, il possédait une qualité extraordinaire : il exerçait une sorte de fascination sur ses clients ; il semblait les électriser et quand il avait dit : Voilà ! la discussion cessait et les gens se seraient laissés enlever un oeil avec résignation, parce que Chrétien l'avait dit !



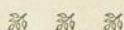
Nous pourrions peut-être reprocher à Chrétien-Zaugg de ne pas s'être livré à l'enseignement, mais, esprit original, il ne comprenait pas sans doute les méthodes en usage ici, et il se désintéressa de la question.

On a dit aussi qu'il s'était tenu trop loin des sociétés médicales, privant ainsi des lumières de sa science toute une génération de confrères, mais souvenons-nous que son travail augmentait tous les jours, sans que les heures deviennent plus longues et il disait à ses proches ce mot amer : "Ah ! je devrais écrire, je sens que je me rouille : autrefois à Paris, c'était un plaisir de travailler, maintenant ici, le temps manque..."

Ah, oui ! nous comprenons bien cette parole, le temps manque, *tempus edax rerum*... mais aussi c'est le milieu qui est différent et tous ceux qui sont allés là-bas saisiront la vérité qui se dégage de ces dernières lignes...



Il forma deux élèves dont il peut être fier : le docteur Lassalle dont l'éloge serait inutile, puisqu'il est devenu un de nos oculistes de renom ; et le docteur Riopel, plus jeune, qui a laissé un excellent souvenir à Paris et qui est en passe de se créer une belle clientèle à Montréal.



Un dernier mot. Chrétien-Zaugg recevait avec un sourire égal les pauvres et les riches ; pour lui, la science qu'il avait puisée en France, était une source dont les humbles devaient profiter comme les plus fortunés : il fut généreux et au grand jour ultime, il ne dut pas regretter les mille et un gestes de charité qu'il fit dans sa vie.

Il repose maintenant tranquille au sein de cette terre maternelle où nous devons tous descendre un jour, mais il appartenait à la race des hommes qui ne meurent pas entièrement, quand ils partent pour le dernier voyage . Un rayon de gloire éclaire le souvenir que son nom, célèbre à tant de justes titres, laisse dans notre pays.

C'est une des têtes les plus intéressantes que la profession médicale ait connues depuis longtemps.

Arrivé à son heure, aidé par les circonstances, il a monté à l'un des premiers rangs, grâce à sa science, son urbanité, sa bonté.

Sa mort laisse un vide inconsolable.

Il aurait pu demeurer en France ; il y serait devenu un maître ; nous devons lui être reconnaissants d'avoir pensé au Canada, et l'homme de science et l'homme de bien qui formaient sa haute personnalité, ne doivent pas le regretter, puisque sa mort a réveillé un sentiment unanime de tristesse dans les coeurs de tous ceux qui l'ont connu et aimé.

Adrien PLOUFFE,
Oculiste.

Association des gardes-malades Ville-Marie

RAPPORT ANNUEL

Je suis heureux de présenter aux lecteurs de l'*Union Médicale* le dernier rapport annuel de l'Association des Gardes-Malades Ville-Marie.

Cette Association est appelée à faire le même bien chez nos gens que l'association "Royal Victorian Order of Nurses" chez nos concitoyens de langue anglaise.

Fondée il y aura bientôt trois ans cette association n'a pas été capable, c'est sûr, de se faire connaître par toute la ville, ou même encore par tous les médecins.

Avec beaucoup de bonne volonté, un grand désir de réussir et pas d'argent du tout, nos braves gardes-malades se sont jetées dans la mêlée.

Des dames charitables ont apporté leur concours à l'oeuvre et le loyer a été payé chaque mois. Une fête de charité a fourni suffisamment pour acheter des sacs avec objets de pansements, et les quelques instruments qu'apportent les Gardes dans leurs visites aux malades.

L'association se fit connaître peu à peu dans le monde médical et parmi les malades !

