
NÉCROLOGIE

LE DOCTEUR A. BRETON

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, déjà si cruellement éprouvée depuis le début de l'année scolaire 1931-1932, vient d'être de nouveau plongée dans le deuil par la mort du Dr A. Breton.

Bien que jeune, le docteur Breton avait su s'attirer la sympathie et la confiance du Conseil de la Faculté, qui le nommait, il y a quelques années à peine, chargé de cours en bactériologie, pour succéder au Dr Bernier, titulaire décédé.

Le Docteur Breton était bien préparé pour assumer cette lourde responsabilité. L'exercice de sa profession dans sa ville natale d'abord, puis un stage dans les laboratoires provinciaux d'hygiène, sous la direction du Dr Bernier, et enfin, un séjour prolongé à l'Institut Pasteur de Paris, lui avaient permis d'acquérir la science nécessaire à qui veut enseigner. Personne ne fut donc surpris de le voir succéder à son maître le docteur Bernier.

Il se mit immédiatement à la tâche, organisa les cours théoriques et pratiques, se dépensa largement pour continuer l'œuvre de son prédécesseur et contribuer à l'avancement de la science chez nous.

Là ne se borna pas son activité; il voulut faire plus. La lutte contre la tuberculose chez le nouveau-né présentait pour lui un intérêt tout particulier.

Préparé par ses études sous la direction du professeur Calmette, il n'hésita pas à dépenser la meilleure partie de lui-même, son énergie, sa santé, afin que les tout petits puissent bénéficier de la vaccination préventive contre cette terrible maladie.

Si l'œuvre du Docteur Breton a été obscure et est peu connue, elle n'en est pas moins belle et moins utile pour cela. L'enseignement universitaire n'est pas toujours apprécié à sa juste valeur, et la tâche de former des élèves comporte souvent des responsabilités très lourdes à porter.

Le Docteur Breton faisait partie du groupe de ceux qui travaillent dans l'ombre, souvent au détriment de leur santé, toujours dans des conditions matérielles et financières déplorables, afin que la génération des jeunes qui montent soit plus éclairée et fasse honneur à notre race.

S'il n'a pu donner toute sa mesure, il faut en accuser une santé précaire qui l'a trahi au moment où il espérait voir se réaliser un rêve cher à tous: l'installation de notre université sur le flanc du Mont-Royal.

Comme beaucoup d'autres, le docteur Breton est mort trop tôt, mais il vivra toujours dans la mémoire de ceux qu'il a bien servis.

Albert BERTRAND.

MÉMOIRES

ABCÈS MÉTASTATIQUE ÉPIDURAL DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

Par

A. BELLEROSE

Roma AMYOT

Chirurgien à l'Hôpital Notre-Dame Neurologue à l'Hôpital Notre-Dame

Si l'on s'en rapporte à la littérature médicale, les abcès métastatiques épiduraux de la moelle épinière sont plutôt des raretés; plus restreint encore est le nombre des interventions pratiquées pour enlever la compression qu'ils engendrent. C'est heureux, car la mortalité est très élevée.

Des quinze cas publiés jusqu'à date dans le monde entier, treize sont morts, des quatre qui ont pu être opérés, deux seulement ont survécu.

Le pourcentage très élevé de la mortalité s'explique par la localisation de l'infection dans une cavité étendue et cloisonnée, qui se draine mal, et par le peu de résistance des sujets, qui en sont atteints. Peut-être aussi, en trouve-t-on une explication dans le fait que l'opération est faite trop tard, dans la majorité des cas.

L'abcès métastatique épidural est dû la plupart du temps à une staphylococcie ayant pour cause la furonculose.

Nous avons l'honneur aujourd'hui d'en présenter un nouveau cas qui vient grossir la liste de ceux déjà publiés.

Observation: — Mme J. H., canadienne-française, âgée de 39 ans, est dirigée le 14 novembre 1931, par son médecin de famille pour anthrax de la nuque, à l'un d'entre nous.

La maladie a débuté, il y a trois semaines, par l'apparition de multiples furoncles dans la région cervicale postérieure. L'infection continue depuis, malgré de nombreuses incisions et l'injection de la série complète du Bouillon-Vaccin de Delbet.

A l'examen, on constate une plaie des téguments, de la largeur de la main, s'étendant de la tubérosité occipitale jusqu'à la sixième vertèbre cervicale. Le fond de la plaie est recouvert d'un liquide purulent au milieu duquel nagent des lambeaux de tissus sphacelés. Le pourtour est rouge, oedematié, percé de nombreux pertuis d'où la pression fait sourdre autant de gouttelettes de pus.

Etant donné l'état général de la malade qui laisse à désirer, nous décidons d'intervenir immédiatement. Le foyer d'infection est circonscrit au moyen de pointes de feu, les placards de sphacèle sont excisés et l'ouverture béante laissée par le galvano-cautère est comblée par des compresses imbibées de solution Dakin.

Les examens de laboratoire indiquent une azotémie et une glycémie normales, seules les urines présentent de fortes traces d'albumine.

Jusqu'au 22 novembre, les suites opératoires répondent à nos espérances, l'œdème disparaît, la plaie se déterge et la température se maintient au niveau de la normale.

Le 22 novembre, la malade est prise subitement d'un frisson qui dure vingt minutes, et à la visite, elle se plaint de douleurs dans la partie antérieure et inférieure de l'hémi-thorax droit. Malgré l'absence de signes pulmonaires, nous prescrivons un enveloppement humide chaud renouvelé toutes les trois heures. De normale qu'elle était auparavant, la température monte à 102°.5 dans la soirée.

Le 23 novembre, la fièvre persiste de même que la douleur thoracique, bien qu'il n'y ait encore aucun signe stéthoscopique. Le 24 novembre, la température décrit une courbe descendante et ne se relève audessus de la normale que le 27 novembre. A partir de ce jour, elle oscille entre 99° et 101° et le point douloureux de l'hémi-thorax présente des périodes de rémission et d'exacerbation; cependant le poumon est toujours muet.

Croyant avoir affaire à une température causée par l'anthrax avec névralgie intercostale d'origine toxique, nous permettons le lever pour aller à la toilette.

Le 1er décembre, notre patiente se plaint de troubles de la miction et de douleurs généralisées à tout l'abdomen, c'est à peine si elle ressent de la gêne dans l'hémi-thorax droit. La palpation révèle qu'il s'agit d'hyperesthésie cutanée, la vessie est distendue et le cathétérisme ramène 600cc d'urines. Un toucher vaginal montre des organes génitaux à peu près normaux. Les intestins se vident d'une façon spontanée.

Le jour suivant, elle peut encore se rendre seule à la toilette.

Le 3 décembre, elle déclare ne plus pouvoir se tenir sur ses deux jambes. Un examen neurologique sommaire permet de reconnaître une diminution notable de la sensibilité superficielle à la douleur, dans tout le territoire des membres inférieurs et une parésie motrice des muscles des régions fessières et des cuisses. Les mouvements d'extension et de flexion des genoux et des pieds sont conservés. La percussion du rachis détermine de la douleur au niveau de la 4ième et 5ième vertèbre dorsale; à droite de celles-ci il y a une petite tumeur difficilement perceptible de la grosseur d'un jaune d'oeuf. Nous pensons immédiatement à l'ostéite avec compression de la moelle, et une radiographie est demandée.

La ponction lombaire faite au point d'élection met en évidence un syndrome de Froin franc: le liquide céphalo-rachidien jaune citrin coule sans pression et coagule en masse. Voici le rapport du laboratoire: — Rares lymphocytes. — Examen bactériologique négatif. — Albumine 3.20. — Gomme négative. — L'examen du pus retiré de la petite tumeur nous apprend qu'il contient du staphylocoque.

Contrairement à notre attente, la radiographie de la colonne vertébrale est négative.

En face de ces faits, le 5 décembre un confrère neurologue, le Docteur R. Amyot est appelé en consultation. Voici le rapport de son examen: — Les deux membres inférieurs présentent une paralysie totale et flasque de leurs muscles. Les réflexes rotuliens sont faibles et symétriques, les achilléens sont également symétriques et sont peut-être plus vigoureux que les rotuliens. Le réflexe plantaire se fait en flexion plantaire des deux côtés. Le signe de Rossolimo est peut-être positif à droite. Les réflexes cutanés-abdominaux ne peuvent être obtenus. Le grattage de la face plantaire du pied provoque des deux côtés de légers phénomènes d'automatisme médullaire, les adducteurs se contractent au cours de cette excitation. La recherche des sensibilités superficielles et profondes manifestent une anesthésie à tous les modes jusqu'à D7.

En somme, il s'agit d'une paraplégie par interruption fonctionnelle des faisceaux de conduction médullaire. Cette interruption semble avoir sa limite supérieure au niveau du 7ième segment dorsal; elle équivaut, par son intensité, à une section physiologique de la moelle.

La conservation des réflexes rotuliens permet de conclure que l'agent de cette interruption possède une limite inférieure qui n'atteint pas les 2ième et 3ième segments lombaires. Il est plus que probable, et le syndrome de Froin du liquide céphalo-rachidien retiré, constitue l'argument le plus convainquant, que l'on a affaire à une compression médullaire.

Au cours de cette consultation, le diagnostic d'abcès métastatique épidual de la moelle épinière est posé. Nous décidons de faire une laminectomie.

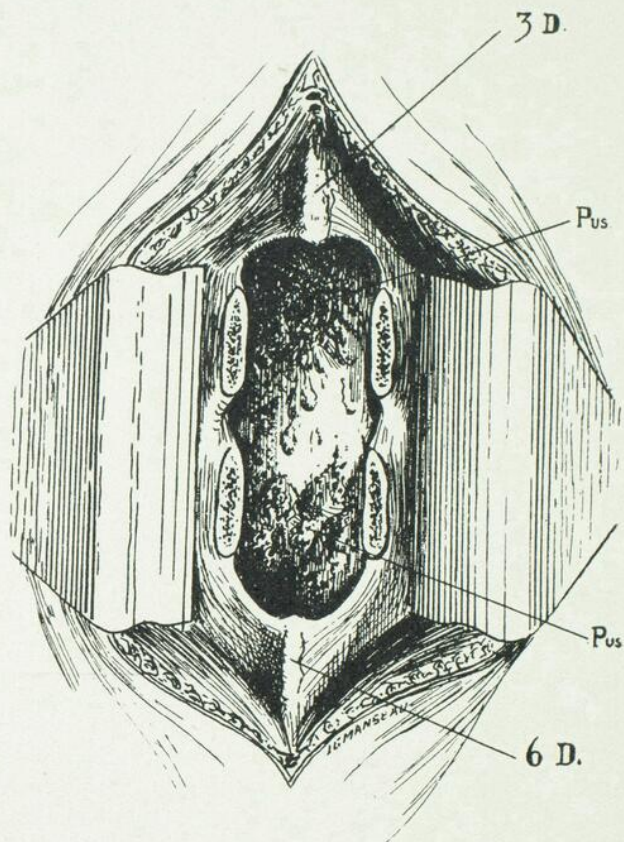
L'opération est pratiquée sous anesthésie générale. Après incision de tissus mous, nous enlevons les apophyses épineuses et les lames de la 4ième et 5ième vertèbres dorsales. Cette ouverture du canal rachidien permet l'évacuation d'une collection de pus épais, située entre les méninges et la paroi du canal; le pus sort sous pression aux deux extrémités de la brèche osseuse.

Les méninges sont saines, bien nourries, on y voit des battements. Celles-ci sont asséchées et la plaie opératoire est partiellement suturée au moyen de crins de Florence. Deux drains-cigarettes sont laissés en contact avec les méninges de façon à permettre la sortie des liquides purulents qui pourraient se former dans la suite.

L'examen du pus recueilli dans une éprouvette stérilisée montre du staphylocoque *albus*.

Nous commençons immédiatement une série d'injections d'Immunogène de Parke Davis. Dans les jours qui suivent, l'infection semble diminuer en même temps que s'améliore l'état général de la malade. L'écoulement de pus est de moins en moins abondant, la température se maintient au voisinage de la normale, et quelques troubles neurologiques semblent rétrocéder.

Voici le résultat d'un examen neurologique fait le 10 décembre. — La paralysie persiste aussi profonde. Les réflexes rotuliens et achilléens sont toujours très faibles. Les phénomènes d'automatisme médullaire apparaissent plus globaux que lors du premier examen neurologique et sont déclancées assez facilement par la manœuvre de Marie-Foix. D'autre part, les troubles sensitifs sont moins étendus, la limite supérieure s'étant abaissée, à gauche, jusqu'à LI, à droite, jusqu'à DII.



Le 16 décembre, une nouvelle ponction lombaire révèle qu'il n'existe plus de compression sur la moelle épinière.

La tension au manomètre de Claude est, la malade étant couchée, de 18 cent. La compression des jugulaires fait monter cette tension initiale très facilement et cette dernière s'abaisse rapidement, aussitôt qu'on n'appuie plus sur les veines du cou. Le liquide est limpide; il contient 0.60 centig. d'albumine au litre et environ 35 lymphocytes à la cellule de Nageotte.

Le 17 décembre, au moment même où les chances de succès nous paraissent les plus grandes il se fait une nouvelle poussée d'infection et nous assistons plus tard à la formation de deux nouveaux abcès métastatiques, l'un dans les muscles de l'épaule, l'autre à la région lombaire. Ceci nous

oblige à une nouvelle intervention au cours de laquelle nous ouvrons des collections purulentes assez abondantes. A partir de cette date, l'état général de la malade, loin de s'améliorer, s'aggrave de jour en jour. Elle souffre d'un syndrome d'anémie progressive qui ne cède ni aux extraits de foie, ni aux transfusions sanguines.

L'hémo-culture faite à la fin de janvier 1932 est encore négative, cependant le nombre de globules rouges diminue toujours. La dernière numération globulaire indique qu'il n'existe à peine que 2.224,000 globules rouges par millimètre cube contenant tout juste 29% d'hémoglobine.

Finalement, nous essayons un auto-vaccin qui ne donne aucun résultat.

La malade meurt le 26 février 1932 de toxémie. La plaie cervicale est presque épidermée, mais les abcès métastatiques continuent de suinter un liquide purulent, malgré toute la kyrielle des antiseptiques et des vaccins. Malheureusement pour des raisons incontrôlables, l'autopsie n'a pu être faite et nous n'avons pu connaître l'étendue exacte de l'abcès épidual, ni l'état de la moelle épinière.

En résumé, il s'agit d'une malade à la nuque de laquelle apparurent plusieurs furoncles constituant ultérieurement un anthrax étendu. Un mois et demi environ après l'installation de cette infection staphylococcique et concomittamment à la réapparition de l'hyperthermie qui était disparue, la malade fut prise brusquement de douleurs vives aux parties moyenne et inférieure de l'hémi-thorax droit, puis la vessie manifesta de la rétention, les douleurs s'étendirent à l'abdomen et finalement, 12 jours après la manifestation des phénomènes douloureux, la malade fut réduite à l'impotence par paralysie des membres inférieurs. Un syndrome de Froin du liquide céphalo-rachidien fut trouvé. On conclut à une compression médullaire par un abcès épidual métastatique. Une laminectomie faite sur les 4ième et 5ième vertèbres dorsales, effectivement, fit découvrir une collection purulente située en dehors des méninges. Malgré l'intervention, malgré la disparition de la compression et du blocage sous-arachnoïdien, la paraplégie ne régressa pas et la malade mourut de toxémie un mois et demi après l'opération, deux mois après les premières manifestations neurologiques.

L'évolution du syndrome neurologique n'a rien d'exceptionnel. Comme il a été observé au cours d'affections semblables rapportées dans la littérature médicale (7 sur 15 cas), la radiculalgie fut, chez notre malade, le symptôme initial, le symptôme témoin de l'envahissement de l'espace épidual par le processus infectieux.

Celui-ci s'y développa et lorsque la collection purulente fut assez considérable et sous tension suffisante, pour exercer une compression effective sur la moelle ou encore, après que cette dernière eut été le

siège de lésions myélitiques secondaires, la paraplégie sensitivomotrice apparut.

Cette paraplégie fut et demeura flasque; les réflexes tendineux étaient très affaiblis et le signe de Babinski ne se montra pas. Aucune excitation, de quelque nature qu'elle fût et sur quelque zone qu'elle fut portée, des téguments des membres inférieurs et du tronc jusqu'à D7, n'était perçue.

On ne pourra donc contester l'intensité du processus, compression ou myélite secondaire, ou plutôt les deux à la fois, qui provoqua l'interruption des fonctions médullaires. Elle équivalait à une véritable section physiologique de la moelle.

Guillain et Barré, à la suite de leurs études sur les blessés de guerre, ont constaté que, sur 16 cas de section anatomique totale de la moelle, le réflexe plantaire était 17 fois en flexion, alors que l'extension du gros orteil accompagnait toujours les cas de section incomplète. Aussi, conclurent-ils que le réflexe plantaire en flexion, dans les cas de paraplégie traumatique, était un signe important de section anatomique ou physiologique totale de la moelle. Leur opinion fut contestée par Lhermitte, par Roussy, mais leurs constatations, presque constantes demeurent, quand même importantes et peuvent difficilement être catégoriquement rejetées.

Nous ne pouvons affirmer péremptoirement que la paraplégie de notre malade était due exclusivement à la compression par l'abcès. Sans doute, le syndrome de Froin démontra le blocage sous-rachnoïdien, mais ce blocage n'existait pas lors de la seconde ponction lombaire (liquide limpide et épreuve de Queckenstedt positive). Et pourtant, malgré l'absence de blocage, donc de compression, le syndrome neurologique ne se modifia pratiquement pas. Cette immobilité doit-elle être rattachée à la dégénérescence secondaire des faisceaux à la suite de la compression du début? C'est notre impression qu'une compression, ne s'étant exercée que durant 4 jours (du 3 décembre-paraplégie au 7 décembre-opération), n'a pu provoquer seule une paraplégie aussi profonde et surtout intégralement persistante durant un mois et demi.

L'histoire des compressions médullaires par tumeurs intra-rachidiennes opérées nous aide à garder cette impression. Nous croyons plutôt qu'une myélite s'est constituée secondairement au processus staphylococcique épidual et que cette myélite a réglé l'avenir fonctionnel de la moelle. Et puis encore, on peut très bien soupçonner que la réaction lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien de la seconde ponction lombaire (35 lymphocytes avec une albuminose de 0.60

centig.) fut précisément le témoin de l'inflammation des leptoméninges et de la moelle.

Il va sans dire que nous ne croyons pas que toutes les paraplégies par abcès épidural sont la signature d'un processus myélitique et quelle que soit la cause immédiate des troubles médullaires (compression ou myélite) l'impotence doit persister.

Un cas d'abcès épidural métastatique opéré et rapporté par Pulvirenti a vu sa paraplégie régresser, au point de permettre la marche 5 mois après l'opération. Le cas rapporté par Winchell Mck. Craig et John B. Doyle put marcher, 5 mois après l'opération.

Cette dernière consiste à faire une laminectomie sur un certain nombre de vertèbres et à un niveau indiqué par la limite supérieure des troubles objectifs de la sensibilité, par l'arrêt de lipiodol sous-arachnoïdien. Elle a pour effet de provoquer l'évacuation de l'abcès sous tension et plus ou moins étendue, de supprimer la compression existante et d'éviter, en autant qu'il est possible, l'infection secondaire de la moelle. Elle constitue l'acte principal du traitement.

Les malades en cause font presque inévitablement d'autres abcès à distance ou dans le voisinage du foyer primitif. Celui-ci est presque toujours un furoncle ou un anthrax.

