

PAGE

MANQUANTE

# Université-Laval de Montréal

FACULTÉ DE MÉDECINE

Clinique de l'Hôtel-Dieu.

Le diabète sucré

PAR M. LE PROFESSEUR J.-J. GUÉRIN

Messieurs,

Vous avez devant vous une malade âgée de 58 ans entrée à l'Hôtel-Dieu le 15 octobre, en état de prostration. Elle élimine, tous les jours, de 100 à 300 grammes de sucre et trois ou quatre litres d'urine.

Le début de la maladie remonte, dit-elle, aux premiers jours de mai : elle était au travail lorsqu'une défaillance soudaine l'arrêta et la condamna au repos. Depuis, l'asthénie est progressive, l'amaigrissement continu, la polyurie et la polydipsie augmentent. Elle remarque des taches blanchâtres déposées par l'urine sur ses vêtements, et des œdèmes intermittents aux extrémités.

Si nous interrogeons son passé : à 38 ans, une gingivite expulsive amena la chute de ses dents, puis vinrent des attaques répétées de furonculose, des troubles gastro-intestinaux et, dans les dernières années, des tendances aux lipothymies.

Mariée depuis seize ans à un éthylique, malheureuse en ménage, elle gagne péniblement sa vie à blanchir les parquets. Mère trois fois, deux de ses enfants vivent et sont vigoureux, l'autre est mort en bas âge.

Son père, sa mère, un frère et une sœur sont morts de complications cardiaques rhumatismales.

L'histoire clinique reste d'ailleurs négative, si l'on pousse plus loin les recherches, car sa mémoire fait défaut et son intelligence chancelle.

Avec ces données, passant à l'examen objectif, la vue de cette figure pâle, de cette peau sèche, de cette langue rouge, pileuse, vous indique l'état de déshydratation considérable de la malade. Sa surface de matité cardiaque agrandie, le choc et le bruit systoliques affaiblis, le pouls petit, hypotensif, le tout accompagné d'une hypothermie constante, notée sur la feuille de température, vous disent la grande détresse du cœur et l'insuffisance de l'irrigation sanguine. Poursuivant, l'hypertrophie de la rate et l'abolition des réflexes patellaires, vous révèlent en plus l'intoxication profonde de l'orga-

nisme. Enfin, sans trouver d'indications aux poumons, au foie, et terminant par l'examen de l'abdomen, surtout de la région pancréatique, siège possible de lésion qui pourrait expliquer la maladie : aucune masse ou résistance ne gêne la palpation.

Nous avons donc affaire à une évolution pathologique, dont la glycosurie permanente constitue le symptôme capital, celui qui implique le diagnostic de diabète. Toute glycosurie n'a pas la même signification : parfois consécutive à une insuffisance hépatique ou à une surcharge alimentaire, elle est alors transitoire ou intermittente, ce qui la distingue de la glycosurie diabétique, dont le caractère principal est la ténacité. Elle peut dépendre encore d'une pancréatite aiguë et rétrocéder avec cette dernière, comme nous en avons observé un exemple dernièrement auprès d'un jeune médecin attaché à l'Hôtel-Dieu. Les obèses même, voués au diabète en si grande proportion, ne sont pas exempts de ces états glycosuriques temporaires, mais il faut les redouter chez eux et prévenir les complications ultérieures.

Malgré sa permanence habituelle, il arrive néanmoins, qu'une diète sévère, ou certaines maladies fébriles intercurrentes, puissent juguler momentanément une glycosurie diabétique, mais aussitôt ces influences disparues, reparait, pathognomonique, l'élimination constante du sucre par les reins.

Le diabète est une maladie insidieuse, et les premiers signes passent souvent inaperçus, s'ils ne sont recherchés avec soin ; c'est parfois une gingivite expulsive, (nous l'avons notée chez la malade), une vulvite, une balano-posthite ; parfois une dermatose, favorisée par la présence du sucre sur la peau, un eczéma, un anthrax des furoncles : " Il faut toujours analyser les urines des personnes, qui souffrent d'anthrax ou de furonculose." En maintes circonstances, ce sont des prurits intenses, des sensations de fourmis courant sur le corps, des lésions oculaires, des troubles sensitifs ou moteurs, l'affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence :

Notre malade a remarqué, il y a six mois, des taches de sucre sur ses vêtements ; ainsi peut se révéler la glycosurie, l'un des symptômes cardinaux du diabète, avec la polyurie, la polydipsie et la polyphagie. Ces quatre symptômes se complètent ; en effet, le sucre très avide d'eau, l'attire et l'entraîne avec lui ; c'est pourquoi le volume des urines s'accroît, au point d'atteindre 3 ou 4 litres en 24 heures. La polydipsie est la conséquence de cette grande déperdition d'eau, elle compense la polyurie, et la soif sera d'autant plus vive que la déshydratation sera plus menaçante.

Dans le cas présent, il n'y a pas de polyphagie, mais elle existe ordinairement, et vient suppléer aux pertes de l'organisme ; les malades ont souvent une faim vorace, à tel point que les restaurateurs alarmés, préféreraient rétribuer leurs clients diabétiques, pour les induire à achalander la table du voisin.

Comme suite à la polyurie, il y a sécheresse générale des tissus ; la peau et la langue perdent leur humidité, la constipation apparaît. La sécheresse de la langue et de la cavité buccale est parfois si prononcée que les malades ont peine à parler ou à déglutir, et ressemblent à des paralytiques généraux.

Vous constatez ici l'hypothermie, elle s'explique facilement. En effet, l'hyperglycémie augmente la densité du sang, ralentit la circulation et diminue l'hématose : ces phénomènes ont leur répercussion sur la température.

La malade a 58 ans. Le diabète peut exister à tous les âges : plus fréquent entre 30 et 70 ans, il se rencontre chez les enfants, et même chez les nourrissons, mais plus jeune est le malade, plus grave est la maladie, et plus courte sa durée. Implacable pour l'enfance qu'elle foudroie en quelques semaines ou quelques mois, la glycosurie permanente respecte davantage les vieillards, et s'installe chez eux sans aucune apparence de nocivité.

C'est une maladie diathésique, la souche neuro-arthritique en est l'origine la plus fréquente ; les parents gravelleux, diabétiques, obèses, migraineux, arthritiques enfin, auront une descendance exposée à la glycosurie. Les ascendants névropathes, tabétiques, aliénés, hystériques, épileptiques ou autres, reconnaîtront leur tare, dans le diabète de leurs enfants. L'histoire familiale nous indique plutôt ici l'hérédité arthritique, car la malade a vu quatre de ses proches, mourir de complications rhumatismales.

Enfin, peuvent intervenir dans la genèse de la maladie, toutes les circonstances, qui ralentissent la nutrition chez l'individu, témoins : la bonne chère, les excès de table, la vie sédentaire ; c'est pourquoi, le diabète est relativement fréquent, chez les commerçants, les financiers, les hommes de profession, tous candidats à l'arthritisme.

Au nombre des causes occasionnelles, mentionnons les traumatismes des centres nerveux, les chagrins, les inquiétudes prolongées, toutes causes qui détruisent l'équilibre des échanges nutritifs. Les troubles domestiques, les émotions déprimantes, ont du participer chez notre malade, à l'évolution du syndrome.