Quel soulagement pour le pauvre malade de recevoir chaque jour la visite d'une bonne garde parlant sa langue. Il faut entendre les médecins nous raconter les ennuis de toutes sortes occasionnés par les anciennes gardes qui ne parlaient que l'anglais rarement compris des nôtres.

Actuellement l'Association des Gardes Malades Ville Marie a son bureau No 773 rue St-Denis. Elles répondent à tous les appels jour et nuit: Téléphone Est 2446.

La directrice Mlle T. Bertrand a donné une forte poussée à l'oeuvre pour laquelle elle se dévoue entièrement.

Elle voudrait, me disait-elle, voir les médecins de langue française et leur demander leur concours et leurs sympathies pour cette association éminemment patriotique.

Je ne comprends pas bien pourquoi tous nos confrères de la ville ne font pas des appels fréquents à ses bonnes gardes qui sont toutes diplômées de nos grands hôpitaux. Quelle garantie de succès pour la malade accouchée et quelle tranquillité pour l'accoucheur que les soins intelligents d'une garde diplômée ! Ces gardes assistent le médecin pendant l'accouchement au prix d'une piastre et demie ou un peu plus suivant la situation de fortune de la cliente.

Elles font le même travail gratuitement pour les pauvres.

Elles demandent cinquante sous pour les visites avec pansements. Plusieurs malades donnent moins et un grand nombre ne peuvent rien offrir.

Voilà en peu de mots l'oeuvre admirable que font humblement et sans bruit nos braves Gardes-Malades Ville-Marie.

Tous les confrères devraient leur accorder un souvenir chaque fois que leurs malades ne peuvent avoir les soins d'une garde entièrement à sa disposition — jour et nuit — et dont le prix varie de trois à quatre piastres par jour.

Il n'est pas donné à tous les malades d'avoir de la fortune et de s'attacher les services d'une garde pendant plusieurs semaines. D'un autre côté, tous les malades ne peuvent aller dans nos hôpitaux. Il fallait donc trouver un moyen de fournir aux moins riches et même aux indigents les services de gardes diplômées et de diminuer, ainsi, la mortalité chez eux.

C'est ce que nos concitoyens de langue anglaise ont compris, et l'institution du *Royal Victorian Order of Nurses* est venue leur donner raison. Ces gardes admirables ont fait énormément de bien et nous ne saurions trop leur dire combien nous leur sommes reconnaissants du bien qu'elles ont fait et font encore jusqu'au sein de notre population de langue française.

Ces gardes parlent rarement notre langue alors que nos malades ne parlent pas toujours la leur. De là des ennuis innombrables pour les gardes, les médecins et surtout les malades. C'est pour obvier à ces inconvénients que l'Association des Gardes Malades Ville-Marie a été fondée.

Les Dames patronesses de cette oeuvre, la Directrice de l'institution et toutes les Gardes sont prêtes à se rendre partout où on les appellera. Leur nombre est encore restreint, mais c'est là une affaire à régler par les médecins qui n'ont qu'à demander pour obtenir. A mesure que les appels augmenteront le nombre des gardes montera et montera toujours !

Dr J. E. DUBE.

ASSOCIATION DES GARDES-MALADES DE VILLE-MARIE

RAPPORT ANNUEL, 1915.

Malades déjà sous traitement l'an dernier	8	
Nouveaux malades	677	
Total des malades traités	685	
Malades visités une fois durant l'année	114	
Gardes-malades en fonction	4	
Moyenne d'heures de service chaque jour	9½	
Moyenne d'heures de service le dimanche	8	
Appels de nouveaux médecins	4	
Opérations	17	
Accouchements	101	
Appels de nuit	72	
Total des visites	6,538	
Visites gratuites	1,278	
Pour l'Assistance Maternelle — 89 malades	341	visites
Cas de médecine	135	
Cas de chirurgie	61	
Cas de gynécologie	41	
Cas d'obstétrique	440	
Cas de pédiatrie	379	
Cas de maladies chroniques	22	
Cas de maladies infectieuses	16	
Malades traités gratuitement	142	
Malades traités contre rémunération	535	
Somme perçue durant l'année	\$2,526.15	

ASSOCIATION DES GARDES-MALADES DE VILLE-MARIE

ETAT DES RECETTES ET DEBOURSES POUR L'ANNEE 1915.