La résistance générale amoindrie, l'installation de l'infection au sein d'une cavité comme l'espace épidural, la paraplégie qui s'en suit et qui devient l'occasion de la formation d'escarres et de troubles sphinctériens, ne sont pas de nature à atténuer la diffusion de l'infection et la multiplication des localisations purulentes.

A consulter sur le sujet, les deux travaux suivants qui donneront la bibliographie complète jusqu'à date.

BIBLIOGRAPHIE

DANDY, W. E. — *Abcess and inflammatory tumors in the spinal epidural space (So called pachymeningitis extra)*. Arch. Surg., vol. XIII, pp. 477-494, October 1926.

WINCHELL Mck. CRAIG and JOHN B. DOYLE. — *Métastatic epidural abcess of the spinal cord and recovery after operation*. Annals of Surgery, vol. XCV, no. 1 p., 58, January 1932.

RECUEIL DE FAITS

UN CAS D'INVAGINATION ILÉO-CÆCALE TRAITÉ ET GUÉRI PAR LA RÉSECTION

Mercier FAUTEUX
Chirurgien en chef
de l'Hôpital général de Verdun

Par

L. A. BOURDEAU
Assistant chirurgien
de l'Hôpital général de Verdun

Nous avons eu récemment l'occasion d'admettre d'urgence, dans le Service de Chirurgie de l'Hôpital Général de Verdun, un enfant de 10 ans, présentant un syndrome d'occlusion intestinale aiguë.

Interrogé, l'enfant nous apprit que le midi il avait mangé comme d'habitude, et qu'une heure après, il se mit à présenter des douleurs abdominales suivies rapidement de vomissements et de diarrhée et qu'enfin depuis la fin de l'après-midi, il ne peut plus aller à la selle ou passer de gaz et que son ventre se ballonne.

Bien que le début de ces accidents remonte à dix heures, l'état général semble peu touché: le facies est relativement bon, la température est normale et le pouls bat à 100. L'examen de l'abdomen montre un ventre météorisé et presque uniformément douloureux, avec un maximum d'intensité tout de même au niveau de la fosse iliaque gauche, où l'on reconnaît aisément à la palpation même superficielle, une masse bosselée, presque en forme de boudin, très douloureuse. Par contre, la fosse iliaque droite se déprime facilement et semble être vide. Le toucher rectal ne ramène pas de sang et se montre négatif.

Le diagnostic d'invagination intestinale fut porté. Déjà, la constatation d'un syndrome d'occlusion chez un enfant, devait y faire penser; par la suite, la présence d'une tumeur en forme de boudin dans la fosse iliaque gauche, ayant présenté à deux examens espacés de véritables mouvements de reptation et la dépressibilité toute spéciale de la fosse iliaque droite le confirmait.

Une intervention chirurgicale fut immédiatement pratiquée. Par une incision médiane sous-ombilicale l'on abordait la masse, vite reconnue comme étant du grêle invaginé dans le caeco-ascendant sur une longueur d'au moins douze pouces. La désinvagination d'abord tentée par des manoeuvres

douces d'expression se montrant impossible, l'on pratiqua une résection en masse de tout le segment invaginé pour terminer par une anastomose. Fermeture de l'abdomen en trois plans sans drainage. Suites opératoires normales. Guérison sans incident. L'invagination intestinale aiguë est une affection pouvant se rencontrer chez l'adulte comme chez l'enfant; mais, elle est surtout une affection de l'enfance, touchant de préférence le nourrissons du sexe masculin.

* * *

Snellmann, relevant les statistiques d'occlusion intestinale aiguë de l'Hôpital Sainte-Marie d'Helsingfors, trouve 16 cas d'invagination intestinale de 1902 à 1924, soit 6½ pour cent. Sur ce nombre, 6 concernant des nourrissons, tous garçons, au-dessous de 1 an; des 10 autres, 5 concernent des enfants, garçons, au-dessous de 10 ans et 5 adultes de 30 à 67 ans.

Nous avons pensé rapporter ici cette observation parce qu'elle démontre bien à la suite d'ailleurs de beaucoup d'autres déjà publiées par différents auteurs, que si l'invagination intestinale aiguë est une affection particulièrement grave, traitée à temps et convenablement, elle comporte plutôt un pronostic favorable.

COEXISTENCE D'ÉPITHÉLIOMAS BASO ET SPINO-CELLULAIRE CHEZ UN MEME SUJET

Par Albéric MARIN,

M. Ed. F..., âgé de 69 ans, (dossier 4269) vient consulter à la Clinique de Dermato-Syphiligraphie de l'Hôpital Notre-Dame, le 18 mars 1932, pour deux ulcérations, siégeant l'une à la lèvre inférieure, l'autre à la tempe droite.

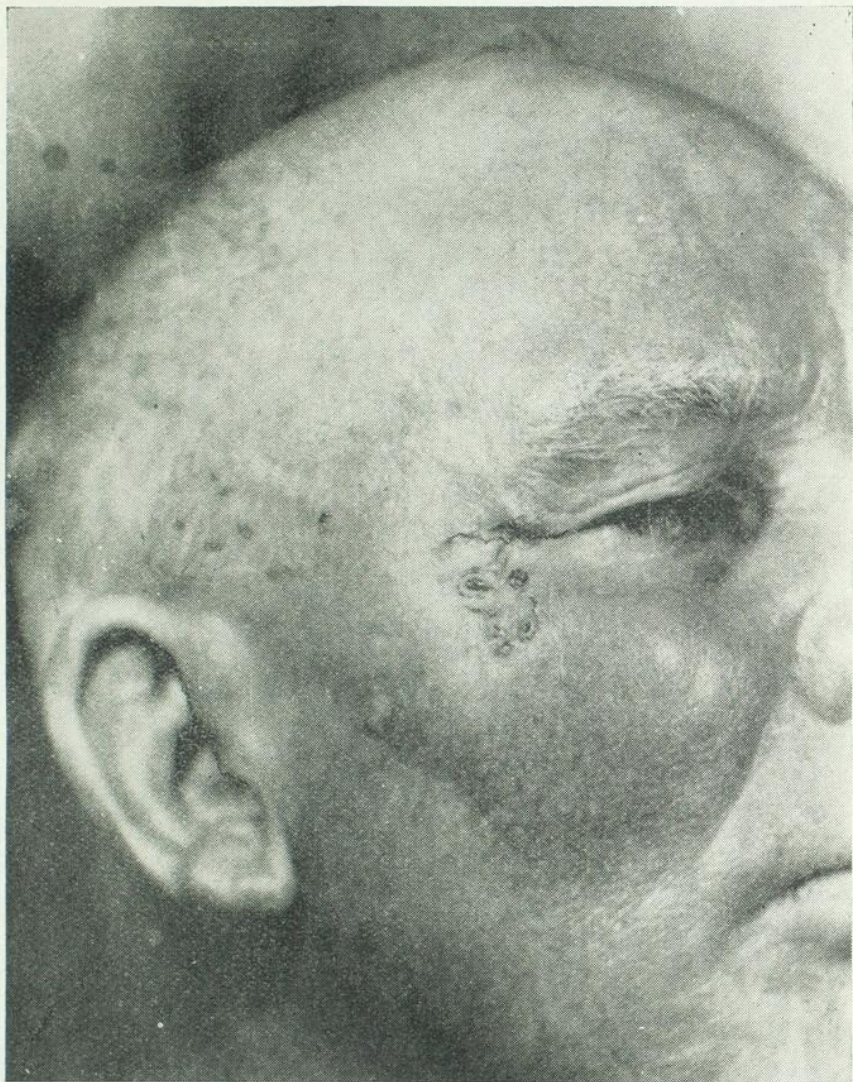


A la lèvre inférieure, en sa moitié gauche l'on voit une tumeur du volume d'une cerise, de forme ovoïde, enchassée dans la lèvre mais légèrement saillante. La surface en est érodée, bourgeonnante et saignotte facilement. Les bords sont bien marqués par un léger renflement.

La palpation en indique la dureté spéciale, sa délimitation et provoque de la douleur. Les ganglions sous-mentonniers, sous-maxillaires et cervicaux ne sont pas cliniquement engorgés.

Cette tumeur aurait débuté il y a 3 mois.

La biopsie confirme le diagnostic clinique d'épithélioma spino-cellulaire.



A la région temporale droite, près du canthus externe, on observe une ulcération cicatricielle, en nappe ovale d'environ 3 x 2 centimètres. Sur un fonds déprimé, blanchâtre et atrophique l'on voit de petits nodules ulcérés de la taille d'un pois. Tout près de la queue du sourcil, existe un nodule non encore ulcéré. Il est grisâtre et vaguement translucide. C'est une perle épithéliomateuse typique.

Cette lésion évoluant depuis quelques années est lentement extensive. Il n'y a pas d'adénopathie angulo-maxillaire. Il s'agit d'un épithélioma baso-cellulaire de type clinique "plan ulcéro-cicatriciel", diagnostic confirmé par l'examen anatomo-pathologique.

Nous avons pratiqué la radiumpuncture du cancer de la lèvre inférieure: 4 aiguilles de 2 milligrammes de Radium, à paroi de $\frac{1}{2}$ millimètre de platine, laissées en place durant 6 jours.

La lèvre est actuellement presque totalement cicatrisée.

Nous avons fait l'électro-dessiccation du cancer de la région temporale. Le tégument est ici complètement réparé.

Bien que n'étant pas d'exceptionnelle rareté les cas présentant simultanément deux épithéliomas de nature histologique différente ne sont pas tellement fréquents et méritent d'être rapportés.

SCLÉROSE EN PLAQUES AIGUE À FORME TRIPLEGIQUE.

RÉTENTION URINAIRE PROGRESSIVE.

HYPERLYMPHOCYTOSE et HYPERALBUMINOSE RACHIDIENNES

Par Jean SAUCIER

(Service de Neurologie de l'Hôpital Notre-Dame.)

Le malade dont l'observation suit représente un aspect très inusité de la sclérose en plaques. Il mérite que nous n'attendions pas le recul chronologique habituel, et nous le livrons immédiatement à la réflexion de nos lecteurs dans sa complexité initiale, quitte à revenir plus tard sur les particularités évolutives, s'il y a lieu.

Nous sommes en présence d'un malade qui n'en est pas à sa manifestation initiale de sclérose en plaques. Dès l'an dernier, les engourdissements qu'il éprouva au membre supérieur droit établissaient déjà une signature nosologique et devaient faire présager une nouvelle poussée évolutive. Le syndrome triplégique que nous venons de décrire réalise cette nouvelle poussée, et constitue la seconde phase d'un état qui sera essentiellement intermittent.

Obs. Armand M., 14 ans, sentit subitement le 24 avril dernier, alors qu'il assistait à la messe, des engourdissements et des fourmillements au niveau de son membre inférieur gauche, et il s'aperçut presque simultanément qu'il ne pouvait plus remuer son membre. Il vint consulter au Dispensaire Neurologique de l'Hôpital Notre-Dame le 3 mai et il entra dans le service le même jour. A ce moment il marchait relativement bien sur sa jambe droite et il réussissait à progresser d'une façon satisfaisante en s'aidant d'une canne. Le 4 mai, nous lui fîmes une ponction lombaire, et le même jour, le membre inférieur droit était inerte, en même temps que le membre supérieur droit devenait le siège d'engourdissements pénibles. Le 8 mai, le membre supérieur droit était très fortement parésié.

Actuellement, l'aspect moteur ne s'est pas modifié. Depuis le début monoplégique du 24 avril, le malade remarqua que ses mictions étaient plus laborieuses. Il devait attendre 5 puis 10 minutes avant de pouvoir uriner. Depuis son entrée à l'hôpital, il est en complète rétention et nous avons dû lui faire appliquer la sonde à demeure.

Il est à noter que ce syndrome s'est installé subitement, mais sans ictus, et que le malade s'était toujours parfaitement porté auparavant.

Son passé médical serait complètement vierge, n'était l'apparition, il y a un an, d'engourdissements au niveau du membre supérieur droit,

durant deux semaines, et ayant disparu sans laisser de traces apparentes.

L'anamnèse, familiale et héréditaire, n'apporte rien d'utile au dossier.

A l'examen, le 9 mai 1932, le petit malade est dans l'impossibilité de remuer ses membres inférieurs et il n'effectue qu'avec difficulté quelques mouvements élémentaires de son membre supérieur droit. Le membre supérieur gauche a conservé son fonctionnement intégral. Aux membres atteints, les réflexes tendineux sont vifs mais non polycinétiques. Il n'existe pas de clonus podalique ou rotulien. Les réflexes cutanés plantaires sont en extension bilatérale. Les abdominaux et les crémastériens sont abolis.

Les sensibilités superficielles sont à peu près abolies au membre inférieur gauche, le premier paralysé; elles sont émoussées au membre inférieur droit. Les sensibilités profondes sont intactes aux deux membres inférieurs. Aux membres supérieurs, les sensibilités sont normales.

Le malade est en complète rétention urinaire depuis le 4 mai.

Les épreuves cérébelleuses cinétiques sont difficiles à interpréter en raison de la parésie du membre supérieur droit. Par ailleurs, le malade effectue les divers tests de dysmétrie parfaitement avec son membre supérieur gauche. On peut noter déjà une légère scansion de la parole.

Les nerfs craniens sont respectés; notamment, le fond d'œil n'offre rien de pathologique et le réflexe du voile est présent. Les épreuves labyrinthiques instrumentales n'ont pas été faites à date, mais il existe actuellement du nystagmus spontané dans le regard horizontal des deux côtés.

Pendant toute la durée de cette courte évolution, aucun phénomène méningé clinique n'est apparu. La température s'est maintenue à la normale jusqu'au 9 mai, et l'ascension thermique actuelle est nettement imputable à de la cystite, qui serait vraisemblablement consécutive aux nombreux cathétérismes; du reste, les urines troubles viennent encore attester l'infection vésicale.

La ponction lombaire pratiquée le 4 mai en position couchée, a donné les résultats suivants:

Tension initiale 15
 Compression des jugulaires: ad 40
 Ascension et chute rapides
 Retrait de 12 cc. de liquide clair
 Tension terminale 8
 Albuminose 0.40 gm. au litre
 Lymphocytose 68 par mmc.
 B-Wassermann: négatif
 Réactions colloïdales: négatives
 Globulines: réaction négative.

En somme, triplégie rapidement progressive. Rétention urinaire progressive. Passé de paresthésies. Troubles de la sensibilité objective. Troubles cérébelleux discrets. Anomalies liquidiennes.

Il est devenu classique d'admettre, depuis le rapport remarquable de Guillain en 1924, que les paresthésies représentent le signe clinique initial le plus fréquent de toutes les scléroses en plaques, et notre malade est un exemple caractéristique de cette manifestation.

Le syndrome tripléique n'est pas habituel, mais a autant sa raison d'être qu'une paraplégie ou une hémiplégie isolées. Il n'y a pas lieu de discuter cette coïncidence.

Les troubles de la sensibilité objective sont plus rares mais non exceptionnels. Ils présentent ici une systématisation assez inusitée, puisque les sensibilités profondes sont respectées au détriment des sensibilités superficielles. Pourquoi en est-il ainsi? Il faudrait laisser la parole aux anatomo-pathologistes. Nous consignons simplement le document clinique; à son heure, la solution nous sera peut-être donnée.

Les troubles urinaires sont fréquents chez ces malades, mais si la difficulté et la lenteur des mictions furent souvent signalées, la rétention complète a rarement été observée.

L'hyperlymphocytose et l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien sont rares. Habituellement, la lymphocytose ne dépasse pas 10, et l'albuminose est au voisinage de 0.22 gm. au litre. L'explication du phénomène que nous avons observé tient sans doute au fait que nous avons exploré son liquide au cours d'une poussée aiguë. Il est probable que lors d'une prochaine ponction, les chiffres seront, comme dans les cas classiques, voisins de la normale.

Nous savons les aspects protéiformes de la sclérose en plaques, et ce tableau n'est pas fait pour étonner les esprits avertis. La syphilis peut cependant reproduire un pareil ensemble symptomatique: nous l'avons éliminée par les résultats de l'enquête sérologique. Certaines formes, dites "basses" de l'encéphalite épidémique peuvent jusqu'à un certain point se rapprocher du tableau que présente notre malade: la seule anamnèse, notamment l'absence de passé oculoléthargique, algique ou myoclonique l'excluent.

Il ne saurait être question de compression médullaire devant les résultats négatifs de l'épreuve manométrique.

La myélite nécrotique subaiguë de Foix et Alajouanine s'apparente davantage à l'affection dont souffre notre malade. Il existe des similitudes symptomatologiques saisissantes dans les deux cas, mais l'évolution est un peu différente. Notre malade n'a pas présenté la paraplégie amyotrophique à marche progressive des myélites de Foix et Alajouanine, et, au surplus, il n'a pas la dissociation albumino-cytologique qui caractérise le liquide céphalo-rachidien de ces malades.

André-Thomas, Sézary et Jumentié ont présenté des scléroses en plaques à évolution terminale rapide par myélite ascendante. Il faut songer à cette éventualité chez notre malade puisque le syndrome

évolue singulièrement selon un mode de progression qui envahirait l'axe médullaire de bas en haut, mais ici encore, il est difficile d'admettre un processus évolutif ascendant puisque l'anamnèse signale l'atteinte, il y a un an, des segments médullaires supérieurs, (pares-thésies au niveau du membre supérieur droit). Il s'agirait d'un réveil de foyer ancien et non pas d'un envahissement évolutif inédit. Les deux thèses sont soutenables, mais il paraît plus logique d'admettre un retour offensif d'une ancienne lésion, comme c'est la règle que la progression, exceptionnelle, vers l'envahissement à marche ascendante.

Cette observation soulève une multitude de questions d'interprétation délicate et démontre combien parfois il est difficile d'obtenir la certitude. Les critères les plus péremptoires nous sont fournis par l'anamnèse et par l'évolution capricieuse de la maladie. Les paresthésies du début ne se montrent à peu près nulle part ailleurs que dans la sclérose en plaques, surtout lorsque la syphilis peut être éliminée. L'évolution bizarre, apparemment illogique, traduit bien la multiplicité des foyers, et malgré son allure déroutante, consolide encore le bien-fondé de l'étiquette nosologique apposée à cette maladie si justement, précisément à cause des lésions histologiques "en îlots" qui la signent, de sclérose en plaques ou sclérose disséminée.

LE PNEUMOTHORAX⁽¹⁾

Par Paul-René ARCHAMBAULT,
Médecin des Hôpitaux Saint-Luc et Notre-Dame.

Deux malades souffrant de pneumothorax spontané sont dernièrement arrivés dans le service de médecine de l'Hôpital Saint-Luc. C'est pourquoi la pensée nous est venue d'en causer au cours d'une réunion médicale du même hôpital. Je vous en donne un court résumé.

Le pneumothorax en général est un épanchement de gaz ou d'air qui se fait dans la cavité pleurale. Il y a deux sortes de pneumothorax; le pneumothorax par fermentation gazeuse ou sans effraction causé par des pleurésies putrides, ce qui est très rare. Mais ce que l'on rencontre le plus souvent ce sont des pneumothorax par effraction ou secondaires à une perforation d'un des feuillet de la plèvre viscérale ou pariétale.

Les principales causes du pneumothorax sont des plus nombreuses. On rencontre les traumatismes, la tuberculose pulmonaire, l'effort, la gangrène pulmonaire, les abcès du poumon, l'emphysème pulmonaire, la dilatation des bronches, la suppuration des ganglions bronchiques, les maladies des voies digestives, les kystes hydatiques du poumon.

Le pneumothorax survient le plus fréquemment entre vingt et trente ans et le sexe ne semble pas y avoir d'influence.

