

Numéro 4

Cinquième année

LE JOURNAL

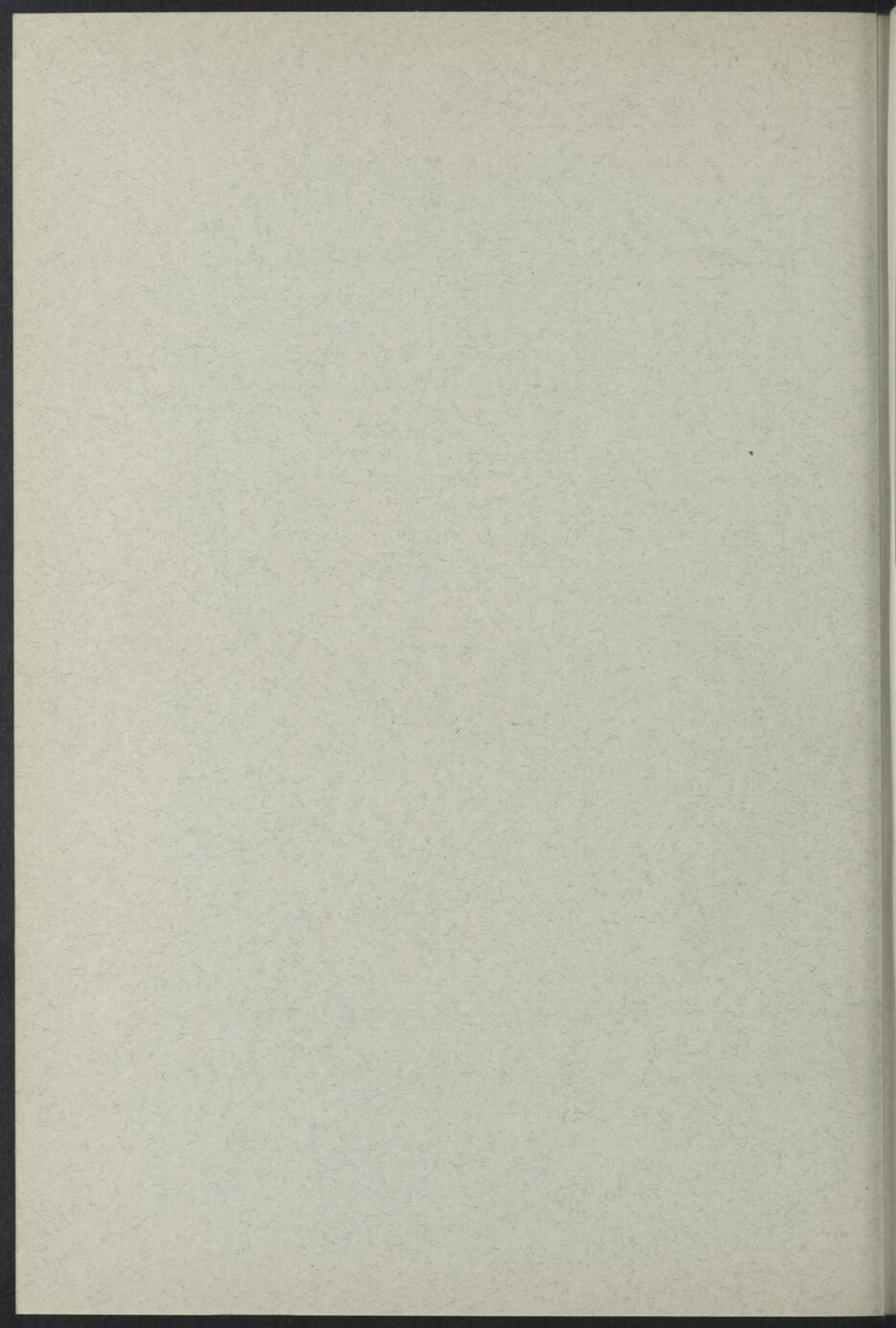
... de ...

L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL



OCTOBRE

1936



TIRAGE CERTIFIÉ : 2000 EXEMPLAIRES

SOMMAIRE du No 4

Octobre 1936

| | Pages |
|---|-------|
| LÉO-E. PARISEAU : Trois grands micrographes du dix-septième siècle. II. Jean Swammerdam | 181 |
| L. de G. JOUBERT : Un cas de synchisis scintillant à forme sénile | 193 |
| EDMOND BOURGAULT : Une conception nouvelle du mode d'action de la transfusion sanguine dans les maladies infectieuses | 200 |
| OMER MANSEAU : Le régime du tuberculeux pulmonaire | 206 |
| OSCAR MERCIER : Les anuries | 218 |
| HERVÉ LEGRAND : Laryngite et cancer du larynx | 229 |
| LÉO-E. PARISEAU : Diagnostic et thérapeutique « automatiques » ? | 233 |

**POMMADE MIDY
SUPPOSITOIRES MIDY**

4
PRINCIPES ACTIFS
D'OÙ EFFICACITÉ
CERTAINE



ADRÉNALINE
STOVAÏNE
ANESTHÉSINE
EX² DE MARRONS D'INDE
FRAIS-STABILISÉ

MIDY, 4, Rue du Colonel-Moll, PARIS

HEMORROÏDES

LABORATOIRES MIDY.
67 AVENUE DE WAGRAM, PARIS, XVII^E

J. EDDÉ LIMITÉE. ÉDIFICE NEW BIRKS
AGENT GÉNÉRAL POUR LE CANADA

RÉDIGER son TESTAMENT
est la chose la plus importante de la vie.

AVEZ-VOUS PENSÉ AU VÔTRE?
CONSULTEZ-NOUS

Société d'Administration et de Fiducie

Administratrice et fiduciaire

5 EST, RUE ST-JACQUES - MONTRÉAL

(Immeuble Crédit Foncier Franco-Canadien) - Téléphone : HARbour 4192

AGENCES :

QUÉBEC - WINNIPEG - RÉGINA - EDMONTON - VANCOUVER

NUPERCAINAL "CIBA"

Onguent analgésique et antiprurigineux contenant
1% de Nupercaine.

Le Nupercainal, pommade onctueuse et douce, met à la disposition du médecin un moyen maniable d'analgésie par applications externes des lésions douloureuses ou prurigineuses de la peau et des muqueuses.

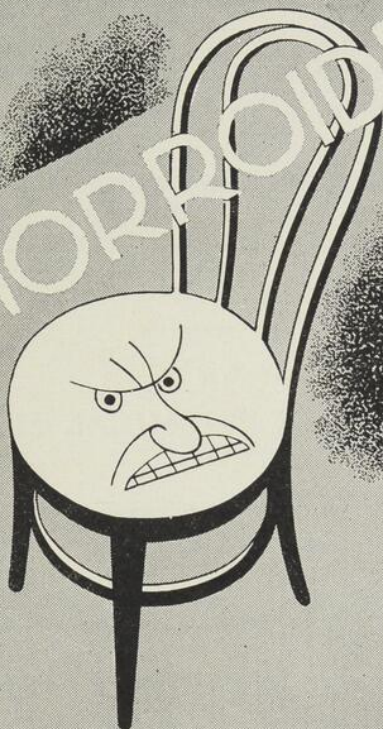
INDICATIONS : Brûlures, coup de soleil, eczéma, macérations de la peau, décubitus, gerçures, crevasses des seins, ulcères, prurit anal et vulvaire, fissures anales, hémorroïdes, etc.

MODE D'EMPLOI : L'endroit douloureux est enduit de Nupercainal, puis, si nécessaire, recouvert d'un léger pansement. — Dans les affections étendues il est recommandé de ne pas employer plus que le contenu d'un tube par 24 heures.

En tubes d'une once avec canule rectale.

COMPAGNIE CIBA Limitée, MONTRÉAL

HEMORROIDES



ADREPATINE

SUPPOSITOIRES ET POMMADE

En boîtes de 12 suppositoires **\$1.00**

En tube de 40 grammes de pommade **\$1.25**

Littérature et échantillon de

L'ANGLO-FRENCH DRUG CIE.,

MONTRÉAL

Dans le traitement des lésions inflammatoires de la glande mammaire, engorgement, etc., l'Antiphlogistine, appliquée chaude, soulage la douleur; hâte la résolution du processus inflammatoire, et provoque un sentiment général d'euphorie dû à la chaleur sédative de l'application.

CONTRE LA MASTITE

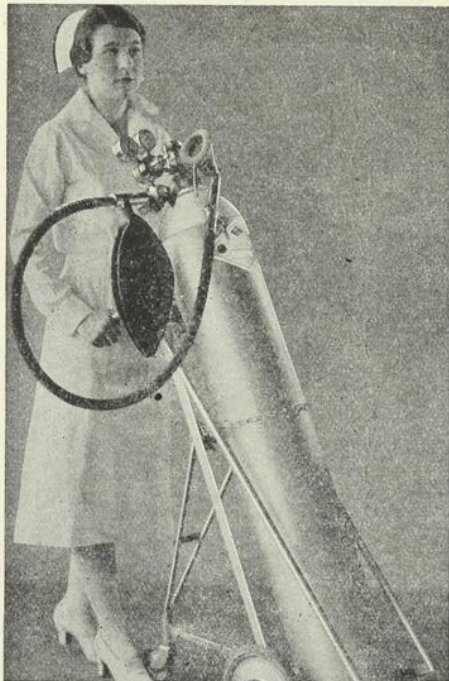
prescrivez l'

ANTIPHLOGISTINE

(fabriquée au Canada)

Echantillon sur demande:

THE DENVER CHEMICAL M'F'G CO.
153, LAGAUCHETIÈRE OUEST, - - - MONTRÉAL



" OXYGÈNE . . . ! "

C'est une méthode recommandable que d'avoir de l'oxygène en main pour les revivifications d'urgence et pour la thérapeutique régulière dans le soulagement de la pneumonie, du croup, de l'asthme et des autres congestions bronchiales.

Préparez-vous à combattre les maladies d'hiver. Ayez une réserve d'oxygène en main. Envoyez le coupon ci-dessous pour obtenir nos prix.

Compagnie d'Oxygène du Canada

2549 ouest, rue Saint-Jacques, - Montréal
Téléphone Willbank 1728

Messieurs,

Veillez me faire parvenir vos prix pour l'oxygène et les gaz anesthésiques.

Nom

Adresse

UN ALIMENT QUI CONSTITUE UN AGENT THÉRAPEUTIQUE

La Levure Fleischmann fraîche pourvoit de Vitamines A, B, G et D, en outre des substances de la nature des Hormones qui font profiter davantage l'organisme des aliments qu'il absorbe.

VITAMINE A

Elle accentue la résistance de l'organisme à l'infection et particulièrement à celle des voies respiratoires supérieures (rhumes et bronchite). On l'appelle souvent, pour cette raison, la vitamine "anti-infectieuse". Chaque gâteau de Levure Fleischmann est riche en pro-vitamine A, sous la forme que prend cette vitamine dans le beurre, les carottes, courges, etc. C'est la pro-vitamine A qui donne à la levure sa chaude couleur crème.

VITAMINE B1

La vitamine "anti-névritique". L'insuffisance de cette vitamine dans le régime alimentaire quotidien provoque anorexie, mauvaise digestion, paresse et inactivité intestinales, lassitude, etc. La Levure Fleischmann est une des sources les plus riches de Vitamine B1.

VITAMINE G (B2)

La Levure Fleischmann est également riche en B2, ou facteur G de la Vitamine B. La Vitamine G, indispensable à la croissance, exerce une action marquée sur la vitalité. On la désigne fréquemment sous le nom de vitamine "anti-pellagre", à cause des résultats remarquables obtenus par feu le Dr Goldberger dans ses travaux sur cette maladie de la peau. Elle porte en son honneur le nom de Vitamine G.

VITAMINE D

La vitamine "solarisée" est absente dans la plupart des fruits, légumes, viandes, céréales et produits de la laiterie. Il importe donc de procurer cette vitamine à l'organisme dans le but de prévenir le rachitisme par l'absorption de chaux et de phosphore. Chaque gâteau de Levure Fleischmann donne environ 250 unités USPX (1934) de Vitamine D.

En plus de ces Vitamines essentielles, la Levure Fleischmann contient des substances de la nature des hormones qui

- (a) accroissent le débit et l'efficacité des sucs digestifs, facilitant ainsi le travail de la digestion.
- (b) renforcent les muscles de l'appareil gastro-intestinal, hâtant ainsi la déjection.

Etant fraîche, la Levure Fleischmann communique ses propriétés à l'organisme sous leur forme la plus active.

MODE D'EMPLOI RECOMMANDÉ

On recommande de manger 2 gâteaux de Levure Fleischmann par jour — tels quels ou dissous dans un verre rempli d'eau au tiers — de préférence une demi-heure avant les repas, ou à l'heure du coucher.



— recommandée pour
hâter le rétablis-
sement de la santé
et garder les patients
en bonne santé.

MEANS

DUCKETT

QUALITY

Membres Artificiels, Appareils Orthopédiques
Bandes Herniaires, Ceintures Abdominales, Bas Elastiques
et Corsets "Caniff"
Faits sur commande

MÉCANICIEN ORTHOPÉDIQUE

Attitré auprès des Hôpitaux suivants:

Children's Memorial Hospital

Montreal General Hospital

Montreal Children's Hospital

Royal Victoria Hospital

Shriner's Hospital

Western Hospital

HEURES DU BUREAU

Monsieur DUCKETT (sur rendez-vous seulement)

Le lundi est réservé aux patients des cliniques d'hôpitaux de 2.30 à 6.

Nos experts reçoivent les patients tous les après-midis, (excepté le samedi), de 2.30 à 6
et aussi sur rendez-vous.

Vous êtes cordialement invités à nous consulter au sujet de tous appareils
dont vos patients pourraient avoir besoin.

J. A. DUCKETT

2008-2014-2020, RUE BLEURY, angle Ontario,

MONTRÉAL

Téléphone: HARbour 0630

PAVERAL

*reste toujours le médicament de choix pour le traitement scientifique
de la*

COQUELUCHE

Le PAVERAL est journellement prescrit avec succès
pour les cas de coqueluche et des toux coqueluchoïdes.

Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

Agents : LA CIE CANADA DRUG

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice,

Montréal

**Prescrivez
avec confiance**

JEL-LAX

Laxatif naturel aux fruits
Ne contient pas de Phénolphthaléine.

POUR LA CONSTIPATION CHRONIQUE

Une spécialité populaire de M. & M.

Toujours à votre service spécialisé dans la préparation des ordonnances pharmaceutiques pour les médecins débutant dans la pratique à la campagne. (CONSULTEZ-NOUS).

Notre catalogue illustré et nos échantillons en spécialités vous seront envoyés sur demande à titre gracieux.

MOWATT & MOORE Limitée

64 rue Prince,
MONTRÉAL

Tél. MARquette
8166-8167-8168



CONSTITUE POUR LES BÉBÉS LE PLUS EXCELLENT MÉLANGE LACTÉ

Ces sirops de Maïs, uniques par leur pureté, constituent la forme idéale sous laquelle les hydrates de carbone peuvent être utilisés dans le régime alimentaire des bébés.



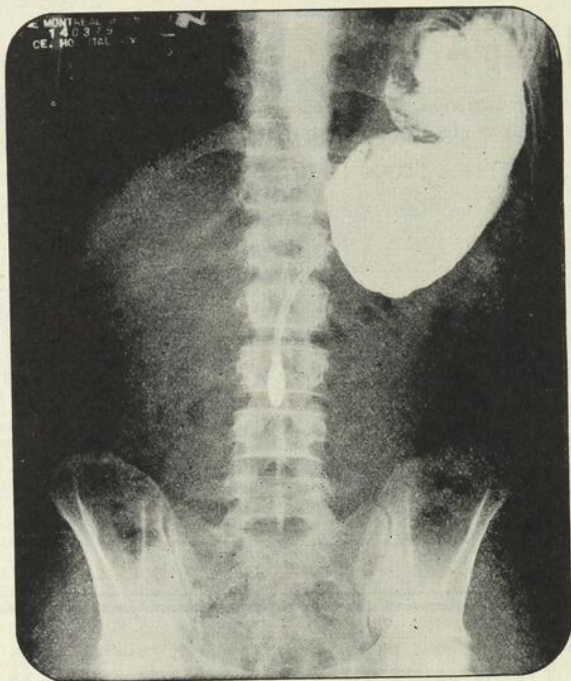
Dans le régime alimentaire des enfants normalement constitués, les sirops de Maïs "CROWN BRAND" et "LILY WHITE" peuvent être mélangés au lait; en quantités plus grandes que les autres sucres sans crainte de provoquer des troubles gastro-intestinaux. Ces sirops de Maïs sont en vente dans toutes les épiceries et sont véritablement économiques. Des méthodes de fabrication strictement hygiéniques assurent une pureté sans égale, et vous pouvez utiliser ces sirops de Maïs en toute sécurité.



SIROPS de MAÏS
Edwardsburg "CROWN BRAND"
et "LILY WHITE"

Fabriqués par THE CANADA STARCH COMPANY, Limited

Consistently Satisfactory



DIAPHRAGMATIC HERNIA OF STOMACH

Radiograph Courtesy of Montreal General Hospital, and Dr. W. L. Ritchie,
Director of Dept. of Roentgenology.

- No x-ray film excels ILFORD in production of consistently good radiographs.

Leading x-ray men approve — and use — ILFORD FILM, having learned that it can be relied upon as to speed, superior detail, and uniform high quality.

We, too — old timers in knowledge of radiographic values — recommend

ILFORD X-RAY FILM

and carry complete, FRESH stocks at Vancouver, Winnipeg, Toronto and Montreal.

VICTOR X-RAY CORPORATION
of Canada, Ltd.

Distributors for General Electric X-Ray Corporation • TORONTO—1221 Bay St., Toronto 5, Ont. • MONTREAL—524 Medical Arts Bldg. • VANCOUVER—Motor Transportation Bldg., 570 Dunsmuir St. • WINNIPEG—Medical Arts Bldg. Wholesale Warehouse, 389 St. Paul St. W., Montreal, P. Q.

Le Journal de l'Hotel-Dieu de Montréal

No 4

Octobre 1936

Trois grands micrographes du dix-septième siècle (Suite)

JEAN SWAMMERDAM

Par LÉO-E. PARISEAU.