RECETTES:

Tag-day	1,498.59	
Somme reçue pour soins aux malades	2,526.15	
Quête à domicile	182.67	
	—————	4,207.41
En Banque le 1er janvier 1915		485.79
		————— 4,693.20

DEBOURSES:

<i>Dépenses ordinaires:</i>	
Dépenses de maison	525.00
Loyer	315.00
Billets de tramway	360.00

Gaz et Electricité (acompte sur poêle et chafferette)	93.94		
Salaire de la bonne	60.00		
Salaires des gardes-malades	2,413.77		
Beurre (1914)	7.80		
Charbon (1914)	27.13		
Téléphone	57.95		
		3,860.59	
<i>Dépenses extraordinaires:</i>			
<i>Pour le Tag-day:</i>			
Mesdames Couture, Côté et Lalande	150.00		
Mesdames Côté et Lalande — pour boîtes	17.50		
Trois comptables	15.00		
MM. Caron et Frère pour épingles	22.80		
MM. Aubry et Fils — réparation des boîtes	5.64		
MM. Granger Frères — corde et pa- pier	6.95		
Cie d'Estampage — Tags, etc. . . .	217.25		
MM. Granger Frères — impressions ..	43.00		
L'Imprimerie Populaire — impressions..	31.75		
MM. Dupuis et Frères — pré-larts, etc...	95.19		
Bureau	3.00	608.08	4,468.67
Montant en Banque le 1er janvier 1916			\$224.53

T. BERTRAND,
Surintendante.

Pathologie interne (1)

SYNDROME PERI-TRACHEO-BRONCHIQUE (1)

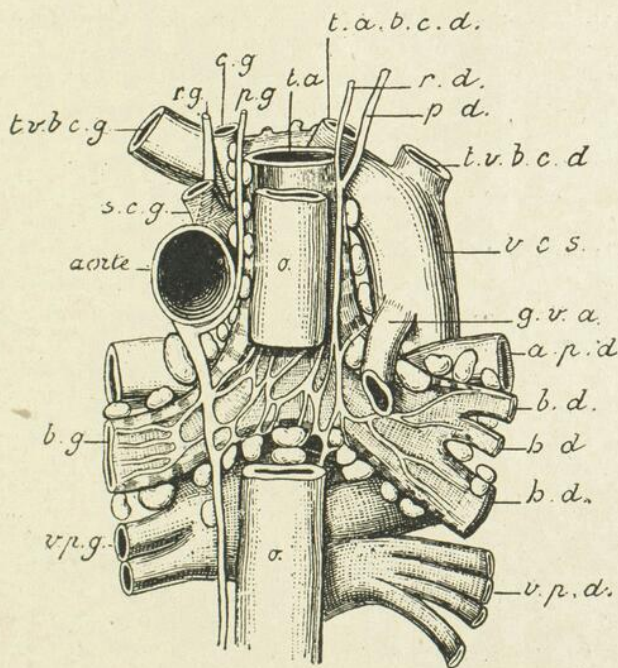
La vignette ci-jointe nous permet de comprendre la séméiologie de ce syndrome.

(A) COMPRESSIONS VASCULAIRES :

1° *Compression de la veine cave supérieure* : stase dans la p. sup. du corps, oedème du segment sup. du corps, distension des veines du cou et de la face, q. q. f. cyanose.

2° *Compression des veines pulmonaires* : oedème passif du poumon, hémoptysies légères ou grosses. è

3° *Compression de l'aorte* : vertiges, troubles visuels ou auriculaires, dyspnée d'effort, pseudo-asthme ou fausse angine, pouls petit, paradoxal.