Il existe deux variétés principales de diabète ; le diabète gras ou arthritique, le diabète maigre ou pancréatique ; le premier évolue en 5, 10, 20 ou 30 ans, l'autre en deux ou trois ans. L'amaigrissement coïncide avec la période de début dans le diabète maigre, il est tardif, n'apparaît qu'à la dernière phase, dans le diabète gras.

Ayant reconnu ici le neuro-arthritisme, nous sommes en droit de faire remonter le début de la maladie à la gingivite expulsive, et les symptômes nouveaux, apparus depuis six mois, entre autres l'amaigrissement, ne sont que la phase ultime d'un diabète gras, en évolution depuis 20 ans.

Comme toutes les maladies graves, le diabète s'attaque aux organes et compromet la vitalité des tissus : Le cœur est l'un des premiers exposé, et frappé de dégénérescence, il prépare le collapsus final. C'est à sa faiblesse cardiaque que la malade doit ces crises syncopales, et cet état de lassitude, qui lui ont suggéré sa venue à l'hôpital.

Le foie est rarement indemne ; il peut subir la dégénérescence hypertrophique pigmentaire, soit en fabriquant trop de pigments, soit en ne transformant pas, en pigment biliaire normal, le pigment sanguin altéré, qui s'agglomère dans son tissu. Ces pigments ocres, qui contiennent du fer, se répandent dans l'économie, et déterminent la mélanodermie du diabète bronzé.

Les reins sont aussi atteints secondairement, irrités par le passage du sucre et des toxines ; l'albumine apparaît alors dans les urines.

Les artères sont en souffrance, leur lumière est diminuée, elles peuvent même s'obstruer ; l'ischémie consécutive est l'origine de gangrènes : gangrène pulmonaire, non fétide, gangrène des pieds, assez fréquents. L'amputation est ici problématique et le plus souvent suivie de récurrence ; le médecin en consultation avec un chirurgien doit être très réservé, et ne consentir à l'intervention que si l'indication est formelle.

La pneumonie, les broncho-pneumonies, et surtout la tuberculose, sont des complications communes du diabète. Dans ces cas, sous l'influence de la fièvre, qui augmente les oxydations, la glycosurie s'atténue ou disparaît.

Toutes les infections sont graves chez le diabétique, le sucre y favorisant les fermentations.

Le mal perforant plantaire, la chute des ongles seraient dûs à des névrites périphériques.

Mais l'accident le plus redoutable, c'est la formation d'acétone dans le sang et les tissus, aux dépens des ma-

tières albuminoïdes, ou des détritits de glycose incomplètement comburés. L'acétonémie donne à l'haleine une odeur spéciale, alcoolique, chloroformique ; d'où l'importance pour le médecin de faire usage de tous ses sens, dans le diagnostic des maladies. Plusieurs, en effet, se font dépister par l'odeur que dégage le malade, témoins : l'acétonémie, l'urémie, l'alcoolisme, la fièvre typhoïde, le rhumatisme, la septicémie puerpérale, la diphthérie, etc.

L'acétonémie comme l'urémie a trois manifestations principales qui sont : 1. Une dyspnée spéciale, sans orthopnée, avec des inspirations longues et difficiles, et des expirations brusques ; 2. des troubles gastro-intestinaux ; 3. des accidents nerveux divers, dont le plus à craindre est le coma, signe probable de mort, à brève échéance, entre 15 et 48 heures. Si le coma prévient parfois sa victime, il la frappe souvent à l'improviste ; j'ai souvenance de plusieurs personnes, mortes ainsi terrassées, au milieu d'une santé, en apparence florissante, qui était loin de faire présager une fin funeste.

La pathogénie du diabète est obscure, et les théories sont nombreuses : nous vous dirons les principales :

C'est au foie qu'est dévolue la formation du glycogène, qu'il emmagasine et tient en réserve : le foie peut donc :

10. Fabriquer plus de glycogène qu'à l'état normal ;

20. Ne pas l'emmagasiner et le laisser passer dans la circulation ;

30. Ne pas transformer en glycogène normal, le glycose mal élaboré par la digestion ;

40. Enfin, le glycose, jeté en quantité normale, dans la circulation, peut ne pas être utilisé par l'économie, en totalité, et laisser un résidu qui produit l'hyperglycémie et la glycosurie.

Les théories essaient de résoudre ces problèmes :

D'abord la théorie nerveuse. Depuis Claude-Bernard, nous savons que la piqure du plancher du 4<sup>me</sup> ventricule détermine la glycosurie, de même que l'irritation des pneumogastriques, les traumatismes nerveux, etc. L'action du foie est sous l'influence du système nerveux qui, dérangé, peut détruire l'équilibre fonctionnel et faire apparaître le sucre, en amenant une vasodilatation paralytique des vaisseaux hépatiques ; vasodilatation qui favorise l'hyperglycogénie, ou permet le passage, sans arrêt, du glycose alimentaire à travers le foie.

D'autre part, Von Mering a constaté que l'extirpation totale du pancréas, chez le chien, produit la glycosurie permanente, tandis que le phénomène n'a pas lieu, à la suite de l'ablation partielle ; de là les théories pancréatiques :

Le pancréas secrète le suc pancréatique, qui modifie les matières amylacées de l'alimentation. Si le pancréas est malade, et partant, élabore un suc anormal, le glycose alimentaire ne subit plus les modifications nécessaires à sa fixation dans le foie et à son utilisation dans les tissus.

Ou bien, si le ferment n'est plus excrété dans l'intestin, à cause d'un calcul ou d'une obstruction néoplasique du canal de Wirsung, il peut se résorber dans le sang et, en passant au foie, aider la transformation du glycogène en glycose.

Enfin, Lépine (de Lyon), attribue au pancréas une double fonction : fonction externe par laquelle il fournit le suc pancréatique, fonction interne analogue à celle du corps thyroïde. Le pancréas serait une glande vasculaire sanguine, génératrice d'un ferment spécial, glycolitique, qui passe dans le sang et active l'assimilation du glycose. Et si la thyroïdectomie produit le myxœdème, en privant le sang d'une substance nécessaire à la nutrition, l'annihilation des fonctions du pancréas amène la glycosurie, en enlevant au sang ce ferment glycolitique nécessaire à l'utilisation du glycose.

Bouchard voit dans le diabète un trouble général de la nutrition, caractérisé par le ralentissement des échanges. Pour lui, il n'y a pas excès de formation de sucre dans le foie, mais diminution de l'avidité pour la dépense. Le système nerveux intervient en ralentissant la nutrition. C'est une maladie arthritique, avec diminution de l'alcalinité du sang.

Voilà succincte, la pathologie du diabète. Il nous reste à traiter, mais il faut l'avouer, la thérapeutique est peu efficace et ne vise que les symptômes ; elle consiste surtout en un régime diététique, d'où sont exclus les amylacés. Conseillez les exercices physiques qui activent les combustions ; permettez au malade de boire à satiété afin de compenser la déshydratation et favoriser l'élimination du sucre. Enfin, recommandez l'hygiène générale.

Comme médicaments, donnez les alcalins qui augmentent les oxydations et les opiacés, modérateurs de la soif et de la glycosurie.

(Leçon recueillie par Ludovic Verner.)