NOTE DE LA RÉDACTION: *Dans notre numéro de novembre 1935, nous avons inséré une courte biographie de Leeuwenhoek, tirée d'une conférence que le docteur Pariseau avait faite quelques jours auparavant, lors d'un congrès de l'ACFAS et d'une exposition des « Jeunes naturalistes ». — L'auteur avait ajouté à son article le post-scriptum suivant: « Mes monographies sur Malpighi et Swammerdam ne seront point publiées dans le Journal de l'Hôtel-Dieu. Je les réserve pour un livre qui devrait paraître au cours de l'année 1936 ». — Depuis lors notre collaborateur s'est ravisé. Il a décidé de tout mettre dans nos colonnes et de faire tirer à part un millier de brochures qui pourront se vendre quelques sous, les frais de la composition et du clichage étant déjà soldés par nous. Le Journal, tout en intéressant les médecins, pourra ainsi contribuer à l'avancement des sciences au Canada, en offrant à la jeunesse des modèles dignes d'être imités.*

Jean Swammerdam naquit à Amsterdam le 12 février 1637. Après l'avoir couvé une douzaine d'années durant, ses parents se soucièrent de son avenir. Il fut enfin décidé que l'on ferait de lui un pasteur de la religion dite réformée.

J'aime à croire que les époux Swammerdam firent tout ce qu'ils purent pour climatiser la maison et créer une ambiance très particulière autour de celui qu'ils vouaient au service du Seigneur.

Mais il se trouva, par malheur, que Mynheer Swammerdam, en plus d'être pharmacien, était naturaliste-collectionneur. Sa boutique, son arrière-boutique et son logis étaient encombrés d'objets rares et curieux qu'il faisait venir de loin, en même temps que les drogues qu'il vendait.

Dans cette serre chaude germa bientôt une réputation fort autre que celle que l'on attendait : Jean se crut appelé à la Médecine plutôt qu'au sacerdoce. Soit, dit le père; tu feras ici-même tes études gréco-latines; tes loisirs tu les occuperas à monter, étiqueter, classer les pièces de mon musée.

Son musée? . . . Ce capharnaüm renfermait un peu de tout: des porcelaines de Chine qui faisaient l'envie du visiteur, des animaux étranges que je grouperais volontiers sous la rubrique « crocodiles empaillés », des insectes, des pierres, de l'antiquaille, que sais-je encore.

Jean ne voulut point se contenter d'être le conservateur des collections paternelles. Il rêva d'avoir ses spécimens à lui, et du rêve il passa bientôt à l'action. Sans négliger ses matières prémédicales, il se livra passionnément à l'étude de l'histoire naturelle. Certes il feuilleta plus d'un bouquin, mais le livre sur lequel il se pencha le plus attentivement sortait, si l'on peut dire, des presses de l'Eternel. Comme a écrit Victor Hugo:

*Le monde est un livre
Sans fin ni milieu,
Où chacun pour vivre
Cherche à lire un peu.*

Le jeune Swammerdam ne se borna pas à lire un peu. Il poussa la curiosité jusqu'à lire entre les lignes. Où les autres n'avaient vu que du blanc, il sut discerner et déchiffrer une oeuvre inédite: la merveilleuse histoire des insectes.

Je dis bien l'*histoire* des insectes. N'oubliez jamais, jeunes gens qui êtes à l'honneur ce soir,* qu'il ne suffit pas, pour avoir

* Je m'adressais aux « Jeunes Naturalistes ».



droit au beau titre de naturaliste, de ramasser des spécimens, d'entasser des collections d'objets hétéroclites. Il ne vous suffirait même pas de savoir appeler toute chose par son nom. Il faut en plus connaître l'origine probable et la composition de chacun de ses prélèvements, s'ils appartiennent au règne minéral, et le roman de chacune de ses prises dans le royaume des êtres vivants.

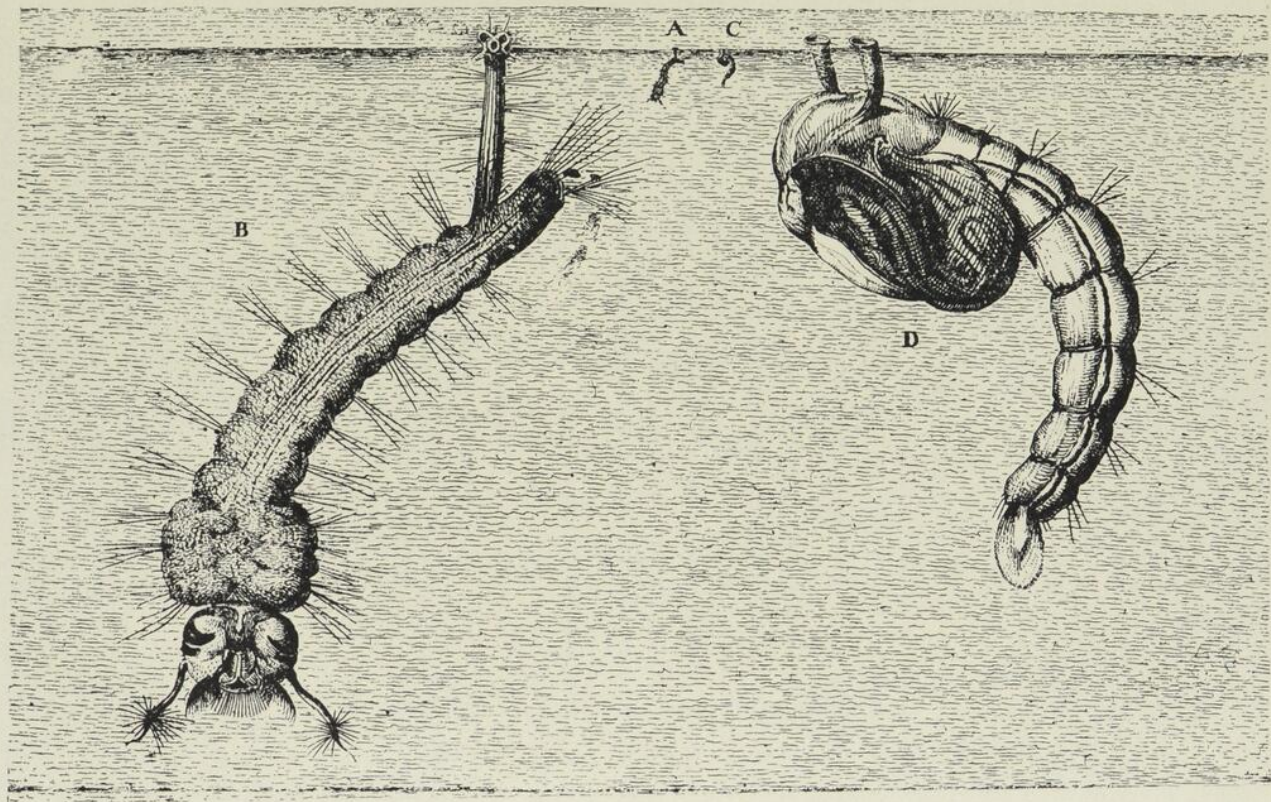
Faute de quoi vous mériteriez le reproche que Bernardin de Saint-Pierre faisait à ses contemporains du dix-huitième siècle: « A force de nous naturaliser avec les arts », écrivait-il, « la nature nous devient étrangère; nous sommes même si artificiels que nous appelons les objets naturels des curiosités ».

Pour le jeune Swammerdam les animaux et les plantes n'étaient pas que des curiosités. C'étaient, si l'on peut dire, des coffrets à phénomènes, non moins étonnants que ce corps humain dont il allait bientôt scruter les organes pour en mieux comprendre les fonctions.

Son initiation à la biologie générale ayant pris fin, Jean se rendit en 1651 à l'Université de Leyde, afin d'y apprendre la Médecine. Il eut là, comme principaux maîtres, un chirurgien assez célèbre nommé Van Horne, et le grand médecin François de la Boë dit Sylvius.

L'aspirant-docteur s'adonna avec une ardeur particulière à l'étude de l'anatomie. C'est dire qu'il fit beaucoup de dissections sous l'oeil sévère de professeurs qui, certes, savaient observer. Mais il était dit que ce diable d'homme disséquerait autrement et mieux que les autres. De plus il s'ingénia à conserver aussi parfaitement que possible les pièces disséquées. Ses raffinements de technique le placent au rang des Malpighi, des von Graaf, des Ruysch et autres saints patrons vénérés par tous les « préparateurs ».

De Leyde, Swammerdam passa en France. Il séjourna pour un temps chez un certain Faber, à Saumur. C'est là qu'il fit sa belle découverte sur les valvules des vaisseaux lymphatiques, et c'est là qu'il commença ses travaux sur la Libellule et l'Ephémère.



Et puis, Paris. Il logea sous le même toit que Niels Stensen (Nicolas Sténon), un ancien camarade de Leyde, appelé comme lui à l'immortalité. Les deux jeunes gens ne pouvaient échapper à l'oeil fureteur du grand mécène Thévenot. La maison de cet ancien ministre à Gênes était ouverte à tous les savants, à tous les « curieux de la Nature », comme on disait alors. Il suffisait d'être chercheur pour qu'il vous découvre.

Le jeune Swammerdam fut donc invité à faire certaines dissections devant les illustres qui s'assemblaient chez le diplomate, à Issy. Notre héros commença par se faire prier un peu, car il était plutôt timide; mais quel triomphe pour lui lorsqu'il s'exécuta!

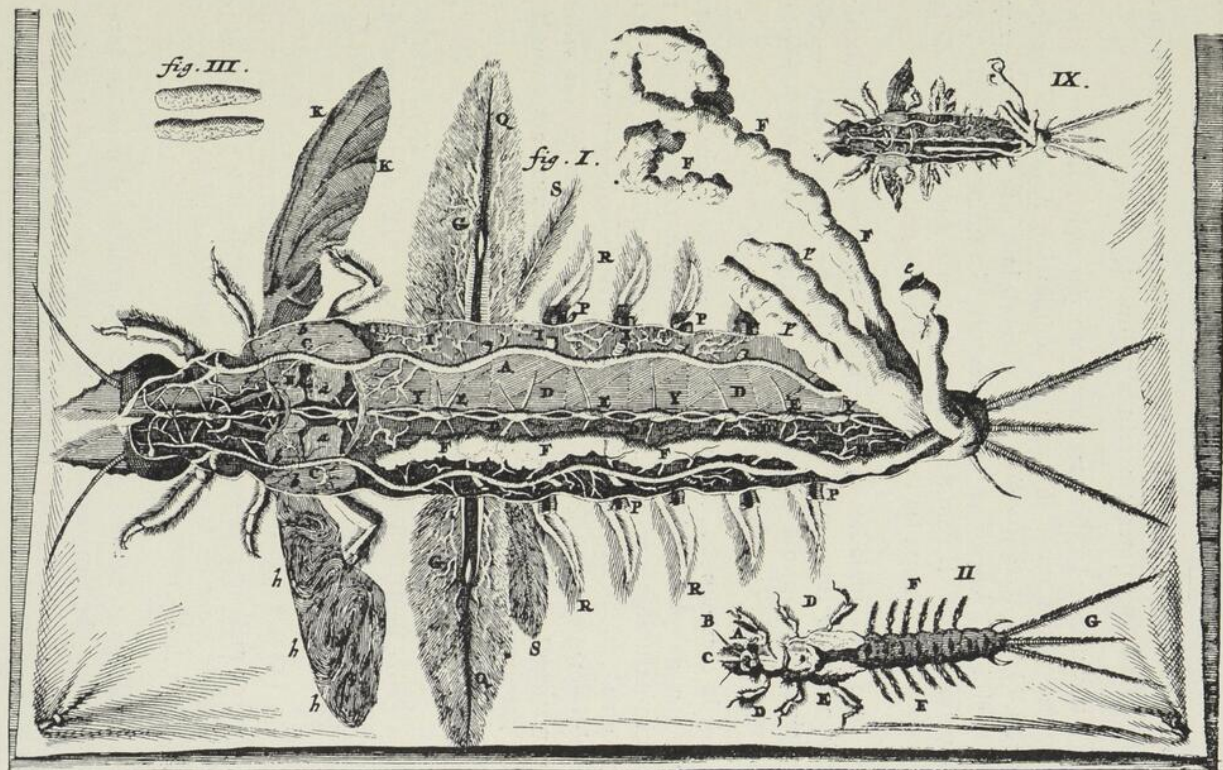
Il fallut bien un jour quitter Paris et rentrer en Hollande. A Amsterdam le savant en herbe retrouva l'atmosphère qu'il aimait. Des médecins y avaient fondé un cercle d'études où l'on s'occupait beaucoup d'anatomie et de physiologie. Le nouvel arrivant, bien qu'il n'eut pas encore ses diplômes, fut invité à en faire partie. D'emblée ses contributions furent plus qu'excellentes.

Chemin faisant l'étudiant préparait sa thèse de doctorat. Il la soutint brillamment le 22 février 1667, mais elle n'eut pas l'heur de plaire à un certain van Lamsweerde, qui pondit sans tarder un pamphlet intitulé: *Respirationis Swammerdamiae Expiratio*. Cette expiration d'un système sur la respiration n'intéressant que les bibliophiles, je ne m'y arrêterai point.

Tout allait bien pour Swammerdam; trop bien, même. En 1668 il fut atteint d'une forte fièvre qui le mit en grand danger de mort. Au cours de sa convalescence il se rendit compte qu'il ferait mieux de consacrer le reste d'une vie qui menaçait d'être brève aux recherches de la science pure plutôt qu'à la pratique de l'art médical.

Il se remit donc avec ardeur à ses travaux d'entomologie. Peu de temps après il reçut la visite de Thévenot accompagné du grand duc de Toscane, que les sciences naturelles intéressaient beaucoup.

Son Excellence Côme III fut tellement enthousiasmée à la vue de tant de belles choses et au récit de merveilles jusqu'alors ignorées,



qu'il voulut acheter séance tenante les collections du médecin naturaliste. Jean Swammerdam refusa poliment.

Au cours de 1669 notre savant fit des recherches sur le pancréas. La même année il risqua la publication d'un livre sur les Insectes. L'impression coûta fort cher et la vente rapporta trop peu. Celui qui écopait en cette aventure, Swammerdam l'aîné, se fâcha tout rouge. Il somma son fils de s'en tenir à l'exercice de la Médecine, et lui coupa les vivres pour mieux le mater.

Jean était malade; sa fièvre le tourmentait; la neurasthénie s'était posée sur lui comme un sinistre incube. Ne pouvant songer à la révolte il capitula sans avoir combattu, et son père l'envoya se promener à la campagne.

A la campagne? . . . A quoi pensez-vous donc, cher monsieur. Vous êtes un pharmacien-collectionneur, vous; mais votre fils est médecin-naturaliste, et plus naturaliste encore que médecin. A la campagne! . . . N'entendez-vous point ces bourdonnements, ces vrombissements, ces stridences, ces mille petites voix que les villes ne connaissent jamais? . . . Tout un monde de mauvais amis appelle votre garçon.

Celui-ci avait alors 37 ans. Il aurait pu se révolter, s'entêter à « vivre sa vie » comme font aujourd'hui certains jeunes écervelés. Il s'en garda bien, et contrefit le demi-mort. Je voudrais pouvoir écrire que la sagesse de mon héros s'était manifestée en cette conjoncture. Hélas! je garde à son sujet un secret terrible.

En 1670 Thevenot, le bon génie, voulut ramener son protégé en France; mais le père s'y opposa. Il se radoucit un peu lorsque Jean s'offrit à dresser le catalogue raisonné des « curiosités » paternelles, afin de les mettre en valeur.

Après quoi, comme pour mieux prouver qu'il ne se désintéressait point de l'anatomie humaine, Jean présenta à la Société Royale de Londres une très importante communication sur l'utérus de la Femme. Ce travail était illustré, et les magnifiques préparations qui l'accompagnaient étaient destinées à donner raison à l'auteur

contre Régnier de Graaf. Question de priorité, que nous n'avons pas à débattre ici.

Mais il était écrit que le jeune homme devait souffrir plus encore dans son âme que dans sa chair. En ces temps-là une illuminée qui se nommait Antoinette Bourignon venait de fonder une secte religieuse. Notre naturaliste, après avoir lu ses élucubrations, fut pris d'une maladie terrible que tous les psychiatres et tous les confesseurs connaissent trop bien: la maladie du Scrupule, qui devait préluder à la plus lamentable des hypocondries.

Le malheureux en vint à regretter ses légitimes revendications de priorité, et même la sainte curiosité qui l'avait fait se pencher sur les oeuvres du Créateur. Il s'en ouvrit là-dessus à son égérie; la réponse qu'il reçut d'elle le détraqua complètement.

Il n'en continua pas moins pour un temps ses travaux d'anatomie et d'entomologie, mais c'est un tout autre être qui se présente à vous désormais. Son destin tragique sera d'éclairer tout ce qu'il touche, cependant que la nuit envahit son âme.

En 1663 il rédige une communication sur ce qu'il appelle « les petits sacs séminaux de la Fougère ». Les *sporanges*, disons-nous aujourd'hui.

La même année, en septembre, il parachève son admirable monographie sur les Abeilles. De six heures du matin à midi il se tient aux aguets, une loupe vissée dans l'orbite. L'après-midi, il dissèque sous le microscope, croque sur le vif et prend des notes. La nuit venue, il rédige, écrit et dessine pour le livre à naître.

Et tout le temps il est bourrelé par le remords, car il s'est persuadé qu'il dérobe à Dieu les heures consacrées à l'étude des créatures.

Ce fut là le commencement d'une crise de mélancolie que la malfaisante Bourignon exacerba par ses pieuses exhortations. Eperdu, Jean Swammerdam décide de renoncer au monde. Comme il est protestant et qu'il n'existe point de communauté pour lui donner asile, il a le souci de se constituer de modestes rentes qui

l'empêcheront d'être à charge . . . Inutile de compter sur le Père, qui ne désarme pas . . . Il se résout donc à vendre ses chères collections . . . Thénevot le désappointe, bien à regret . . . Alors, en désespoir de cause il s'adresse à Sténon . . . à Monseigneur Sténon, devais-je écrire, car le camarade d'autrefois, s'étant converti au catholicisme, est devenu évêque *in partibus infidelium*. Il loge à Florence, chez le grand duc.