La région pérित्रachéo-bronchique.

p. d., pneumogastrique droit. — p. g., pneumogastrique gauche. — r. d., récurrent droit. — r. g., récurrent gauche. — t. a., trachée artère. — b. d., bronches droites. — o., oesophage. — v. p. g., veines pulmonaires gauches. — v. p. d., veines pulmonaires droites. — s. c. g., sous-clavière gauche. — t. v. b. c. g., tronc veineux brachio-céphalique gauche. — c. g., carotide gauche. — t. a. b. c. d., tronc artériel brachio-céphalique droit. — v. c. s., veine cave supérieure. — g. v. a., grande veine azygos. — a. p. d., artère pulmonaire droite. — t. v. b. c. d., tronc veineux brachio-céphalique droit.

(B) COMPRESSIONS NERVEUSES:

1° *Pneumogastrique*: toux coqueluchoïde, palpitations, anxiété respiratoire, dysphagie, polyurie, pollakiurie, tachycardie paroxystique ou bradycardie totale.

2° *Récurrent gauche*: spasme de la glotte, paralysie de la corde vocale gauche, troubles de la voie (aphone, bitonale, voilée, rauque, etc.).

3° *Le sympathique*: inégalité pupillaire: syndrome Dejerine — Klumpke — (lésion au niveau de 1re dorsale et dernière cervicale).

4° *Le phénique*: hoquet, dyspnée et paralysie du diaphragme.

(C) COMPRESSIONS VISCÉRALES.

1° *L'œsophage*: signes de rétrécissement, hydrophobie.

2° *La trachée*: dyspnée d'effort et paroxystique avec carnage, tirage, roncus.

Il y a souvent élévation de la crosse de l'aorte et de sous-clavières, dans les anévrysmes, en particulier.

A. L.

DIAGNOSTIC DU CANCER DE L'ESTOMAC

Jerome Meyers, dans *Medical Review*, formule ses conclusions diagnostiques en les aphorismes pratiques suivants:

1° Ne diagnostiquez jamais cancer sur un symptôme isolé;

2° Suspectez le cancer chez tout individu qui souffre de troubles gastriques intenses et rebelles;

3° N'excluez pas l'idée de cancer parce qu'il n'y a pas de tumeur;

4° N'excluez pas l'idée de cancer parce qu'il n'y a pas de vomissements;

5° N'excluez pas l'idée de cancer parce qu'il n'y a pas de douleur;

6° N'excluez pas l'idée de cancer parce qu'il n'y a pas d'anorexie;

7° Ne concluez pas à un cancer parce que vous ne trouvez ni acide lactique ni ferments lactiques;

8° N'excluez pas l'idée de cancer parce que le sujet est jeune;

9° N'excluez pas l'idée de cancer parce que l'acidité chlorhydrique est normale ou exagérée;

10° Rappelez-vous que la présence de sang dans le contenu stomacal ou dans les fèces est le symptôme le plus important du cancer de l'estomac;

11° Tenez pour suspect de cancer tout sujet qui continue à avoir du sang dans l'estomac ou les selles après un traitement approprié;

12° Tenez pour suspects tous ceux qui "à l'âge du cancer" présentent des troubles gastriques graves, de début assez brusque, ou précédés des symptômes ordinaires de l'ulcère gastrique;

13° Tenez pour suspects ceux dont les troubles restent rebelles à un traitement approprié;

14° Pensez à la syphilis dans tous les cas de tumeur. La tumeur peut être une gomme. La réaction de Wassermann doit toujours être pratiquée dans les cas douteux.

AVIS

FACULTE DE MEDECINE

La commission des nominations du Conseil de la Faculté prendra en considération, le 17 avril prochain, les propositions de nominations et d'avancement dans le personnel de l'enseignement. Tous ceux qui désirent faire valoir des titres sont priés de s'adresser au soussigné avant le 25 avril courant.