# Les altérations du pancréas dans le diabète

## Les Îlots de Langerhans

PAR C.-A. DAIGLE,

Agrégé à l'Université-Laval, assistant à la clinique  
médicale, médecin de l'Hôtel-Dieu

On a l'habitude de reconnaître, *en clinique*, trois variétés principales de diabète : le diabète nerveux, décrit par Claude Bernard ; le diabète gras ou arthritique, lié en général à l'obésité ; le diabète pancréatique ou diabète maigre, se rattachant à une lésion du pancréas.

Cette dernière variété, le diabète pancréatique, s'expliquerait par un mécanisme bien défini et serait accompagné de modifications anatomopathologiques très spéciales, lesquelles ont fait l'objet de nombreuses recherches au cours de ces dernières années.

On constata, d'abord, que l'ablation complète du pancréas déterminait, chez l'animal, un état absolument comparable à celui que l'on observe dans le diabète maigre chez l'homme : forme rapide et grave. On fut ainsi amené à rechercher les lésions existantes au niveau du pancréas dans le diabète. Les ayant constatées, on chercha à préciser davantage et on en vint à spécifier quels étaient les éléments de la glande plus spécialement atteints. De là une série de travaux extrêmement intéressants, et l'édification de théories qui, très satisfaisantes pour l'esprit, sont appuyées sur des faits d'une incontestable valeur.

Avant d'exposer ces opinions et ces faits, il sera utile de rappeler succinctement l'anatomie et la physiologie du pancréas, du moins quant aux points qui se rattachent immédiatement à la question.

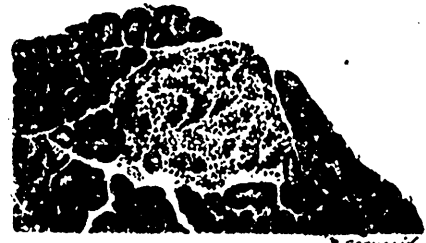
### LE PANCRÉAS NORMAL

Le pancréas est une *glande en grappe* composée, dans laquelle on distingue un canal excréteur : canal de Wirsung, une série de fins canaux branchés sur le canal principal qu'ils relient aux lobules, ces derniers irrégulièrement polyédriques, ayant un diamètre de un à plusieurs millimètres, appendus, pédiculés comme des grains, lesquels sont noyés dans une nappe de tissu cellulo-adipeux qui les sépare les uns des autres.

A la coupe, on y distingue les *cavités sécrétantes* tapissées par les cellules principales disposées en une seule assise, reposant sur une basale et les cellules controcineuses formant un revêtement adossé à la couche des cellules principales ; on y distingue en plus les îlots de Langerhans, décrits par ce dernier en 1869.

### LES ÎLOTS DE LANGERHANS

On a remarqué, *entre les sucres* glandulaires sécréteurs, des nodules ayant une teinte plus pâle, ce sont les îlots de Langerhans. A la coupe, on les voit comme des *espaces clairs* très nettement limités, se colorant beaucoup moins vivement que les cellules avoisinantes. Ils ont une forme arrondie avec un diamètre de 100 à 300 micros. Ils sont nombreux ; on en compte jusqu'à 150 par centimètre carré. Les limites cellulaires mêmes sont peu accusées, le noyau est riche en chromatine, le cytoplasma brillant, homogène, présente en certains points, au contact des vaisseaux, de fines granulations. Les îlots sont alimentés et desservis à part par des capillaires qui se terminent en bouquets glomérulaires.



No 1.—Pancréas normal. On voit les acinis glandulaires et un îlot de Langerhans

### SÉCRÉTION INTERNE

Le pancréas serait une glande à double fonction. On l'a d'abord connu comme glande à sécrétion externe, dont le produit déversé dans l'intestin sert à parfaire les actes de la digestion, d'où le nom de glande salivaire abdominale qui lui fut donné.

Il appartiendrait, en outre, à la catégorie des glandes à sécrétion interne, comme la thyroïde, la surrénale, la rate, le foie. Il fabriquerait un ferment spécial, lequel, déversé dans le sang, présiderait à la destruction du glycose, d'où le nom *ferment glycolytique*. Il existerait ici une analogie avec le foie qui préside le premier au métabolisme des hydrates de carbone que le pancréas serait chargé de compléter par la suite.

Lequel des éléments anatomiques qui composent la glande présiderait à la fabrication du ferment glycolyti-

que et remplirait le rôle de glande à sécrétion interne ? Ce serait l'îlot de Langerhans dit îlot endocriné, qui vient d'être décrit.

Il est intéressant de suivre la série des faits et expériences qui ont permis d'en arriver à cette conclusion.

### EXPERIMENTATION SUR LES ANIMAUX

On avait constaté que l'enlèvement du pancréas déterminait chez l'animal un syndrome d'insuffisance pancréatique aiguë, comparable à celui que l'on observe dans le diabète maigre chez l'homme.

On prétendit que la chose pouvait trouver son explication dans la perturbation nerveuse occasionée par le traumatisme.

Il fut démontré qu'en laissant intacte une très légère portion de la glande, la même perturbation ne se produisait pas.

Il fut démontré, en outre, qu'en pratiquant une greffe du pancréas, même très minime, sous la peau de l'animal en expérience, le sucre n'apparaissait pas dans les urines.

On finit par acquérir, avec le temps, la conviction que le diabète, persistant jusqu'à la mort, ne pouvait être produit chez les animaux que par une seule méthode : l'extirpation du pancréas. C'est un fait très remarquable, qui peut être affirmé avec emphase après un siècle d'expériences, dit Opie.

Si l'ablation de la glande fit constater l'existence de la glycosurie, la simple *ligature du canal* de Wirsung fit constater un autre fait également intéressant. Cette ligature déterminait une atrophie de l'organe, atrophie qui respectait les îlots endocrines de Langerhans, et il n'y avait pas de glycosurie.

On soumit les animaux à une alimentation riche en hydrates de carbone ; on observa que les cellules des îlots devenaient beaucoup plus granuleuses, ce qui apparut comme l'expression d'une activité fonctionnelle plus grande, nécessitée par l'apport plus considérable des éléments hydrocarbonés au niveau du sang.

Deux faits semblent donc acquis par l'expérimentation : 1o. L'ablation de la glande détermine la glycosurie permanente ; 2o. Cette glycosurie est due à la disparition des îlots de Langerhans.

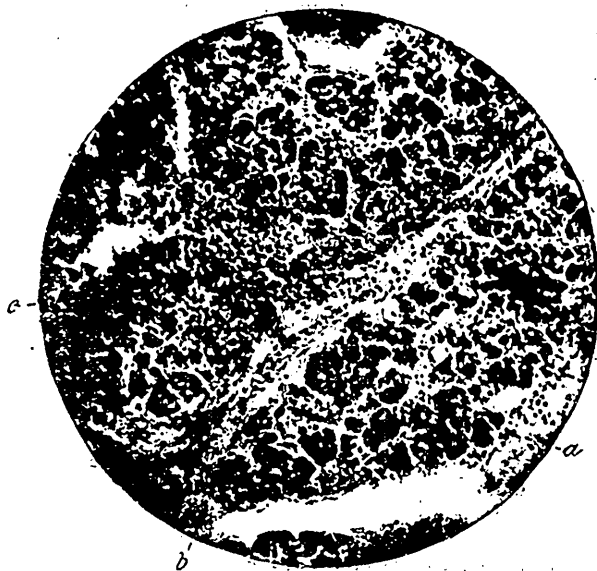
### CONSTATATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

De la salle d'expérimentation on passa à la salle d'autopsie. On rechercha avec plus d'insistance les lésions du pancréas au cours du diabète. On trouva

qu'elles étaient fréquentes et qu'elles existaient là où toute lésion d'une autre nature, en particulier du système nerveux, était douteuse. On constata qu'elles correspondaient à des formes cliniques spéciales de la maladie, on fut amené par là à reconnaître la classe dite des diabètes pancréatiques.