O déception! Monseigneur fait assavoir que son mécène achètera la collection au prix offert jadis et qu'il accueillera très volontiers M. Jean Swammerdam. A condition, toutefois que celui-ci abjure ses erreurs!

L'infortuné repousse avec indignation ces offres, si alléchantes au premier abord. Evidemment, sainte Antoinette est dans son estime ce que le Saint Père est devenu pour son vieux camarade Stensen . . .

Quelque temps encore il soumet ses essais scientifiques à la censure de sa ridicule papesse. Sa grande étude sur la mouche éphémère reçoit l'imprimatur et paraît au mois de juillet 1675; mais bientôt, pour notre malheur et sans profit pour lui-même, Swammerdam renonce à la recherche et se laisse couler à pic dans les eaux troubles et amères d'un mysticisme indéfinissable.

Sa dévotion lui fait épouser la cause de la demoiselle Bourignon, à qui les luthériens font la vie dure. Il se rend auprès du roi de Danemark et le supplie de donner asile à l'illuminée. Le roi refuse, et notre pauvre ami rentre au pays natal pour y apprendre que sa plus récente équipée a porté au paroxysme la colère de son père.

Mais voilà que Dieu rappelle à lui le vieil apothicaire. Il semble bien que tout va s'arranger enfin. Hélas! non. Le diable se met de la partie. Au moment du partage des biens, la soeur du savant fait étalage de la plus révoltante rapacité.

C'en est trop: Jean Swammerdam tombe bientôt malade d'une fièvre « quarte » qui le tient alité pendant plusieurs mois.

Quand vient la convalescence, ses amis s'efforcent de lui faire quitter la chambre; ils se gardent bien de lui parler de ses études, jadis si chères, crainte d'aggraver sa dépression. C'est la bonne Nature qui lui dira, tout doucement, les mots qui consolent et qui guérissent. Peut-être en l'écoutant retrouvera-t-il son moi?

Vains espoirs. Le malade se cramponne à son fauteuil. Le 25 janvier 1680, sentant sa fin toute proche, il rédige un testament qui lègue à Thevenot ses études sur les abeilles et les papillons, ainsi que 52 planches explicatives, et d'autres documents non moins précieux. Il veut que son traité des abeilles soit publié non seulement en latin, mais aussi en hollandais, afin qu'il puisse témoigner davantage de la gloire du Créateur.

Le dix-septième jour du mois de février de l'an 1680, les traits crispés du pauvre homme se détendirent soudain. Son âme était guérie. Elle troquait ses doutes et ses scrupules lancinants contre la plus radieuse des certitudes.

Post-scriptum: Comme pour Leeuwenhoek j'entends bien ajouter à ce qui précède des notes qui mettront en valeur certains travaux du grand médecin-naturaliste dont je viens de raconter la douloureuse vie. Dès aujourd'hui je dois expliquer les trois figures qui accompagnent mon article. Le *portrait* de Swammerdam est attribué à Rembrandt, peut-être à tort. Quoi qu'il en soit, ce sont bien là les traits de notre pauvre confrère: au mur est accrochée l'une des planches illustrant sa thèse sur la respiration; et dans sa main il tient le feuillet liminal de sa belle étude sur l'*hemerobia*, l'Ephémère. La seconde planche témoigne de l'extraordinaire habileté de Swammerdam et de sa patience surhumaine. C'est la larve de l'Ephémère que vous voyez là. L'animal, à ce stage de sa vie, mesure un peu moins qu'un pouce en longueur. Or voyez: notre anatomiste nous montre sa chaîne ganglionnaire et le réseau nerveux qui en dépend, tout le système des trachées servant à la respiration, les stigmates, la musculature, et autre chose encore! La troisième planche nous

dépeint la larve et la nymphe de *Culex*, le moustique. Des tubes débouchant à la surface de l'eau permettent à l'animal de respirer, tout en demeurant complètement immergé. Ces observations furent faites il y aura bientôt 275 ans, par un homme qui se livrait à la recherche pour le simple plaisir de trouver. Mais nous, du vingtième siècle, avons su tirer parti des observations du docteur Swammerdam. La lutte contre la malaria se résout à une lutte contre le moustique; et la lutte contre le moustique consiste à l'étouffer sous une mince couche d'huile avant sa sortie de l'eau. Il n'y a pas de science « pure », il n'y a pas de découvertes infécondes. Ceux qui ont construit l'isthme de Panama et ceux qui ont assaini les marais pontins doivent beaucoup à l'auteur de « l'Histoire générale des Insectes ».

LÉO PARISEAU



UN CAS DE SYNCHISIS SCINTILLANT À FORME SÉNILE

Par L. de G. JOUBERT,

Assistant à la clinique d'ophtalmo-oto-rhino-laryngologie
de l'Hôtel-Dieu,

Médecin consultant de l'Hôpital de Verdun.

Ayant eu la bonne fortune de rencontrer quatre cas de synchisis scintillant dans l'espace de deux ans et cela après quinze années d'attente, j'ai cru qu'il serait intéressant pour mes confrères de rapporter le dernier qui présente une entité tout à fait différente de celle des autres.

Histoire du cas. — Monsieur A. C., âgé de 72 ans, se présente à la clinique le 28 mai 1936 pour une baisse de la vue, se manifestant depuis environ six mois.

Antécédents. — Rien à noter dans ses antécédents personnels ou héréditaires. Le malade dit n'avoir jamais eu besoin de consulter pour son état général.

Coeur. — Cependant l'examen du coeur révèle de l'hyposystolie.

Poumons. — Rien à noter.

Urines. — Dans son urine on relève de légères traces d'albumine, une absence de glucose et de bile. Toutefois la créatinine se montre augmentée et passe de 10 ou 15 m.gr. à 26 m.gr. 6%. Le taux de cholestérine et d'azotémie est normal.

Examen des yeux. — L'acuité visuelle donne pour l'oeil droit 7/200 et l'oeil gauche 15/200, il porte un sphérique +700 de chaque côté pour la lecture. L'examen des milieux de l'oeil nous fait voir d'abord, après dilatation de la pupille à l'euphtalmine, des opacités cristalliniennes discrètes à la périphérie (petits cavaliers).

Le fond de l'oeil, du côté droit, est invisible, mais l'on peut voir se détachant sur le vitré trouble, une pluie de corps flottants, scintillants et miroitants, qui descendent dans le segment antérieur du corps vitré.

L'oeil gauche ne présente pas de synchisis, cependant il existe une petite hémorragie péri-maculaire.

Evolution de la maladie. — Nous avons revu le malade dans les premiers jours de septembre et nous avons été surpris de constater la diminution du nombre et de l'intensité de l'éclat des corps flottants que nous avons vus au mois de mai dernier.

Pronostic. — Cette évolution de la maladie vers la résorption des cristaux étincelants nous permet d'espérer la disparition complète des corps flottants d'autant plus que le fait de l'unilatéralité de la lésion nous porte à croire que l'oeil gauche a dû subir le même sort.

En effet, les trois autres cas que nous avons vus présentaient comme symptômes communs, la bilatéralité de la lésion, une légère diminution de l'acuité visuelle, des troubles hépatiques et l'ignorance complète de l'état pathologique du vitré de la part du patient.

Cependant nous nous attendons à l'évolution graduelle de ses opacités cristalliniennes vers la cataracte double.

Pour le lecteur que cette maladie du vitré peut intéresser nous allons lui faire lire les quelques notes que nous avons prises en dehors des classiques qui ne font, en général, qu'effleurer la question.

Définition. — On donne le nom de Synchisis scintillant ou étincelant à un certain état pathologique du vitré, caractérisé par l'apparition de corps flottants brillants et miroitants lorsqu'on projette une lumière à travers la pupille pour éclairer le fond de l'oeil.

Historique. — Il faut remonter jusque vers 1828 pour trouver les premiers commentaires qui ont été faits par Parfait-Laudon, médecin du Périgueux.

De 1828 à 1845, période de silence.

En 1845, Desmarres présente une seconde observation de ramollissement du vitré avec scintillement du fond oculaire.

A l'époque de la découverte de l'ophtalmoscope en 1851, un oculiste allemand constata la présence de la cholestérine qu'il attribua à une inflammation de la choroïde avec formation d'exsudats en voie d'ossification ou complètement ossifiés.

Poncet en 1876, outre la cholestérine, découvre deux nouveaux cristaux de tyrosine et de sels phosphatiques.

Gallemaerts en 1890 dit que les deux causes principales déterminant dans l'oeil le dépôt de cholestérine sont :

1° Une disposition générale de l'organisme (lithiase biliaire) dépendant de l'alcoolisme, de l'arthritisme, etc.

2° Une altération locale qui a son siège dans le tractus uvéal suivant Sgrosso.

On nota, plus tard, la présence de cholestérine entre la capsule et le cristallin et Sgrosso a constaté anatomiquement l'existence de la cholestérine dans trois cataractes opérées dont une était atrophiée.

Panas, faisant ingérer de la naphthaline à des lapins, provoqua un synchisis scintillant expérimental composé de cristaux de sulfate et carbonate de chaux sans trace de cholestérine.

Cependant Terrien fait remarquer qu'il existe un synchisis étincelant sénile, sans cause pathologique et souvent accompagné de halo sénile ou d'atrophie choroïdienne péri-papillaire et de gerontoxon.

Symptômes. — Les symptômes tant subjectifs qu'objectifs sont plutôt restreints et se réduisent à un simple affaiblissement de la vue et à la présence de paillettes miroitantes localisées dans la chambre antérieure comme dans le cas de Sgrosso ou de préférence dans le segment antérieur du vitré dans les cas les plus fréquents.

On note aussi des masses phosphatiques sous forme de boules garnies d'innombrables points.

Les malades sont la plupart du temps dans l'ignorance de leur état pathologique, la vision étant presque normale et ce n'est que par hasard que l'oculiste en fait la découverte.

Anatomie pathologique. — Au point de vue anatomo-pathologique les opinions sont partagées. Tandis que Gallemaerts confirme l'opinion de Coppez qui dénonce la présence de cholestérine, Poncet déclare l'existence de la tyrosine.

Gallemaerts croit que les globes phosphatiques ne sont autre chose que des amas de cellules pigmentaires amenées entre les procès ciliaires, qu'il a rencontrés dans ses coupes.

Sgrosso arrive à déduire qu'on peut diviser les cas de synchisis scintillant en trois catégories:

1° Le scintillement a été constaté dans des cristallins affectés de cataractes.

2° On l'a retrouvé exclusivement dans l'humeur vitrée avec intégrité du cristallin et des membranes et avec conservation au moins partielle de la vue.

3° Le scintillement existerait en tout, ou en partie, dans quelques-unes des cavités oculaires, avec intégrité ou non du cristallin, mais avec altération évidente du tractus uvéal et ordinairement avec perte de la vue.

Pathogénie. — Quant à la nature et à la provenance du scintillement les opinions furent aussi bien différentes et souvent en désaccord.

a) *Dans le cristallin.* On admet presque généralement la dégénérescence graisseuse des fibres du cristallin, une précipitation de cholestérine, qui, d'après les analyses de Sapschinsky, existe en quantité considérable dans le cristallin normal et plus que décuplé dans le cristallin cataracté d'après Kahn.

b) *Dans tous les milieux*: Gallemaerts fait dépendre la cholestérine d'une métamorphose régressive de l'épithélium rétinien et Sgrosso y ajoute encore une genèse hématique.

c) *Seulement dans le vitré*: on a admis que la cholestérine pouvait pénétrer dans le vitré:

1° par le cristallin à la suite d'une rupture de la capsule;

2° par de petits foyers hémorragiques d'après de Gaefe et J. Dunn.

3° par une émigration de produits inflammatoires choroïdiens et par migration des leucocytes;

4° par migration du pigment granulé, capable de susciter dans les corpuscules fixes et mobiles de l'humeur vitrée, une inflammation puis une dégénérescence graisseuse et la formation de cristaux adipeux.

5° par une altération chimique du vitré suivant Van den Bosche, Sichel et Galezowski lequel admet dans l'humeur vitrée une diminution des sels neutres qui tiennent en dissolution les corps gras et une précipitation de la cholestérine contenue dans ceux-ci.

6° la cholestérine existerait dans le vitré suivant Richardson Cross, grâce à une inflammation ou à une dégénérescence primitive des éléments vitréens.

Sgrosso conclut que les nombreuses observations cliniques et les preuves anatomo-pathologiques portent à croire qu'il existe un synchisis étincelant primitif produit par la dégénérescence des éléments du corps vitré.

Etiologie. — On mentionne comme causes favorisant la genèse du synchisis: l'âge avancé, le sexe féminin, quelque dyscrasie, la syphilis, la goutte et les maladies hépatiques surtout la lithiase biliaire.

Comme nous l'avons déjà mentionné, le synchisis est souvent dû à une altération sénile de la choroïde et de la rétine au même titre que le gérontoxon.

Il ne s'accompagne pas forcément d'une altération notable de la vision.

Chez les sujets plus jeunes, sa signification est plus sérieuse et le synchisis s'accompagne souvent de luxation du cristallin qui peut être imprégné de paillettes de cholestérine lesquelles remplissent la chambre antérieure.

Gallemaerts affirme qu'à l'état normal, le corps vitré et l'humour aqueuse ne renferment pas de cholestérine. Il arrive à démontrer que l'existence de cette affection est sous la dépendance d'une choroïdite et pense qu'il faut admettre l'influence d'une cause générale, d'une diathèse. Le synchisis se produira alors plus facilement chez les alcooliques, les arthritiques, chez tous ceux qui souffrent d'un trouble de la nutrition.

Comme cause locale Cabannès cite un cas de glaucôme double, tandis que Laforest a constaté chez un albuminurique atteint de névro-rétinite le corps vitré rempli dans les deux yeux, d'une gaze très légère, sur laquelle sont fixées des particules innombrables à reflets dorés qui s'entrecroisent pendant les mouvements du globe et qui ne subissent aucun déplacement lorsque l'oeil reste immobile.

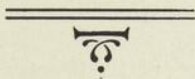
Pronostic. — Le pronostic varie suivant l'importance de la maladie première.

Chez les vieillards, il n'est pas grave, malgré la diminution de l'acuité et on a pu opérer favorablement des cataractes dans cet état.

Axenfeld prétend que toutes ces opacités acquises sont susceptibles de résorption. Elles peuvent se désagréger et disparaître sans réaction.

Traitement. — Comme traitement général on a préconisé en Amérique le succinate de fer avec des résultats plus ou moins problématiques.

Comme traitement local Castex prétend que la galvanisation continue donne des résultats satisfaisants et rapides dans le synchisis étincelant sans toutefois faire espérer un rétablissement de la vision. Il conseille une séance trois fois par semaine, avec une durée de 15 à 20 minutes et une intensité de 2 à 4 milliampères.



UNE CONCEPTION NOUVELLE DU MODE D'ACTION DE LA TRANSFUSION SANGUINE DANS LES MALADIES INFECTIEUSES

Par EDMOND BOURGAULT,

Ass.-bén. à la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.¹

On sait depuis longtemps le rôle favorable joué par les transfusions du sang au cours des maladies infectieuses, et particulièrement des terribles septicémies puerpérales. Chacun cependant a pu observer l'inconstance des résultats de ce traitement.

Alors que dans certains cas une seule transfusion de 25 ou 50 cc. a semblé beaucoup améliorer le patient, très souvent il a fallu la répéter pour obtenir un résultat plus ou moins encourageant, attribuable ou non aux transfusions.

Quelle est donc cette vertu thérapeutique de la transfusion sanguine qui semble parfois miraculeuse mais qui est bien souvent tout à fait inefficace? Pour résoudre ce problème, on a cherché par divers moyens à varier la qualité du sang du donneur, en se servant par exemple du sang de convalescents d'une infection semblable à celle que l'on veut traiter; on a tenté l'immuno-transfusion par vaccination du donneur au moyen d'un stock-vaccin; on a parlé de transfusion massive unique et de petites transfusions répétées; enfin un hérétique de la religion théorique de l'immunité proposait la transfusion du sang d'un ex-typhique contre toute infection, quel que soit le microbe en cause.

Toutes ces méthodes ont donné de bons résultats parfois, mais inconstants et absolument incontrôlables, c'est-à-dire qu'on ignore totalement, lorsqu'elles agissent, ce qui les a fait agir.

¹ Travail du service du Prof. Armand Paré, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Ce problème a soulevé récemment des discussions très intéressantes au « Premier Congrès international de la transfusion du sang », tenu à Rome les 26-29 septembre 1935.

Selon A. Tzanck (Paris),² « la transfusion sanguine en-dehors des hémorragies donne le plus souvent dans les maladies infectieuses des résultats inconstants obtenus dans des délais variables selon les sujets, et ces mêmes résultats favorables peuvent également être consécutifs à des interventions thérapeutiques variées autres que la transfusion. La transfusion sanguine intervient à titre de sollicitation de l'organisme et ce dernier peut, en pareil cas, répondre ou non à cette sollicitation. »

Pourquoi cette inconstance des résultats? Pourquoi l'organisme ne répond-il pas toujours à cette sollicitation? Quelle relation, quelles compatibilités ou incompatibilités faut-il entre le sang du donneur et l'organisme du receveur pour obtenir de la transfusion un résultat favorable?

Un cas heureux que nous avons vu guérir récemment nous paraît devoir jeter un peu de lumière sur ces questions et orienter d'une façon toute nouvelle notre conception du mode d'action de la transfusion sanguine dans les maladies infectieuses.

Voici en quelques lignes le résumé de cette observation:

Nous sommes demandé le 28 juillet 1936 auprès de Mme Armand D... , hospitalisée depuis le soir précédent dans un service de médecine. Patiente excessivement pâle, état général misérable, pouls à 130, T. à 100.2, asthénie considérable. Elle se dit cependant assez bien, à part sa faiblesse extrême, et ne se plaint que de la faim.