La symptomatologie est riche. Le début est ordinairement brusque et solennel. On a la sensation que la poitrine se déchire; la douleur est pongitive et siège dans le côté atteint. La douleur est atroce et les mouvements l'exaspèrent. Le malade devient immobile. La dyspnée se surajoute au point de côté, ce qui fait que le malade suffoque. Les yeux sont anxieux. La poitrine semble serrée comme dans un étau. Il y a battement des ailes du nez, cyanose de la face et des sueurs froides couvrent le corps. La voix est presque éteinte. La respiration est rapide, brève; la température a tendance à monter. A l'inspection, le malade est couché sur le côté du pneumothorax afin de permettre au côté sain de respirer librement. Le thorax du côté atteint est immobile et d'une façon per-

(1) Travail lu à l'assemblée scientifique du Bureau médical de l'Hôpital Saint-Luc, le 12 mai 1932.

manente. Il y a du tympanisme mettant aussi en évidence la présence de la congestion gazeuse. Les vibrations vocales sont abolies. Le murmure vésiculaire est aussi aboli, c'est un des signes le plus constant, si l'on entend en certains endroits de la respiration des râles cela indique que des adhérences retiennent à la paroi du parenchyme pulmonaire.

Le tintement métallique est d'une grande utilité lorsqu'il est présent. Laënnec le décrit comme suit: "c'est un bruit parfaitement semblable à celui que rend une coupe de métal, de verre ou de porcelaine, que l'on frappe avec une épingle ou dans laquelle on laisse tomber un grain de sable. Il se fait entendre lorsque le malade respire, parle ou tousse." Le souffle amphorique est parfois absent.

La radioscopie montre un espace clair là où il y a présence de gaz; de plus elle fait voir le déplacement des organes avoisinants.

Si après la rupture, le poumon se met à saigner, on obtient ainsi un hémopneumothorax. A remarquer cependant qu'à la base il y a une matité et pas de succussion hippocratique tant que le caillôt ne s'est pas formé pour en exprimer le sérum, tandis que les signes d'épanchement viennent plus rapidement si celui-ci est séreux, complication qui survient très souvent au cours du pneumothorax; on obtient ainsi une matité qui se déplace avec le liquide. A un stade plus avancé, sous l'influence de microbes virulents ce liquide séreux peut s'infecter et produire un pyopneumothorax.

Cependant la maladie n'a pas toujours la forme clinique aussi brusque, aussi dramatique. Il y a en particulier des formes latentes et des formes muettes. Dans le pneumothorax latent on a une absence de signes fonctionnels c'est-à-dire absence de douleur, de dyspnée. Cette forme appartient à la phase de début, elle exige une absence d'adhérences, un côté pulmonaire indemne et une entrée lente de l'air dans la cavité pleurale.

Pour ce qui est du pneumothorax muet, il y a absence signes physiques; il appartient à la période d'état. C'est souvent la radiologie qui le découvre. Cette absence de signes physiques est explicable par le degré de tension de l'air et par un rapport spécial des quantités d'air et de liquide. C'est ce que l'on veut obtenir au cours d'un pneumothorax artificiel ou thérapeutique.

La forme suffocante est mortelle pour plus de la moitié des cas dans les huit premiers jours.

Le pronostic est grave s'il y a des complications: bilatéralité des lésions, pyopneumathorax, emphysème sous cutané et du médiastin.

Si la plèvre s'infecte, le liquide apparaît, alors le pronostic est moins bon. Enfin un pneumothorax spontané au cours d'une tuberculose a habituellement une mauvaise influence, cependant le pneumothorax artificiel a pris naissance après que des observateurs eussent remarqué, qu'à l'autopsie, des lésions tuberculeuses sont guéries chez des tuberculeux porteurs de pneumothorax spontané. C'est la doctrine du pneumothorax favorable. Depuis 1895 les idées de Forlanini initiateur de cet agent thérapeutique en tuberculose ont bien évolué. Ces lésions bilatérales, la grossesse, les cardiopathies ne sont plus des contre-indications. Même la collapsothérapie bilatérale est réalisable bien qu'à première vue cette méthode semble devoir amener la cessation de la respiration. De nos jours cette méthode est réalisable. Lorsqu'il s'agit de tenter un pneumothorax, il faut d'abord étudier le caractère évolutif et l'étendue des lésions. Les lésions ulcéreuses localisées sont des plus favorables tandis que les lésions nodulaires diffuses, les infiltrations étendues sont les plus redoutables. Il faut aussi envisager l'état général et les capacités réactionnelles du sujet. On a déjà dit que "l'on fait courir infiniment moins de risques aux malades en instituant un pneumothorax dans les conditions requises qu'en les abandonnant à leur malheureux sort.. Enfin Léon Kindberg a écrit: "Il n'y a pas de formule générale qui puisse nous obliger à préférer une aventure périlleuse où à nous résigner à l'issue fatale. Le pneumothorax artificiel a fait ses preuves. La prolongation et même la guérison ont été obtenues."

BIBLIOGRAPHIE

- Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique.
Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée.
Les Grands Syndrômes Respiratoires.
Paris Médical 2 janvier 1932.
Le Monde Médical Mars 1931.
Pratique Médicale française Mars 1922.
-

UN CAS D'HYDROCÉPHALIE⁽¹⁾

Par Jacques FORTIER

Assistant au service d'obstétrique de l'hôpital Notre-Dame.

Nous avons eu dans le service, un cas d'hydrocéphalie dont voici l'observation clinique, à laquelle nous ajoutons quelques commentaires :

La malade âgée de 40 ans, se présente à l'hôpital Notre-Dame au terme de sa grossesse: Elle accuse quelques douleurs, assez fréquentes, mais peu intenses.

La grossesse a été normale, sans aucune manifestation pathologique: les examens de laboratoire n'ont rien révélé.

La pression artérielle, prise à l'arrivée, est de 128/50. Cette malade vient à l'hôpital parce qu'elle a été suivie au dispensaire; le Professeur de Cotret a fait dès le 6e mois, par les moyens cliniques ordinaires, le diagnostic d'hydrocéphalie foetale.

Le bassin a les dimensions normales, mais l'enfant se présente par le siège.

L'histoire de cette patiente est très intéressante au point de vue clinique.

Mariée à l'âge de 21 ans, la malade en est rendue à sa 8e grossesse et aucun de ses accouchements n'a été normal.

1e. août 1920, — accouchement à terme d'un enfant du sexe masculin, on applique le forceps au détroit inférieur, l'enfant est en bonne santé.

2e. octobre 1921, — accouchement prématuré à 7 mois, présentation du siège, enfant anencéphale, mort-né.

3e. novembre 1922, — accouchement à terme d'un enfant bien portant, huit jours après la délivrance la malade fait une phlébite, qui dure 30 jours.

4e. novembre 1923, — fausse couche à 7 mois; présentation du siège, enfant anencéphale, mort-né.

5e. octobre 1924, — avortement à 3½ mois.

6e. décembre 1925, — accouchement à terme par l'opération césarienne: cette opération fut décidée après que l'on eut fait par les procédés cliniques et par la radiographie, le diagnostic d'hydrocéphalie: L'enfant du sexe féminin vécut jusqu'à 3½ mois et mourut avec les symptômes de méningite.

7e. avril 1928, — accouchement à terme d'une fille, qui sans faire d'hydrocéphalie, avait néanmoins une tête plus grosse qu'à l'ordinaire dans tous ses diamètres. Elle mourut de convulsions, dans les 24 heures, qui suivirent sa naissance.

(1) Service du Professeur E. A. René de Cotret.

Se. décembre 1931, — accouchement à terme par opération césarienne haute pratiquée par le professeur agrégé Gérin-Lajoie. Cette opération fut pratiquée parce que le professeur de Cotret avait fait le diagnostic d'hydrocéphalie et que ce diagnostic, comme pour le sixième accouchement, avait été confirmé par la radiographie. L'opération donna naissance à un gros enfant hydrocéphale qui présentait en plus, un spina bifida au niveau des vertèbres dorsales. Cet enfant bien portant à sa naissance ne vécut que six jours.

Nous avons pris quelques-unes des dimensions de ce fœtus, que nous donnons ici :

Diamètre du fœtus mégalocéphale (hydrocéphale.)				
Occ. front	17	ctm.		
Sous-occ-front	15	"		
Sous-occ-bregmatique	16	"		
Occ-ment	15	"		
Sous-occ-ment	12	"		
Ment-bregmatique	15.5	"		
Sous-ment-bregmatique	14	"		
Bi-pariétal	14.5	"		
Bi-temporal	12	"		
Circonférences	tête	grande	52.5	"
		petite	49.5	"
	thorax	en inspiration	32	"
		en expiration	31.5	"
Longueur du fœtus	52	"		

Dans ce cas nous avons à remarquer :

- 1°. le nombre de monstres auxquels cette patiente a donné naissance,
- 2°. la coexistence chez le dernier enfant d'un spina bifida
- 3°. le diagnostic par le palper
- 4°. l'accouchement par l'opération césarienne

1°. Sur 7 enfants d'âge viable, cette femme a donné naissance à 4 monstres. Il y a là évidemment plus qu'un accident, il doit y avoir une tare chez l'un des procréateurs. On accuse aussi parfois la consanguinité.

Y a-t-il une tare? Les principales que l'on incrimine sont la syphilis, l'alcoolisme, le crétinisme.

Nous avons recherché d'abord la syphilis; rien n'indiquait sa présence ni chez le père ni chez la mère; — la réaction B. W. était négative chez les deux. Chez la mère, on fit l'analyse du liquide céphalo-rachidien; résultat négatif.

La malade, par mesure de prudence, a suivi un traitement anti-syphilitique depuis plus d'un an, elle était en traitement depuis plusieurs mois au début de sa grossesse.

L'alcoolisme doit aussi être éliminé, ni chez l'un, ni chez l'autre des parents, on ne trouve de traces de cette cause toxique; chez les grands parents pas davantage.

On ne trouve aucun signe de crétinisme chez les conjoints.

Pas de consanguinité.

Brindeau fait remarquer que certaines femmes mettent au monde des séries d'enfants hydrocéphales.

On pourrait peut-être incriminer la tuberculose, — La mère est née d'un père tuberculeux, mort à 41 ans, et elle a perdu deux sœurs de tuberculose pulmonaire; Du côté paternel on ne relève rien.

2°. La coexistence chez l'enfant d'un spina bifida;

Le spina bifida est une des complications les plus fréquentes de l'hydrocéphalie. Brindeau a rencontré 4 cas de spina sur 16 hydrocéphales. Quelques auteurs attribuent même l'hydrocéphalie aux troubles de circulation du liquide céphalo-rachidien, occasionnés par l'obstruction des membranes au niveau du spina bifida.

3°. Le diagnostic a été fait par le Dr de Cotret, au moyen des procédés cliniques ordinaires, palper, etc, avant qu'il ne puisse être fait par le procédé plus récent et plus simple de la radiographie.

Cela s'explique, les os du crâne mal ossifiés sont souvent minces et parcheminés, souvent la majeure partie de la voûte crânienne devient membraneuse et se laisse traverser par les rayons-X sans donner d'ombres.

4°. Comment faut-il faire l'accouchement dans les cas d'hydrocéphalie, lorsque la tête est trop grosse pour permettre l'accouchement de se faire normalement? — On peut faire l'accouchement par les voies naturelles et dans les centres hospitaliers, par la césarienne.

Certains auteurs, entre autres Brindeau de la clinique Tarnier, et Salomon de la Rotunda, etc, conseillent de faire la version.

Il arrive parfois que la poche hydrocéphalique se rompe, ou que le contenu s'écoule par le spina bifida, quand il existe.

On ne doit jamais faire de tractions trop fortes; il y aurait danger de séparer la tête du tronc et de laisser la tête dans l'utérus, ce qui pourrait amener de graves complications.

On doit faire la ponction de la poche hydrocéphalique. Si l'enfant est mort on introduit un catheter, dans le canal rachidien, au niveau des vertèbres cervicales si possible, sinon au niveau des vertèbres dorsales et on le pousse jusque dans la boîte crânienne: l'évacuation du liquide se fait par le catheter et l'accouchement se fait simplement.

Le professeur de Cotret est d'une opinion contraire:

Le pronostic d'hydrocéphalie est toujours grave pour la mère, quand on laisse la femme livrée à elle-même; et le danger c'est la rupture utérine.

Mais cette rupture peut se faire également par les manœuvres de l'accoucheur.

Les versions sont extrêmement laborieuses dans l'hydrocéphalie; et les manipulations dans ces cas, sont par elles-mêmes, une cause de danger.

Il est préférable d'attendre et d'observer; Pourvu que la tête soit suffisamment malléable, elle peut s'étirer, se laminer et venir sortir au niveau des organes génitaux (osianides).

Quand on constate que l'accouchement naturel est impossible, il faut faire soit la rupture de la poche cranienne, soit l'opération césarienne.

Dans notre cas le Dr de Cotret a choisi l'opération césarienne.

1°. On pouvait la faire avec peu de risques. Il considère que dans ce cas le risque est moins sérieux pour la mère que l'accouchement forcé et les traumatismes qu'il produit.

2° La deuxième raison qui a milité en faveur de l'opération césarienne est que l'enfant était vivant et qu'il fallait lui donner toutes les chances possibles de survie.

Un enfant hydrocéphale, quand la tête n'est pas trop volumineuse, peut, non seulement naître vivant, mais vivre plusieurs mois et encore plus longtemps.

Dans notre cas l'enfant vécut six jours.

PETITE CLINIQUE

LES HÉMOPTYSIES NON TUBERCULEUSES ⁽¹⁾

Par Antonino D'ANNA,

Assistant bénévole au service externe de médecine de l'hôpital Saint-Luc.
Diplômé de l'Université de Bologne.

L'observation que nous rapporterons n'a que la prétention de nous rappeler à nous, médecins, que la prudence clinique doit toujours guider notre diagnostic.

F. D., 55 ans, entre à l'hôpital Saint-Luc, dans le service du docteur Boucher, le 5 mars 1932, avec le diagnostic de pleuro-pneumonie de la base gauche avec bronchite généralisée. La maladie a débuté deux jours auparavant par de la céphalalgie, des frissons prolongés, une température élevée et de la douleur dans la région de l'hypocondre gauche.

Le patient nie toute maladie familiale ou héréditaire digne d'attention et affirme avoir toujours été en bonne santé depuis l'âge de 9 ans, âge d'un rhumatisme polyarticulaire aigu. Il travaille depuis 25 ans comme mineur et terrassier; il fume et boit très peu.

Examen clinique:

- Facies:* Myasthénique, sénile, légèrement cyanosé.
- Yeux:* Pupilles inégales et irrégulières, réagissant lentement à la lumière, subictère des conjonctives.
- Bouche:* Denture mauvaise, langue saburrale et portant de petites plaques muqueuses.
- Thorax:* Rien à noter à l'exception d'une discrète immobilisation respiratoire de l'hémithorax gauche.
- Poumons:* En arrière, les zones d'alarme sont négatives, de même que la réaction des trapèzes. Pas de signe de Concato, ni de Boéri. A gauche: matité de la partie moyenne et inférieure avec obscurité marquée de la respiration. Les vibrations sont légèrement augmentées. Le stéthoscope révèle une série de frottements pleuraux sur la ligne axillaire entre le 7ème et le 9ème espace intercostal. A droite: submatité du sommet et respiration de suppléance, franchement voilée par de nombreux roncus et des sibilances généralisées s'étendant partout en avant.

(1) Travail du service de médecine de l'hôpital Saint-Luc.

- Coeur:* Les bruits sont assourdis et difficiles à percevoir en raison des bruits adventices respiratoires mais il n'existe aucun bruit de souffle. Le pouls est bien frappé, les artères sont souples, la pression artérielle est de 120/80.
- Foie:* Rien à noter.
- Rate:* Percutable sur deux à trois travers de doigt.
- Abdomen:* Souple, non ballonné, pas de gargouillements.
- Système nerveux:* Rien d'autre qu'un peu de subdélire. Réflexes normaux.

Examens de laboratoire:

B. W.: négatif. Cytologie du sang: augmentation des globules blancs à tendance nettement polynucléosique.

Azotémie: 0.90 o/oo; glycémie: Igr. 64 o/oo.

Recherches du bacille de Koch dans les crachats négative (3 fois).

Examen des urines: traces d'albumine.

Température: 103o.

Le 7 mars, troisième jour d'hospitalisation et cinquième jour de maladie, la température tombe brusquement aux environs de la normale et le malade présente un excellent état général. Le 10 mars, au cours d'un accès de toux, le malade fait subitement une hémoptysie de 20 c. c., à peu près, ayant tous les caractères d'une provenance pulmonaire. Frappé de la discordance évidente entre l'état pulmonaire et l'état général du malade nous faisons une radiographie, laquelle donne, selon le rapport, une opacité des deux tiers inférieurs du poumon gauche et des taches miliaires multiples du poumon droit et du lobe supérieur gauche.

En observant le cliché radiographique, détaché de l'importance qu'on pourrait donner à l'anamnèse et aux faits cliniques d'origine pulmonaire, on pourrait effectivement penser à une caséification aiguë du lobe inférieur gauche chez un tuberculeux faisant de la granulie. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer des pneumonies caséuses avec début aigu, frisson, point de côté, température élevée, polypnée, dyspnée, etc. Mais à l'examen, on trouve dans ces cas de multiples râles, dus à la confluence des nodules caséifiés, dès les premiers jours de la maladie, et il existe, d'autre part, un contraste frappant entre la matité pulmonaire et l'absence de tout souffle. Au reste, la fièvre n'est pas continue, ne descend pas brusquement après quelques jours et l'expectoration est considérable.

Dans notre cas, au contraire, en analysant de très près l'ensemble de la maladie, les antécédents personnels, le métier spécialement de notre malade, on a nettement l'impression d'une congestion pulmonaire (pneumonie abortive de Oertner) chez un sujet faisant de la pneumoconiose. Et nous nous rappelons avoir lu tout dernièrement

l'histoire d'un malade dont les hémoptysies cessèrent à la suite de l'expulsion dans les crachats de nombreuses concrétions calcaires. Pour soutenir notre diagnostic, nous pouvons invoquer la chute subite de la température, le peu d'abondance de l'expectoration, la présence après la crise d'un double souffle pulmonaire, ayant les caractères de celui qu'on entend en fin de pneumonie, avec petite zone de crépitants de retour. En réalité, cette hémoptysie à laquelle on voulait de prime abord donner une origine tuberculeuse par le mécanisme classique d'une érosion d'un petit vaisseau pulmonaire ou de la rupture d'un anévrysme de Rasmussen siégeant dans la paroi d'une petite caverne, doit beaucoup plus logiquement provenir de la rupture de quelque vaisseau de néoformation environnant un nodule chalicosique ou anthracosique siégeant dans le territoire de la congestion pulmonaire. L'hyperhémie congestive trouvant un *locus minoris resistentiæ* détermine la rupture vasculaire et l'hémorragie.

L'état cardiaque du sujet étant assez bon, on peut éliminer l'hémoptysie due à l'hyperhémie pulmonaire par insuffisance ventriculaire gauche, accident fréquent dans les myocardites. A plus forte raison devient-il aussi facile d'éliminer le crachement de sang, dû à l'infarctus pulmonaire, complication fréquente des endocardites végétantes, des phlébites, des rétrécissements mitraux où l'idée de tuberculeuse s'impose aisément en raison de la pluie de petits râles sous-crépitanants qui accompagnent presque toujours l'atélectasie du lobe supérieur gauche dans la dilatation de l'oreillette gauche. Quant à l'hémoptysie due à l'artério-sclérose des vaisseaux intra-pulmonaires (maladie d'Ayersa) elle est presque impossible à diagnostiquer sans la table d'autopsie. Comme notre malade était exempt de toute altération de son aorte excluons aussi l'hémoptysie par congestion bronchique passive due à un anévrysme aortique adjacent ou par bronchorragie fissuraire à travers des adhérences trachéo-anévrysmales.