Cependant l'examen macroscopique des pièces parut quelquefois contradictoire. Le microscope fit voir alors des lésions insoupçonnées, en particulier l'altération ou la *disparition des îlots* de Langerhans. Ces altérations existaient dans certains diabètes, surtout dans les diabètes maigres. D'où la conclusion que ces diabètes relevaient de la destruction des îlots endocrines ou à sécrétion interne, conclusion très logique si on admet que ces îlots président à l'élaboration du ferment glycolitique, agent de la destruction du glycose dans le sang.

L'exposition détaillée de ces faits serait ici trop longue ; le temps et l'espace faisant défaut, nous y reviendrons plus tard avec plus de détails.



No 2.—Altérations du pancréas chez un diabétique. a. Atrophie des acini glandulaires altérés.—b. Sclérose trabéculaire.—c. Infiltration de cellules inflammatoires.

### FRÉQUENCE ET VARIABILITÉ DES LÉSIONS PROCESSUS DE SCLÉROSE

Des observations relevées au cours des différentes statistiques établies dans ces dernières années, il résulte que des altérations du pancréas ont été notées dans une forte proportion des cas ; ce qui a conduit certains observateurs à penser que l'altération du pancréas pouvait se trouver à l'origine de tous les diabètes.

Ces lésions, au premier abord, étaient complexes et d'aspect varié. C'étaient des lésions inflammatoires, divers types de pancréatites chroniques, associées à des altérations cellulaires, telles que l'infiltration graisseuse, la nécrose, l'atrophie, etc, en concomitance, parfois, avec des calculs, des kystes, des hémorragies, des abcès etc.

Les lésions de sclérose furent classées en deux variétés : l'une à prolifération interlobulaire épargnant les îlots de Langerhans, du moins au début ; l'autre à prolifération interacinéuse, *envahissant d'emblée les îlots*. Cette dernière variété existerait avec le diabète maigre, expression clinique de l'insuffisance Langerhansienne.

### LÉSIONS LANGERHANSIENNES. — ALTÉRATIONS DES CELLULES ENDOCRINES

Inconstantes dans le diabète gras, faisant défaut dans les glycosuries d'origines nerveuses et toxiques, ces lésions sont souvent associées à d'autres altérations, mais elles peuvent exister seules, sans autres modifications apparentes du côté de la glande.

Elles consistent en congestions, hémorragies, scléroses péri ou intra langerhansiennes atrophies, quelquefois hypertrophies, dégénérescences hyalines, cytolyses, infiltrations graisseuse et pigmentaire, nécrose.

A la suite de ces diverses altérations, on ne voit plus que des amas de cellules atrophiquées, des zones de dégénérescence hyaline ou des blocs fibreux, vestiges des îlots de Langerhans.



No 3.—Diabète maigre. Vestige des îlots de Langerhans

Ces lésions destructives ont une importance variable. Parfois quelques îlots seulement sont atteints, il y a diminution en nombre ; mais il arrive que toutes ces formations sont simultanément atteintes, on observe alors leur disparition complète. Il y aurait, suivant le cas, simple amoindrissement des fonctions ou disparition totale de la glande à sécrétion interne.

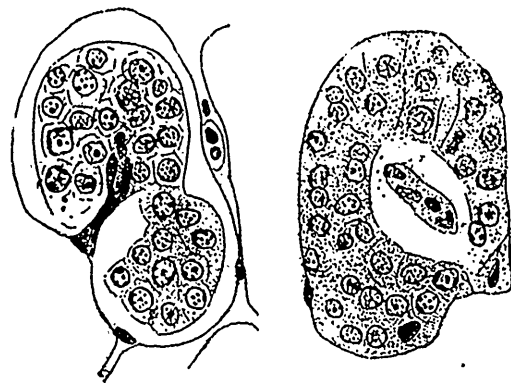
Les dégénérescences, la diminution ou la disparition des îlots ont été constamment observées dans les autopsies de diabète maigre. Ces altérations n'ont jamais été retrouvées dans les maladies aiguës ou chroniques sans qu'il y eut glycosurie concomitante. Certaines lésions

de sclérose ont été observées dans d'autres maladies, mais sans destruction des îlots. Chez les cachectiques où il y a atrophie du pancréas, on ne trouve ni liquéfaction, ni diminution en nombre, ni destruction des îlots, s'ils n'ont pas présenté de glycosurie ; chez les vieillards malgré des scléroses périvasculaires parfois intenses, les cellules glandulaires persistent.

Le rôle et la signification des îlots de Langerhans, restés longtemps un problème si difficile à résoudre, semblent éclairés par ces faits nouveaux. On peut raisonnablement conclure, à la lumière de ces faits : que le pancréas est bien une glande à sécrétion interne, que les îlots de Langerhans président à cette fonction, que le métabolisme normal, la destruction du glucose au niveau du sang est sous la dépendance de cette fonction.

### LÉSION DU PANCRÉAS EN RAPPORT AVEC LES DIFFÉRENTES FORMES DU DIABÈTE

Quelques uns veulent que le diabète soit, dans presque tous les cas, d'origine pancréatique. Cependant on ne peut nier qu'il y ait des groupes dans lesquels aucune modification du pancréas ne peut être constatée.



No 4.—Diabète gras. Îlots de Langerhans

Mettant de côté le *diabète-nerveux*, dont les cas les plus typiques ont trait à des lésions bulbo-protubérantielles : hémorragies, ramollissement, abcès, plaques de sclérose, gommages, tumeurs, affectant le plancher du quatrième ventricule, il resterait à établir les relations pouvant exister entre le *diabète gras*, diabète constitutionnel et les altérations du pancréas.

On mentionne, d'ordinaire, comme seule lésion à noter dans le diabète arthritique ou constitutionnel, l'altération du sang, l'augmentation de la teneur en sucre, l'hyperglycémie. D'après les constatations de ces dernières années, le pancréas, dans le diabète gras, est par-

fois normal ; il présente, parfois, des lésions plus ou moins étendues de sclérose, d'infiltration graisseuse, des hémorragies, des zones nécrotiques ; ces lésions respecteraient d'ordinaire les îlots de Langerhans. Inconstantes puisqu'elles n'existent pas chez tous les diabétiques, ces lésions, plutôt banales, puisqu'on les observe dans d'autres maladies, dans les intoxications, les affections chroniques, la vieillesse, ne présenteraient pas un caractère spécifique bien établi ; il est difficile, à la vérité, de démontrer qu'il existe une relation de cause à effet entre leur présence et le syndrome d'hyperglycémie.