Elle a 30 ans, mariée depuis huit ans, quatre accouchements à terme dont un gémellaire il y a exactement quinze jours. Accouchement facile, sans aucune manoeuvre, mais après lequel son médecin a tout de même jugé bon de lui faire donner une douche vaginale tous les jours pendant douze jours. Lochies sanglantes durant les premières vingt-quatre heures; elle n'a jamais perdu de sang depuis.

² Presse Médicale, No 81, 13 nov. 1935.

A partir de la quatrième journée après l'accouchement, elle commence à se sentir fatiguée, à pâlir, à faire de la température. Ces symptômes s'aggravent peu à peu jusqu'à ce jour.

L'examen médical complet (Dr R. Lefebvre) ne révèle aucune lésion organique; nous pratiquons aussitôt un toucher vaginal. Col légèrement entr'ouvert; l'anneau interne est à peu près fermé. Les culs-de-sac sont souples, non douloureux; annexes non palpables. Le corps utérin est ferme, indolore, un peu gros peut-être, mais en rapport avec un accouchement gémellaire de quinze jours.

Nous posons le diagnostic de septicémie puerpérale avec hémolyse, sans localisation gynécologique appréciable et nous demandons d'urgence une numération globulaire et une hémoculture. Le rapport de la cytologie donne G. R. 1,565,313, G. B. 9,687, Hémog. 22%. La transfusion sanguine n'est pas encore urgente; nous préférons nous attaquer à la cause de l'hémolyse. Glace sur l'abdomen, Propidon.

Le lendemain, 29 juillet, la T. est à 101, le pouls à 112, et la cytologie donne G.R. 891,407, G.B. 8,593, Hémog. 6%. Nous injectons à la patiente 50 cc. de sérum antistreptococcique de l'Institut Pasteur et pratiquons une transfusion de 200 cc. Donneur universel, M. Pa . . . , donneur numéro 1. L'intervention a été faite à la seringue de Jubé et a duré dix minutes. Absolument aucune réaction ni immédiate ni tardive. Le soir la T. est à 101.2, le pouls à 112; l'état général est médiocre. Le lendemain, 30 juillet, la cytologie donne G.R. 1,325,000, Hém. 8%, T. 100, pouls 112. Nous pratiquons dans l'après-midi une transfusion de 50cc. à la seringue citratée. Donneur universel, M. Fi . . . , donneur no 2. Injection intraveineuse rapide; pas la moindre réaction dans la journée.

Le 31 juillet, T. à 100, pouls 120, état général mauvais. Le cas semble désespéré, la cytologie donne d'ailleurs, malgré les deux transfusions, G.R. 850,000, G.B. 3,905, Hémog. 5%. Par acquit de conscience, nous pratiquons tout de même une autre transfusion de 50 cc. à la seringue citratée. Donneur universel, M. D . . . , donneur no 3. L'injection est faite exactement dans les mêmes conditions que celle de la veille, mais à peine avions-nous injecté à la malade 20 cc. du sang du donneur qu'elle nous dit ressentir un grand malaise; elle se couvre de sueurs froides, le pouls devient incomptable, la respiration s'accélère et la patiente fait un grand frisson qui dure environ une demi-heure après lequel la température est montée à 105. Cet état de shock dure environ quatre heures.

Le lendemain, 1 août, T. 101, pouls 120, G.R. 1,615,313, soit le double de la veille, G.B. 9,687, Hém. 12%. La patiente semble infiniment mieux et mange avec appétit.

Le 2 août, T. 99.4, pouls 96; la formule sanguine est la même. La patiente va très bien. Le 3 août, T. 98.4, pouls 96, même formule sanguine. L'état général s'améliore tous les jours. Le 4 août, T. normale, pouls à 88. A partir de

ce jour, la température et le pouls se maintiendront à peu près à la normale; la formule sanguine s'améliore graduellement; la patiente reprend des forces et quitte l'hôpital guérie le 16 août. Une nouvelle cytologie pratiquée le 16 septembre donne: G.R. 5,494,844, G.B. 5,156, Hém. 56%.

La patiente n'a eu absolument aucun traitement, à part quelques douches vaginales, après la troisième transfusion.³

Examinons les faits. Voici une patiente en pleine septicémie puerpérale avec anémie intense, l'hémoglobine ayant baissé jusqu'à 5% et les globules rouges jusqu'à 850,000. Propidon, sérum anti-streptococcique n'ont paru donner aucun résultat. Les deux premières transfusions ne sont pas plus efficaces: la formule sanguine du lendemain de la deuxième est la plus basse que nous ayons obtenue, témoin d'un état général que nous avons cru désespéré à ce moment. Et subitement une troisième transfusion avec un nouveau donneur de groupe IV comme les deux autres et dont nous nous sommes servi tout à fait par hasard, cette troisième transfusion, dis-je, déclenche chez la patiente une réaction formidable après laquelle elle a paru guérie de sa septicémie; je dis guérie, car nous avons tous eu l'impression clinique bien nette que le lendemain de cette réaction, la phase aiguë de sa maladie était terminée et que la patiente se remontait rapidement.

Pourquoi les deux premières transfusions ont-elles donné des résultats nuls tandis que la troisième a eu un effet aussi merveilleux? Etablissons le dossier de nos trois donneurs.

Donneur No 1: M. Pa . . . , 45 ans, excellente santé. Donneur professionnel. Groupe IV. Aucune maladie antérieure, pas de typhoïde.

Donneur No 2: M. Fi . . . , 23 ans, bonne santé. Donneur professionnel. Groupe IV. Aucune maladie antérieure, pas de typhoïde.

³ L'analyse des sécrétions vaginales a donné du streptocoque et du staphylocoque avec Neisser douteux (à plusieurs reprises). Gono-réaction positive. B.-W. négatif. Hémoculture: diplocoque à Gram négatif que l'on n'est pas parvenu à identifier positivement.

Donneur No 3: M. Du . . ., 24 ans, bonne santé. Groupe IV. Pas de maladie antérieure, pas de typhoïde.

Donc pas d'immunité acquise de la part des trois donneurs, pas de typhoïde; tous trois sont des donneurs universels: dans ce cas la réaction de shock après la troisième transfusion, si elle n'était pas due à une différence de groupe sanguin ou à une vaccination par un donneur immunisé devait probablement dépendre d'une réaction physico-chimique entre les deux sangs mis en présence et nous avons fait l'hypothèse que cette réaction était une agglutination des globules rouges du donneur par le sérum de la patiente. Nous avons donc convoqué nos trois donneurs au laboratoire de l'hôpital et le Dr P. P. Gauthier a constaté, à notre grande satisfaction, que le test était négatif pour les deux premiers donneurs, mais qu'au contraire les globules rouges du donneur No 3 étaient agglutinés par le sérum de la malade.

Nous croyons donc que notre patiente a vaincu sa terrible infection grâce à un shock; ce shock est survenu au cours d'une transfusion et l'agglutination qui s'est alors produite est témoin des perturbations physico-chimiques qui se sont effectuées lors de la mise en présence des deux sangs — perturbations qui sont sans doute à la base des phénomènes de shock.

* * *

Nous n'oserions point généraliser à partir de ce cas particulier et conclure que la transfusion n'agit dans les maladies infectieuses que comme agent de shock et qu'elle n'est efficace que lorsqu'elle produit ce shock. Cette hypothèse est tout de même séduisante et expliquerait bien des insuccès de transfusions massives, ou d'immuno-transfusions, à côté du succès inespéré de certaines petites transfusions.

D'ailleurs, prétendre qu'une transfusion guérit une infection par le shock, c'est résoudre un problème par un autre problème: quel est le mode d'action du shock — et qu'est-ce que le shock?

M. A. Bogomoletz (Kiew, Russie), au Congrès de la Transfusion du Sang,⁴ a fait un savant exposé de ces réactions physico-chimiques au cours de la transfusion dont voici un résumé: « La transfusion du sang, sans compter sa valeur substitutive qui est incontestable, possède des facultés qui stimulent les fonctions de l'organisme. Cette fonction stimulante est basée sur les phénomènes du choc colloïdologique qui n'est au fond qu'une altération de l'équilibre électrocolloïdal due à l'action réciproque des micelles protéiques sanguines du donneur et du receveur. »

Notons que ce shock n'est pas sans dangers, certains malades ne peuvent parfois le supporter et des morts ont été rapportées.

CONCLUSIONS

1) La transfusion sanguine est un adjuvant très précieux dans le traitement des infections graves, mais les résultats de cette thérapeutique sont très inconstants et son mode d'action hypothétique.

2) Dans le cas de septicémie puerpérale relaté plus haut, nous avons pu prouver:

a) que seule la transfusion No 3 a été efficace et qu'à elle seule, elle a paru guérir notre malade;

b) que le mode d'action de cette transfusion fut un shock intense qu'elle détermina chez la malade;

c) que ce shock semble dû au fait que le sérum de la malade agglutine les globules rouges du donneur No 3.

3) L'action bienfaisante de certaines transfusions massives, immuno-transfusions, typho-immuno-transfusions n'est peut-être due qu'à un shock plus ou moins apparent du genre du shock grave que nous avons observé chez notre malade.

4) Cette thérapeutique par le shock n'est pas sans dangers et ne saurait être tentée qu'avec prudence.

⁴ Presse Médicale, (loc. cit.).

LE RÉGIME DU TUBERCULEUX PULMONAIRE

Par OMER MANSEAU,

Médecin de l'Hôtel-Dieu et de l'Institut Bruchési.

Il s'agit d'un problème extrêmement complexe que celui d'alimenter un tuberculeux pulmonaire. Une fois celui-ci reconnu comme tel, grâce au triple examen clinique, radiologique et bactériologique, quelle va être la conduite à tenir? Le traitement de fond, c'est la cure *hygiéno-diététique*. Si nous ne pouvons rien sur le bacille, nous pouvons, par contre, beaucoup pour reconstituer le terrain organique, l'aider dans sa lutte contre le parasite et assurer sa victoire sur ce dernier. (Dumarest)

C'est à quoi tend le traitement dit hygiéno-diététique, et il doit être institué le plus tôt possible afin de placer le malade dans des conditions optima pour sa lutte contre l'infection tuberculeuse.

En quoi consiste ce traitement? Il ne suffit pas de dire au malade qu'il doit se mettre au repos avec cure d'air, et s'alimenter le plus possible, car alors ce serait trop facile et le malade risquerait de tomber dans des excès qui compromettraient ses chances de guérison. Si l'on veut que le tuberculeux s'astreigne à une cure sérieuse, il faut lui imposer un programme précis, écrit, et ne pas craindre d'entrer dans les détails qui varient, du reste, avec les malades, et qu'il appartient au médecin d'instituer.

La conduite du traitement comprend trois conditions indispensables: un air pur respiré jour et nuit, une alimentation copieuse et choisie, et un repos physique et moral complet.

Nous ne toucherons ici qu'à la question de l'alimentation du tuberculeux. Il est bien entendu que nous n'offrons que de simples notes tirées de quelques auteurs spécialisés dans la matière.

A proprement parler, il n'existe pas de régime spécial pour lui. Exception faite des mets particulièrement indigestes et irritants, le

tuberculeux peut et doit manger de tout. Cette alimentation variée a l'immense avantage de stimuler l'appétit. Sans doute, l'apparition de troubles digestifs doit apporter quelques modifications à ce principe général. Il ne faut pas non plus gaver les malades. Il faut les alimenter, mais non les suralimenter.

Selon l'expression de Dumarest, l'estomac du tuberculeux « doit être entouré de soins pieux: malade ou indisposé, il faut avant toute autre chose, le traiter méthodiquement par une diététique appropriée; bien portant, il faut le ménager et ne jamais l'offenser ni par la qualité, ni par la quantité du travail qu'on lui impose. »

S'il est nécessaire pour un tuberculeux de bien manger, il faut éviter la suralimentation telle qu'elle a été préconisée: elle amène rapidement l'intolérance et peut provoquer divers accidents. Ce qu'il faut au point de vue du régime, c'est trouver pour les tuberculeux, la formule alimentaire qui leur convient.

Comment alimenter les tuberculeux? — Afin d'éviter la confusion, il est préférable de les classer en deux grandes catégories: 1° les tuberculeux qui sont relativement bien portants, dont le poids est voisin de la normale, et qui ne souffrent d'aucuns troubles digestifs; 2° les tuberculeux qui souffrent de troubles digestifs et qui, de ce fait, ont un état général plus ou moins déficient.

Les tuberculeux sans troubles digestifs. — Chez le malade dont le poids est normal et la nutrition équilibrée, la ration d'entretien peut suffire, à l'exclusion de la ration de réparation. Il faut pourtant remarquer que le poids normal ne doit être considéré comme physiologique que chez les personnes dont l'activité musculaire est normale.

Chez le malade soumis à la cure de repos systématique, il faut obtenir et maintenir un poids un peu supérieur à la normale, afin que, lorsqu'il commencera sa cure de convalescence, il ait une réserve qu'il puisse utiliser.

L'expérimentation a démontré que les besoins alimentaires des tuberculeux se montrent plus forts que ceux des sujets normaux.

Socialement et cliniquement on en a aussi cette preuve: c'est ainsi que dans les villes qui ont eu à souffrir de la famine, il y a eu augmentation du taux de la mortalité et morbidité tuberculeuse. Dans les milieux ouvriers où l'alimentation est déficiente, le taux de mortalité de la tuberculose est de beaucoup plus élevé que parmi la classe aisée.

Il est d'observation courante que les tuberculeux qui mangent bien guérissent en grand nombre alors que ceux qui se nourrissent très mal succombent presque tous sans exception.

Insister sur le régime n'est donc pas parler d'une médication accessoire, c'est au contraire souligner une des médications essentielles de la tuberculose, peut-être la plus importante.

Un tuberculeux dont la poussée est finie, la fièvre tombée, mange et engraisse, même sans régime spécial; alors qu'un tuberculeux fébrile, dont les lésions sont en pleine évolution, maigrit malgré tous les régimes les plus savants et les plus soignés.

Le tuberculeux doit manger plus que le sujet normal mais dans quelle proportion?

Il est impossible de préciser de règle générale. Il n'existe pas un régime spécial pour les tuberculeux, mais des régimes qui sont variables selon les individus, l'état de leur tube digestif, leur degré d'amaigrissement, leur âge, leur sexe, leur degré d'activité, etc. Dans les grandes lignes, on peut dire que le tuberculeux, au repos, doit s'alimenter à peu près comme un sujet normal qui travaille.

Peut-on augmenter cette ration? Non, car s'il y a danger à la sous-alimentation, il y a aussi danger à la suralimentation; on peut alors voir apparaître des troubles digestifs: entérite, gastrite, troubles hépatiques, etc.

Les repas comprendront en quantité équilibrée les trois sortes d'aliments: albumines animales et végétales, amidons et sucres, graisses. En plus, la ration alimentaire devra contenir des vitamines et des sels.

La quantité des protéines doit être plus élevée que normalement. Expérimentalement, il a été démontré que les animaux suralimentés aux matières protéiques offraient une résistance beaucoup plus grande à l'infection bacillaire et qu'ils succombaient beaucoup moins rapidement à celle-ci que des animaux soumis à un régime hypergras ou hyperhydrocarbonés.

En plus, Richet et Héricourt, expérimentant sur le chien, puis plus tard sur des tuberculeux hospitalisés, ont démontré que les sujets ou les chiens soumis à un régime de jus de viande ou de viande crue résistent davantage et guérissent plus rapidement que ceux qui se nourrissent de viande cuite.

Le nombre des repas sera de trois par jour avec, en plus, à 4 heures du soir, une tasse de thé, lait ou cacao.

ALIMENTS À RECOMMANDER. (Charles Richet)

Toutes les viandes sont bonnes: animaux de boucherie, basse-cour, gibier, poissons de mer ou de rivière. Pas de viandes faisandées. Peu de ragoûts ou de sauces épicées.

La viande n'est pas absolument nécessaire le soir; beaucoup de tuberculeux se trouvent bien d'un souper végétarien.

Tous les aliments riches en lipoïdes sont très recommandables: cervelles, ris de veau, foie, foie gras, rognons, abats, huile de foie de morue, oeufs, lait. Quant aux oeufs, s'il est un excellent aliment, riche en lipoïdes, il est essentiel de ne pas en abuser comme le font beaucoup de tuberculeux, car le foie ne pourrait pas supporter sans dommage des doses prolongées de 6 à 12 oeufs par jour.

Toutes les façons de prendre l'oeuf peuvent être utilisées, en tenant compte de ce fait qu'il est plus toxique cru que cuit.

Légumes, pâtes. Tous seront utilisés: légumineuses, riz, légumes secs entiers, en purée, pommes de terre avec ses multiples accommodements, farines de céréales, légumes verts, la salade verte.

Les pâtes simples ou à l'oeuf sont d'une grande ressource et conviennent particulièrement aux entéro-colitiques.

Sous toutes ses formes, le lait, aliment riche en matières albuminoïdes et ternaires, en lipoïdes, diurétique, de digestion facile, doit entrer en nature et en accommodement, pour une part importante dans l'alimentation; sa richesse considérable en phosphate de chaux, augmente encore sa valeur.

Les fromages constituent un dessert nutritif et très digestif: les utiliser largement peu ou pas faisandés.

Les matières sucrées peuvent être données assez libéralement: fruits cuits, confitures, chocolat, boissons sucrées.

Sous forme de fruits non acides, bien mûrs, on donnera du sucre naturel qui associe à sa valeur alimentaire d'aliment respiratoire, celle d'un aliment frais, riche en vitamines et, pour cela, indispensable à l'organisme.

GRAISSES. — Il convient de les limiter et de ne pas en abuser; le bon beurre est la meilleure de toutes, ainsi que la crème.

BOISSONS. — Elles doivent être peu abondantes pendant le repas. Pas d'alcool, mais un peu de vin coupé d'eau; thé et café modérément. Une infusion après le repas peut faciliter la digestion.

ALIMENTS À ÉVITER — RÉGIME DE FERRIER.¹

Ferrier a préconisé, il y a plusieurs années, un régime basé sur la constatation de la décalcification des tuberculeux, considérée comme la cause principale de sa maladie, le terrain organique **dépourvu de chaux** constituant un bon milieu pour le développement du bacille de Koch. Cette chaux étant solubilisée et entraînée par les acides, il convient de mettre le malade à même de conserver son calcaire en suivant un régime qui n'introduit pas d'acides dans son organisme et ne permette pas le développement d'acides de fermentation gastrique.