Pour appuyer notre interprétation d'hémoptysie non tuberculeuse, nous nous basons dans ce cas. 1°) : sur *l'examen clinique* de notre malade, pratiqué un mois après son départ de l'hôpital. Il a déjà gagné douze livres. L'examen pulmonaire donne les signes positifs suivants : légère diminution des vibrations au sommet gauche, frottements pleuraux à la partie moyenne et inférieure du poumon gauche, légère diminution du murmure vésiculaire. A droite respiration un peu rude, sans bruits adventices; 2°) : sur *l'examen radiographique* qui montre la disparition de l'ombre à la base gauche et la persistance de granulations typiques, diffuses et bilatérales; 3°) : sur *l'examen des crachats* qui est toujours négatif.

La première chose à faire en face d'une hémoptysie est d'éliminer toute cause extra-pulmonaire (bouche, nez, pharynx, larynx) puis d'écarter de façon raisonnée, toute idée d'hématémèse. Et même à ce moment il faut encore résister à la pensée qu'une hémoptysie soit toujours synonyme de tuberculose. "Avant d'incriminer le bacille de Koch", dit Sergent, "il faut d'abord rechercher s'il est présent, il faut ensuite l'entourer de multiples garanties, recourir à tous les procédés d'exploration, multiplier les auscultations et les examens radiologiques, fouiller attentivement les antécédents du sujet. Si tous ces examens ne donnent que des résultats négatifs, on est en droit de rejeter complètement l'hypothèse de la tuberculose." Résoudre le problème de la cause déterminante de certaines hémoptysies n'est pas toujours des plus aisés, car le même organisme peut porter en lui-même plus d'une cause morbide capable de la provoquer. Le seul et véritable procédé clinique consiste à savoir rapprocher des phénomènes sans relation en apparence, et premièrement concevoir par intuition, alors voir, et enfin démontrer existants, coordonnés et interdépendants les rapports, invisibles parce que lointains, qui les unissent. Encore faut-il user de beaucoup de discernement dans ses conclusions.

N'oublions pas, par exemple, que les bronchites de la syphilis secondaire et les infiltrations gommeuses peuvent provoquer, rarement il est vrai, des hémoptysies, mais que celles-ci sont plus fréquentes dans les broncho-pneumonies grippales, les pneumonies, la bronchiectasie, la gangrène pulmonaire et les septicémies (par altérations toxiques des vaisseaux pulmonaires). Encore pourrions-nous mentionner en passant les cas plus rares au Canada, de charbon (maladie des chiffonniers), de morve, de malaria, d'aphte épizootique, de psittacose (Etats-Unis, 1931) et certaines maladies exotiques, telles que la lépre, la peste, la spirochétose ictéro-hémorragique, la distomatose, l'oidiose tropicalis, la monoliase (découverte par Castellani à Ceylan en 1905) due quelquefois à la dégustation du thé et signalée maintenant en Europe.

Les hémoptysies se rencontrent aussi dans les maladies du sang telles que l'anémie pernicieuse, le purpura, le scorbut, la maladie de Werlhof (hémogénie de Weil) et principalement la leucémie où le bacille de Koch peut facilement être incriminé quand la compression sur les bronches de glandes tuméfiées détermine un certain degré de catarrhe bronchique, persistant et circonscrit.

On peut aussi avoir des hémoptysies dans les néoplasies (attention à l'état général, à l'âge du patient, à l'aspect du crachat "gélatine

de framboises“) et dans la maladie de Hodgkin où le manque de tuméfactions glandulaires visibles, la pâleur, l'asthénie, une température opiniâtre peuvent facilement faire penser à la tuberculose. Toutefois, un examen attentif de la courbe fébrile, de l'éosinophilie associée à la lymphocytose, les manifestations cutanées, la biopsie (cellules de Sternberg), la splénomégalie et une bonne interprétation radiologique suffisent à mettre sur la piste.

L'actinomycose peut se présenter aussi comme une bronchite généralisée fébrile avec hémoptysies assez fréquentes. D'autres fois elle revêt l'aspect d'une pleuro-pneumonie. On pourrait en dire autant de la sporotrichose.

Paillard (Journ. méd. Franç. févr., 1932) rapporte le cas d'une jeune fille qui depuis trois ans présentait une légère élévation de température, de l'anorexie, une expectoration sanglante, un état général médiocre. L'examen des crachats, toujours négatif au point de vue du bacille de Koch, révéla un beau jour la présence de spirochètes. On se trouvait en présence d'une bronchite sanglante de Castellani. Chez les gaveurs de pigeons il est possible de rencontrer, de même que chez les peigneurs de cheveux, des hémoptysies causées par l'aspergillus fumigatus, ou nidulans, ou flavascens (pseudo-tuberculose aspergillaire). Mentionnons aussi le kyste hydatique, et les longues suppurations pulmonaires.

N'a-t-on pas rapporté aussi l'histoire de certains crachats colorés par l'innocent bacillus prodigiosus ou par quelqu'autre microorganisme chromogène? Signalons enfin les hémoptysies dues à un rapide videment d'un abondant épanchement endopleurique (*aspiratis ex vacuo*), aux variations de la pression atmosphérique, aviateurs, scaphandriers et celles, non moins typiques, de ces hystériques ou mélancoliques qui font, en réalité, de l'hémossalémèse (Josserand) et dont la perte de poids, l'anorexie et les sueurs concomitantes pourraient nous faire penser à la tuberculose.

Restent certains crachements de sang qu'on rencontre chez les hypertendus, les basedowiens, les néphritiques avec azotémie très élevée, les uricémiques avec poussées fluxionnaires dans la cholécystite calculeuse, dans la cirrhose de Laënnec, dans certaines intoxications par inhalation pulmonaire (gaz, etc.). Des malades peuvent même longtemps après un traumatisme présenter des manifestations hémoptysiques sans que le traumatisme y soit pour quelque cause. Ces faits ont été bien mis en évidence par Sergent et ses collaborateurs. Tantôt elles apparaissent sans cause appréciable, tantôt à l'oc-

casion d'une poussée pulmonaire ou de la période cataméniale chez les femmes. Et, à ce propos, citons Ventura (Gazz. degliosped. No 129,1907) qui a déjà présenté l'observation de toute une famille, indemne de tuberculose, de syphilis, d'hémophilie et de cardiopathie, où les femmes eurent suppléance des règles par des hémoptysies, pendant trois générations. De leur côté, Ewald, Kuttner mettent bien en garde de ne pas confondre ces hémoptysies avec certaines gastroragies vicariantes pouvant aussi remplacer les règles.

Pour terminer, nous ne résistons pas à l'envie de citer ce cas de Armand-Delille et Soulas (Bull. et Mém. Hôp. de Paris, 22 fév. 1932) où de nombreuses hémoptysies ne trouvèrent leur explication ni dans les examens cliniques, ni dans les recherches bactériologiques, ni dans les études radiologiques. Il fallut une bronchoscopie pour révéler un polype du type angiomateux, de la grosseur d'une petite cerise, sur l'éperon trachéal.

En face d'une hémoptysie, il ne faut donc pas accuser systématiquement le bacille de Koch. Il vaut mieux avant de se prononcer faire une étude attentive et raisonnée du cas qui se présente à notre observation et ne pas oublier qu'il n'y a pas que la tuberculose qui puisse se servir de ce rutilant messenger.

MOUVEMENT MÉDICAL

LE CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE À QUÉBEC EN 1934.

Par J. E. DUBE,

Professeur de clinique à l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Président A. D. R. M. (Section canadienne).

Ce que nous considérons comme un rêve il y a quelques années est bien près de se réaliser. Les plus anciens parmi nous, ceux-là mêmes qui ont tant fait pour augmenter l'influence de la médecine française au Canada ont souvent manifesté le désir de voir ses sociétés savantes venir de temps à autre chez nous pour leurs réunions annuelles. Pourquoi pas? N'avons-nous pas vu, en effet, la British Medical Association se rendre tantôt en Australie, en Nouvelle-Zélande et même venir au Canada, comme en 1930. Il faut avouer que ces congrès de langue anglaise où se rencontrent des représentants de l'Empire Britannique servent en même temps les intérêts de l'Angleterre et de ses colonies.

Pourquoi alors les associations médicales de France, qui se réunissent déjà en Belgique, en Suisse romane ne viendraient-elles pas également au Canada-français?

En 1930, au congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, le professeur Gustave Roussy, membre de la délégation française, s'exprimait de la façon suivante dans son discours à l'Université de Montréal:

"Qu'il me soit permis, en terminant, de rappeler ici le voeu que je formais au banquet d'adieu offert à la Délégation française par nos collègues de la Faculté de Médecine de Québec: celui de voir un jour les dirigeants de notre "Association des Médecins de langue française" prendre l'heureuse initiative de réunir au Canada, en un Congrès, les "Médecins de langue française d'Europe et d'Amérique". En suivant ainsi l'exemple de nos collègues anglais de la "British Medical Association" qui, cette année, viennent de se rendre en très grand nombre à Winnipeg, nous servirions une cause qui est la nôtre. Nous sommes nombreux à savoir qu'une telle manifestation serait accueillie avec enthousiasme par tous les Médecins de langue française d'Amérique".

L'idée a depuis fait son chemin !

Le professeur Roussy, de retour en France, présenta avec succès son projet à ses collègues de la Faculté de Médecine et de l'A. D. R. M. Lors de mon passage à Paris, en septembre dernier, il m'affirma que le temps était venu pour la profession médicale canadienne de faire en France les démarches nécessaires auprès des membres de l'Association des Médecins de Langue Française pour les engager à choisir Québec pour leur Congrès de 1934. Il ajouta que le président actuel, le professeur Fernand Besançon, était favorable à l'idée.

C'est alors que la section canadienne de l'A. D. R. M., fondée à Montréal en 1931, s'occupa activement du projet et considéra que 1934, à cause des fêtes du quadricentenaire de l'arrivée de Jacques Cartier au Canada, était tout indiqué pour recevoir la grande association médicale française.

Comme chaque congrès français de médecine groupe les principaux membres de cette associations, il convenait donc, d'abord, de demander aux membres du Congrès d'octobre prochain à Paris de choisir la ville de Québec pour la réunion de 1934.

Les professeurs Roussy, Hartmann, Sergent continuent une propagande très active auprès de la Faculté de Médecine et de l'A. D. R. M. qui comptent parmi leurs membres tous les délégués aux divers Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, depuis sa fondation, ainsi que les conférenciers de l'Institut Scientifique Franco-Canadien. Qu'on nous permette d'en nommer ici quelques-uns :

MM. les docteurs Achard, Arloing, Ameuille, Ambard, Fernard, Bélot, Boez, Bordet, Charpentier, Clerc, Courmont, Cabannes, Desmarest, Desfosses, Dioclès, Dejardin, Denneville, Armand-Delisle, Faure, Forestier, Gougerot, Gastou, Guisez, Gauthdet, Hartmann, d'Herelle, Joltrain, Jenneney, Javillier, Jacqueroed, Jeannin, Labbé, Lemerre, Lereboullet, Lépine, Logre, Loir, Maingot, Masson, Moulonguet, Mouriquand, Ombredanne, Pautrier, Pinard, Perron, Poligear, Pettit, Portmann, Ribadeau-Dumas, Roussy, Rist, Regaud, Ribaud, Sergent, Sabatier, Therrien, Vaquez, Weiss et quelques autres.

La section canadienne de l'A. D. R. M. a adressé la lettre suivante aux membres de l'Association des Médecins de Langue Française de France, de Belgique, de la Suisse romane, ainsi qu'à ceux de la Roumanie, de la Pologne, à toutes les Universités et aux journaux médicaux de France et de tous ces pays à culture française : —

« Mon cher confrère,

Depuis le commencement de ce siècle, le Canada français a reçu régulièrement, à l'occasion de congrès médicaux, des délégués représentant les différents groupements de la médecine française. Nous devons aussi à

L'Institut Scientifique Franco-Canadien la venue au pays de conférenciers très appréciés. Ces rares déplacements dévoilent notre Canada à quelques Français trop peu nombreux. Par contre, un grand nombre de médecins canadiens vont en France pour s'y perfectionner, et depuis plusieurs années la phalange de nos étudiants s'accroît constamment. L'ambition de tout médecin canadien est de pouvoir, un jour, faire le pèlerinage de France. C'est donc au tour des médecins français et de langue française d'Europe de faire la connaissance de notre pays en rendant à leurs collègues d'outremer une visite collective. Le Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord qui se tiendra probablement à Québec en septembre 1934 leur en fournit une occasion d'autant plus indiquée que cette ville fêtera au même moment la 4ème Centenaire de l'arrivée de Jacques Cartier en "Nouvelle France" et le 3ème Centenaire de fondation de la ville des Trois-Rivières par le Sieur Laviolette. *Aussi demandons-nous que le Congrès Français de Médecine prévu pour l'année 1934 soit tenu à Québec.*

Le temps presse puisque c'est en octobre prochain que le comité de direction de ces congrès déterminera le lieu et la date des réunions futures.

Nous tenons à ce que le comité actuel soit acquis à cette idée. Nous nous adressons ensuite aux trop rares médecins français qui ont fait le voyage du Canada et connaissent notre pays, nos institutions universitaires et hospitalières, nos aspirations et nos efforts, et nous sollicitons le concours de toute la presse médicale française dont les directeurs sont pour la plupart venus au Canada. Nous leur demandons d'encourager leurs lecteurs à s'inscrire nombreux pour ce voyage. Nous chargeons toutes les sociétés et associations médicales de France et des pays de culture française de renseigner leurs membres et d'activer les inscriptions. Nous désirons que les quelques 40,000 de nos collègues de France et des pays amis soient dès à présent au courant de notre plus ardent désir et qu'ils répondent finalement à notre appel."

Très amicalement vôtre,

J. E. DUBE, Président

A. D. R. M. (section canadienne)

Presque en même temps j'eus, à ce sujet, une entrevue avec l'honorable L. A. Taschereau, premier ministre de la province de Québec, qui me reçut aimablement et promit son concours, comme le prouve la correspondance suivante :

Montréal, 28 février, 1932.

L'Honorable L. A. Taschereau,
Premier Ministre de la Province de Québec,
Hôtel du Gouvernement,
Québec.

Monsieur le Premier Ministre,

"Les membres de la section canadienne de l'Association pour le Développement des Relations Médicales entre la France et les Pays Amis (A. D. R. M.), à leur réunion annuelle tenue à Montréal le 19 février, ont pris en

sérieuse considération la suggestion faite par le Professeur G. Roussy de Paris, d'inviter l'Association des Médecins de Langue Française d'Europe à tenir le Congrès Français de Médecine à Québec en 1934.

Le Professeur Emile Sergent, et le Professeur Fernand Besançon, président du Congrès Français de Médecine qui se tiendra à Paris du 10 au 12 octobre prochain, sont très en faveur de ce projet qui amènerait sûrement à Québec un très grand nombre de médecins de France, de Suisse et de Belgique.

Les fêtes du 4ème centenaire de l'arrivée de Jacques Cartier au Canada ajouteraient encore plus d'intérêt pour les congressistes.

Comme le choix de l'endroit où se tiendra le Congrès de 1934 doit se faire à la réunion d'octobre prochain à Paris, il nous faut dès maintenant entrer en communication officielle avec M. le professeur Fernand Besançon et lui demander de proposer, un congrès d'octobre prochain, Québec comme endroit de réunion pour 1934.

Je sais formellement que cette proposition sera favorisée par le président du congrès, M. le Professeur Besançon, les professeurs Roussy, Sergent, Hartmann et tous les savants distingués qui nous ont déjà visités.

Pouvons-nous espérer, M. le Premier Ministre, que votre Gouvernement invitera officiellement la plus puissante organisation médicale française du monde entier à venir tenir ses assises de 1934 à Québec?

Les invitations faites par nos Universités, nos associations médicales et la ville de Québec qui devront accompagner la vôtre auraient peu de chance de réussir sans votre appui.

La visite chez-nous de la grande association médicale française ferait pendant à la venue au Canada de la British Medical Association qui s'est réunie à Winnipeg en 1930, et elle aiderait considérablement à augmenter notre influence auprès de nos concitoyens de langue anglaise.

Veuillez, je vous prie, Monsieur le Premier Ministre, agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

J. E. DUBÉ, Président A. D. R. M.
(Section canadienne).

"CABINET DU PREMIER MINISTRE"

Province de Québec.

Docteur J. E. Dubé, Président,
A. D. R. M. (section canadienne)
454 rue Sherbrooke Est,
Montréal.

Québec, le 10 mars, 1932.

"Mon cher docteur,

J'ai reçu votre lettre en date du 28 février, concernant un congrès français de médecine à être tenu à Québec en 1934.

Comme je me propose d'être à Montréal mardi prochain, 15 du courant, je vous serais reconnaissant si vous vouliez bien venir en causer avec moi."

Sincèrement à vous,

L. A. Taschereau.

"CABINET DU PREMIER MINISTRE"

Province de Québec.

Docteur J. E. Dubé,
454 rue Sherbrooke Est,
Montréal.

Québec, le 17 mars 1932.

Mon cher docteur,

"Je reçois votre lettre du 15 mars. Conformément à l'entente intervenue entre nous, je vais écrire au ministre de France, M. Henry, et vous ferai part de la réponse qu'il m'adressera".

Sincèrement à vous,

L. A. Taschereau,

P. S. Je vous envoie ci-inclus copie de la lettre que j'ai adressée aujourd'hui à M. Henry.

"CABINET DU PREMIER MINISTRE"

Province de Québec.

Son Excellence M. C. A. Henry,
Ministre de France,
Ottawa.

Québec, le 17 mars 1932.

Monsieur le Ministre,

"J'ai l'honneur de vous envoyer ci-inclus une lettre adressée par le président de l'Association pour le Développement des Relations Médicales entre la France et les Pays amis, M. le professeur J. E. Dubé, de Montréal.

Comme cette lettre vous le fera voir, un congrès médical se tiendra à Paris, en octobre prochain.

Nos médecins canadiens croient que si, lors de ce congrès, les médecins qui y prendront part étaient invités à tenir leur prochain congrès dans l'Amérique du Nord, à Québec, en septembre 1934, cette invitation serait acceptée.

Me serait-il permis de vous demander d'être notre intermédiaire auprès des congressistes français pour leur faire part du désir que nous avons de les voir tenir leur congrès à Québec, et combien nous apprécierions l'honneur qu'on nous ferait en se réunissant dans notre ville.

Veillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma haute considération".

L. A. Taschereau,

"CABINET DU PREMIER MINISTRE"

Province de Québec.

Docteur J. E. Dubé,
454 rue Sherbrooke Est,
Montréal.

Québec, le 28 mars, 1932.

Mon cher docteur,

"Je vous envoie ci-inclus la réponse que je reçois de la Légation Française en réponse à la lettre que j'ai écrite ces jours derniers à M. Henry relative-ment au Congrès de l'année prochaine. Je ne savais pas que M. Henry était en France lorsque je lui ai écrit."

Sincèrement à vous,

L. A. Taschereau,

LEGATION
de la
REPUBLIQUE FRANCAISE
AU CANADA.
No.

Ottawa, le 24 mars, 1932.

Monsieur le Premier Ministre,

“En l'absence de M. Charles Arsène Henry, actuellement en France, c'est à moi que revient l'honneur de vous accuser réception de la lettre par laquelle, le 17 de ce mois, vous avez bien voulu me transmettre l'invitation de M. le Professeur J. E. Dubé, de Montréal, adressée à ses confrères du monde médical français.