Reste le *diabète maigre*, le diabète pancréatique proprement dit, auquel se rattache la destruction des îlots de Langerhans.

### OBSERVATIONS

Citons deux cas, entre beaucoup d'autres, absolument typiques, illustrant les opinions émises dans cette revue de la question et en appuyant les conclusions.

*1er cas.*—X., 52 ans, alcoolique, obèse, glycosurique depuis cinq ans : polyurie, polydipsie, polyphagie. *Diabète gras*, lent, bénin. Une congestion pulmonaire provoque la mort. Autopsie : pancréas siège d'altérations macroscopiques : épanchements sanguins, etc. Histologiquement : ecchymoses, infiltration graisseuse, sclérose ; cependant intégrité parfaite des acini, *îlots de Langerhans* aussi nombreux, aussi volumineux qu'à l'état normal, pas de sclérose interlangerhansienne.

*2me cas.*—X., 32 ans, ébéniste, pas d'hérédité morbide ni hystérie ; brusquement polydipsie : 18 litres par jour, polyphagie, polyurie : 8 litres par 24 heures, 57 grammes de sucre. Amaigrissement extrême, asthénie profonde. *Diabète maigre*, grave, rapide : œdème aux membres, tuberculose pulmonaire termine la scène, durés totale 24 mois. Pancréas macroscopiquement intact. A l'examen microscopique : intégrité parfaite des acini. Par contre les *îlots endocrines* sont presque complètement *disparus*. (Thoinot et Delamare.)

### CONCLUSIONS

Les lésions du pancréas, chez les diabétiques, s'observent dans un grand nombre de cas.

Il semble que tous les diabètes ne peuvent être attribués à des lésions de pancréas.

Il est difficile d'affirmer que certaines lésions du pancréas, celles observées parfois dans le diabète gras, sont des causes provoquantes et efficaces de glycosurie.

Certains diabètes à forme spéciale, diabètes maigres,

à évolution rapide et grave—*véritables diabètes pancréatiques*—sont dus à des lésions du pancréas.

La destruction des îlots de Langerhans, îlots endocrines ou à sécrétion interne, semble provoquer l'apparition de cette variété de diabète.

P.S.—Nous devons ajouter cependant que cette dernière conclusion, malgré de très fortes raisons à l'appui, n'est pas acceptée de tous sans conteste. La discussion se fait et se continuera, il est probable un certain temps encore au sujet du rôle des îlots de Langerhans.

On admet qu'ils sont organe de sécrétion interne mais on discute leur intervention dans la genèse du diabète ; ce qui nous autorisera peut être à revenir sur la question.

---

## Les régimes des diabétiques

---

Nous ne saurions mieux compléter cette étude sur le diabète qu'en analysant pour nos lecteurs la thèse que vient de soutenir M. Chauvois devant la Faculté de Paris, sur la diététique du diabète.

En comparant, chez deux diabétiques longuement étudiés jour par jour dans le service du professeur Landouzy, l'évolution de la glycosurie aux variations du régime alimentaire, l'auteur est arrivé aux constatations suivantes, confirmatives des idées récemment émises par Marcel Labbé.

Dans tous les cas de diabète sans dénutrition, diabète gras, dit arthritique, l'auteur a vu qu'en réduisant suffisamment la part des hydrates de carbone dans l'alimentation, on faisait disparaître la glycosurie ;

Qu'il n'était pas nécessaire, toutefois, pour obtenir ce résultat, d'interdire complètement les aliments hydrocarbonés, et que les diabétiques de ce type étaient capables d'en tolérer chaque jour une certaine quantité, variable suivant les cas, mais exprimée par chaque malade par une valeur assez fixe et assez constante qu'on nomme la *tolérance réelle* ;

Qu'il suffisait de ramener, chez un diabétique sans dénutrition, l'ingestion hydrocarbonée au-dessous de sa tolérance pour obtenir, au bout d'un temps plus ou moins long, la disparition complète de la glycosurie ;



mais qu'aussi il suffisait d'élever l'ingestion hydrocarbonée au-dessus de cette valeur pour faire reparaître la glycosurie et tout le syndrome du diabète sucré.

L'auteur a constaté encore que, chez ces mêmes diabétiques, l'ingestion abondante de viandes et de graisses, tout en faisant reprendre du poids et des forces aux malades, n'avait aucun effet sur la glycosurie.

La quantité des hydrates de carbone ingérés est donc ce qui importe le plus dans le régime des diabétiques. Cependant il y a lieu aussi de tenir compte de la *qualité*.

Certains amidons sont, à dose égale, mieux supportés que d'autres. Des recherches avec M. Labbé ont permis d'établir l'échelle de tolérance suivante, en commençant par les hydrocarbures les mieux tolérés : pommes de terre, farine d'avoine, macaroni, marrons, riz, haricots, lentilles, pois, lait, pain, sucres.

En résumé, les principes suivants doivent diriger le régime des diabétiques :

1o Pendant la cure de l'hyperglycémie, la quantité d'hydrates de carbone permise aux malades devra être inférieure à leur tolérance pour les forcer à brûler et à éliminer les réserves accumulées dans le sang et les tissus ;

2o Dans les périodes d'aglycosurie, l'alimentation hydrocarbonée ne devra jamais s'élever au-dessus de la tolérance,

3o Dans l'un et l'autre cas, on s'adressera de préférence aux aliments hydrocarbonés les mieux tolérés.

Ce régime—régime de Marcel Labbé—qui tient en apparence des régimes de Bouchardat et de Cantani, s'en distingue profondément.

Parce qu'il n'exclut pas complètement les hydrates de carbone, mais se contente de les réduire dans de justes proportions ;

Parce qu'il détermine la ration permise d'hydrates de carbone d'après un principe extrêmement nouveau : le calcul de la tolérance propre à chaque malade ;

Parce que, dans les aliments hydrocarbonés, il établit un ordre de préférence d'après les résultats donnés par l'étude de leur tolérance comparée ;

Parce qu'enfin il s'occupe également de fixer la quantité permise des aliments carnés ou gras, en raison des besoins de chaque individu, et qu'il n'autorise pas l'usage de ces principes en quantité excessive ou illimitée, dans la crainte d'abus pernicieux pour les fonctions digestives et pour la santé générale du diabétique.

## Le Dr Fernand Monod

Notre secrétaire et ami, Fernand Monod vient de nous quitter pour rentrer définitivement en France. Pour qui connaissait le Dr Monod, pour qui le savait resté si attaché à son Paris, ce retour au pays des siens, au foyer de sa jeunesse, à cette colline de Sto-Genève témoin de ses concours heureux pour l'internat et le prosectorat, ce retour n'a rien que de très naturel.

Les tristesses d'une forte épreuve l'avaient engagé il y a quelques années à venir chercher aux lointains du Canada un peu de ce changement d'horizons nécessaire parfois aux plus vaillants.

Aujourd'hui la nostalgie du terroir jointe aux appels pressants d'un père dont les épaules faiblissent sous une tâche trop lourde, le ramènent au pays natal : c'était à prévoir. La nature a de ces retours auxquels bien peu échappent.

Les amis que Fernand Monod s'était acquis regrettent son départ. Nos lecteurs manqueront également ses articles, qu'il écrivait d'une plume aussi enlevante que convaincue.