Donc, pas de vinaigre, pas de substances susceptibles d'en former (vin, bière, alcool), pas d'acide oxalique (tomate, oseille, asperge, épinard, café, chocolat,) pas d'acide malique, citrique (citron, orange, pomme, groseille), pas de mets fermentés, pas de graisses dont le dédoublement met en liberté des acides gras.

SIROP D' AMDEULATE ABBOTT

Offre aux médecins une méthode améliorée et simplifiée pour l'emploi de l'acide mandélique dans le traitement des infections des voies urinaires.

- Cette nouvelle combinaison de mandelate d'ammonium est suffisamment bien aromatisée et déguisée pour permettre une concentration de 185 Grs. (12 gms.) d'acide mandélique à l'once.
- Le Sirop d'Amdelate n'est ni métabolisé ni modifié en passant à travers le système.
- Il possède un effet bactéricide voisin de celui de l'acide Béta-Oxibutyrique.
- Il est tout particulièrement efficace dans les infections causées par le colibacille, le streptocoque ou le staphylocoque.
- Il ne cause apparemment aucune irritation des reins.
- Il permet d'éviter tous les inconvénients de la diète cétogène.

Le Sirop d'Amdelate Abbott est conditionné en flacons de 4 et 16 oz. avec une quantité suffisante de papier réactif au chlorphénol pour contrôler l'urine du patient durant le cours du traitement. Tous détails supplémentaires seront fournis sur demande.

LABORATOIRES ABBOTT
LIMITÉE
MONTRÉAL

**LE JOURNAL DE L'HOTEL-DIEU
DE MONTRÉAL**

*remercie ses annonceurs et prie les lecteurs
de leur accorder un bienveillant
patronage.*

À LOUER

A VOTRE DISPOSITION

Votre banque n'est pas seulement votre caissière et la dépositaire de vos capitaux d'épargne. Elle est en état de vous rendre d'autres services. Vos occupations et vos préoccupations d'ordre professionnel ne vous laissent guère le loisir de vous documenter au jour le jour sur les questions d'affaires. Vous n'en êtes pas moins tenu, à l'occasion, de résoudre certains problèmes financiers qui mettent en jeu vos intérêts. Recourez donc avec confiance au gérant de votre banque dont les avis désintéressés vous seront souvent utiles.

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

534 bureaux au Canada

65 succursales à Montréal

ETHER PUR

pour Anesthésie

De la plus haute qualité
possible, telle qu'employée
par les principaux hôpitaux
à travers l'Amérique.

MALLINCKRODT CHEMICAL WORKS, LIMITED

378, RUE SAINT-PAUL OUEST

MONTRÉAL

SPASMOSEDINE

SEDATIF CARDIAQUE

EST LE SEDATIF ET
ANTISPASMODIQUE
SPECIALEMENT MIS AU POINT
POUR LA THERAPEUTIQUE CARDIO-VASCULAIRE

DIGIBAINES

TONIQUE CARDIAQUE

Remplacent
DIGITALE et DIGITALINE

LABORATOIRES
DEGLAUDE
Médicaments
Cardiaques Spécialisés
6 rue d'Assas PARIS. =

2 FORMES

GRANULÉ
COMPRIMÉS
(avec bonbonnière de poche)

SÉDOGASTRINE

SÉDATIF GASTRIQUE

Association Alcalino-phosphatée + semences de cigüe

HYPERCHLORHYDRIE
SPASMES
DOULEURS GASTRIQUES

POSOLOGIE

Après le repas et au moment des douleurs
Granulé : 1 cuillerée à café
Comprimés : 2 à 4 jusqu'à sédation

LABORATOIRES
DU DOCT. ZIZINE
24 Rue de Fécamp - PARIS

ANÉMIES
et INSUFFISANCES HÉPATIQUES

Hépatrol

EXTRAIT de FOIE de VEAU FRAIS
en ampoules évacuables

MÉTHODE de WHIPPLE

ADULTES et ENFANTS
sans contre-indications

LABORATOIRES ROLLAND
31, rue des Francs-Bourgeois (4^e)
Paris

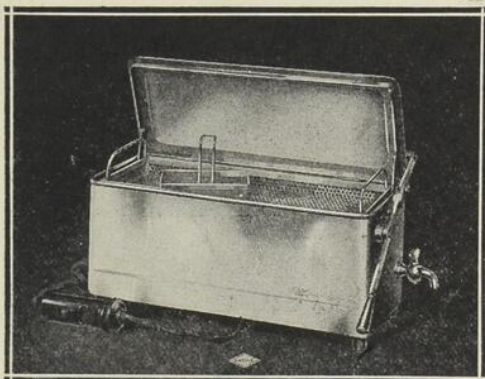


Littérature et échantillons: MILLET, ROUX & CIE, 1215 St-Denis, Montréal

STÉRILISATION

EFFICACE AUTOMATIQUE ÉCONOMIQUE

Pour MÉDECINS ET HÔPITAUX



Les Stériliseurs CASTLE vous assurent une stérilisation parfaite sans qu'il vous soit nécessaire de les surveiller constamment.

Installez un CASTLE "Full Automatic" entièrement automatique. Ils ne sont jamais en bas du point bouillant. Ils maintiendront le degré de stérilisation sans qu'il soit nécessaire de tourner aucune clef.

Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.

La bouilloire est en bronze coulé d'un seul morceau.

WILMOT CASTLE COMPANY
Rochester, N. Y.

“CASTLE”

CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE, MONTRÉAL

Représentants Exclusifs

Permettez-nous de vous tenir au courant des améliorations apportées à la stérilisation moderne

Appareillage à Rayons-X et d'Electricité Médicale de WESTINGHOUSE X-RAY CO. INC.

Générateurs à Thérapie Profonde 200-400 K. V.

Générateurs Combinés (Diagnostic-Thérapie)

Générateurs à Diagnostic (Haut Milliampérage)

Générateur à Diagnostic (Condensateurs)

Générateur à Diagnostic pour Praticien

Tables à Rayons-X (modèles de tous genres)

Fluoroscopes verticaux. Stéréoscope

Civière radiographique Spéciale

Appareils à Haute-Fréquence

Escamoteurs de Cassettes

Ampoules à Rayons-X

Electro-Cardiographe

Accessoires.

Littérature descriptive gracieusement fournie

CASGRAIN & CHARBONNEAU
Limitée

Représentants Exclusifs

Lancaster 3292

MONTRÉAL

30 est, rue St-Paul

UROPRAZINE

ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE



Pipérazine
Héxaméthylentétramine
Soufre colloïdal
Formiate de lithine
Goutte, rhumatisme, sciatique

Une cuillerée à thé 2 à 4 fois par jour dans un demi-verre d'eau tiède,
selon l'avis du médecin.

BOUTEILLES DE 150 et 270 GRAMMES

LABORATOIRE SPARTOL
PARIS, FRANCE

HERDT & CHARTON, Inc.

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL . . . MONTRÉAL

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

Extrait folliculaire purifié

FOLLICULINE

CHOAY

Hormone sexuelle femelle retirée du *liquide contenu dans les follicules ovariennes*. Se présente exclusivement sous forme d'ampoules de 2 c.c. titrées à 500 unités internationales en solution huileuse stérilisée.

3 à 12 injections, de deux en deux jours.

Sainte-Agathe-des-Monts

*L'endroit idéal pour le traitement de la tuberculose
pulmonaire.*

Choix de Pensions à prix modérés, capables de satisfaire les exigences
les plus strictes :

Sanatorium Notre-Dame de l'Espérance (des Soeurs Grises)
Pension Sainte-Thérèse (dirigée par Mlle Thériault)
Pension Loiselle

Surveillance médicale constante et traitement de la tuberculose par tous les
modes les plus récents.

Adresser toute correspondance au

Docteur ALBERT JOANNETTE

Sainte-Agathe-des-Monts

Casier Postal 97

Province de Québec

ASSOCIATION JEANNE MANCE

Registre des gardes-malades graduées de

L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

◀ (SERVICE PRIVÉ
SERVICE À DOMICILE
SERVICE À L'HEURE) ▶

S'adresser à

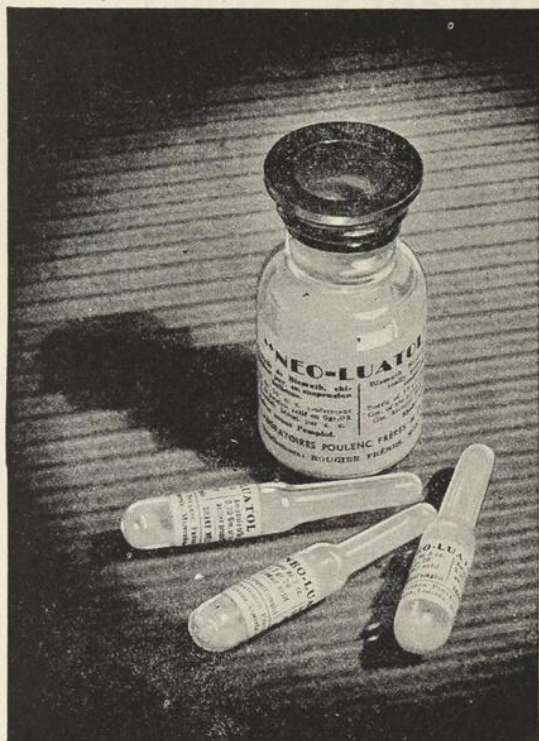
GABRIELLE BROSSARD, G.M.E.

Téléphone: ATLantic 5730

59, chemin Bellingham,

Outremont

Bismuthothérapie Intramusculaire



● Les sels de bismuth insolubles ont été constamment recommandés en raison de leur absorption relativement lente, permettant de fortes doses à de longs intervalles. Ils assurent une action prolongée sur le spirochète, évitant ainsi les chocs et les effets toxiques immédiats susceptibles de survenir par l'emploi des sels de bismuth solubles dans l'eau.

NÉO - LUATOL "POULENC"

Suspension huileuse d'Hydroxyde de Bismuth.
Forte teneur en bismuth métal. Injection indolore.

Une nouveauté thérapeutique :

NÉOCARDYL

Solution huileuse
(Butylthiolaurate de bismuth)

Stable — bien toléré — activé par le soufre contenu dans sa molécule.
— Ampoules de 1½ c. c. — boîtes de 12 —

LABORATOIRES POULENC FRÈRES du CANADA, LIMITÉE

Distributeurs :

ROUGIER FRÈRES

MONTREAL

Enfin repas secs, espacés d'au moins 5 heures, pour éviter les fermentations, et pas de suralimentation.

Il n'est pas douteux que ce régime a un premier avantage, c'est de respecter au maximum l'intégrité des fonctions gastriques et hépatiques. Mais il ne paraît pas acceptable dans son intégralité: les corps gras, par exemple, sont indispensables et fournissent une alimentation au premier chef reconstituante et tonique; l'on a tendance à admettre que les acides citrique et malique sont plutôt des alcalisants que des décalcifiants de l'organisme; il est bien difficile de limiter la ration de pain qui constitue le premier de nos aliments.

Il faut garder du régime de Ferrier: les repas espacés, l'abstention d'acides acétique et oxalique, d'alcool, et ne donner aux tuberculeux que des graisses bien digestibles en quantité assez restreinte.

Mais surtout il ne faut pas appliquer aveuglément ce régime à tous les cas.

Les tuberculeux avec troubles digestifs. — Les troubles digestifs chez les tuberculeux sont extrêmement fréquents. Ceux-ci peuvent être de deux ordres: fonctionnels, c'est-à-dire, liés à des perturbations sécrétoires, fermentatives ou nerveuses du tractus digestif; ou spécifiques, c'est-à-dire liés à des lésions tuberculeuses locales. Il y a donc lieu de distinguer entre les troubles digestifs qui surviennent chez les tuberculeux et la tuberculose intestinale. L'on conçoit facilement l'importance de poser un diagnostic de nature précise, car c'est de lui que dépendront le pronostic et le traitement.

Troubles fonctionnels. — Ceux-ci peuvent être d'ordre gastrique ou d'ordre intestinal.

Troubles gastriques. — On peut les grouper en deux catégories: les *hyper*, ceux qui souffrent, et les *hypo*, ceux qui n'ont pas faim.³

Dyspepsie hypersthénique douloureuse. — Il faut éliminer d'abord, chez un malade qui souffre de l'estomac, la possibilité d'un ulcère. Il s'agit d'un syndrome douloureux qui apparaît deux ou trois heures après le repas et se caractérise par des crampes (faim douloureuse), des brûlures qui siègent dans la région épigastrique

et parfois remontent le long de l'oesophage avec irradiation dans le dos, sous les côtes et jusque dans les épaules. Ce tableau de douleurs gastriques par hyper-motricité et hypersécrétion est assez fréquent chez les *nerveux* et les intellectuels.⁵

Le traitement comprend des prescriptions à la fois diététiques et médicamenteuses. Voyons d'abord les premières.

Ainsi que pour tout dyspeptique en général, « on élimine, ou tout au moins, on restreint les aliments d'imbibition difficile, gras, compacts, mal préparés, peu masticables, les aliments toxiques et putréfiables ». (P. Carnot).

Il faudra en plus éliminer les légumes et les fruits acides, et l'excès de pain. On insistera tout spécialement sur un régime sinon dépourvu, du moins, pauvre en sel, à plus forte raison en épices et condiments. On évitera de fumer à jeun pour ne pas déclencher une sécrétion gastrique déjà exagérée.

Comme régime proprement dit, on autorisera :

Les viandes et poissons maigres

Le jambon maigre

Les pâtes, les pommes de terre, le potage aux farines (crèmes de riz, d'orge, d'avoine)

Mouton, veau, boeuf, poulet, pigeon, sole, brochet.

Les oeufs (sous surveillance)

Les légumes cuits: salades cuites, épinards, carottes

Gâteaux de semoule, de tapioca, crèmes aux oeufs (sous surveillance)

Les laitages (sauf intolérance individuelle): fromages frais, laits caillés, laits préparés ou fermentés

Les fruits cuits: pommes, poires en compotes

Les boissons autorisées seront: vins blancs ou rouges largement coupés d'eau, le lait, les infusions.

Les aliments interdits seront :

Les viandes et poissons gras: porc, canard, oie, thon, sardines, anchois, saumon, hareng, anguille

Les fritures, les sauces, le beurre cuit, la mayonnaise

Les pâtisseries grasses, pâtes feuilletées

Les fruits gras: amandes, noix

Les acides, les épices

Le pain frais, parce qu'on en absorbe avec excès et qu'on l'insalive mal, les croissants, les brioches, les pains complets

Les liqueurs, le vin pur, le thé, le café.

Les médicaments peuvent être divisés en médicaments calmants proprement dits et en médicaments purement eupeptiques. Dans le premier groupe, on ne retiendra que la belladone et ses dérivés, ainsi que l'ésérine indiqué surtout contre le syndrome solaire.

Au premier rang des eupeptiques, car il est aussi un puissant calmant gastrique, figure le bismuth, sous forme de sous-nitrate. On peut donner aussi le kaolin pulvérisé et lavé, la formule type de Bourget.

La dyspepsie hyposthénique sensitivo-motrice. — En premier lieu il faut éliminer la possibilité d'un néoplasme gastrique, ou encore il faudra penser à une anorexie médicamenteuse, soit que le médicament soit nocif pour l'estomac (créosote, arsénic, etc.), soit que son administration ait été trop longtemps prolongée.

La dyspepsie hyposthénique se manifeste par une série de symptômes bien connus: le malade a moins d'appétit, sa langue est saburrale, il se plaint de la lenteur de sa digestion, de lourdeur d'estomac. Ici encore, le traitement comprend des prescriptions diététiques et médicamenteuses.³

Le régime diététique sera celui déjà indiqué dans le syndrome précédent. Au point de vue boissons, boire plutôt entre les repas au moment de la vacuité stomacale.

Chez l'hypo-sécrétoire, il faut prolonger au maximum le séjour des aliments dans la cavité buccale pour exciter secondairement la sécrétion gastrique. Aussi faut-il manger très lentement en mastiquant soigneusement.

Reste maintenant à envisager les médicaments apéritifs. Ceux-ci sont-ils réellement efficaces? Il intervient certes, un gros élément psychique dans leur action, et en pratique, l'administration du régime seul est insuffisant.

La pepsine paraît avoir une action bien surfaite.

Le suc gastrique sous forme de dyspeptine donne parfois de bons résultats.

Reste le grand groupe des amers. Pour obtenir une action vraiment efficace, il faut les donner à des doses bien plus fortes que celles habituellement utilisées, avec des périodes de repos. Il faut préférer aux pilules, cachets, la forme liquide qui réalise au mieux le contact avec les papilles buccales et il y a lieu de se méfier des élixirs, trop riches en alcools, susceptibles de fatiguer l'estomac.

Troubles intestinaux. — Un grand nombre de tuberculeux présentent des troubles de la digestion intestinale. On observe soit des troubles entéritiques d'apparence banale, soit des manifestations plus tenaces et plus importantes dont la diarrhée est la signature très fréquente, diarrhée qu'on a cherché à schématiser en deux groupes principaux: la diarrhée dite de fermentation et la diarrhée de putréfaction et qu'on peut réunir sous le nom de côlites des tuberculeux.

Troubles entéritiques banaux. — Sont extrêmement fréquents et apparaissent parfois avec l'extériorisation clinique de la tuberculose pulmonaire. Il s'agit, en général, de crise de diarrhée.

La thérapeutique devra s'inspirer de la cause qui peut être une mauvaise mastication, un mauvais régime alimentaire, une médication intempestive et surtout le manque de repos et le défaut de traitement d'une tuberculose pulmonaire méconnue. On surveillera de près le régime alimentaire, de manière à éliminer toutes les causes d'irritation. On excluera les graisses, les condiments, les

fritures, les conserves, qui gênent la digestion gastrique. On éliminera les choux et le blanc d'oeuf irritants pour le côlon. On modérera les quantités des viandes qui seront prises sans sauce.

On aura avantage à employer les ferments digestifs.