Cette aimable invitation ne manquera pas d'être communiquée aux intéressés; vous pouvez être assuré qu'elle sera hautement appréciée et, je l'espère, acceptée par un grand nombre de congressistes.

En vous priant de bien vouloir, à l'occasion, remercier de leur bonne pensée le Dr. Dubé et l'Association pour le Développement des Relations Médicales entre la France et les Pays Amis, je vous prie d'agréer, Monsieur le Premier Ministre, l'expression de notre gratitude pour votre intervention personnelle à ce sujet, avec celle de ma haute considération.”

(Signé) Jean de Lagrèze,
Chargé d'Affaires de France.

L'Honorable Louis Alexandre Taschereau,
Premier Ministre de la Province de Québec,
Palais du Parlement,
Québec, P. Q.

“CABINET DU PREMIER MINISTRE”
Province de Québec.

Québec, le 11 mai 1932.

Docteur J. E. Dubé,
454 rue Sherbrooke Est,
Montréal.

Mon cher docteur,

“Je reçois votre lettre du 8 mai pour laquelle je vous remercie.

Je suis très heureux d'apprendre que votre appel a été si bien entendu en France”.

Sincèrement à vous,
L. A. Taschereau,

M. Edouard Carteron, le si distingué Consul Général de France au Canada, se montra également enchanté du projet, et nous accorda son appui avec empressement.

M. Paul Cardinaux, un des membres des plus dévoués de L'A. D. R. M. canadienne, est actuellement à Paris où il déploie une activité considérable pour gagner à notre cause les membres dirigeants de cette grande association.

Le professeur Fernand Besançon, président du prochain congrès français de médecine qui aura lieu à Paris, en octobre prochain, est depuis longtemps favorable aux propositions du professeur Roussy.

Nous sommes particulièrement reconnaissants à l'Honorable Philippe Roy, ministre plénipotentiaire du Canada en France, qui, jeudi le 14 avril dernier, recevait à un dîner intime les personnes suivantes :

- Les professeurs :
- Henry Hartmann, président de l'A. D. R. M.,
 - Emile Sergent, Professeur de clinique médicale, médecin de la Charité.
 - G. Roussy, professeur d'anatomie pathologique, directeur de l'Institut du Cancer à Villejuif, Paris.
 - F. Arloing, professeur à la faculté de médecine de Lyon, Sec.-Général de l'Ass'n. des Med. de Langue Française.
 - P. Desfosses, Sec. de la rédaction de la "Presse Médicale" de Paris.
 - F. Besançon, professeur de clinique médicale, président de l'Ass'n. des Médecins de Langue Française.
 - Noël Fiessinger, Médecin des Hôpitaux.
 - Marcel Labbé, Médecin des Hôpitaux.
 - Abrami, professeur agrégé, médecin des Hôpitaux.
 - M. Marx, chef du Service des Oeuvres Françaises à l'Etranger au Ministère des Affaires Etrangères.
 - M. Talamon, Directeur de la Librairie Masson, à Paris.
 - Dr. A. Grondin, représentant à Paris du Gouvernement de Québec.
 - Dr. Albert Paquet, de Québec.
 - Dr. Eugène St-Jacques, de Montréal.
 - M. Paul Cardinaux, membre de la section canadienne de l'A. D. R. M.

Tous écoutèrent avec enthousiasme les discours de l'Hon. P. Roy et du Dr Albert Paquet, (dont nous donnons un résumé ci-dessous) et il fut unanimement décidé de faire les démarches nécessaires pour qu'au congrès français de médecine d'octobre prochain à Paris, Québec soit choisie pour la réunion de 1934.

Paris, 14 avril, 1932.

"En arrivant à Paris, il y a quelques semaines, je trouvais une lettre de mon collègue, le professeur Dubé de Montréal, le Président de la section canadienne de l'A. D. R. M. Il m'exposait que, par une résolution récente,

le comité canadien de cette association — d'entente avec le Président de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord — avait émis le voeu que se tienne à Québec, en septembre 1934, le congrès de médecine prévu pour cette année. Sans tarder, le professeur Dubé demandait et obtenait l'appui du Gouvernement de la province de Québec; l'Hon. Premier Ministre Alexandre Taschereau, transmettait cette invitation formelle à son Excellence M. le Ministre de France à Ottawa.

Le professeur Dubé me chargeait par ailleurs de gagner à cette idée les principaux représentants de la Médecine Française et plus particulièrement les Membres du Comité de Direction du prochain Congrès de Médecine. J'acceptais de grand coeur cette participation qui m'était demandée. Son Excellence, le Ministre du Canada à Paris s'offrit spontanément de me faciliter cette tâche en réunissant à sa table les médecins — ses collègues — qui connaissent le mieux notre situation et nos besoins canadiens.

L'idée de réunir, en terre canadienne, le Congrès de Médecine et toutes les manifestations médicales françaises de 1934, était dans l'air depuis quelques années. C'est le professeur Roussy qui lui donna plus de corps lorsqu'en 1930, à l'occasion de son dernier voyage au Canada, il voyait la British Medical Association s'en aller jusqu'au coeur de notre pays, à Winnipeg, sur l'invitation de l'association soeur: La Canadian Medical Association. Nous avons admiré ce beau geste des médecins anglais vis-à-vis de leurs collègues tout en sentant grandir en nous le désir de recevoir un jour nos confrères de France.

Je ne vous dirai pas combien la réalisation de ce voeu nous est cher et combien cette réunion des médecins de France et de leurs collègues français de l'Amérique du Nord sera utile au développement des relations médicales qui nous unissent déjà. Il faut relire souvent la circulaire que le Professeur Dubé envoie ces jours-ci aux médecins — trop rares hélas — qui nous connaissent chez-nous. Cette invitation est aussi adressée aux Facultés de Médecine de France et des pays de langue française, aux sociétés médicales régionales et spécialisées, à la Presse Médicale de France et des pays latins pour que 40,000 médecins soient touchés à temps et acceptent:

QUEBEC.....SEPTEMBRE 1934, comme lieu de ralliement.

En cette année, le Canada fêtera le 4ème centenaire de l'arrivée de Jacques Cartier en NOUVELLE FRANCE et le 3ème centenaire de la Fondation de la ville des Trois-Rivières par le Seigneur Lavolette. Le 13ème Congrès de Médecine de Langue Française qui se tiendra à Québec fournira donc aux médecins de France et de l'Europe de formation française une occasion unique qu'il ne faut pas ignorer. Il faut aussi savoir que les médecins canadiens viennent en France dans des proportions considérables: il serait juste que leurs confrères de France fassent une fois le pèlerinage du Canada.

Les différentes visites qu'il m'a été possible de faire à Paris comblent mes espérances. L'accueil enthousiaste que j'ai remarqué partout m'incite à encourager le Professeur Dubé dans ses efforts. Je suis convaincu maintenant que vous répondrez à cet appel et que cette manifestation franco-canadienne de la médecine française au Canada contribuera non seulement à

nous mieux connaître et estimer, mais à porter plus haut le prestige de cette science française que nous représentons en terre d'Amérique. Aidez-nous, par une participation nombreuse, à continuer dignement cette noble mission".

Docteur Albert Paquet.

Notre collègue, le Dr Arthur Rousseau, doyen de la Faculté de Médecine de Laval à Québec, est enchanté d'apporter ses concours à l'A. D. R. M. canadienne, comme le prouve les lettres suivantes:—

Docteur J. E. Dubé,
Montréal.

Québec, 15 mars 1932.

Mon cher ami,

"Je suis tout à fait favorable au projet de réunir à Québec l'Association des Médecins de Langue Française. Quand je dis Québec je parle de la province. Je ne m'opposerais nullement à ce que la réunion se fasse à Montréal. Peut-être, cependant, à côté de désavantages évidents, y aurait-il intérêt particulier à faire le choix de Québec.

La lettre que tu as écrite au Premier Ministre formule en termes excellents les raisons que nous pouvons avoir de nous intéresser à la réunion projetée.

Voudrais-tu me dire, lorsque tu auras eu une réponse du Premier Ministre, ce que je puis faire pour aider à la réalisation du projet.

De toute façon je suis à ta disposition pour travailler à assurer le succès de ton entreprise."

Mes meilleurs amitiés,

Bien cordialement à toi,

Arthur Rousseau.

Québec, 25 mars 1932.

Dr. J. E. Dubé,
Montréal.

Mon cher ami,

"Je vais écrire à notre ami Sergent au sujet du Congrès. Je sais, d'ailleurs, pour lui en avoir parlé, l'été dernier, au sujet de l'idée que Roussy avait déjà exprimée, qu'il est très favorable au projet.

La démarche du Premier Ministre nous assure la participation du Gouvernement Provincial.

Je crois que le succès est acquis. Il ne me paraît y avoir qu'une question à déterminer: celle des conditions de transport.

Je crois que les circonstances actuelles vont favoriser un règlement heureux de ces conditions.

En somme ton idée fait du chemin.

Mes amitiés.

Bien cordialement à toi,

Arthur Rousseau.

Il nous faut maintenant joindre nos efforts à ceux du comité spécial de l'A. D. R. M., présidé par le professeur Hartmann, qui vient d'être formé à Paris, avec mission de faire la propagande nécessaire auprès de la profession médicale française. Ce comité se propose d'intéresser à ce mouvement les principales sociétés savantes de France et de les inviter à tenir à Québec leur congrès de 1934. C'est évidemment une idée excellente, puisqu'elle pourrait amener un nombre plus considérable de congressistes à venir au Canada en même temps.

M. Paul Cardinaux qui est en pourparlers avec les compagnies ferroviaires est certain d'obtenir des conditions de voyage exceptionnelles, capables de décider nos collègues de France à entreprendre ce beau voyage au Canada français avec excursion aux Etats-Unis et retour par New-York. Il a ouvert un bureau à Paris, au No 34, Boulevard de Vaugirard, où tous les renseignements sont fournis aux intéressés.

Nous estimons, enfin, que la publicité donnée à cet événement par nos journaux de médecine et nos grands quotidiens facilitera le travail des organisateurs. Nous obtiendrons, j'en suis convaincu, le concours de nos Universités ainsi que la coopération des maires de Québec, des Trois-Rivières et de Montréal.

Qu'on me permette, en terminant, de donner quelques-unes des lettres reçues en réponse à la lettre adressée par la section canadienne de l'A. D. R. M. :—

Lettre de M. Philippe Roy, du 5 avril, 1932
à M. Cardinaux.

Cher Monsieur,

"J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 3 courant.

J'ai vu le Dr. Paquet hier. Il a dû vous rendre compte de sa visite à la Légation. Je vous attends tous les deux pour préparer une réunion chez moi des personnes spécialement intéressées à l'organisation du prochain Congrès.

Je souhaite que ce projet se réalise. Je sais que le Canada et les Canadiens feraient le meilleur accueil à leurs cousins de France.

Veillez, cher monsieur, agréer l'assurance de mes sentiments dévoués et les meilleurs."

(Signé) PHILIPPE ROY.

UNIVERSITE DE PARIS — FACULTE DE MEDECINE

Paris, le 12 avril, 1932.

Professeur Dubé,

Mon Cher Confrère,

“Vous pouvez être assuré que je ferai tout ce qui dépendra de moi pour que vous ayez, au Congrès de Québec de 1934, toute la satisfaction que vous désirez et dont vous voulez bien me communiquer l'exposé par votre lettre du 15 mars.

Veillez agréer, mon cher confrère, mon plus cordial souvenir.”

(Signé) Léon BERNARD.

63, Avenue de Villiers,

63, Avenue de Villiers,

Paris, le 14 avril, 1932.

Docteur J. E. Dubé,

Montréal.

Mon cher ami,

“Je viens de recevoir votre lettre et suis entièrement d'accord avec vous pour tenter une fois de plus de multiplier les contacts entre médecins canadiens et français.

Vous savez quel souvenir je garde de l'accueil que j'ai reçu à Montréal, comme à Québec, et mon plus cher désir, si les circonstances s'y prêtaient, serait de retourner dans votre cher pays. Vous savez d'ailleurs quelles relations d'amitié j'ai toujours conservé avec tous ceux de vos élèves qui sont venus dans le service de mon excellent maître WIDAL.

J'ai songé à ce sujet que pour votre prochain congrès, vous pourriez peut-être faire un appel à ses principaux élèves comme l'ont fait les Belges dans un autre sens, en consacrant l'année dernière la IIe session de leurs Journées Médicales à sa mémoire et en l'honneur de son oeuvre.

Vous allez d'ailleurs recevoir prochainement les comptes rendus de cette session ainsi que le livre les travaux du Patron et sa médaille.

Votre idée de tenir à Québec le prochain Congrès de Médecine de langue française — cette ville fêtant au même moment le 4e centenaire de l'arrivée de Jacques CARTIER en Nouvelle France — me paraît des plus heureuse, et je ferai mon possible pour m'y rendre avec Madame JOLTRAIN; j'engagerai également le plus de médecins français possible à aller au Canada.

Je suis Membre du Comité du Congrès de Médecine, et n'ai pas besoin de vous dire que j'appuierai de tous mes efforts votre demande de venir la même année et au même moment à Québec du Congrès Français de Médecine. J'en parlerai également, pour ma part, en insistant pour ce choix, à BEZANCON, qui est, vous le savez, le Président du prochain.

J'espère que lorsque vous viendrez à Paris cette année, vous nous ferez le plaisir de venir déjeuner ou dîner à la maison, nous reparlerons de tous ces excellents projets.

Croyez, mon cher ami, à mes sentiments affectueux et dévoués.

(Signé) Docteur JOLTRAIN.

(Section canadienne)

Montréal.

CONGRÈS

des médecins

ALIENISTES & NEUROLOGISTES

DE FRANCE

et des Pays de langue française

Secrétariat Permanent:

Dr. René CHARPENTIER.

119, rue Perronnet,

Neuilly-sur-Seine (Seine)

A Monsieur le Professeur Dubé,

Président de l'A. D. R. M.,

le 15 avril, 1932.

Mon cher Président,

"Je reçois votre circulaire concernant l'éventualité de tenir à Québec en 1934, le Congrès Français de Médecine, en même temps que le Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, à l'occasion des fêtes organisées en l'honneur du 4ème centenaire de l'arrivée de Jacques Cartier en "Nouvelle France". Je n'ai pas besoin de vous dire combien je me réjouirais personnellement de voir vos efforts couronnés de succès, et combien j'applaudis à votre projet.

Acceptez, je vous prie, mon cher Président, l'assurance de mes sentiments les plus amicalement dévoués."

(Signé) René CHARPENTIER.

Dr. E. P. Benoît, Sec. A. D. R. M.

(section canadienne,)

Montréal.

26, Avenue de Messine, Paris.

24 avril, 1932.

Mon cher collègue et ami,

"J'ai reçu votre lettre circulaire ainsi que celle de Dubé, relatives à l'A. D. R. M. et au projet du Congrès de 1934.

Pour ce qui est de l'A. D. R. M., vous pouvez être d'autant plus assuré de ma collaboration que je suis 1er Vice-Président de l'A. D. R. M. française.

Pour ce qui est du projet du Congrès de 1934, inutile de vous dire que tout ce qui peut rendre plus étroits les liens qui unissent le Canada à la France aura mon adhésion. Je souhaite simplement que ces larges démonstrations, surtout constituées par l'importance du nombre des participants, n'entraînent pas des dépenses qui auraient pour conséquence de diminuer le nombre des professeurs d'échange désignés par l'Institut Franco-Canadien, non plus que le nombre des boursiers canadiens en France.

Je pense, en effet, que ces deux moyens de propagande et d'union sont plus riches de conséquences fructueuses que de tournées touristiques.

Voulez-vous communiquer cette réponse à l'ami Dubé et partager avec lui, mon cher collègue et ami, l'assurance de mon meilleur et fidèle attachement".

(Signé) Emile SERGENT.

PROFESSOR Dr. TITU VASILIU

Directorul Inst. de Anat.

Patologica

Universitatea Cluj.

Minerva 7 Tel. 1270

Cluj, le 16 IV, 1932.

Dr. J. E. Dubé,
Montréal.

Cher Confrère,

"Recevant votre invitation pour le Congrès de Québec, de 1934, je vous remercie infiniment.

La Roumanie, étant un pays de culture française, prend part volontiers aux manifestations françaises, surtout dans le domaine de la médecine. Je ferai paraître vos adresses dans notre journal, pour inscrire un plus grand nombre de participants. Moi personnellement, je m'inscris parmi les désireux, pour remplir mon plus grand désir de visiter votre pays.

Recevez mes meilleurs sentiments".

(Signé) Titu VASILIU.

REVUE MEDICALE DE L'EST.

Dr. J. E. Dubé,
Montréal.

Nancy, le 6 V, 1932.

Mon cher collègue,

"J'ai bien reçu votre lettre. Je vais faire à la Revue un appel pour votre Congrès auquel je souhaite de tout coeur le plus grand succès. Votre oeuvre est superbe et touchante.

Veillez agréer, je vous prie, avec le meilleur souvenir de ma femme, l'expression de mes meilleurs sentiments.

(Signé)

G. Etienne.

FACULTE DE MEDECINE

DE LYON

Le Doyen.

Lyon, 11 Avril, 1932.

Dr. J. E. Dubé,
Montréal.

Mon cher Collègue,

"J'ai bien reçu votre lettre relative au Congrès Français de Médecine pour l'année 1934.

Je n'ai pas besoin de vous dire combien je désire qu'il puisse vous être donné satisfaction et combien je m'efforcerais pour ma part d'y contribuer.

Je souhaite un plein succès à cette réalisation et vous prie de me croire votre bien cordialement dévoué."

(Signé)

Jean LEPINE.

ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANCAISE
Fondée en 1911.

Secrétaire Général:
Professeur F. Arloing
6, Rue du Plat,
Lyon.

Lyon, le 20 avril 1932.

M. le Professeur J. E. Dubé,
Président A. D. R. M.

Monsieur le Président et très honoré Collègue,

Je suis heureux de vous faire savoir que l'idée que vous nous soumettiez au nom de l'A. D. R. M. Canadienne de réunir en 1934 à QUEBEC, à l'occasion des fêtes de Jacques Cartier, le XXIII^e Congrès Français de Médecine, simultanément avec le Congrès des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, a subi un commencement d'exécution.

Jeudi dernier, 14 avril Monsieur Philippe ROY, Ministre du Canada à Paris, me faisait l'honneur de me convoquer et de me réunir à diverses personnalités médicales Françaises ou Canadiennes pour envisager la réalisation de cette manifestation d'union médicale entre la France et la Nouvelle France.

Le principe en a été admis avec enthousiasme, et un Comité d'organisation a été créé, groupant, à côté de M. le Professeur Hartmann et de ses Collègues de l'A. D. R. M. Monsieur le Professeur Besançon et ses collaborateurs du XXII^e Congrès Français de Médecine qui se tiendra à Paris en Octobre prochain, ainsi que moi-même comme Secrétaire général de l'Association des Médecins de Langue Française (A. M. L. F.).

Je ne puis vous indiquer ici les premiers détails de la préparation du Congrès projeté. Il y aura lieu, bien entendu, de soumettre à l'acceptation et à l'approbation de notre Assemblée générale qui se tiendra à Paris le 12 Octobre prochain la proposition que vous avez bien voulu nous faire. Soyez certain que nous userons de notre influence pour entraîner cette décision. Dès maintenant, vos amis Parisiens et Lyonnais adhèrent avec joie et une très vive sympathie à une manifestation destinée à resserrer nos liens naturels et à témoigner leur estime pour leurs Collègues Canadiens de Langue Française.