Monod, en apportant sa collaboration au Journal de Médecine et de Chirurgie, avait été poussé par un sentiment aussi net que profond. Il l'écrivait lui-même et nous le rappelait dernièrement encore : "Je voulais donner mon apport disait-il, pour ressusciter en milieu canadien-français, le journalisme médical large et progressif, ouvert aux collaborations sérieuses de toutes nuances, où toutes les opinions auraient avec le droit au respect le droit de cité, fussent-elles exprimées avec sincérité et modération."

La pierre en roulant a amassé mousse, quoiqu'en dise le proverbe, et aujourd'hui le Journal de Médecine et de Chirurgie, grâce aux collaborations nouvelles venues en différents temps apporter leur concours aux ouvriers de la première heure, le Journal de Médecine et de Chirurgie, disons-nous, a atteint son but.

En effet tout membre de la profession est certain de trouver la plus cordiale hospitalité dans nos colonnes pourvu que sa communication soit de bon ton. La franchise et l'indépendance ont droit de respect sinon d'approbation, toujours. Le grain de senevé a poussé, et la moisson est déjà des plus satisfaisantes.

Le Dr Monod continuera sa collaboration active. L'intérêt qu'il porte à l'idée française en est le meilleur garant.

Les meilleurs souhaits de ses amis canadiens accompagnent le Dr Fernand Monod.

Un avenir de succès attend celui qui fut le brillant lauréat de la Faculté de Paris.

LA RÉDACTION.

## Narcose électrique

Jusqu'à ces temps derniers, nous n'avions à notre disposition pour produire le sommeil que l'hypnotisme ou les agents chimiques, ether, chloroforme, morphine. Mais la biologie expérimentale, toujours à la recherche de nouveau, a découvert quelque chose d'inédit : et cette fois le pouvoir hypnotique est l'électricité. Les travaux du professeur Leduc, de Nantes, les expériences du Dr Rabinovitch rapportées dans l'*American Journal of Exper. Physiology*, la discussion récente sur cette méthode qui vient d'avoir lieu devant la Société Médicale de New-York, montrent l'actualité de la question. Voilà pourquoi la Société Médicale de Montréal avait invité ses membres à entendre une communication sur le sujet, par le Dr Parizeau, professeur à l'Ecole Polytechnique. Voyons donc, d'après les travaux parus et l'expérimentation, en quoi consiste cette hypnose d'un genre nouveau.

Les courants électriques employés pour la première fois par le professeur Leduc pour amener le sommeil, sont d'application nouvelle et constituent une véritable innovation en pratique biologique. Trois choses les caractérisent : ils sont intermittents—de basse tension—et de direction constante.

*Intermittents.*—En effet interrompus cent fois par seconde, et leur durée de passage n'est que de un millième de seconde.

*De basse tension.*—C'est dire d'un très faible voltage ; au-dessous de 10 volts chez les animaux et de 50 chez l'homme.

*De direction constante.*—Sans alternance, à l'inverse du courant urbain pour l'éclairage.

Ce courant Leduc, ou plutôt la méthode Leduc, va permettre des expériences toutes nouvelles, tandis qu'il sera un adjuvant précieux pour l'électro-diagnostic, par ce fait capital qu'il représente l'excitateur électrique le plus susceptible de mesure. Avec l'interrupteur Leduc, il est possible non-seulement de connaître le nombre des

interruptions à la minute, mais aussi de mesurer la durée du passage du courant de même que le dispositif permet d'en régler l'intensité.

L'électro-physiologie cérébrale n'avait fait que peu de progrès dans ces dernières quarante années,—depuis que Fritch et Hitzig avaient montré sur le cerveau l'existence de centres moteurs excitables par l'électricité. Jusqu'à von Ziemsen on ne regardait pas le cerveau comme conducteur facile du courant électrique : et c'est pourtant la substance la plus conductrice de l'organisme.

Pour amener le sommeil électrique il faut faire passer le courant d'avant en arrière et non de côté à côté, ce qui produit du vertige. A la région frontale on met l'électrode négative et la positive à l'épine d'orsale. L'inverse forcerait à employer un plus haut voltage, ce en quoi il y a danger. Naturellement les expériences premières furent faites sur des animaux. Mais leur succès engagea bientôt le Prof. Leduc à se prêter lui-même à ces expériences. Les deux tentatives personnelles du Dr Leduc sont les deux seules réalisées sur l'Homme. Je laisse à l'expérimentateur lui-même de vous en décrire les sensations.

“Tout d'abord la sensation produite par l'excitation des nerfs superficiels, tout en étant désagréable, est facilement supportable et se calme bientôt. Il se produit quelques trémulations fibrillaires, puis on sent un fourmillement à l'extrémité des doigts et dans la main, puis aux pieds. L'inhibition atteint d'abord les centres du langage, puis les centres moteurs et dès lors le sujet est dans l'impossibilité de réagir aux excitations, même les plus douloureuses. Lorsque le courant fut au maximum atteint, j'entendais encore comme dans un rêve ce qui se disait autour de moi, j'avais conscience de mon impuissance à me mouvoir et à communiquer avec mes collègues. Les sensations étaient émoussées comme celles des membres profondément engourdis. L'impression la plus pénible est celle de suivre la dissociation et la disparition successive des facultés. La force électro-motrice fut élevée à 35 volts. Dans les deux séances consécutives je restai 20 minutes sous l'influence du courant. A l'ouverture du circuit, le réveil est immédiat. On n'éprouve aucun effet consécutif, si ce n'est une sensation de bien-être et de vigueur physique.”

Telles sont les expériences fort intéressantes du Prof. Leduc, qui font augurer d'applications toutes nouvelles en électro-biologie et dont le diagnostic et la thérapeutique ne manqueront pas de profiter.

## Encore et toujours contre la tuberculose

La lutte contre la grande ennemie s'accroît chaque jour et prend d'avantage chaque année plus d'influence. Aussi, signalons-nous à nos lecteurs la réunion, en septembre prochain, du Congrès International de la Tuberculose à Washington D.C. Inutile de signaler que le concours de tous les pouvoirs est d'ores et déjà assuré au Congrès.

Nous lisons au programme officiel qui vient de nous être adressé, que ce Congrès sera réparti en sept sections.

1re section : Pathologie et bactériologie.

2e section : Etude clinique et thérapeutique de la tuberculose. Dispensaires, hôpitaux et sanatoriums.

3e section : Chirurgie et orthopédie.

4e section : La Tuberculose chez les enfants.

5e section : La Tuberculose au point de vue hygiénique, industriel, économique et social.

6e section : Le contrôle de la Tuberculose par l'Etat et la municipalité.

7e section : La Tuberculose chez les animaux et ses effets sur l'homme.

Les articles sur les sujets inscrits au programme officiel seront imprimés à l'avance, en français, en allemand, en espagnol et en anglais, et distribués le jour même de leur discussion.

Il sera tenu une exposition de tout ce qui peut intéresser non seulement la profession, mais aussi le public dans la lutte anti-tuberculeuse.

Des récompenses seront décernées par le comité aux exposants les plus méritants, sous forme de médailles, de diplômes ou de prix en argent.