Les colites des tuberculeux. — Elles groupent la majorité des entéropathies des bacillaires. Suivant les sujets elles prennent cependant des types particuliers. Il peut s'agir d'une constipation prédominante qui est souvent entretenue par des fermentations acides du côlon droit qui déterminent à distance un spasme sur le segment terminal. Une diététique légèrement laxative suffit dans les cas peu anciens.

Mais il s'agit surtout de diarrhée de fermentation qui apparaît le soir et surtout le matin de bonne heure, réveillant le malade entre 4 et 6 heures. Elle est due à la fermentation des hydrocarbures et de la cellulose dans les dernières anses iléales et dans le caecum.

La diététique représente ici le temps le plus important du traitement.

On rejettera les aliments fermentescibles (amylacés). On exclura tous les aliments à action irritante sur l'intestin, épices, acides, salaisons, gibiers, viandes grasses, légumes verts, choux, conserves.

On permettra, en étudiant la tolérance de chaque malade: le jambon maigre, le poulet, les viandes grillées, les viandes pulpées, les hydrocarbures facilement attaqués par les sucs digestifs avant leur arrivée au caecum, tel le riz très cuit pendant trois quarts d'heure puis immédiatement lavé à l'eau froide pour éliminer l'amidon indigestible, la purée de pommes de terre, les pâtes alimentaires sans oeufs, les biscottes, les gelées. Comme boisson on autorisera les infusions chaudes, le thé léger.

Comme prescriptions médicamenteuses on donnera du carbonate de chaux léger ou encore de la belladone ou de l'atropine.

Troubles spécifiques. — Tuberculose intestinale. — Les ulcérations tuberculeuses intestinales se manifestent souvent par des crises diarrhéiques auxquelles s'associent des troubles gastriques et généraux. La tuberculose intestinale réalise un syndrome se rapprochant beaucoup de celui de la colite acide dyspeptique mais avec cette différence que ce syndrome résiste au traitement rationnel. Dans ce cas, il faudra toujours penser aux lésions tuberculeuses spécifiques.

Le traitement de la tuberculose intestinale peut être médical ou chirurgical.

Le traitement médical visera un double but: a) relever l'état général par les procédés usuels: repos, aération, alimentation; b) lutter contre les troubles entériques, c'est-à-dire pratiquement, contre la diarrhée. Le traitement sera double: diététique et médicamenteux. Avant tout il devra être précédé d'un diagnostic précis que l'on demandera à l'examen coprologique, chaque type de diarrhée relevant d'un régime particulier. On se souviendra toutefois qu'il ne faudra jamais recourir à un régime trop sévère, capable de diminuer la résistance générale du malade.

Quant au traitement médicamenteux, il faudra l'utiliser avec prudence et procéder par tâtonnements. On pourra essayer successivement l'opium à petites doses fractionnées, le tannin, les injections de gloconate de calcium, le stovarsal, le cryptargol, l'ichtyol, les ferments lactiques.

L'actinothérapie paraît exercer une action efficace à la fois sur les lésions intestinales et sur les lésions péritonéales associées.

Le traitement chirurgical comprend deux interventions possibles: l'entérectomie quand les lésions sont localisées à un segment peu étendu et l'entéro-anastomose.

Il faut mentionner encore les effets parfois heureux de la simple laparotomie exploratrice.⁵

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ BERTIER, J. — Le traitement des tuberculoses pulmonaires.
- ² COHEN, S. J. — Gastric junction in pulmonary tuberculosis. (*Ann. Rev. Tuber.*, April 1933).
- ³ LOWYS. — Les troubles digestifs des tuberculeux pulmonaires. (*Journal des praticiens* — mai, août 1928).
- ⁴ OURY. — Le tube digestif des tuberculeux. (*Journal des Praticiens*, mars 1931).
- ⁵ *Thérapeutique Médicale* — Masson, éditeurs.



LES ANURIES

Par le Docteur OSCAR MERCIER, F.R.S.C. (Canada),

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

Chef du Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu.

L'anurie consiste en une suppression de la fonction sécrétoire des reins, caractérisée cliniquement par l'absence d'urine dans la vessie.

Son diagnostic est facile à établir. L'absence de la miction ne peut guère faire confondre l'anurie qu'avec la rétention d'urine. Le cathétérisme urétral, en montrant que la cavité vésicale est vide, permet toujours de la reconnaître avec certitude.

Son mode de début et son évolution clinique varient selon les causes qui la produisent. En étudiant ces causes, nous décrirons plus loin les symptômes de l'anurie. Variable dans ses causes et sa symptomatologie, elle comporte encore des origines physiopathologiques différentes. Son étude doit donc comprendre une *partie physiopathologique* et une *partie clinique*, auxquelles nous ajouterons une critique de sa *valeur sémiologique*.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE ET MÉCANISME DE L'ANURIE

La suppression de la sécrétion rénale caractérise l'anurie. Cependant, cette suppression est, dans quelques cas, primitive, dans d'autres cas, secondaire à un trouble de l'excrétion de l'urine. On doit donc, au point de vue du mécanisme, diviser l'anurie en deux variétés: *l'anurie sécrétoire* et *l'anurie excrétoire*.

1° ANURIE SÉCRÉTOIRE: L'arrêt primitif de la sécrétion rénale a des origines multiples.

Au cours des néphrites aiguës, l'anurie résulte d'une destruction des éléments sécrétants du rein. Fréquemment, l'arrêt de la

fonction sécrétoire a pour motif des séquelles du système nerveux qui devient incapable de régulariser la sécrétion rénale. Nous verrons l'importance de ce facteur au cours des anuries calculeuses. Pendant longtemps, on croyait que les modifications de la composition du sang, les troubles de la circulation du sang qui aboutissent à la stase veineuse rénale étaient capables de produire une anurie. En réalité, ces facteurs n'engendrent que de l'oligurie plus ou moins intense: seule la thrombose de la veine cave inférieure et des veines rénales peut provoquer une suppression de la fonction sécrétoire du rein.

2° ANURIE EXCRÉTOIRE: L'anurie excrétoire ne conserve sa valeur étymologique que pour exprimer l'origine de l'arrêt de la sécrétion rénale. En réalité, l'anurie excrétoire devient rapidement sécrétoire. Un obstacle, situé soit sur l'uretère, soit dans les tubes droits du rein produit une accumulation de l'urine en amont. Cette accumulation a pour conséquence une augmentation de la pression intra-caniculaire qui, en neutralisant la pression sanguine, empêche le passage des éléments constitutifs de l'urine. Les nombreuses expériences pratiquées sur le chien ont montré l'insuffisance de l'obstruction urétérale pour produire l'anurie. En pratique, l'élévation de la pression rénale intra-caniculaire ne se maintient pas et la sécrétion se rétablit.

Lorsque l'anurie s'installe, ce facteur déclenche un phénomène nerveux réflexe, encore imprécis, qui arrête la sécrétion du parenchyme rénal.

3° ANURIE MIXTE: A sa période d'état, on peut dire que l'anurie est toujours sécrétoire et excrétoire. Dans la majorité des cas, à la destruction du parenchyme rénal se joint une obstruction des tubes urinifères par la desquamation épithéliale intense qui accompagne le processus destructif. Par contre, nous venons de voir qu'un obstacle au niveau des voies d'excrétion situées au-dessus de la vessie est incapable par la seule hyper-pression intracaniculaire qu'il établit de constituer une anurie. Un autre élément pathogénique, d'ordre nerveux, qui en découle déclenche l'arrêt de la sécrétion des reins.

DESCRIPTION CLINIQUE

L'anurie présente une évolution différente selon les causes qui l'engendrent. Il importe donc de diviser son étude clinique en trois groupes dans lesquels nous réunirons les anuries qui ont une origine et une symptomatologie voisine.

1° ANURIES PAR OBSTRUCTION URÉTÉRALE: Dans ces cas, la suppression de la sécrétion rénale, relève d'un mécanisme mixte, excrétoire et sécrétoire. En réalité, l'obstacle n'est pas la cause unique de l'anurie.

Souvent il se joint une altération importante du parenchyme des reins.

Parmi les anuries par obstruction urétérale, la plus fréquente est l'anurie calculeuse. Dans d'autres cas l'arrêt de la sécrétion est consécutif aux tumeurs qui compriment les voies excrétoires de l'urine.

a) *Anurie calculeuse*: Au cours de la lithiase réno-urétérale, la pathogénie de l'anurie est multiple. Le premier facteur étiologique est le blocage de l'uretère par un calcul qui s'y enclave. Dans quelques cas, le mécanisme est simple et relève d'une obstruction des deux uretères par des calculs. Ce mode pathogénique est relativement fréquent et Watson au Congrès International d'Urologie (1908) estimait à 30% le taux des anuries par blocage bilatéral. Dans d'autres cas un seul uretère est obstrué, mais le rein de l'autre côté est absent, soit congénitalement, soit par néphrectomie, ou détruit, soit par une infection banale, soit par la lithiase. Enfin, il est d'autres malades chez lesquels un seul uretère est bloqué et dont l'autre rein conserve une intégrité anatomique et fonctionnelle normale. Il faut admettre alors l'arrêt de la sécrétion du bon rein par un phénomène réflexe nerveux réno-rénal.

L'obstruction de l'uretère se fait dans la majorité des cas par un calcul, mais il importe de connaître le fait que le blocage peut avoir pour substratum un ensablement de la lumière urétérale par de la poussière lithiasique.

Nous pouvons résumer la pathogénie de l'anurie calculeuse en ce tableau schématique:

1° obstruction bilatérale des uretères, par un calcul ou par des dépôts de sable lithiasique;

2° obstruction de l'uretère par un calcul, et obstruction de l'autre par ensablement;

3° obstruction d'un uretère par calcul ou par sable et absence de l'autre rein congénitale ou pathologique;

4° obstruction d'un seul uretère par calcul ou par sable et intégrité anatomique et fonctionnelle de l'autre rein inhibé par réflexe réno-rénal.

Depuis longtemps, l'évolution clinique de l'anurie calculeuse est parfaitement connue. Merklen, dans sa thèse (1881) en a divisé la description clinique en deux périodes, *période de tolérance* et *période d'urémie*. Cette division est devenue classique et reste la seule vraie.

L'arrêt de la sécrétion rénale au cours de la lithiasie se fait brutalement. Le malade soit pendant ou à la suite d'une colique néphrétique s'aperçoit qu'il ne rend plus une goutte d'urine. D'autres fois, l'anurie s'installe sans douleurs, tout au plus le malade ressent de vagues sensations lombaires. La suppression des mictions est parfois complète d'emblée; le plus souvent, il y a une diminution progressive du volume des urines, qui aboutit *rapidement* à l'absence totale de sécrétion urinaire. Pendant cette période, le malade conserve toutes les apparences de la santé et il s'alimente; seule la disparition des mictions l'inquiète. Cette période de tolérance persiste pendant sept à huit jours, selon Merklen.

Vers le cinquième ou le sixième jour s'installent des symptômes peu marqués prémonitoires de la période d'urémie. Ce sont des nausées, des éructations, de la lassitude. Puis les accidents sérieux apparaissent.

La deuxième période comporte le tableau classique de l'urémie. Des troubles circulatoires sous forme de gêne respiratoire et d'épis-

taxis existent. On observe des phénomènes gastro-intestinaux, des vomissements et de la diarrhée. Enfin, du myosis, quelques contractures musculaires s'installent. Cependant, les phénomènes urémiques sont peu bruyants et se terminent rapidement entre deux à trois jours par la mort du malade. L'imprégnation sourde et lente des tissus par les corps toxiques non éliminés, qui a lieu pendant la période de tolérance explique la terminaison rapide des accidents urémiques. Cette imprégnation silencieuse complique d'ailleurs fortement le pronostic. Souvent, un traitement chirurgical, énergique, établi au début de la phase d'urémie, ne parvient pas à juguler les accidents.

b) *Anurie néoplasique*: La compression des uretères par une tumeur peut avoir pour conséquence l'anurie. Celle-ci a une pathogénie différente selon les cas. Parfois, elle apparaît d'emblée comme l'anurie calculuse. D'autres fois, la tumeur pelvienne comprime lentement les uretères et détermine progressivement de l'uro-néphrose. Le parenchyme est peu à peu refoulé et écrasé par la dilatation des calices et du bassin. Des phénomènes urémiques apparaissent alors, d'abord accompagnés d'oligurie, puis d'anurie.

Cette distinction pathogénique permet de diviser l'évolution de l'anurie néoplasique en deux formes cliniques: l'une, la *forme urémique*, la plus fréquente, l'autre, la *forme anurique*. La première relève d'une altération profonde du parenchyme rénal, tandis que la seconde a pour lésions anatomiques primitives l'obstruction de la lumière urétérale par compression. Au point de vue clinique le tableau de ces deux formes est différent.

Dans l'urémique, ce sont les accidents de la rétention azotée qui dominent. L'installation de ces accidents est lente et progressive et s'accompagne d'une période plus ou moins longue d'oligurie, qui vers la fin est remplacée par de l'anurie. Les symptômes de l'urémie sont en général peu bruyants, gastro-intestinaux et nerveux. La mort est la terminaison constante de ces troubles et survient vers la 10^e ou 12^e journée.

La *forme anurique* présente une évolution assez voisine de l'anurie calculuse et ne s'en différencie que par sa période de tolé-

rance qui est plus longue et peut durer jusqu'à 15 ans. Le plus fréquemment, la phase d'urémie se termine par la mort. Exceptionnellement, on a observé des périodes de rémission, se répétant trois ou quatre fois, mais après quelques trêves, la terminaison est fatale.

De toutes les tumeurs capables de produire une anurie par compression des uretères, la plus fréquente est le cancer du col de l'utérus. L'uretère, soit au niveau de sa partie terminale, soit au niveau des ligaments larges est refoulé et tirailé par la tumeur elle-même ou par des ganglions néoplasiques.

2° ANURIES PAR ALTÉRATIONS DU PARENCHYME RÉNAL: Ces anuries intéressent l'urologue par le fait qu'il doit parfois les distinguer de l'anurie calculeuse. Elles sont l'apanage du médecin, qui a plus fréquemment l'occasion de les observer. Nous les étudierons rapidement au point de vue des faits cliniques utiles au spécialiste.

Les anuries par altération du parenchyme rénal se rencontrent au cours des affections aiguës ou chroniques du rein.

a) *Les anuries dans les affections aiguës du rein:* La suppression de la sécrétion rénale a souvent pour origine une néphrite aiguë soit toxique, soit infectieuse. C'est le plus souvent le mercure qui est le corps toxique, destructeur du parenchyme rénal. La néphrite mercurielle se rencontre à la suite d'une intoxication accidentelle, volontaire ou criminelle par le sublimé. La voie d'absorption du bichlorure de mercure est variée. Dans les suicides, c'est l'ingestion buccale qui est employée. A la suite d'injection vaginale pratiquée avec une solution au sublimé, des cas d'anurie toxique ont été rapportés. De la néphrite aiguë est apparue après des injections d'huile grise ou des frictions mercurielles. L'apparition de l'anurie au cours des intoxications est brusque et totale; elle persiste pendant plusieurs jours sans provoquer d'urémie ou d'oedème. La mort survient après une courte période d'accidents urémiques tardifs. D'autres substances toxiques, en particulier l'arsenic, le phosphore peuvent supprimer temporairement ou définitivement la sécrétion rénale.

Les brûlures s'accompagnent parfois d'anurie, consécutive à une résorption intense de corps toxiques, produits par les tissus nécrosés.

Au cours de certaines maladies infectieuses, la scarlatine, la fièvre jaune, l'ictère grave, la spirochétose ictéro-hémorragique et le choléra, une néphrite aiguë avec troubles anuriques peut s'installer. Dans ces anuries, les symptômes de la néphrite aiguë dominent le tableau clinique.

b) *Les anuries dans les affections chroniques du rein*: Dans les affections chroniques du rein, les anuries sont rares.

Au cours des *néphrites chroniques*, la suppression de la sécrétion rénale est l'exception et présente un intérêt clinique secondaire. Lorsqu'elle survient, elle est précédée par une phase plus ou moins longue d'oligurie et d'urémie latente et se termine rapidement par la mort.

Les pyélonéphrites des urinaires ne s'occasionnent qu'exceptionnellement d'accidents anuriques. L'oligurie est plus fréquente et précède toujours l'anurie. Celle-ci paraît conditionnée chez ces vieux urinaires par des traumatismes chirurgicaux, telle que la lithotritie qui rompt l'équilibre instable de la fonction des reins.

L'anurie est encore plus rare au cours de la tuberculose rénale. Elle paraît découler d'une observation urétérale par des magma caséux ou par des calculs secondaires évacués par l'uretère où ils s'arrêtent au niveau des points rétrécis par le processus tuberculeux.

Nous voyons donc que l'anurie dans les affections chroniques des reins est un phénomène rare, qui s'ajoute aux symptômes de ces affections et en assombrit le pronostic.

3° ANURIE PAR TROUBLES NERVEUX: *L'anurie hystérique* comprend une large place dans les traités. En réalité, elle ne semble pas être fréquente et Dejerine mentionne qu'il ne l'a jamais observée. D'une part, elle relève parfois de causes organiques ayant altéré le parenchyme rénal et n'est qu'un phénomène se superposant aux troubles pithiatiques. D'autre part, elle est le plus souvent conditionnée

par les vomissements hystériques qui produisent une diminution considérable d'apport d'eau au rein. Dans le premier cas, elle présente le tableau clinique des anuries par altération du parenchyme rénal, tandis que dans l'autre, elle est éphémère, entrecoupée de période d'oligurie et cesse avec les vomissements. De même l'anurie qui se rencontre exceptionnellement au cours de la *neurasthénie* est éphémère et capricieuse.

A côté de l'anurie pithiatique et neurasthénique peu fréquente il existe une suppression de la sécrétion rénale, *d'ordre réflexe* que l'urologie rencontre plus souvent. Le fait est connu de ces anuries qui surviennent après une cystoscopie, un cathétérisme des uretères et une lithotritie. Il s'agit alors d'une véritable inhibition des reins dont le point de départ est aux uretères et à la vessie. Ces anuries, en général passagères, peuvent devenir graves, d'autant que les reins de ces urinaires sont antérieurement altérés.