Bien des points seront examinés par le futur Comité d'organisation. En particulier, je vous signale qu'il lui semble opportun pour réunir au Canada, malgré la distance et les difficultés matérielles présentes un nombre important de médecins Français, de songer à convoquer à Québec, non seulement le Congrès Français de Médecins interne, mais des groupes de spécialistes (Pédiatrie, neurologie, anatomie, physiologie, dermatologie, etc.), ainsi que des Chirurgiens (chirurgie générale et spécialités diverses). M. le Professeur Paquet qui nous a adressé votre invitation dont l'intérêt médical et national ne nous a point échappé a approuvé cet élargissement des sections médicales ou chirurgicales qui pourront se réunir à Québec.

Si des Congrès, moins souples dans leurs règlements que le Congrès de Médecine de notre Association croyaient ne pas pouvoir quitter pour aller à Québec leur lieu de réunion habituel (Paris le plus souvent), il y aurait peut-être lieu de leur suggérer une formule administrative purement fictive

qui consisterait à appeler "session extraordinaire" la réunion de Québec, et à laisser persister sous le nom de Congrès régulier la réunion classique de la même année 1934.

Il est bien entendu que, le moment venu, le Congrès Français de Médecine s'organiserait à Québec suivant nos habitudes et notre règlement, indépendamment des autres réunions. Il devra comporter un bureau local de Nationalité Canadienne, ainsi que cela a lieu pour nos Congrès tenus en Belgique ou en Suisse Romane. Il est réglementaire que ce bureau soit constitué lors du vote éventuel qui désignera Québec en Octobre 1932. Monsieur le Professeur LeSage qui fait partie de notre Comité Directeur connaît le mécanisme de notre Association et contribuera certainement par ses avis à la mise sur pied locale du Congrès.

Veillez agréer, Monsieur le Président et très honoré Collègue, avec la nouvelle expression du plaisir que j'éprouve à m'attacher avec vous à la réalisation du Congrès Français de Médecine de Québec en 1934, l'assurance de mes sentiments distingués et tout dévoués.

(Signé) F. ARLOING.

INSTITUT BACTERIOLOGIQUE DE LYON.

61, Rue Pasteur.

Lyon, le 11 Mai, 1932.

M. le Professeur Dubé,
Président de l'A. D. R. M.
Section Canadienne,
481 ouest, rue Prince-Arthur,
Montréal, Canada.

Mon cher Collègue,

"J'ai bien reçu votre lettre du 15 mars, au sujet de l'organisation du Congrès des Médecins de langue française, en 1934.

Je suis très touché que vous ayez pensé à moi comme à un des trop rares médecins français qui ont été *deux fois* vous visiter au Canada et qui connaît et admire vos institutions scientifiques.

Je ferai tout ce qui sera en mon pouvoir pour favoriser vos projets et j'adhère sous la forme que vous désirerez à votre organisation ou à votre comité.

Je n'ai pas trouvé dans la lettre le bulletin d'adhésion. Je vous prie de considérer cette lettre comme une adhésion officielle à la Section Canadienne de l'A. D. R. M. et à vos comités d'organisation.

Veillez agréer, mon cher Collègue et ami l'expression de mes sentiments cordialement dévoués."

(Signé) P. COURMONT.

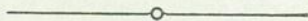
P. S. — Veuillez communiquer cette lettre à M. le Dr. Benoît, votre secrétaire et me faire envoyer tous documents nécessaires pour adhésion et propagande à Lyon.

Le Professeur Gustave Roussy a publié dans "La Presse Médicale" du 30 avril dernier, sous le titre de: "Un projet de Congrès de Médecins Français au Canada", un article des plus élogieux sur la profession médicale canadienne-française. Ce savant distingué fut un des plus ardents protagonistes de l'idée de réunir en Congrès au Canada les médecins de langue française d'Europe et de l'Amérique du Nord. Le Professeur Roussy termine son article de la façon suivante:

A l'appel de nos amis Canadiens français il est impossible de rester indifférent. Comment ne pas répondre avec enthousiasme à l'invitation de participer à la manifestation grandiose qui se prépare là-bas, sur l'autre rive de l'Atlantique et au cours de laquelle le nom de la France sera acclamé et les souvenirs de son passé constamment évoqués!"

La lecture de ce qui précède convaincra sans doute nos lecteurs que nous aurons très probablement l'avantage d'avoir au Canada français en 1934 le Congrès Français de Médecine.

Les quelques lettres que nous avons reproduites ci-dessus nous montrent jusqu'à quel point nos collègues et amis de France ont gardé un bon souvenir de notre pays. Nous n'en doutions pas, mais nous sommes particulièrement heureux de constater que tous partagent l'opinion du professeur Roussy, et promettent d'intéresser leurs amis et membres de l'Association des Médecins de Langue Française à l'idée de venir à Québec pour leur réunion de 1934.



LES SELS D'OR DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Par J. A. VIDAL

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.
Médecin de l'Hôpital du Sacré-Coeur.

Depuis que Laënnec, Villemin et Robert Koch ont dévoilé au public médical les secrets de la tuberculose pulmonaire, bien des formules antituberculeuses sont nées et sont mortes sans avoir connu un véritable succès. Les médications biologiques, sérologiques et chimiques se sont succédé sans pouvoir satisfaire les espoirs qu'on avait fondés sur elles. Cependant, depuis environ un demi-siècle la thérapeutique antituberculeuse a fait trêve à nos déboires en nous dotant de deux traitements d'une valeur indiscutable: le premier fut la cure hygiéno-diététique ou sanatoriale et le second fut la collapsothérapie, méthode préconisée par Forlanini. A ces deux grandes acquisitions, Mollgraad en préconise une troisième par les "Sels d'Or". Cette nouvelle thérapeutique possède-t-elle une valeur réelle? Si oui, quelles en sont les indications, la posologie et les contre-indications.

Dans une enquête faite par la "Vie médicale" auprès d'un grand nombre de phtisiologues français dont la valeur et la probité scientifiques sont indiscutables, une vingtaine d'opinions furent émises sur la valeur de l'aurothérapie. La divergence si marquée des opinions émises, tant sur les indications thérapeutiques que sur la posologie, indique bien que cette médication n'est pas encore à point comme le dit si bien A Lumière: "Les vérités de la science ne sont jamais qu'approchées et provisoires". Nous pouvons peut-être espérer que d'une observation plus prolongée et mieux contrôlée naîtront une plus grande précision des indications thérapeutiques et une posologie plus adéquate aux diverses formes susceptibles d'en bénéficier.

L'étude de cette nouvelle thérapeutique fut activement poursuivie en France surtout, et la plupart des phtisiologues accordent à cette thérapeutique une valeur réelle comme traitement *adjuvant* mais non comme traitement *spécifique*. Il ne semble pas prématuré

d'accepter que les Sels d'Or associés aux autres méthodes thérapeutiques peuvent dans certaines formes de tuberculose retarder grandement l'évolution et même amener une cicatrisation rapide, radiographiquement démontrée. (Ameuille).

Il est difficile de donner rapidement crédit à de nouvelles méthodes thérapeutiques en tuberculose pulmonaire; parce qu'il nous est si souvent donné de constater des régressions spontanées qu'on attribuerait à tort à la médication. Sans porter, de parti pris, un doute irrationnel sur une thérapeutique nouvelle parce que tant d'autres ont rapidement succombé à l'épreuve, il ne faut pas non plus accepter avec trop d'enthousiasme une médication parce qu'elle est d'usage facile, d'un dosage mathématique qui simplifierait le problème si complexe de la tuberculose pulmonaire. L'observation est le seul moyen véritablement scientifique de former une opinion sur la valeur d'une méthode thérapeutique. Cette observation a subi l'épreuve et tend à démontrer que dans certaines formes de tuberculose pulmonaire, les "Sels d'Or" donnent des résultats inattendus et semblent posséder une valeur thérapeutique appréciable.

Indications.

Les observations ne sont pas suffisamment contrôlées pour préciser les indications de l'aurothérapie. On s'embles admettre que toutes les formes de tuberculose pulmonaire qui ne sont pas améliorées par la cure hygiéno-diététique ou de collapsothérapie peuvent être soumises à l'action des Sels d'Or. Mais parmi ces vagues indications ce sont les formes jeunes, exsudatives, pneumoniques-excavées qui semblent se laisser le plus facilement influencer quoique plusieurs observateurs rapportent qu'il fut possible de stériliser de vieilles cavernes et même d'en avoir vu disparaître. Il faut donc courageusement admettre qu'on ne connaît rien du mode de réaction de chaque malade vis-à-vis la médication aurique. Cependant, si actuellement les indications ne sont que bien vagues, les contre-indications semblent plus précises. Ainsi on est justifiable d'abstention dans les albuminuries persistantes, les diarrhées réfractaires, les granulies et chez les malades trop avancés. L'âge sans être un motif suffisant d'abstention doit nous inciter à une grande prudence.

Posologie.

La question de dosage a fait et fera longtemps l'objet de bien des discussions. Partant du principe qu'on connaît très peu l'effet des Sels d'Or sur le bacille de Koch et sur les tissus pathologiques; il est difficile d'en préciser la posologie. Les uns préconisent les petites doses d'autres sont partisans des doses fortes. En réalité il est impossible de préciser à qui donner gain de cause, parce que nous ne traitons pas des maladies mais des malades dont chacun a sa manière de réagir. Chaque cas mérite une étude minutieuse. A l'hôpital du Sacré-Cœur nous nous rallions à la posologie suivante. En face de lésions localisées et anciennes, d'évolution lente, nous instituons un traitement de *prudence*, c'est-à-dire lent et progressif. Nous employons la crysalbine, par voie intraveineuse, à dose initiale de ogr.05, que nous répétons 3 à 4 fois à une semaine d'intervalle. Si ces doses ne donnent aucune réaction fâcheuse nous passons à ogr. 10 et nous progressons ainsi de la même manière pour atteindre environ ogr. 30 à ogr. 40 par semaine.

A la veille de chaque injection nous pratiquons un examen complet des urines et souvent des selles. Sans tenir compte du montant total que certains observateurs ont fixé à 6 ou 8 grammes; si le patient réagit bien et bénéficie de ce traitement nous le continuons tant que se manifestent d'heureux résultats.

S'agit-il de lésions aiguës ou suraiguës, à caractère menaçant, une initiative plus audacieuse peut être permise. Dans ces cas nous débutons toujours par des doses faibles (ogr. 05) à intervalle plus rapproché, et si elles sont bien tolérées nous progressons plus rapidement. Notre expérience peu considérable à date semble nous démontrer que le rein tolère mieux de petites doses souvent répétées et fractionnées qu'une seule dose hebdomadaire.

De ce bref exposé naissent les conclusions suivantes: étant donné la pauvreté de notre arsenal thérapeutique antituberculeux le médecin a le droit sinon le devoir d'expérimenter une nouvelle méthode de traitement dont l'observation première a démontré une certaine valeur appréciable. Cependant, pour que cette observation ait une valeur scientifique réelle elle doit reposer:

1° sur un diagnostic précis de l'évolution, de l'activité bacillaire et de la forme de tuberculose ce qui doit toujours être secondé par une récente radiographie.

2° sur l'étude minutieuse du mode réactionnel de chaque individu à cette médication; ayant toujours présent à l'esprit qu'il y a des malades qui manifestent de l'intolérance aux "Sels d'Or" et qu'il faut bien connaître ces diverses manifestations pour parer à des complications dont la gravité est indiscutable.

3° sur un contrôle absolu de l'évolution de la maladie, ce contrôle naîtra non seulement de l'amélioration des signes stéthacoustiques et généraux, mais aussi de l'étude du cliché radiographique. Parce qu'il ne suffit pas, pour donner crédit à cette méthode, de constater une amélioration clinique; mais cette amélioration doit se manifester sur le cliché en nous faisant apprécier un nettoyage des images radiographiques.

REVUE GÉNÉRALE

DONNÉES THÉORIQUES SUR L'ANESTHÉSIE BASALE À L'AVERTINE. ⁽¹⁾

Par J. C. DOUCET
Anesthésiste à l'Hôpital Notre-Dame

L'intérêt toujours grandissant soulevé par la découverte de Duisberg et Willstaetter, nous fournit l'occasion de vous exposer les données théoriques essentielles sur ce nouvel anesthésique de base: l'avertine. Les nombreuses recherches, faites actuellement dans tous les pays, démontrent sinon la supériorité, tout au moins l'utilité de l'anesthésie par voie rectale.

Dans l'intérêt de nos malades nous devons connaître ces produits nouveaux, pour les employer quand les indications sont précises. L'anesthésique idéal étant encore dans le domaine des possibilités, il nous faut utiliser les meilleures méthodes connues, qui toutes ont des avantages et des inconvénients.

Dans ce court résumé, nous parlerons de la composition et des propriétés de l'avertine, de la dose à employer, de la technique à suivre; nous nous efforcerons de préciser les avantages et les inconvénients de cette méthode, pour en mieux connaître les indications et les contre-indications.

COMPOSITION ET PROPRIÉTÉS.

L'avertine, alcool éthylique tribromé ou tribrométhanol est une substance blanche, cristalline, soluble à 40C. Ce produit difficilement soluble dans l'eau, est livré dans le commerce en solution dans de l'hydrate d'amylène, contenant 1 gramme du produit par centimètre cube.

Très rapidement absorbée par la muqueuse intestinale, l'avertine est éliminée en presque totalité par les urines dans les 24 ou 48 heures. Tous les auteurs s'accordent à dire que l'avertine rend

(1) Communication présentée à la Société d'Anesthésie.

la respiration plus lente et plus superficielle et occasionne une chute de la pression artérielle, d'où l'utilité de l'injection d'éphédrine que quelques-uns emploient systématiquement. Ce mode d'anesthésie associé à une petite quantité de protoxyde d'azote ou d'éther, donne un relâchement musculaire satisfaisant pour une heure à une heure et demie.

DOSAGE.

Nous savons actuellement que la dose de 6 à 10 centigrammes par kilo de poids, employée avec discernement, assure une sécurité suffisante. Il ne faut pas perdre de vue que l'avertine est et doit être un *anesthésique basal*, conséquemment il est imprudent et même dangereux de vouloir obtenir une anesthésie générale complète par ce seul moyen. Les accidents rapportés dans la littérature médicale, sont dus, pour la plupart, à la mauvaise préparation de la solution et surtout à des doses excessives. Le poids du malade ne peut donner qu'une ligne de conduite générale; il est du devoir du médecin anesthésiste de bien examiner le patient et de fixer lui-même la dose pour chaque cas particulier. Les malades très déshydratés, dont le foie présente des signes d'insuffisance fonctionnelle, les obèses, les gens âgés, les cachectiques doivent recevoir une dose d'avertine inférieure à celle dictée par la normale.

Au sujet du dosage, je me permets de vous citer quelques extraits d'un article très intéressant, paru dans "La Presse Médicale" du 17 février dernier, sur "L'Anesthésie à l'avertine et au protoxyde d'azote-oxygène combinés", par le Dr Desmarest, chirurgien de l'hôpital Ambroise-Paré. "Toute la valeur de la méthode, dit-il, réside dans cette question capitale de la dose qui convient à chaque opéré. L'élément essentiel de succès dans notre méthode tient à ce que, pour chaque malade, nous déterminons aussi exactement que possible la dose qui doit être employée. Nous ne nous basons pas seulement sur le poids du malade. Pour nous, le poids, la taille, le degré de maigreur et d'obésité du sujet, la valeur de sa pression sanguine sont autant de facteurs importants. Chez les malades adipeux il ne faut pas établir la dose sur le poids brut du malade, ce qui conduirait à donner des doses trop élevées. Il faut ramener le poids du malade à celui qui correspond à sa taille."

TECHNIQUE.

La veille de l'opération, on aura soin de prescrire un lavement évacuateur et l'ingestion d'aliments ou de liquides sucrés: ceci dans le but d'augmenter le glycogène hépatique.

Si nécessaire, au coucher, donner un léger hypnotique et ne jamais oublier d'inscrire le poids du malade sur sa fiche. Le matin, une heure avant l'opération, bon nombre d'anesthésistes conseillent une injection de morphine ou de pantopon, dans le but d'augmenter l'effet de l'avertine et de diminuer par le fait même la dose d'anesthésique par inhalation. Ceux qui ne donnent pas cette injection pré-anesthésique affirment que l'état général des malades dans ces cas est meilleur, les respirations sont moins superficielles et les patients sont rarement cyanosés.

PREPARATION DES SOLUTIONS.

La préparation des solutions doit être essentiellement précise. La quantité d'avertine fixée, on fait chauffer à 36 ou 38C., l'eau distillée nécessaire pour avoir une solution à 2.5% ; il faut avoir soin de bien agiter le mélange pour obtenir une dissolution complète. Il est très important de ne pas chauffer la solution au delà de 40C., car à une température trop élevée, l'avertine se décompose en libérant de l'acide bromhydrique très irritant pour la muqueuse intestinale. Pour obvier à ce danger, il faut vérifier la solution avant son emploi : dans ce but 2 à 5cc. sont prélevés dans une éprouvette et additionnés d'une goutte de rouge Congo ; la solution doit être franchement orange, si elle a une tendance à virer au bleu, on doit la rejeter. La solution ainsi préparée est donnée au lit du malade sous forme d'un lavement ordinaire, au moyen d'un tube rectal et d'un entonnoir ; il est d'importance majeure de verser cette solution très lentement, par doses fractionnées et sous basse pression. Cette injection ne doit jamais occasionner de douleurs.

Le début de l'anesthésie à l'avertine est remarquable par son calme. On n'observe aucune phase d'irritation bronchique, pas d'angoisse respiratoire, peu ou pas d'excitation musculaire.

On doit employer systématiquement la canule de Mayo pour assurer une bonne ventilation pulmonaire. Vingt-cinq à trente minutes sont nécessaires pour obtenir le sommeil, après quoi le malade est monté à la salle d'opération. Il est avantageux de commencer l'administration de l'anesthésique complémentaire avant l'incision de la peau. Si on emploie le protoxyde d'azote, ce sera pour peu de temps et avec un pourcentage élevé d'oxygène ; si c'est l'éther ou le chlorure d'éthyle, la quantité sera très minime.

AVANTAGES ET INCONVENIENTS.

Il est indubitable que cette narcose à l'avertine, bien que fort discutée, rende de réels services au malade et offre des avantages appréciables qu'on peut résumer comme suit :

- 1) Elle supprime la phase d'appréhension pré-anesthésique et la période d'excitation du début.
- 2) Elle prolonge l'état analgésique post-opératoire et diminue de moitié les injections calmantes nécessaires chez tous les opérés.
- 3) Elle est remarquable par l'absence de vomissements et de complications post-anesthésiques. La majorité des patients qui ont expérimenté cette méthode agréable, en deviennent les plus ardents propagateurs.

En marge de ces nombreux avantages, il y a aussi des inconvénients. Le plus grave est, sans contredit, *cette dose unique*, qui ne permet pas, en cas d'accident, la suppression immédiate de l'anesthésie comme on peut le faire avec les méthodes par inhalation. Cependant on attribue aujourd'hui un effet merveilleux à l'éphédrine par voie veineuse, le Dr Wesley Bourne a fait des expériences très intéressantes sur ce sujet.

De plus, cette demi-heure de préparation fait perdre un temps précieux au chirurgien et à l'anesthésiste, conséquemment cette méthode ne peut être employée couramment dans un hôpital où plusieurs opérations se succèdent dans une même salle. Enfin, il reste la question du dosage à préciser pour chaque cas particulier. La prudence exige que nous demeurions en deçà des limites pour assurer le maximum de sécurité au patient.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

En terminant, résumons les principales indications et contre-indications de ce mode d'anesthésie.