Un prix de mille dollars en numéraire a été offert pour l'association privée, dont l'action, depuis le dernier Congrès en 1905, aura été reconnue comme la plus efficace pour combattre et prévenir la tuberculose.

Un prix de mille dollars en numéraire a été offert pour le projet du meilleur sanatorium pour le traitement de la tuberculose parmi les classes ouvrières ; ce projet devra être un projet détaillé, comprenant la construction, l'équipement et l'administration. Un autre prix de mille dollars en numéraire a été offert pour le

meilleur projet de maison ouvrière, disposée de façon à éviter la tuberculose.

Plusieurs prix de moindre valeur ont été offerts pour les feuilles et brochures consacrées à l'éducation médicale populaire. Ces prix sont destinés à encourager la production de nouvelles publications en cette matière.

Une médaille a été offerte pour le meilleur projet de campagne anti-tuberculeuse, dans n'importe quel Etat des Etats-Unis ; et une médaille pour le meilleur plan de lutte contre la tuberculose, présenté par tout autre pays que les Etats-Unis.

Nous remarquons avec plaisir que parmi les membres du Comité National Canadien figurent les noms de notre Doyen, le Dr E.-P. Lachapelle et du président du Comité d'Hygiène de la Cité, le Dr Dagenais.

Nous encourageons à l'avance nos collègues à prévoir la possibilité d'assister à ce Congrès, qui ne manquera pas que d'être intéressant à plus d'un point de vue.

## FEU H.-R. GRAY

Avec M. H.-R. Gray disparaît une des personnalités les plus connues du monde montréalais. Combien familière, en effet, était la silhouette du sympathique pharmacien, aux favoris du vieux squirre anglais, à l'allure si correcte, aux manières si remarquablement policées. Il semblait quelque gentilhomme d'un autre âge.

Essentiellement dévoué aux intérêts publics et professionnels, il se vit confier en maintes occasions des fonctions importantes. Elu au Conseil de Ville, il prit une part active à la protection des citoyens ; il fut tour à tour élu au conseil municipal, président du Bureau de Santé, fondateur puis président de l'Association Pharmaceutique, et fut finalement membre du Conseil de l'Instruction Publique.

Son désintéressement et son expérience lui avaient mérité ces témoignages d'estime de ses concitoyens. N'est-ce pas le meilleur que l'on puisse dire de lui ! A son fils, le Dr Dunstan Gray, notre collaborateur et ami, nous offrons l'hommage de notre sympathie.

## Les Sociétés Médicales

### Société Médico-Chirurgicale du District de St-Hyacinthe.

Présidence de M. J. E. Turcot.

Étaient présents ; MM. Auger, Birtz, Beaudry, P. Cartier, E. Choquet, F. A. Daigneault, J. C. S. Gauthier, P. P. Gatien, O. Jacques, A. Lafrenière, Lague. G. Lecomte, J. E. Michaud, W. Morin, Perrault, G. H. Turcot, J. E. Turcot, S. F. Vanasee.

Le procès-verbal de la dernière assemblée est lu et adopté.

#### COMMUNICATIONS

I.-M.-J.-C.-S. Gauthier : Secrets de la Pharmacopée.

Le savant conférencier nous démontre dans son travail que l'on peut fabriquer soi-même différentes préparations pharmaceutiques et cela, sans grandes difficultés et sans perdre beaucoup de temps ; que grand nombre de médecins, sinon tous, peuvent économiser par ce moyen des sommes assez considérables, qu'ils paient actuellement aux pharmaciens.

La moyenne des profits ainsi réalisés est environ de 3 à 400 p.c.

Ce travail intéresse vivement l'assemblée. Aussi M. le Président remercie M. le Dr. Gauthier au sujet de son article très pratique et lui demande de vouloir bien le faire imprimer afin d'en donner une copie aux membres de la Société Médicale.

II.—M. L. A. Beaudry présente ensuite un malade opéré, avec l'assistance de M. J. E. Turcot, d'une résection de genou : opération rendue nécessaire par une ankylose à angle aigu survenu à la suite d'une arthrite tuberculeuse.

III.—Intérêts professionnels.

M. G. Lecomte dit, entre autres choses, que la profession médicale devrait établir un tarif rémunérateur comme il en a été adopté un pour les professions du Droit et du Notariat.

M. le Dr Daigneault répond à ces remarques en disant que la Législature ne peut pas facilement établir un tarif, qui ne saurait convenir à tout le monde ; que c'est plutôt aux sociétés locales d'adopter un tarif particulier et de le mettre en pratique ; que tous les membres doivent tenir à le suivre au lieu de travailler au

rabais et de diminuer ainsi le revenu professionnel par leur propre concours.

M. le Dr Gauthier donne communication d'une correspondance qu'il a eu avec l'Assurance La Sauvegarde au sujet du tarif d'examen et montre comment il a pu se faire payer \$5 par examen malgré le tarif de \$3 établi par cette compagnie. Il exhorte ses confrères à faire de même.

M. Daigneault se lève ensuite et invite, avec M. Lemoyne d'Acton-Vale, les membres de la Société à venir les visiter le 6 Janvier en disant que tous deux seront heureux de les recevoir.

M. le Président remercie ces confrères de leur aimable invitation et accepte au nom de tous.

La séance est ajournée au mois de février 1908.

L. A. BEAUDRY,  
Secrétaire.

### Société Médicale de Montréal

SÉANCE DU 4 FÉVIER 1908

Présidence de M. Lésage

Membres présents : MM. Asselin, Boulet, Bourgeois, Bourgouin, Brisset, Barrette, Cléroux, Derome, Dion, Décarie, Ethier, Gervais, Lebel, Larancée, Lasnier, Mercier, Marien, Masson, Marcil, Rhéaume, Roy, Racicot, St-Jacques, Verner.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Lecture d'une lettre du Dr Villeneuve, surintendant de l'asile Saint-Jean de Dieu, annonçant aux membres de la profession médicale l'institution d'un bureau à l'Hôtel-de-Ville, où devront désormais être adressées les demandes des médecins pour les divers papiers nécessaires à l'admission d'un aliéné à l'asile.

Présentation de pièce anatomique, par M. O.-F. Mercier. Il s'agit d'un gros sarcôme du rein gauche, chez une petite fille de 6 ans, et dont l'histoire est intéressante à plus d'un point de vue. L'enfant est "subitement" prise d'une forte douleur à la région lombaire gauche ; le médecin appelé constata une assez forte élévation de la température et une voussure à l'hypocondre gauche. Ce furent là les premiers symptômes. En

aucun temps la petite malade n'a présenté de symptôme du côté des voies respiratoires.

Le 28 décembre, M. Mercier procède à l'examen qui laisse percevoir une masse considérable dans presque tout le côté gauche de l'abdomen. La palpation est très sensible. La tumeur proémine en avant d'environ trois quarts de pouce. La percussion révèle une matité de tout l'hypocôndre gauche. Bande de sonorité en avant. La ponction exploratrice ne donne aucun résultat.

Le 4 janvier, on pratique l'enlèvement de la tumeur par la réphrectomie trans-péritonale.

Les suites opératoires sauf l'apparition d'une légère bronchite et un peu de engestion, furent excellentes, et la petite malade laisse l'hôpital le 15 janvier, parfaitement guérie.