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

En présence d'un malade qui se plaint de ne pas uriner, le premier soin du médecin est de sonder la vessie. L'anurie sera ainsi rapidement reconnue de la rétention d'urine.

D'une manière générale, la cause de la suppression de la fonction sécrétoire des reins est facile à établir. Lorsque l'anurie survient à la suite d'une affection aiguë ou d'une brûlure, le problème diagnostique est facilement résolu. A propos de la néphrite mercurielle, le médecin doit avoir assez de perspicacité pour reconnaître que des injections vaginales au bichlorure de mercure peuvent en être l'origine. L'arrêt de la sécrétion rénale au cours des maladies infectieuses aiguës est encore d'un diagnostic simple.

D'autres fois, l'anurie s'installe après une crise de colique néphrétique qui en signe la nature lithiasique. De même, des antécédents calculeux notoires ne sauraient faire hésiter.

La nature de l'anurie sera encore facilement reconnue dans les affections chroniques des reins, qu'il s'agisse de néphrite ou de tuberculose rénale. Les symptômes de ces affections permettront de

les distinguer et la suppression de la sécrétion rénale au cours de leur évolution n'est qu'un phénomène ajouté, qui aggrave le pronostic sans compliquer le diagnostic.

De même, l'anurie qui survient d'une tumeur pelvienne connue est facilement diagnostiquée.

En réalité, il ne peut être difficile de reconnaître l'origine des accidents anuriques, que lorsqu'ils surviennent chez un sujet en pleine santé apparente. Dans ces circonstances, le médecin ne peut guère penser qu'à une anurie par obstruction urétérale. Les tumeurs pelviennes dont le symptôme initial peut être la suppression de la sécrétion rénale seront vite identifiées par l'examen gynécologique. Ces anuries néoplasiques étant éliminées, le diagnostic d'anurie calculeuse sera posé et confirmé par la radiographie. Celle-ci, dans la majorité des cas, indiquera le calcul urétéral. Cependant, le cliché radiographique peut être négatif. Il ne faut pas alors éliminer d'emblée l'anurie calculeuse; le blocage peut avoir pour origine, soit un calcul d'acide urique invisible aux rayons X, soit un ensablement de la lumière urétérale. Le cathétérisme des uretères en montrant parfois la sortie d'un nuage de poussière lithiasique par l'orifice urétéral au moment de l'introduction de la sonde fait soupçonner cet ensablement. Quant au calcul d'acide urique, l'arrêt de la sonde urétérale au moment de l'introduction de la sonde peut faire soupçonner cet ensablement. Quant au calcul d'acide urique, l'arrêt de la sonde sible de le reconnaître. Le déblocage du rein par le cathétérisme des uretères indiquera l'hypothèse du calcul qui sera *souvent* confirmé par son élimination après le retrait de la sonde.

Le diagnostic du côté où siège l'obstruction urétérale peut être posé cliniquement par un phénomène sur l'importance duquel Legueu a beaucoup insisté. La palpation du rein bloqué par le calcul détermine une contracture lombaire nette, qui s'observe jusqu'à la période terminale. La défense musculaire localisée à la région rénale permet donc d'établir le côté de l'obstruction urétérale. Cependant, cette localisation devra être confirmée par la radiographie.

Lorsque la nature calculeuse de l'anurie a été établie, le diagnostic sera complété par la connaissance de la valeur fonctionnelle de

chaque rein. Ce point est établi par le cathétérisme urétéral qui constitue le premier moyen thérapeutique. Si les sondes parviennent à débloquer les reins, quarante-huit heures après le rétablissement de la sécrétion rénale, un examen des urines divisées sera pratiqué qui indiquera exactement le fonctionnement de chaque rein. Cette notion permettra de reconnaître la pathogénie de l'anurie calculeuse; elle en orientera en plus le pronostic et le traitement.

LE TRAITEMENT

La thérapeutique de l'anurie variera avec sa cause. Souvent une intervention chirurgicale est applicable.

1° Lorsqu'il s'agit d'*anurie par destruction du parenchyme rénal*, aucun moyen thérapeutique n'est efficace.

2° Les anuries provoquées par la *compression des uretères par une tumeur* relèvent d'un traitement chirurgical. Dans les cas de tumeurs pelviennes bénignes leur ablation est urgente. Si la malade présente déjà des signes graves d'urémie, avant de procéder à l'hystérectomie, nous pourrions tenter le déblocage des reins par un cathétérisme urétéral et la mise à demeure de sondes dans les uretères. Lorsqu'il s'agit d'un cancer utérin ayant envahi les uretères, seule la *néphrostomie bilatérale* mettra fin à l'anurie. Cette intervention chirurgicale ne sera tentée que si l'état général est encore satisfaisant. Lorsque la malade est dans un état voisin du coma, il est inutile de tenter de la prolonger par une néphrostomie.

3° *Les anuries par coudure* relèvent du cathétérisme urétéral et d'une opération plastique ou d'une néphropexie consécutive.

4° *Les anuries par calculs* sont essentiellement chirurgicales. Au moment de la période de tolérance, le premier pas est d'établir le diagnostic par une radiographie. Puis des sondes urétérales seront appliquées. Lorsque la sécrétion sera revenue et l'état du malade bon, l'ablation chirurgicale du calcul sera pratiquée. Au cas où il sera impossible de faire le cathétérisme des uretères, l'opération sera tentée immédiatement pour enlever le calcul. Enfin, en présence d'une anurie calculeuse grave ayant évolué depuis plusieurs jours, il

pourra être utile de pratiquer seulement une néphrostomie temporaire afin de rétablir la sécrétion rénale, opération moins grave que l'urétérolithotomie qui sera exécutée plus tard.

5° *Les anuries nerveuses* relèvent d'un traitement médical: la suggestion sera essayée chez les hystériques. Les sédatifs nerveux pourront être utiles. La distension vésicale et le cathétérisme donneront ordinairement des résultats positifs.

6° *Les anuries des néphrétiques* sont justiciables d'un traitement médical. Lorsque ce dernier échoue, le chirurgie peut intervenir en pratiquant une néphrostomie avec décapsulation rénale. Les chances de succès seront nulles dans les néphrites toxiques dans lesquelles les épithéliums sont détruits. Il en sera de même dans les néphrites chroniques. Cependant l'intervention chirurgicale pourra rétablir la sécrétion rénale, s'il s'agit d'une néphrite aiguë.

En somme, le traitement de l'anurie sera chirurgical dans trois circonstances: la compression des uretères par une tumeur, les calculs de l'uretère et la néphrite aiguë. Dans les autres cas, la thérapeutique sera uniquement médicale.



LARYNGITE ET CANCER DU LARYNX

Par HERVÉ LEGRAND,

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôtel-Dieu.

La courte communication qui va suivre n'a pas la prétention d'être un apport très nouveau à l'étude du cancer en général, et particulièrement du cancer de la gorge.

Puisse-t-elle simplement rendre service à quelques praticiens, en les dissuadant de traiter à la légère certaines laryngites persistant au-delà de la durée normale.

Le professeur Gustave Roussy, directeur de l'Institut du Cancer à Paris, écrivait récemment que sur dix cancers, huit peut-être sont découverts trop tard.

Il ajoutait: « Un grand effort doit être fait pour obliger le malade à se rendre compte très tôt de son mal et pour l'amener à se mettre aussitôt entre les mains des médecins et des chirurgiens. »

Le cancer est curable à ses débuts, mais c'est une tâche souvent difficile d'en obtenir un diagnostic précoce. Ses débuts sont indolores et très souvent, hélas! c'est la douleur seule qui décide le malade à consulter. En ce qui concerne le cancer du larynx le médecin ne peut faire le diagnostic par les troubles fonctionnels. Pendant assez longtemps ils peuvent se résumer à un enrouement persistant accompagné tout au plus d'une gêne vague. Absence de douleur, absence de dysphagie.

Ce n'est que beaucoup plus tard que viennent se surajouter d'autres symptômes: douleurs pharyngées, cervicales, s'irradiant dans l'oreille, ganglions cervicaux, crachements de sang, dysphagie pouvant aller jusqu'à empêcher toute alimentation, troubles respiratoires à marche progressive avec accès de suffocation, surtout quand le malade est couché.

Il s'agit alors d'une période très avancée, et à ce moment il est singulièrement facile de poser un diagnostic.

Rappelons donc brièvement que la laryngite aiguë a le plus souvent une durée éphémère. Elle débute par une aphonie plus ou moins complète, souvent précédée d'un coryza ou d'une pharyngite aiguë. Généralement les troubles de la voix s'atténuent rapidement et disparaissent même dans l'espace de huit ou quinze jours.

Mais, sommes-nous en présence d'un enrouement qui persiste et s'éternise, nous entrons dans un autre domaine.

Laryngite chronique, dira-t-on. Peut-être bien, mais je me hâte d'ajouter que ce terme de laryngite chronique est parfois trompeur, nous exposant aux erreurs les plus regrettables, surtout s'il s'agit d'un diagnostic fait « à l'oeil » sans le moindre examen laryngé.

Seul un examen attentif au miroir laryngien peut nous permettre de parler avec sagesse, et nous révéler l'existence des lésions les plus variées comme aspect et comme importance.

Je cite ici rapidement : les polypes des cordes vocales, les nodules des chanteurs, les paralysies laryngées, les papillomes du larynx, les accidents syphilitiques secondaires, la tuberculose laryngée au début, la laryngite chronique, etc. ; et, enfin, le redoutable cancer du larynx.

Toute ces lésions, je le répète encore, ne présente d'autre signallement au début qu'un simple enrouement chronique, persistant, une raucité de la voix qui dure trop longtemps et devrait nous orienter vers la seule et véritable voie, vers l'*examen laryngoscopique du larynx*.

Il y a deux ans, une dame vient me consulter pour un oeil malade. Elle est accompagnée de son mari, un homme de 45 ans environ.

Il prend part à la conversation et je note tout de suite chez lui un enrouement très marqué.

Je le questionne. Il est allé consulter un médecin il y a quelques mois. Sans le moindre examen laryngoscopique, on lui a affirmé que « ce n'était pas grave, une simple laryngite ». Il est reparti rassuré, avec un gargarisme dont il fait encore usage.

Il m'apprend encore que depuis deux mois, il ressent à la déglutition une douleur s'irradiant dans l'oreille droite.

Je lui demande la permission de l'examiner.

À la palpation je constate la présence d'un petit ganglion cervical du même côté.

Je n'insiste pas sur les révélations de l'examen laryngé: un cancer déjà ulcéré intéressant la bande ventriculaire et l'arythénaïde droites.

Un confrère anglais me rappelait récemment encore le cas suivant: Une dame subit dans un service hospitalier une légère intervention chirurgicale. Au moment de quitter l'hôpital elle signale à son chirurgien un malaise intermittent à la gorge s'accompagnant d'un enrouement qui dure depuis assez longtemps déjà. Ce n'est rien, dit son chirurgien; une laryngite!

Il conseille à sa patiente d'aller faire sa convalescence à la montagne, l'assurant que tout rentrera dans l'ordre.

Un séjour de quelques mois n'apporte pas la guérison promise. Bien au contraire; et à son retour elle consulte un laryngologiste qui diagnostique un cancer du larynx.

A quoi bon allonger l'énumération de cas semblables, malheureusement trop fréquents, où un traitement fut institué sans examen préalable du larynx.

Que d'aggravations ont été ainsi causées par une médication intempestive et un diagnostic trop tardif.

Un trouble prolongé de la voix, particulièrement chez un homme en bonne santé ayant dépassé la quarantaine sans aucun antécédent laryngé est toujours suspect, et le médecin devrait se faire une sorte de conscience professionnelle de ne jamais le traiter au petit bonheur sans s'être assuré préalablement de l'état du larynx au moyen du miroir laryngé.



DIAGNOSTIC ET THÉRAPEUTIQUE

« AUTOMATIQUES » ?

*(Suite)**Par LÉO-E. PARISEAU.*

Amis lecteurs,

Je vous parlais l'autre mois des mercantis qui lancèrent, il y a quelque dix ans, l'appareil TRICHO. Je me souviens d'avoir vu dans nos gazettes montréalaises les annonces des concessionnaires locaux de cette machine infernale, et d'avoir réagi assez violemment à l'époque. C'est que, radiologiste de carrière, j'étais mieux qu'un autre en mesure de comprendre à quels périls le public allait être exposé, et combien insuffisantes étaient les lois censées le protéger.

Consulté par les « promoteurs » de cette louche affaire, n'importe quel radiologiste instruit et consciencieux se serait fait un devoir de répondre: « Messieurs, de grâce! ne mettez pas cet appareillage sur le grand marché. Si vous tenez absolument à le vendre, ne le cédez qu'à des médecins d'une compétence reconnue en matière de radiothérapie. Du reste, il n'apporte rien de nouveau à la médecine, quoi que prétende son soi-disant inventeur. Celui-ci n'a fait que mettre une « carrosserie » neuve autour d'un générateur d'ondes que nous manions en tremblant. L'épilation de la face au moyen des rayons X reste une méthode d'exception. »

F. C. Ellis, lui, n'hésita pas un instant à délivrer un certificat aux constructeurs. Cet ingénieur par trop ingénu accepta d'être le président d'un comité de trois experts qui signèrent un rapport où l'on relève l'affirmation suivante: « toutes les précautions ont été prises pour protéger les patients contre des radiations nocives ». Le pronunciamiento valait ce que valent les proclamations espagnoles — blanches ou rouges — que nous lisons ces jours-ci.

C'est en 1926 également que notre savant s'avisa d'ajouter à son Indicateur et à sa Jauge un petit accessoire qu'il consentait à

céder pour la bagatelle de \$85 à ceux qui lui avaient déjà versé la forte somme. « Grâce à cet appareil nouveau », disait le prospectus, « le médecin déjà muni de l'outillage Ellis et d'un sujet détecteur pourra choisir les aliments et les remèdes qui conviennent le mieux à chacun de ses patients ». La notice avait pour titre « *Remedies and Diet selected by Radio* », et l'appareil qu'elle portait aux nues était baptisé « *The Food & Remedy Test Set* ».

Le robot se composait d'un petit coffret peu profond, contenant deux ou trois cents cylindres métalliques dans lesquels étaient logés de minuscules flacons renfermant des sels, des aliments, des « protéines », des drogues, que sais-je encore. Le nécessaire fut acheté sur-le-champ par bon nombre des dupés-dupeurs à qui le génial inventeur avait « vendu » ses deux autres instruments. L'ensemble constitué par les trois boîtes reçut le beau nom de « *Quantomètre* ».

Ce serait le moment d'analyser le contenu du Bulletin 19B, détaillant les propriétés de certains aliments, propriétés déterminées à la suite d'expériences rapportées nulle part, faites par des chercheurs avides d'anonymat. Retenons de tous ces grands travaux qu'il est désormais acquis que « les pêches éliminent la bile et le poison des reins », que « les navets jaunes sont très rafraîchissants pour les nerfs et les centres cérébraux », que « le champignons nourrissent les nerfs et le cerveau ». *Et coetera, ad nauseam.*

Comme vous le voyez, ami lecteur, notre héros avait fait du chemin en trois ans. Sans cesser d'être l'éminent physicien que la médecine électronique attendait, M. Ellis était par surcroît devenu thérapeute et diététicien.

Les affaires allaient à merveille. Le philanthrope, pour remercier Mercure, se pencha sur la grande pitié des esclupapes trop pauvres pour se payer un outillage coûtant les trois quarts d'un beau billet de mille. M. Ellis ouvrit donc un laboratoire d'analyses. Aux abonnés il fournissait une pochette en papier fort, couleur chamois, renfermant une enveloppe en papier noir. Dans celle-ci se trouvait un petit carré de buvard blanc, destiné à boire la goutte de sang sur

laquelle se fonderait tout un diagnostic précis et circonstancié. Une lettre circulaire était jointe à l'envoi. En voici la substance:

A. THE DISEASE TEST. — Cet examen porte sur les radiations émises (sic) par des échantillons de sang prélevés chez des sujets pouvant souffrir de maladies fondamentales telles que Cancer, Syphilis, Tuberculose, Streptococcie, Gonorrhée, Sarcome et autres (sic) susceptibles d'être décelées grâce aux méthodes d'Ellis, ces méthodes étant « les plus précises dont nous disposons présentement ».

B. THE FOOD AND REMEDY SELECTION. — Cet examen révèle quelles substances ingérées par le patient sont d'emblée dommageables et susceptibles d'augmenter les énergies pathologiques émanant du sang, et aussi quelles substances pourraient, dans le cas étudié, réduire au minimum ou même « annihiler » les forces ennemies.

Je ne sais si cette nouvelle entreprise concurrenca sérieusement les laboratoires d'Abrams and Company. Quoi qu'il en soit, vers le même temps. M. Ellis se dit: *Quo non . . . descendam?* et il descendit sur le plancher des vaches. Pas si bête, à bien y penser. Souvenez-vous de la célèbre chanson qui commence ainsi:

J'ai deux grands boeufs dans mon étable,

Deux grands boeufs blancs marqués de roux.

Etc.

Pierre Dupont, dans sa peu romanesque romance, a dépeint un type de paysan assez commun en France, paraît-il. Mais croyez bien qu'il se rencontre aujourd'hui, même au Yankiland, plus d'un culterreux qui préfère perdre « sa femme Jeanne » plutôt que voir mourir ses deux grands boeufs ou ses vaches. Et croyez aussi qu'il y a quelques charlatans parmi les vétérinaires américains. Tel un second Pasteur penché sur la détresse des fermes et des ranches, M. Ellis tint à assurer la cure aussi bien que le diagnostic.

Voici, à titre d'exemple, une histoire de cas rapportée par le Maître: Le 26 juin 1926 une jolie vache (que j'appellerai Caillette)

est soumise à l'examen. On fait à son propriétaire le rapport suivant: *Tuberculose* 100%; *infection streptococcique*, 51%. Puis on la soigne au thérapeuticon. Le 7 juillet, nouvel examen, qui révèle cette fois: *Tuberculose*, 0; *streptococcie* 8½.

Tuberculose, néant; cela veut dire que Caillette, saturée de tuberculose, fut complètement guérie en moins de quinze jours. Vous croyez ça? Moi, pas.

.....