GEO. VILLENEUVE,
Rapporteur.

BIBLIOGRAPHIE

FORMULAIRE DES MEDICAMENTS NOUVEAUX POUR 1916, par H. Bocquillon-Limousin, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le Pr. Albert Robin. 1 vol. in-18 de 350 pages. Cartonné: 3 fr. (J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

Ce *Formulaire*, écrit avec concision et clarté, a comblé heureusement une lacune: il réunit et étudie, avec toutes les indications pratiques qu'elles comportent, les acquisitions modernes de la thérapeutique.

Parmi les médicaments nouveaux décrits dans cette édition nous citerons: amalgame d'arsenic, antodyne, apyrone, atophan, atural, bardane, bismose, bismuthose, buxus sempervirens, calomélol, captol, cardol, chenopodium anthelminticum, chinaptol, chinisol, collobiase, collothiol, cosaprine, crataegus oxyacantha, créosocamphre, cryophine, dextroforme, dial, diogénal, émétine, épicarine, essence de bois de cadier, formane, galyll, hédonal, hygrol, kinectine, ludyl mésothorium, méthylal, phénoval, pituitrine, purgatol, pyrantine, salophène, sen-nax, soufre colloïdal, sulfoïdal, théosol, tricalcol, tuberculine C. L., urométine, utéramine, vaccin antityphique par voies digestives Lumière, vaccins stabilisés fluorurés Poulenc.

Outre les nouveautés, on y trouvera des articles sur les médicaments importants de ces dernières années.

A propos de tous ces médicaments (et ils dépassent le nombre de 500), l'auteur a exposé tout ce que l'on doit savoir: la synonymie, la description, la composition, l'acte physiologique, les propriétés thérapeutiques, le mode d'emploi, les doses.

Un répertoire des synonymes permettra aux médecins et pharmaciens de remplacer les spécialités allemandes par des produits non

spécialisés et de se débarrasser à l'avenir du fatras de la science germanique sans sacrifier l'intérêt des malades.

THERAPEUTIQUE. — On connaît le succès des numéros spéciaux de *Paris Médical*. Malgré les difficultés créées par la guerre, le grand magazine médical français continue à ne pas en priver ses fidèles lecteurs; — le numéro du 4 mars est consacré à la *Thérapeutique* dont voici le sommaire:

La propreté des vêtements et la prophylaxie des infections des plaies, par le Dr P. Carnot. — Le traitement des porteurs de germes, par le Dr P. Carnot. — Emploi de bandes pour l'irrigation des surfaces de blessures, par le Dr Wright. — Action de l'émétine dans le traitement des abcès amibiens du foie, par le Prof. Ch. Dopfer. — Grandes et petites médications, par le Dr Rénon. — Traitement des plaies de guerre infectés ou douteuses, par le Dr Chaput. — Traitement des plaies infectées par le sérum de Leclainche et Vallée. — Médicaments et blessures de guerre, par le Dr Deguy. — *Académie de médecine, Académie des sciences, Variétés, Revue de thèses, Nouvelles.*

Envoi franco de ce numéro de 56 pages in-4 avec figures contre 1 franc en timbres-poste de tous pays, adressés à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

SUPPLEMENT

La pituitrin contre l'inertie utérine

La Pituitrine est un extrait de la glande pituitaire. Il y en a plusieurs marques en vente mais toutes ne possèdent pas la même activité. En injection hypodermique, elle possède une action élective sur l'utérus, en particulier pendant le travail de l'accouchement s'il est en état d'inertie. Elle nous dispense, ainsi, d'employer le forceps, souvent domageable pour la mère et pour l'enfant. La Maison Parke-Davis prépare des ampoules stérilisées avec soin et dont l'activité est bien dosée: 1 c.c. représente 0.2 de glande fraîche.

Les médecins peuvent se procurer toute la littérature sur ce sujet en s'adressant au bureau à Montréal, rue St-Paul.