L'avertine est conseillée dans la chirurgie pulmonaire, chez les tousseurs, les gazés, les obèses pléthoriques à cou épais et facilement congestifs. Elle est appréciable dans la chirurgie du dos et du rachis, par suite de la position ventrale de l'opéré; dans la chirurgie du crâne, de la face, du cou, où l'anesthésiste devient une gêne pour le chirurgien. L'avertine sera employée avec succès chez les patients

qui ne peuvent supporter l'anesthésie par inhalation: les déments et les anxieux; dans les cas de chirurgie osseuse: greffes, fractures compliquées, quand il y a intérêt à ce que le réveil de l'opéré soit tardif et sans agitation.

Comme contre-indications il faut noter:

- 1) toutes lésions du rectum ou du gros intestin; rectites, incontinence du sphincter anal, prolapsus et retrécissement, colites et sigmoïdites.
- 2) les maladies graves du foie et du rein.
- 3) les interventions de courte durée, les états de shock dus aux hémorragies graves, l'acidose et les cachexies avancées.

En définitive, si nous insistons sur le fait que pas un seul anesthésique n'assure une sécurité absolue, nous pouvons conclure que l'avertine, confiée à un anesthésiste expérimenté, est une acquisition pour la science et un confort sans égal pour nos malades.

BIBLIOGRAPHIE

- J. DESMAREST. — *L'Anesthésie à l'avertine et au protoxyde d'azote-oxygène combinés.* (Presse Médicale, février 1932.)
- ROBERT MONOD. — *L'anesthésie en pratique chirurgicale.*
- J. GAUDY et R. QUINTART. — *L'avertine en urologie.* (Journal belge D'Urologie. An. IV, no I, février 1931).
- CHARLES S. WHITE, JOSEPH KREISCHMAN. — *Tribromethyl Alcohol (Avertin) Anesthesia.* (SURGERY, Gynecology and Obstetrics, sept. 1930).
- JOSEPH R. GUTTMAN. — *Rectal Narcosis with AVERTIN.* (Current Res. Anesthesia and Analgesia Nov. Dec. 1930.)
- WESLEY BOURNE and B. B. RAGINSKY. — *On Several Phases of the Pharmacology of Avertin.* (Current Res. Anesthesia and Analgesia Janv. 1932.)
-

MÉDECINE PRACTIQUE

LE RHUMATISME POLYARTICULAIRE AIGÛ.

- 1 — Repos au lit.
- 2 — Enveloppements humides froids des articulations malades.
- 3 — Tenir le membre dans la position semi fléchie afin de relâcher les tendons.
- 4 — Dans certains cas, immobiliser le membre le plus atteint sur une attelle de bois rembourrée.
- 5 — Prescrire une potion salycilée plutôt que des cachets:

Salycilate de soude (1)	20	grammes.
Bicarbonate de soude	40	grammes.
Lactose	10	grammes.
Siróp d'écorces d'or, amères	100	c.c.
Eau distillée froide	200	c.c.

Une cuillerée à table ou à soupe renferme 1 gramme de saly. et 2 grammes de bic.

Dose: Une cuillerée à soupe dans un demi verre d'eau de Vichy, suivi de lait toutes les heures durant le jour, et trois fois durant la nuit.

- 6 — Donner chaque jour un lavement salé: une cuillerée à soupe dans un grand verre d'eau. Très efficace contre le gonflement articulaire.
- 7 — Contre hyperthermie, un sac de glace sur la région précordiale dans le but de prévenir l'endocardite.
- 8 — Surveiller étroitement le coeur. Prévenir l'éréthisme par la digitaline: **cinq gouttes** par jour dans un peu d'eau à jeun durant dix jours.
- 9 — Combattre l'insomnie.
- 10 — Dans certains cas, la protéinothérapie produit un excellent effet: lait bouilli 5 c.c. en injection sous-cutanée tous les deux jours en augmentant à 10 c.c. les trois autres jours. Ne pas dépasser quatre doses.

(1) Nous accordons la préférence au Poulenc. Clin ou Howard.

- 11 — Diète liquide — jus de fruits.
- 12 — Aération de la chambre. Héliothérapie si possible.
- 13 — Continuer la médication salicylée durant les 15 jours qui suivent la défervescence en en diminuant graduellement les doses.
- 14 — Reprendre la médication salicylée durant les trois mois suivants pour prévenir les récives mais à une dose moindre.
- 15 — Noter la pression artérielle et le débit urinaire afin de prévenir une insuffisance cardiaque éventuelle.
- 16 — Se méfier des bains de mer, ou douches froides.
- 17 — Eviter les excès alimentaires ou alcooliques.
- 18 — Marcher modérément.
- 19 — Songer au passé, c'est prévoir.
- 20 — Les bains de soleil agissent comme préventifs.

Albert LeSAGE.

REVUE DES LIVRES

JEAN LEREBoullet, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. —
Les tumeurs du quatrième ventricule. — Un volume de 431 pages
avec 30 figures et 21 planches hors texte. Edité à Paris chez Bail-
lière. Prix: 65 francs.

Les progrès récents de la neuro-chirurgie en permettant d'extirper avec succès de nombreux cas de tumeurs du quatrième ventricule, ont mis à l'ordre du jour cette variété de tumeurs considérée jusqu'alors comme une simple curiosité anatomique.

On sait maintenant que ces tumeurs sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croyait autrefois, qu'on peut les diagnostiquer et intervenir en temps opportun pour les traiter. Aussi leur intérêt clinique et chirurgical est-il considérable. Jusqu'ici toutefois les travaux consacrés à cette affection étaient restés épars dans la littérature et les traités classiques ne mentionnent les tumeurs du quatrième ventricule que de façon très sommaire. Le docteur Jean LEREBoullet, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris et secrétaire de la rédaction de "Paris Médical", s'est attaché à mettre au point cette question. L'importante monographie qu'il publie est basée sur un matériel anatomo-clinique comportant vingt observations inédites et trois cent vingt observations recueillies dans la littérature.

Ce nombre considérable de faits a permis à l'auteur de faire une étude très complète des tumeurs du quatrième ventricule qu'il divise en trois parties.

La première précédée d'un court rappel anatomique et embryologique est une étude analytique des divers symptômes qu'on peut rencontrer dans une tumeur du quatrième ventricule quelle qu'en soit la nature anatomique; l'auteur discute la valeur de chacun de ces symptômes, en précise la signification clinique et en explique la pathogénie; il expose les diverses formes cliniques observées et en individualise une nouvelle, la forme du récessus latéral.

La seconde partie est un essai de synthèse anatomo-clinique des différents types histologiques de tumeurs. Elle comporte l'étude détaillée de nombreux cas personnels, à l'aide de techniques histologiques les plus modernes; une abondante illustration originale en facilite la compréhension.

La troisième partie enfin est consacrée au diagnostic et à la thérapeutique chirurgicale de ces tumeurs.

Cet ouvrage, dont l'étude a été poursuivie, sous la direction du professeur GUILLAIN, à la clinique neurologique de la Salpêtrière, sera indispensable à tous les neurologistes soucieux de connaître l'état actuel de nos connaissances sur cette importante question. Il sera fort utile à tous les médecins, désireux de se tenir au courant des derniers progrès de la neuro-chirurgie.

ANALYSES

MEDECINE

M. HAUTEFEUILLE (D'Amiens). — **Cancer d'estomac à forme oedémateuse.** — Soc. de Gastro-Entérologie de Paris. — Séance 8 fév. 1932.

Le cancer d'estomac, dans ses ultimes manifestations cliniques peut présenter, en outre des signes ordinaires: douleurs, vomissements hémorragiques, certaines complications comme l'oedème ou même l'anasarque.

Dans le cancer d'estomac à "forme oedémateuse", l'oedème et l'anasarque sont souvent les seules manifestations cliniques, par conséquent incapables d'attirer par elles-mêmes l'attention du côté de l'estomac, bien que l'anorexie et la cachexie rapide qui l'accompagnent, soient présentes.

Dans le cas rapporté par l'auteur, l'ascite, la cachexie, la diminution de l'appétit, avaient fait soupçonner l'existence possible d'un néoplasme; l'examen radioscopique avait été ajourné à cause de la faiblesse graduelle du malade.

Il est donc intéressant de savoir qu'il y a une forme de cancer d'estomac la "*forme oedémateuse*" qui ne présente cliniquement, aucune manifestation pathologique du côté de l'estomac, et qu'en présence d'un malade oedémateux, sans troubles cardio-rénaux, il faut penser à cette forme particulière du néoplasme gastrique.

J. Alfred MOUSSEAU.

GASTON DURAND. — **Résultats éloignés du traitement médico-chirurgical des ulcères gastro-duodénaux.** — Soc. de Gastro-Entérologie de Paris. — 8 fév. 1932.

L'auteur fait un relevé de 156 observations de malades où le diagnostic clinique d'ulcère ne peut être tenu pour suspect parce que vérifié par des radiographies. Ont été éliminées toutes les radiographies suspectes et non suffisamment convaincantes.

Mettant en parallèle les résultats de ses traitements, tant médicaux que chirurgicaux, il constate que sur 55 malades traités médicalement et suivis dont il a pu avoir des renseignements certains, il enregistre 38 échecs complets ou partiels soit une moyenne de 20% de succès seulement.

Sur 83 malades appartenant à la section de chirurgie, il enregistre 29 cas médiocres ou mauvais, soit une moyenne de 70% de succès. Malgré la supériorité relative de la thérapeutique chirurgicale, l'A. considère encore comme très élevée la somme d'échecs opératoires.

Si ces succès médicaux paraissent moindres il les attribue à une statistique sévère où ne sont étiquetés comme guéris que ceux dont l'amélioration est "totale".

Quand on parle de guérison d'ulcère, scientifiquement, ceci doit comporter la suppression de tous les signes cliniques de la maladie et la preuve de la cicatrisation de la lésion ulcéreuse, soit par la gastro-photographie, soit par des radiographies successives et confirmatives; de plus, la période d'accalmie complète doit se compter en années, après avoir été comptée en mois.

L'ulcère gastro-duodénal, n'étant pas une maladie définie mais une "lésion à étiologie et à pathogénie diverses." L'A. émet certaines considérations sur les cas d'ulcères observés:

D'après la nature de la lésion ulcéreuse, l'ulcère peut guérir spontanément; d'autres guérissent médicalement à n'en pas douter; il y a des ulcères—en majorité— qui guérissent chirurgicalement; par contre, il y a des ulcères qui continuent à évoluer, malgré la gastro-entérostomie, et d'autres, qui ne guériront jamais, parce qu'ils constituent la "maladie ulcéreuse" essentiellement récidivante.

En second lieu, pour apprécier la valeur du traitement médical de l'ulcère, on doit tenir compte des malades, "il y a ceux qui peuvent se soigner, ceux qui ne peuvent pas, ceux qui ne veulent pas se soigner médicalement", d'où, l'observance du régime et l'espoir de la guérison; où l'abandon de toute prescription avec la prospective, non toujours assurée, du succès opératoire.

L'auteur considère donc " le traitement médical comme une "épreuve" dont les résultats doivent décider de l'indication opératoire" mais il n'en reste pas moins convaincu que bien des ulcéreux pourraient guérir médicalement, indépendamment de la nature de leur lésion s'ils étaient capables d'une longue persévérance dans le traitement diététique et médicamenteux.

J. Alfred MOUSSEAU.

GYNECOLOGIE

ARNOLD STURMDORF, M. D. F.A.C.S. New-York. — **La douleur lombaire gynopathique.** (Surgery, gynecology, Obstetric, août 1931.)

L'auteur fait une étude de la nature et du mécanisme de cette douleur en attachant une attention spéciale à ses relations avec la rétroflexion utérine. Il amène les conclusions suivantes:

La douleur lombaire d'origine gynécologique est spasmodique: le facteur gynécologique entre dans les diverses causes des myospasmes de la région lombosacrée.

Cette forme de myospasme est un phénomène de protection analogue à ceux que l'on observe dans d'autres régions musculaires où il existe des douleurs profondes. En plus ce myospasme protège les organes pelviens malades en faisant dévier la ligne de pression intra-abdominale et en limitant la mobilité du petit bassin.

La position de l'utérus est normale lorsque son axe correspond à l'axe du plan du détroit supérieur. Cet axe varie avec l'angle sacro-lombaire de chaque individu. La rétroflexion devient pathologique lorsque ces deux axes ne coïncident pas.

L. Arthur MAGNAN.

PETIT DUTAILLIS, P. — Démonstration radiologique après injection de lipiodol, des imperméabilités tubaires et des adhérences péri-méto-salpingiennes. Ses précisions, ses incertitudes, ses limites. (Gynécologie, 1931, XXX, 5.)

L'auteur présente une série de 41 radiographies pelviennes après injections de lipiodol qui démontrent les obstructions anatomiques et spasmodiques des trompes et des adhérences péritubaires et périutérines. Les différentes conditions pathologiques sont: obturations à la corne utérine par fibrome, obturations des deux cornes par salpingites, obturation de la lumière de la trompe par spasme, salpingite kystique, hydrosalpinx, grossesse tubaire rupturée et adhérences.

L'obturation aux cornes par fibrome résiste à de hautes pressions; mais si l'obturation est due à un spasme, à une légère salpingite, à du mucus, à de la congestion, elle peut être vaincue.

Si l'obstruction est bilatérale et résiste à de haute pression, elle est définitive. L'obturation du pavillon est ordinairement attribuée à une réaction inflammatoire. L'obturation isthmique est spasmodique. Quelques-unes des adhérences dues à une inflammation du voisinage (appendicite) produit des torsions et des difformités des trompes qui amènent des obstructions fonctionnelles.

L. Arthur MAGNAN.

PEDIATRIE

Conclusions de la conférence d'experts en matière d'immunisation active contre la diphtérie. — Bulletin de l'Institut Pasteur, no 2, 1932.

Le Comité d'Hygiène de la Société des Nations s'est réuni au cours du mois de juin 1931 à Londres, pour étudier la question de la vaccination antidiphtérique, et voici la substance de ses conclusions:

- 1° — La vaccination contre la diphtérie provoque une diminution importante de la mortalité parmi les vaccinés, et partant de la mortalité.
- 2° — Les réactions, observées parfois, ne sont pas redoutables, et ne doivent pas entraver la propagande en faveur de la vaccination.
- 3° — En se plaçant sur le terrain clinique, il semble bien que l'efficacité de la vaccination puisse s'appuyer sur le virage de la réaction de Schick.
- 4° — L'Anatoxine est le plus efficace de tous les antigènes qui ont fait l'objet de notre étude comparative, à savoir: mélanges toxine-antitoxine et anatoxine, et doit être recommandé à présent.

- 5° — Le pouvoir immunisant de l'anatoxine chez l'homme paraît être en liaison avec la valeur antigénique mesurée par la floculation. On devrait s'efforcer de trouver une base commune pour la standardisation et le contrôle de toutes espèces de vaccins prophylactiques contre la diphtérie.
- 6° — La voie d'introduction recommandée est la voie sous-cutanée. La voie cutanée n'a pas donné de résultats favorables.
- 7° — La vaccination doit comprendre trois injections.
- 8° — Les intervalles recommandés entre les injections sont de trois semaines entre la première et la deuxième injection, et au moins de deux semaines entre la deuxième et la troisième.
- 9° — Il n'est pas nécessaire de pratiquer de réaction de Schick avant la vaccination. Toutefois, il y a intérêt à procéder à la réaction de Schick avant et après la vaccination chez un certain nombre de sujets pour contrôler la valeur de la méthode de vaccination employée.
- 10° — La vaccination contre la diphtérie est recommandable dès la période préscolaire, à partir de la fin de la première année.
- 11° — Lorsque les enfants n'ont pas été vaccinés durant la période préscolaire, ils seront vaccinés dès la première année où ils fréquenteront l'école.
- 12° — La vaccination est recommandée pour les infirmières des hôpitaux, asiles, dispensaires, écoles, etc., ainsi que pour le personnel des hôpitaux.
- 13° — La vaccination est recommandée même en période d'épidémie, et aussi chez les enfants qui ont été en contact avec des malades, aucun document ne démontrant jusqu'à présent l'existence d'une phase négative.
- 14° — La vaccination antidiphtérique doit être l'objet d'une propagande active de la part des administrations d'hygiène des différents pays pour éclairer le public sur les avantages de cette méthode de protection de la santé publique.

Gaston LAPIERRE.

MOURA RELVAS. — Hygiène intellectuelle scolaire. Surmenage scolaire.
(Bull. Intern. Protection de l'Enfance, janvier 1932.)

En hygiène intellectuelle scolaire — conclut l'auteur — les intérêts des enfants exigent qu'on tienne compte en premier lieu de leur croissance.

L'alimentation doit être non seulement adoptée aux besoins de l'équilibre nutritif, mais accrue des éléments nécessaires à la formation de nouveaux protoplasmes cellulaires.

La nécessité de la vie au grand air s'impose.

L'ignorance voulue ou non de ces faits implique l'étiollement physique, le désintéressement et l'indolence intellectuelle.

L'enseignement doit être suffisamment animé pour ne pas altérer, par suite d'immobilité prolongée, de surmenage, d'encyclopédisme, de contact avec une atmosphère plus ou moins viciée, l'évolution normale de la croissance.

Les exercices physiques sous forme de jeux et travaux manuels sélectionnés, fournissent aux enfants le moyen de développer leurs facultés psychiques et en même temps corrigent les inconvénients inhérents à l'étude.

Les jeux sportifs sont le complément logique de la gymnastique éducative. Ils resserrent aussi les liens de solidarité, développent et préparent la maîtrise de soi, l'habitude du commandement. Enfin, les états pathologiques qui interviennent dans la vie mentale sont envisagés à un point de vue clinique, psychologique et psychiatrique supposant la nécessité d'un diagnostic exact et d'une thérapeutique bien orientée qui souvent sauvera ces malheureux de la déchéance intellectuelle.

Nous n'avons pas parlé des conditions auxquelles doivent satisfaire les dortoirs, salles de classe, bureaux, etc., parce que le sujet peut être considéré comme épuisé, et n'exige pas d'observations spéciales.

Gaston LAPIERRE.

ELECTRO - RADIOLOGIE.

DELHERM L. et THOYER ROZAT U. — **Du rôle social du radio-diagnostic dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire.** Journal de Radiologie et d'Electrologie, mars 1932.

La lutte contre la tuberculose est un des plus graves problèmes dont se préoccupe le monde civilisé. Les résultats sont cependant insuffisants à date, si l'on en juge par le degré élevé de mortalité et par le nombre encore immense des malades, qui viennent consulter pour la première fois et chez qui l'on découvre des lésions pulmonaires profondes.

La solution de ce problème social réside dans le dépistage précoce de la tuberculose. Un des moyens les plus sûrs dont nous disposons c'est l'examen radiologique étroitement associé à l'examen clinique. Mais pour que cet examen clinico-radiologique puisse être efficace, il faut qu'il soit systématique, faute de quoi de nombreux tuberculeux resteront ignorés. Les auteurs proposent donc que cet examen soit pratiqué chez l'enfant, chez l'adolescent et chez l'adulte.

1.—*Chez l'enfant.* La préservation de l'enfance contre ce terrible fléau est à la base de la prospérité économique et sociale des peuples. Plusieurs centres de dépistage de la tuberculose précoce existent déjà mais le mouvement d'ensemble n'a pas encore acquis tout l'élan désirable. Il faut de plus que l'examen clinico-radiologique soit renouvelé chaque année pendant la période scolaire.

2.—*Chez l'adolescent.* Parvenu à l'adolescence, l'enfant, grâce à ces mesures sévères, se sera bien défendu contre la maladie. Toutefois, il aura intérêt avant d'embrasser un métier ou une profession, de recourir à un nouveau contrôle clinico-radiologique. Ces jeunes gens, avertis à temps de leur mal, pourront ainsi prendre les mesures nécessaires pour se traiter ou s'orienter dans une autre carrière.