Astreignons-nous toujours à suivre le grand homme dans sa marche triomphante à travers le temps, mais payons-nous cependant le luxe d'un repos de quelques années. Et puis, chaussant les bottes de l'Ogre, rejoignons M. Ellis en l'an de grâce 1933.

Voilà qu'il parle un tout autre langage, comme je l'ai démontré dans mon dernier article. Il se sépare de ceux qui professent la théorie ondulatoire de la maladie, promulguée par Albert Abrams; il doute qu'il soit possible de déterminer la périodicité des ondes émanant d'individus malades; il nie que nous puissions, avec les moyens dont nous disposons présentement, « interférer » avec les radiations pathologiques; il déclare « que ces ondes n'existent pas, ou bien qu'elles nous échappent encore »; il met au crédit du Hasard des résultats que les abramisants attribuaient aux géniales découvertes de leur maître; il signale que les cures imputables à l'instrument désuet que l'on vendait sous le nom d'Oscilloclaste, ou à des modèles dérivés d'icelui, sont plutôt fortuites; il accuse le docteur Abrams d'avoir fait de l'esbrouffe; il parle de « mages et de diseurs de bonne aventure »; et puis enfin, pour couronner ce bel édifice critique, il se moque plaisamment de ceux qui ont affiché la prétention de savoir choisir l'aliment ou le médicament approprié à chaque cas, et il leur dit que leurs techniques n'étaient que mise en scène.

Je vous le demande, que penser de cet homme??? C'est un grand converti, dira-t-on; c'est Paul, c'est Augustin . . . Laissez-moi rire. Le fils de Monique confesse avoir fréquenté les mauvais lieux. On ne se douterait guère, à la lecture des tracts pseudo-scientifiques

de l'Ellis seconde manière, que cet homme a vécu dans les plus mauvais lieux de la médecine contemporaine et qu'il s'y est tenu, non point pour s'amuser mais pour faire de l'argent. Quant à Paul de Tarse, il a eu soin de nous dire comment il fut converti sur la route de Damas. Ellis, lui, pose à l'homme qui a toujours vu clair. Et il continue de marcher sur le chemin de . . . Ramasse. Pouah!

Combien d'appareils « microdynamométriques » furent vendus en 1933, et ce qu'ils rapportèrent au fabricant, je ne saurais dire. Toujours est-il qu'au début de l'année 1934 *The Journal of the American Medical Association*, dans un article intitulé « *Micro-Dynamics. One of the outgrowths of the Electronic Reactions of Abrams* », jugea bon de mettre en garde la masse des médecins américains, qui cherchent à bon droit dans cette publication des armes contre l'hydre du Charlatanisme. La substance de cet article étant incorporée aux miens, je me crois dispensé de le citer plus au long.

Comme bien on pense, le savant qui venait de faire peu neuve se fâcha tout rouge. Une feuille volante intitulée « *Special Laboratory Bulletin No 17* » parut sans retard. L'auteur y insinua que l'American Medical Association avait jadis endossé ses recherches scientifiques en lui permettant d'exhiber ses machines lors d'un congrès, et en insérant ses annonces dans le J. A. M. A.

Sur quoi le journal confia à son *Bureau of Investigation* le soin de remettre les choses au point. Et voici ce qui parut dans le numéro du 17 février 1934:

« Monsieur Ellis semble vouloir insinuer deux choses dans le paragraphe que nous avons reproduit. D'abord il laisse entendre que l'A. M. A., dans son organe officiel, a fait paraître des réclames exaltant tous les cocasses instruments mis sur le marché par les laboratoires qu'il dirige. Et puis il veut faire accroire que l'article que nous avons publié récemment réflète le dépit de notre journal, à qui il aurait retiré son patronage. A tout cela, nous répondons que le journal n'a jamais annoncé les instruments dont il est question dans notre mise en garde. M. Ellis s'est vu, et se verra désormais, fermer la porte au nez. Il est vrai que nous avons laissé paraître

quelques semaines d'affilée, une réclame de la Ellis Manufacturing Company. Il n'y était question que d'une lampe à arc au charbon. N'ayant mentionné que ce seul dispositif, M. Ellis put habiter nos colonnes du 24 mars au 30 juin 1928. Entre temps notre *Council of Physiotherapy* faisait enquête. Non seulement l'appareil lui-même était jugé inacceptable, mais encore et surtout: les enquêteurs déclaraient que les tactiques de la compagnie étaient contraires à l'intérêt public. »

« Au reçu de cette fin de non-recevoir, M. Ellis essaya de crâner. Il commença par dénoncer le contrat qui le liait à nous; précaution pour le moins inutile, puisque nous l'avions devancé. Puis il se ravisa et voulut rester avec nous. On lui fit assavoir que le journal lui était fermé. »

Ainsi donc, en 1934 Ellis ment pour la troisième fois. En 1935 paraît la quatrième édition de son *Microdynamics*. Je me la suis procurée il y a quelque temps déjà, et j'ai eu la curiosité de la comparer à l'édition princeps, paragraphe par paragraphe, ayant soin de noter en cours de lecture toutes les retouches, additions et suppressions.

Travail fastidieux et parfaitement inutile, dira-t-on. Que non! travail amusant, qui a achevé de me convaincre que j'avais eu raison d'entrer en lice contre un homme qui n'a rien de commun avec les chercheurs vraiment dignes du nom, contre un homme dont les écrits pseudo-scientifiques constituent une véritable insulte à la profession médicale.

L'édition la plus récente compte quelques chapitres nouveaux, et l'auteur a interpolé plus d'une notule tendancieuse dans le texte réimprimé.

Le chapitre liminaire, qui est entièrement neuf, sent le chloroforme à plein nez. Mister Ellis y cite les opinions d'hommes tels que Crile, Carrel, Edison, etc. Un bel exemple de magisterdixite, comme dirait l'autre. Et qu'affirment-ils, ces maîtres? Voyons un peu: « *Crile has publicly stated that the medical man of the future (sic) will tune-in (sic) on the living body as one does now on*

the ordinary radio. By listening in to the short waves transmitted by the various organs, he will hear the symphony played by the living organisms (. . .) Long before (sic) there is any outward evidence of disease, the physician-radio-engineer (sic) will thus be enabled to tell by the reception of the life-waves (sic) whether they are playing a melody of health or signalling an S. O. S. »

Qu'y a-t-il dans ce passage qui fasse tant plaisir à M. Ellis? Ce ne saurait être l'assurance d'un Crile postulant l'existence des ondes humaines et prédisant qu'elles pourront bientôt être syn-tonisées au moyen d'appareils appropriés. En effet, quelques pages plus loin, dans son premier chapitre encore, notre homme prend à partie ceux qui ont pu croire que c'était arrivé.

Alors, qu'y a-t-il donc dans ce qu'on vient de lire qui fasse se pâmer d'aise l'ingénieur de Chicago? Vous l'avez deviné, c'est l'allusion au rôle prépondérant que le *physician-radio-engineer* est appelé à jouer, rôle qui consistera, le plus souvent, à faire des diagnostics « longtemps avant l'apparition des signes sensibles de la maladie ».

Pour mieux nous bourrer le crâne M. Ellis ajoute aux déclarations sibyllines d'un Crile des extraits d'un discours prononcé par le directeur d'une école de génie civil, où l'ingénieur d'aujourd'hui est à juste titre magnifié. Le cher homme qui a battu monnaie avec sa nourrice d'atomes malades, son Indicateur, sa Jauge, son Quantomètre, son Raydion pour vaches et le Tricho de ses louches employeurs, le cher homme nous invite à méditer sur la tirade suivante: « La tâche fondamentale de l'ingénieur est d'arracher la vie économique à l'à-peu-près aussi rapidement que le permettent les découvertes scientifiques. Nous avons par tradition un beau devoir à remplir. Nous voulons que le magistère de la Science prévale partout où règne présentement l'aveugle intuition. Nous ne sommes ni doctrinaires, ni révolutionnaires. Nous nous tenons debout sur le roc des faits, de l'expérience. »

Soit; nous allons méditer là-dessus . . . Pour commencer, il est bien entendu, n'est-ce pas? que le professeur Wickenden ne son-

geait aucunement à F. C. Ellis lorsqu'il prononça ses fières paroles. Et puis, rien ne nous oblige à croire que l'éminent « Prof » pensait à la faillite du corps médical lorsqu'il proclama que la « Job » (sic) principale de l'ingénieur du temps présent est de refaire la société.

Ce qui est advenu à l'Humanité parce que trop peu d'humains ont su faire contrepoids à la redoutable puissance de l'Ingénieur, nous médecins, le savons très bien. Et nous nous consolons de nos impuissances (voire même de nos errements) en écoutant les moralistes dévoyés, les sociologues incompetents, les politiciens véreux et les doctrinaires irresponsables des cinq parties du monde brailler sur tous les tons le fameux « *Je n'ai pas voulu cela* ». — Nous médecins, pris en masse, n'avons voulu que le bien et nous n'avons fait que du bien. Mais

(A suivre)

Un assortiment complet de LIVRES MÉDICAUX ET SCIENTIFIQUES,
comportant les dernières éditions et les ouvrages les plus
récents en provenance des Editeurs suivants:

F. Alcan - J. B. Baillière & Fils - G. Doin & Cie - Expansion
Scientifique Française - Gauthier Villars - A. Legrand
N. Maloine - Vigot Frères - Masson & Cie

se trouve chez

J. EDDÉ Limitée, *Edifice New Birks*, — MONTRÉAL

▼

C'est un fait bien connu qu'à dose thérapeutique l'alcool est un antipyrétique et un stimulant diffusible. Il est surtout indiqué chez les alcooliques atteints d'une affection aiguë, dans les infections à forme adynamique avec asthénie cardiaque et dans la pneumonie.

●

Dans les
cas où le médecin jugera
nécessaire d'administrer l'alcool
sous forme d'eau-de-vie, le

COGNAC MONNET

se recommande particulièrement à
son choix. Le médecin est assuré
de prescrire alors un produit
vraiment supérieur.

▼

**iodaseptine
cortial**

TUBERCULOSE
PULMONAIRE CHRONIQUE
Doses fortes de 20 jours

ADENOPATHIES
DE L'ENFANCE
Dose de 10 jours

RHUMATISMES
CHRONIQUES
Doses fortes de 20 jours

SUPPRESSION DE LA DOULEUR
NI IODISME NI INTOLÉRANCE

LABORATOIRES
CORTIAL
15 B^o PASTEUR
PARIS (XV^e)

RHUMATISMES
AIGÛS

**iodaseptine
salicylée** UNIT

L'ACTION DE L'IODE A L'EFFET SALICYLÉ

DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...

SEPTICEMINE

ENTRAINE UNE CHUTE DE TEMPERATURE SANS CHOC

NI RÉACTION

LABORATOIRES CORTIAL . 15 BOUL^e PASTEUR . PARIS

Uniques distributeurs pour le Canada: MILLET ROUX & CIE



*Nous apportons un
soin particulier
aux prescriptions de
MM. les Oculistes.*

CARRIÈRE & SÉNÉCAL
LIMITÉE

Optométristes-Opticiens à l'Hôtel-Dieu

271 RUE SAINTE-CATHERINE EST, MONTRÉAL

Tél. LANcaster 7070

Ajustement des yeux artificiels

N'entamez pas vos économies
Servez-vous du
SYSTÈME BUDGÉTAIRE DUPUIS
pour faire vos achats.

Versez 20% comptant. Solde en 4 paiements mensuels.

Le bureau du Système Budgétaire Dupuis est au 6ième étage.

Dupuis Frères
LIMITÉE

MONTRÉAL

865 Ste-Catherine Est

- - -

PLateau 5151

*Nous télégraphions
des fleurs dans toutes
les parties du monde.*

| | |
|-----------|------|
| Bureau | 1253 |
| Ordre | 1366 |
| Résidence | 1918 |

BElair

Angéline Germaey

Artiste-Fleuriste



4051, RUE ST-DENIS, Coin Duluth

-

MONTRÉAL, Qué.

Bien faites et
ayant de la consistance



Les
**SWEET
CAPORALS**
sont irrésistibles

"La forme la plus pure sous laquelle le tabac peut être fumé." —*Lancet*

SERVICE DE VOITURES AMBULANCES
à la VILLE et à la CAMPAGNE,
JOUR et NUIT

Spécialistes dans le transport des malades et des blessés

GEO. VANDELAC LIMITÉE

Fondé en 1890

G. VANDELAC, jr.

ALEX. GOUR

DIRECTEURS DE FUNÉRAILLES
SALONS MORTUAIRES

120 RUE RACHEL EST, - - MONTRÉAL

Tél.: BElair 1717

Le dessert par excellence pour les fêtes

**Brique de crème glacée avec Arbre de Noël
ou Cloche au centre.**

En vente chez nos dépositaires, restaurateurs ou pharmaciens.
Vous pouvez aussi vous procurer nos Roulés aux Fruits et
Gâteaux Empire.

J. Joubert
LIMITÉE

Bureau-Chef:
4141, RUE ST-ANDRÉ

Téléphone:
FRontenac 3121

F. H. PHELAN

MARCHAND DE CHARBON INDÉPENDANT

à la tonne ou au wagon

Anthracite Gallois — Anthracite Ecosais

ANTHRACITE SCRANTON

"Buckwheat" et petites variétés.

Charbon bitumineux de première qualité.

HUILE À CHAUFFAGE

315, RUE COLBORNE, - - MONTRÉAL

Téléphone : MArquette 1270 et 1279

**"VOICI
pour votre
SANTÉ"**



NOURRICES

CONVALESCENTS

**PERSONNES
ÉPUISÉES**

**VICTIMES
D'INSOMNIE**

**DAWES CREAM
PORTER**

CHEZ TOUS LES EPICIERS LICENCIES

ENCOURAGEZ NOS IMPRIMEURS!

Thérien Frères
LIMITÉE

IMPRIMEURS - LITHOGRAPHES
GRAVEURS - IMAGIERS
ÉDITEURS - RELIEURS



« L'imprimerie est l'artillerie de la pensée »

334, RUE NOTRE-DAME EST, MONTRÉAL — TÉL. HARBOUR *5288

FINANCE

ADMINISTRATION

ASSURANCES

Guardian Finance & Investments Co.
AGENTS FINANCIERS

Spécialité : Assurances contre les risques professionnels

266 RUE ST-JACQUES OUEST . . . MONTRÉAL

GASTON RIVET, Gérant.

Tél. MARquette 2587

*Renseignez-vous auprès de vos confrères et demandez nos conditions.
Près de 300 médecins sont nos clients satisfaits.*

*Demandez notre brochure " L'INVENTAIRE DE LA MAISON ".
Elle vous sera envoyée sans frais sur demande.*

TABLE DES ANNONCEURS

| | Page | | Page |
|------------------------------------|-------|----------------------------------|--------------|
| Abbott Laboratories | IX | Hudson-Grenier | XXIV |
| Anglo-French Drug | III | Ilford X-Ray Films | VIII |
| Antiphlogistine | IV | Imperial Tobacco | XX |
| Association Jeanne-Mance | XV | J. J. Joubert | XXI |
| Banque Canadienne Nationale | XI | Lab. Poulenc Frères du Can. Ltée | XVI |
| Bière Dawes | XXII | Lechasseur Limitée | Couvert 3 |
| Canada Drug Co. | VI | Mallinckrodt Chemical Works .. | XI |
| Canada Starch Co. | VII | Merck & Co. | Couvert. 4 |
| Carrière & Sénécal | XVIII | Millet, Roux & Lafon .. | XII et XVIII |
| Casgrain & Charbonneau | XIII | Mowatt & Moore | VII |
| Ciba (Compagnie) | II | Oxygène du Canada (Compagnie) IV | |
| Cognac Monnet | XVII | Phelan, F. H. | XXI |
| Eddé, J. | I | Rougier Frères | XVI |
| Duckett, J. A. | VI | Sainte-Agathe-des-Monts | XV |
| Dupuis Frères | XIX | Société d'Administration et de | |
| Fleischmann (Levure) | V | Fiducie | II |
| Gernaey, Angéline, fleuriste | XIX | Thérien Frères Limitée | XXIII |
| Guardian Finance Co. | XXIII | Vandelac (Geo.) | XX |
| Herdt & Charton | XIV | Victor X-Ray | VIII |

Quartiers généraux du

TERRA PLANE-HUDSON

VENTES et SERVICE

Prenez rendez-vous avec nous pour examiner nos magnifiques modèles 1936, automobiles Terraplane et Hudson venez les essayer tenez le volant vous-même pour vous rendre compte pourquoi ces voitures surpassent celles de leur catégorie.

Si vous possédez un auto Hudson, Terraplane ou Essex, venez consulter nos spécialistes au sujet du service ou réparations.

Distributeurs

HUDSON-GRENIER

Motors Limited

2087 RUE STE-CATHERINE OUEST

Fitzroy 6383

UNE MISE ÉLÉGANTE EST UN PLACEMENT

La personnalité est assujettie aux dispositions aussi bien qu'à la beauté, à la mentalité aussi bien qu'à l'apparence. Un homme parle, paraît et agit mieux selon qu'il est bien ou mal disposé. Les vêtements contribuent au développement et au maintien de bonnes dispositions. Des vêtements de haute qualité accroissent le bien-être.

Fashion Craft fabrique des vêtements depuis trente ans. Faites un placement Fashion Craft... c'est un placement de bonne apparence !

Lechasseur limitée

3 MAGASINS COMMODÉMENT LOCALISÉS
ET LEURS GÉRANTS

974 S^TE CATHERINE O.

M. Jos. Boulanger

281 S^TE CATHERINE E.

M. Jean Fortier

375 RUE S^TE JACQUES

M. L. Lechasseur



PYÉLITE

L'ingestion de PYRIDIUM soulage rapidement les symptômes angoissants de la pyéélite et, très souvent, en raccourcit le traitement.

Le PYRIDIUM n'est ni toxique, ni irritant à dose thérapeutique.

La solution de PYRIDIUM pour les lavages du rein peut s'employer avec efficacité en même temps que les comprimés en ingestion.

MARQUE DE **P Y R I D I U M** FABRIQUE

LITTÉRATURE ENVOYÉE SUR DEMANDE

MERCK & CO. LTD., *Fabricants de produits chimiques*, MONTRÉAL