3.—*Chez l'adulte.* Les auteurs recommandent l'examen radiologique à l'époque du service militaire. On a constaté, disent-ils, dans les contingents

où le contrôle radiologique n'avait pas été fait, l'éclosion ultérieure de 15 cas de tuberculose contre un seul cas dans les contingents où le dépistage radiologique avait été pratiqué.

Cet examen devrait aussi être fait chez les jeunes femmes avant leur mariage. Les compagnies d'assurance devraient exiger un certificat d'examen radiologique du postulant et il devrait en être ainsi dans toutes les grandes entreprises industrielles ou les administrations.

Que les pouvoirs Publics rendent cet examen obligatoire à différentes étapes de la vie et le problème de la tuberculose sera pratiquement résolu.

A. COMTOIS.

OBSTÉTRIQUE

W. LAUBSCHER. — **L'action combinée du thymus et du lobe postérieur de l'hypophyse dans les inerties utérines.** — Gynécologie et Obstétrique, février 1932.

La Thymophysine, association de thymus et de lobe postérieur de l'hypophyse, empêche la fatigue et le relâchement de la musculature utérine; de plus, elle ne produit jamais de contractions tétaniques.

A la Clinique Obstétricale de Bâle, cette substance fut expérimentée en 1929 dans 129 cas d'inertie, dont 80 cas d'inertie primaire et 48 d'inertie secondaire. La dose injectée dans le muscle fut de 1c.c. dans 70 cas. Dans quelques cas, cette dose fut répétée jusqu'à 5 fois sans dommage pour la mère et l'enfant.

Quelques essais furent faits dans le but de diminuer la durée de l'accouchement en injectant de la Thymophysine tout au début du travail.

Les contre-indications de son emploi ne doivent pas être ignorées: rupture utérine menaçante, distension prononcée de l'utérus, présentation vicieuse de l'enfant, disproportion entre la tête fœtale et le bassin.

Donatien MARION.

E. HELD. — **Pyélites gravidiques graves.** — Gynécologie et Obstétrique, mars 1932.

Les causes qui favorisent le développement des pyélites gravidiques paraissent fort complexes: compression des uretères, avec dilatation consécutive, coudure des uretères, changement de tonus de la musculature urétérale, colibacillémie par constipation, infections rénales antérieures (tbc. ou calcul).

La survie des enfants est sérieusement compromise; 40% sont des prématurés et 1 sur 7 meurt à la naissance ou peu après.

Lorsque le traitement médical échoue, on peut avoir recours aux lavages du bassinot ou au cathétérisme urétéral à demeure. Si, au contraire, les phénomènes pathologiques persistent, il faut interrompre la grossesse.

Donatien MARION.

NEURO-PSYCHIATRIE

LUCY PORTER SUTTON. — **Traitement de la chorée par l'hyperthermie provoquée.** — (The Journ. of the American Med. Ass., vol. 97, no. 5, August 1932, p. 299).

L'auteur a observé, en mars 1929, à l'hôpital Bellevue de New-York, un enfant de 11 ans atteint d'une chorée très violente. On administra du gardénal à la dose de 0.03 centig. 3 fois par jour. L'enfant manifesta, par une éruption cutanée et de la fièvre, les signes d'une intoxication barbiturique.

Par erreur la cure gardénalique fut continuée et les signes d'intoxication s'accrochèrent au point de provoquer une fièvre de 106.4F. Heureusement, et sans qu'on s'y attende, le syndrome choréique s'atténua au point que 9 jours après qu'on eût suspendu l'administration du gardénal, la chorée était disparue.

Cet incident amena P. à croire que l'hyperthermie était de nature à combattre la chorée.

Aussi s'employa-t-il systématiquement à traiter 24 cas de chorée de gravité différente, par l'hyperthermie provoquée au moyen d'injections, intraveineuses de vaccin antityphoïdique-paratyphoïdique. En général, il pratiqua une injection quotidienne pendant une semaine environ, en augmentant très prudemment et graduellement les doses de vaccin, afin de provoquer une hyperthermie de 102-104F.

Dans la majorité des cas il ne fut indiqué de prolonger ce traitement plus d'une semaine.

Chez ces 24 malades (chorée d'intensité variable) la durée moyenne de la chorée a été de 11 jours après le début du traitement.

P. souligne l'intérêt qu'il y a à comparer l'effet produit dans la chorée par le "Nirvanol" et les résultats obtenus par la pyrétothérapie par les vaccins. Les succès dus au "Nirvanol" dépendent selon l'auteur, dans une large mesure, de la fièvre produite par l'action de ce composé synthétique.

Cependant il est d'avis qu'il faille préférer pour plusieurs raisons, à la thérapeutique par l'hyperthermie au moyen des vaccins.

(*Note personnelle*)

P. S. Il serait très intéressant de tenter cette thérapeutique dans les services qui reçoivent de nombreux cas de chorée. On pourrait s'y servir avec avantage du "Dmelcos", vaccin antichancrelleux dont s'est servi Sicard dans le traitement de la P. G.

Roma Amyot.

FOSTER KENNEDY. — **Evaluation de l'évidence des blessures de la tête.** (Head injuries: effects and their appraisal. Evaluation of evidence.) — Archives of Neurology and Psychiatry, avril 1932, p. 811.

Dans les cas de blessures de la tête, l'auteur affirme que nous avons actuellement à notre disposition deux ordres de critères qui nous permettent d'établir qu'il existe dans un cas donné de véritables lésions cérébrales. (organic changes in the brain).

Les premiers entraînent la certitude absolue, (absolute criteria). Ce sont: l'évidence radiologique d'une fracture du crâne; la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien; l'hémorragie des orifices, dont surtout les oreilles et les paralysies cérébrales localisées.

Les seconds entraînent une certitude relative, (presumptive criteria). Ce sont, par ordre d'importance: les états convulsifs vraiment posttraumatiques; les déplacements ventriculaires vraiment posttraumatiques; l'histoire d'inconscience prolongée et la fréquence des vomissements ayant suivi un traumatisme authentique.

Il est évident que l'auteur s'entoure de toutes les précautions possibles. Ce souci de l'exactitude rend son article extrêmement profitable et instructif. Les critères absolus sont indiscutables. Parmi les critères relatifs, il donne peu d'importance à l'inconscience et aux vomissements dont il ne discute même pas la portée médico-légale. Il laisse entendre ainsi que ces signes n'ont de valeur que s'ils accompagnent d'autres symptômes, relatifs ou absolus. Par contre, il est excessivement prudent quand il s'agit d'interpréter les états convulsifs et les déplacements ventriculaires, signes généralement acceptés comme très probants. Il n'admet le critère-convulsions que s'il y a eu laceration et formation cicatricielle au niveau du cerveau ou encore s'il est démontré qu'il y a eu hémorragie dans les espaces sous-arachnoïdiens. Quant aux déplacements ventriculaires, aux ventriculogrammes pathologiques, l'auteur attire l'attention du lecteur sur deux causes d'erreur fréquentes, à savoir: les défauts de technique radiologique et l'occurrence d'images ventriculographiques normales chez des individus qui n'ont jamais reçu de traumatisme. En somme, pour tirer d'un ventriculogramme une conclusion adéquate, les anomalies que celui-ci peut présenter doivent être chronologiquement en rapport avec le traumatisme; doivent faire partie d'un ensemble symptomatique qui en étale la valeur, et enfin, doivent être rigoureusement en rapport avec une technique radiologique impeccable.

Jean SAUCIER.

NOUVELLES

POSTE D'ASSISTANT A L'HOPITAL STE-JUSTINE.

L'Hôpital Ste-Justine tient à faire savoir qu'il y a une place vacante au poste d'assistant dans le service de neuro-psychiâtrie.

Pour toute application ou demande de renseignements à ce sujet, on est prié de communiquer avec le Directeur Médical, M. le docteur Edmond Dubé, Hôpital Ste-Justine, 6055, rue St-Denis, Montréal.

NOUVELLES

3ème VOYAGE ANNUEL AUX STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE.

Cette année encore le Gouvernement Français, par l'entremise de l'Office National du Tourisme, incite un groupe de médecins canadiens à visiter sous ses auspices les Stations Thermales et Climatiques de France.

Le départ s'effectuera de New-York le 15 juillet 1932 sur le "Lafayette" arrivant au Havre le matin du samedi 23 juillet, aucunes formalités douanières ne seront requises des membres du groupe.

Un train spécial amènera les congressistes à Paris et ceux-ci seront transportés à l'Hôtel Continental. Le dimanche et le lundi, 24 et 25 seront passés à Paris. Le départ s'en effectuera le 26 à bord d'un train spécial avec wagon-restaurant pour Strasbourg. Un train spécial sera à la disposition du groupe durant la tournée. Des voyages de jour seulement seront effectués et les repas servis en route.

Entre le 26 juillet et le 20 août, les villes et les stations thermales et climatiques suivantes seront visitées: Strasbourg, Contrexeville, Vittel, Evian-les-Bains, Aix-les-Bains, Avignon, Nice, Grande Corniche, La Turbie, Menton, Monte Carlo, Monaco, Cap d'Ail, Beaulieu, Villefranche, Cagnes, Antibes, Cap d'Antibes, Juan-les-Pins, Cannes, Marseille, Carcassonne, Luchon, Superbagnères, Biarritz, St-Jean de Luz, Dax, Hossegor, Vichy, Paris.

L'arrivée dans la Capitale Française aura lieu dans la soirée du samedi 20 août et le départ se fera de cette dernière ville le mercredi 24 août de la gare St-Lazare pour le Havre afin de s'embarquer à bord du "Paris", pour atteindre New-York le mardi 30 août.

Durant tout le trajet le groupe voyagera en 1ère classe, et tous seront logés au même hôtel de luxe.

Dans les villes où sont visitées des stations thermales, une réception officielle, des banquets, une conférence par un professeur de médecine, la soirée au théâtre, des voyages en automobile aux alentours, etc., auront lieu.

Les représentants du Gouvernement Français verront à tous détails relatifs à ces voyages, réservation d'hôtel, repas, automobiles, bagages, etc. Un montant de \$935.00 dollars américains doit être versé par chacun des membres du groupe: ceci représente le montant total à déboursier pour ce qui concerne le congressiste. Les membres de la famille du médecin peuvent accompagner celui-ci dans les mêmes conditions.

Les membres de la délégation désirant rester en France pour une période de temps prolongé, pourront le faire à leurs frais, mais le retour devra s'effectuer sur un des paquebots de la Compagnie Générale Transatlantique.

A titre de détail pratique, le bagage devrait se limiter autant que possible au strict nécessaire; le smoking est essentiel, mais non l'habit de soirée.

Pour toute demande de renseignements, ou inscription à ce voyage, on est prié de s'adresser au Docteur Léon Gérin-Lajoie, 1414, rue Drummond, Harbour 8444.

TABLE ALPHABETIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd, (<i>Haliver Oil</i>)	XII
Angier Chemical Company, (<i>Emulsion Angier</i>)	IV
Anglo-French Drug Cie., (<i>Le Laboratoire du Bactériophage</i>)	XXII
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited, (<i>Beminal Liquide</i>)	XLVI
Bailly, A., Spécialités,	XVIII
Boulet R. & Brault Jules, (<i>Maladies des yeux, etc.</i>)	L
Breitenbach Co., M. J., (<i>Gude's Pepto-Mangan</i>)	I
British Drug Houses (Canada), Ltd, The, (<i>Butyrate de Manganèse B. D. H.</i>)	XXXII
Bristol-Myers Co., (<i>Sal Hepatica</i>)	LIX
Cal-Bis-Ma, (<i>Fables Gastriques</i>)	LV
Canada Drug Company, (<i>Paveral</i>)	I
Canada Pond Tampon Co., (<i>Les Tampons Pond</i>)	XLVIII
Cardinaux, Paul, (<i>Gaiffe, Gallot & Pilon et Ropiquet, Hazard & Roycourt</i>). <i>Diathermie, Rayons X, Electrologie</i>	XI
Casgrain & Charbonneau Ltée, (<i>Hormocrine "F"-C. & C.</i>), (<i>Ovacrine C. & C.</i>)	LX
Chapman Ltée, La Cie J. H., (<i>Instruments de Chirurgie</i>)	LIX
Ciba, Compagnie Limitée, (<i>Phytine "Ciba"</i>)	VII
Denver Chemical Manufacturing Co., (<i>Antiphlogistine</i>)	IX
de Passillé, H. B., (<i>Bronchodermine</i>)	XXVIII
de Passillé, H. B., (<i>Charbon Tissot</i>)	XXVIII
de Passillé, H. B., (<i>Sirop Guilhaumon</i>)	XXVIII
de Passillé, H. B., (<i>"Yse"</i>)	XXVIII
de Passillé, H. B., (<i>Ludin</i>)	XXXVII
de Passillé, H. B., (<i>Seroma Rey</i>)	XXXVII
Duckett J. A., (<i>Orthopédie</i>)	XLIV
Eddé, J., Limitée, (<i>Proveinase Midy</i>)	IV

Eddé, J., Limitée, (<i>Iodogénol Pépin</i>)	XIX
Eddé, J., Limitée, (<i>Hémostyl</i>)	XXIX
Eddé, J., Limitée, (<i>Neurinase</i>)	XXXIII
Eddé, J., Limitée, (<i>Nucléarsitol Robin</i>)	XXXIV
Eddé, J., Limitée, (<i>Pancrinol</i>)	XLIX
Eddé, J., Limitée, (<i>Ocreïne Gremy</i>)	XXXVI
Eddé, J., Limitée, (<i>Strychnal Longuet</i>)	XXXVI
Eddé, J., Limitée, (<i>Vulcase Brisson</i>)	XXXVI
Eddé, J., Limitée, (<i>Peptonate de Fer Robin</i>)	LI
Fellows Medical Mfg, Co., (<i>Sirop Fellows</i>)	XXXIII
Frosst, Charles E. & Co. (<i>Urosine</i>)	
<i>Deuxième page intérieure de la couverture.</i>	
Harris, J. A., (<i>Philogyne</i>)	LVI
Harris, J. A., (<i>Nausicide</i>)	LVI
Harris, J. A., (<i>Helonarsine</i>)	LVI
Harris, J. A., (<i>Peptone iodée Lery</i>)	LII
Harris, J. A., (<i>Tussiva</i>)	LVIII
Harris, J. A., (<i>Hypocardine</i>)	LVIII
Herdt & Charton, Inc., (<i>Serodausse</i>)	XLIX
Herdt & Charton, Inc., (<i>Tricalcine</i>)	LI
Hoffmann-La Roche Limitée, (<i>Sirop Roche</i>)	XLII
Horner, Frank W., Limitée, (<i>Sérobactérine composée</i>) <i>Mulford contre l'Influenza</i>)	V
Imperial Tobacco Co. of Canada, (<i>Sweet Coporal</i>)	XLIII
Horner, Frank W., Limitée, (<i>Malllevol</i>)	LVII
John Wyeth & Brother, Inc., (<i>Wyanoids</i>)	III
Joubert, J. J., Limitée, (<i>Santéine</i>)	V
Jouot, C., (<i>Pansuline Fornet</i>)	LIX
Laboratoire du Bismol, (<i>Bismol</i>)	VI
Laboratoires du Dr Débat, (<i>Pancrinol</i>)	XLIX
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (<i>Les Lithi-</i> <i>nés du Dr Gustin</i>)	L
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (<i>Magnésie du</i> <i>Dr Gustin</i>)	L
Lejeune, A., (Laboratoire)- (<i>Indhameline Lejeune</i>)	LII
Listers Limited, (<i>Listers</i>)	II

Lyman Agencies, Limited, (<i>Pineoleum</i>)	XXXII
Merck & Co. Limited, (<i>Pyridium</i>)	LIII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Iodaseptine</i>)	XXX
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Septicemine</i>)	XXX
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Codoforme Bottu</i>)	XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Archemapectol</i>)	XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Digibaine</i>)	XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Solucamphre Delalande</i>)	XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Opocalcium</i>)	LII
Ouimet J. Alfred, (<i>Vittel</i>)	II
Ouimet, J. Alfred, (<i>Heudebert</i>)	XLII
Panneton, J. E. Dr, (<i>Electricité Médicale, Rayons X</i>) <i>Troisième page intérieure de la couverture.</i>	
Parke, Davis & Cie., (<i>Haliver Oil</i>) <i>Quatrième page de la couverture.</i>	
Rougier Frères, (<i>Novarsenobenzol</i>)	XIII
Rougier Frères, (<i>Sulfarsenobenzol-Billon</i>)	XIII
Rougier Frères, (<i>Stovarsol</i>)	XIII
Rougier Frères, (<i>Spectrol</i>)	XXI
Rougier Frères, (<i>Ouabaine Arnaud</i>)	XXI
Rougier Frères, (<i>Néotonine</i>)	XXIII
Rougier Frères, (<i>Gonacrine</i>)	XXIV
Rougier Frères, (<i>Neo-Dmègon</i>)	XXIV
Rougier Frères, (<i>Calcifixine Irradiée</i>)	XXV
Rougier Frères, (<i>Rami</i>)	XXVI
Rougier Frères, (<i>Le Colitique</i>)	XXVII
Rougier Frères, (<i>La Stalysine</i>)	XXVII
Rougier Frères, (<i>Hémoglobine Deschiens</i>)	XXXI
Rougier Frères, (<i>Carnine Lefrancq</i>)	XXXIV
Rougier Frères, (<i>Dragées Gelineau</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Vin d'Anduran</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Elixir Ducro</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Chloral Bromure du Dr Dubois</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Quinoïd</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Seidlitz Chanteaud</i>)	XLI
Rougier Frères, (<i>Stenol Chanteaud</i>)	XLI

Rougier Frères, (Ureol Chanteaud)	XLI
Rougier Frères, (Sulphydral Chanteaud)	XLI
Rougier Frères, (Granules Antinausiques Chanteaud) ..	XLI
Rougier Frères, (Lipiodol Lafay)	XLI
Rougier Frères, (Sirop Famel)	XLIV
Rougier Frères, (Uraseptine Rogier)	XLV
Rougier Frères, (Lactolaxine Fydau)	XLV
Rougier Frères, (Sedol)	LIV
Rougier Frères, (Névrosthénine Freyssinge)	LIV
Rougier Frères, (Chloramine Freyssinge)	LIV
Rougier Frères, (Capsules Dartois)	LIV
Rougier Frères, (Iodalose Galbrun)	LVII
Rougier Frères, (Prosthénase)	LVII
Sanatorium de Blois	VIII
Sanatorium du Lac Edouard	X
Sanatorium Prévost	XIV
Sanatorium Prévost	XV
Schering (Canada), Ltd., (Normacol)	XXXVIII
Sorignet, Aug., (Iodure de Caféine)	XXX
Sorignet, Aug., (L'eau précieuse)	XXX
Wander, A., Limited, (Ovaltine)	XX
Warner, William R., Co. Ltd., (Cal-Bis-Ma)	LV
Waterbury Chemical Company of Canada, Limited, (Waterbury's Compound)	XXVI
Western Distributors Ltd.,	XVI
Wintrop Chemical Company, Inc., (Salyrgan)	XVI

DEPLACEMENT.

Le docteur Albéric Marin, a déménagé ses bureaux, à 1414, rue Drummond, Drummond Medical Building.

BUREAU A LOUER

Bureau de Médecin à louer — No. 369, rue Sherbrooke, est. LANcaster 2814.

Bureau à louer. S'adresser au Dr. R. Doré, 478, Cherrier. Tél. LANcaster 9698.