M. Saint-Jacques.—Ce qui frappe dans l'observation rapportée par M. Mercier, c'est le début brusque des symptômes. Les tumeurs solides du rein se rencontrent chez l'enfant plutôt que chez l'adulte et, sont presque toujours d'origine congénitale. Quant à la question de température, c'est un fait qui se rencontre assez fréquemment dans les maladies néoplasiques et, quant à la cause de cette hyperthermie, il croit que les toxines doivent en être surtout tenues responsables. Il rapporte que dans son service de clinique à l'hôpital, il y a une malade souffrant de cancer localisé en région vésicule biliaire. L'apparition de la température chez cette malade, allant le soir jusqu'à 103°, fit croire un moment qu'il pouvait exister chez elle de la cholécystite.

La laparotomie montra que la vésicule ne pouvait être mise en cause, et jusqu'ici il ne reste que la malignité de la néoplasie pour expliquer cette poussée de fièvre vespérale.

Quant à la structure histologique, on sait que ces tumeurs solide du rein chez l'enfant sont généralement des sarcomes et d'une variété un peu spéciale ici — du rhabdo-myo-sarcome.

M. Marien : Au point de vue anatomo-pathologique, cette tumeur est plus qu'un sarcome. En effet d'après l'examen des pièces histologiques, on trouve des grosses cellules qui ont certainement le caractère épithélial, ce qui ferait croire à l'association de l'épithéliome et rendre en même temps le pronostic moins bénin.

\* \*  
\*

M. Marien donne avis de motion qu'à la prochaine séance il proposera que les questions suivantes soient mises à l'étude :

1o. Quels doivent être les rapports entre le médecin et le chirurgien ;

2o. Est-il légitime, honorable pour un chirurgien d'offrir au médecin qui lui envoie un malade un pourcentage sur les honoraires ;

3o. Le chirurgien doit-il réclamer seul ses honoraires, sans s'entendre avec le médecin ?

\* \*  
\*

M. Boulet.—Je propose qu'une commission soit nommée pour s'enquérir du mode d'admission des malades pauvres dans les hôpitaux et du meilleur moyen à employer pour prévenir le traitement gratuit des malades non justifiables du traitement de charité.

M. Rhéaume seconde cette proposition et fait remarquer qu'il y a trois ans, alors qu'il pratiquait à Valleyfield, il s'était fait l'instigateur d'un semblable mouvement, mais qui avait échoué.

Cette motion est adoptée à l'unanimité.

\* \*  
\*

M. Saint-Jacques propose que la Société Médicale tienne ses séances dans les Salles de Démonstrations Microscopiques, comme se prêtant mieux aux examens microscopiques ; secondé par M. Marien et adoptée unanimement.

\* \*  
\*

Le Dr J.-N. Roy.—Autoplastie de la face pour un épithélioma des paupières : Intéressant travail au point de vue du résultat autoplastique obtenu chez une de ses opérées. M. Roy passe en revue les différentes méthodes d'autoplasie, et décrit celle qu'il a employée. Cet article sera publié dans un prochain numéro :

M. Marien, après examen de la préparation anatomique, vieille déjà de plusieurs mois, émet des doutes sur la nature épithéliomateuse de la tumeur. Il trouve étrange que celle-ci ait mis cinq ans à se développer et pense qu'un épithélioma serait plutôt venu se greffer sur une ancienne cicatrice. Il désire avoir de plus amples détails sur les rayons X.

M. Saint-Jacques dit avoir examiné le spécimen microscopique fraîchement préparé, qui permettait de conclure à un épithélioma. Il fait remarquer qu'un des caractères de ces tumeurs épithéliales cutanées est justement d'avoir généralement une évolution très lente. L'épithélioma se développe-t-il en jonction d'épithéliums pavimenteux cutané et muqueux—à la lèvre, la narine,

l'anus—qu'alors la marche en semble le plus souvent plus rapide.

M. Lasnier vante les bons effets du rayon de Rœntgen dans toutes les tumeurs, superficielles, profondes et ossuses. Il s'étonna de certaines avancées qu'on prête à Bécclère pour ce qui est des épithéliomas sous-cutanés.

M. Pariseau dit avoir guéri un cancer du sein avec les rayons X, et déplore, par la même occasion, que les chirurgiens n'envoient pas assez de malades chez les électro-stérapiques.

En réponse M. Roy a fait examiner la préparation microscopique par plusieurs confrères, qui l'ont tous classé : épithélioma cutané. Les antécédents personnels de sa patiente ne révèlent aucun traumatisme de la partie malade.

S'appuyant sur un rapport que MM. Bécclère, de Paris, et Maunoury, de Chartres, viennent de faire, au 20<sup>me</sup> Congrès français de chirurgie, en octobre 1907, intitulé : "Influence des rayons de Rœntgen sur les tumeurs malignes," le Dr Roy dit que les rayons X peuvent être employés avec succès pour les épithéliomas superficiels de la peau ; mais que lorsque l'infiltration cancéreuse envahit les couches profondes sousdermiques, la guérison par ces mêmes rayons est plus que problématique. D'ailleurs, à l'appui de son dire il lit quelques passages d'un résumé de ce travail paru dans *La Presse Médicale*. En terminant, M. Roy ne veut pas se faire le défenseur des idées de Bécclère, ce maître si avantageusement connu en Europe, et réfère ceux que la question intéresse tout particulièrement à son excellent rapport.

\* \*

Le sommeil électrique, par M. Léo Pariseau.—C'est la continuation des expériences de M. L. Leduc, professeur à l'Université de Nantes, qu'expose M. Pariseau. En un style clair et châtié, le jeune et brillant professeur de l'École Polytechnique explique les principes de la méthode et laisse entrevoir ce qu'on en peut attendre. Dans quelques jours, après réception d'instruments spéciaux venant de l'étranger, il joindra la démonstration aux préceptes, pour l'intérêt des membres de la Société Médicale.

ALFRED MARCIL.

SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1908

*Présidences de MM. Lesage et Pariseau*

Après la lecture du procès-verbal et de la correspondance, M. Marien présente une malade intéressante, à cause d'une tumeur récidivante des fosses nasales, du sinus maxillaire ou de l'arrière-gorge.

Malade depuis douze ans, cette femme a été opérée trois fois déjà ; successivement il y a dix ans, puis cinq ans plus tard, la dernière fois il y a quelques semaines. Cette dernière opération a été forcément incomplète, interrompue à cause d'une hémorragie considérable.

Actuellement, la tumeur a envahi toute la fosse nasale gauche, le sinus maxillaire correspondant et le *cavum*.

Le point d'attache originel est très difficile à localiser ; toutefois, la première tumeur fut enlevée par le nez, il y a dix ans.

L'examen histologique révèle une nature bénigne, essentiellement conjonctivale, mais ne reproduisant aucun type défini. Ce n'est ni un fibrôme, ni un myxôme, ni un lymphadenôme, etc., c'est un mélange de tous ; c'est pourquoi M. Marien l'appelle "conjonctivôme à tissus multiples."

La discussion de MM. Foucher, Boulet et Roy porte sur le lieu d'origine, qui est très difficile à préciser. Le premier croit à la possibilité d'un début au niveau de la muqueuse du sinus, tandis que MM. Boulet et Roy se rattachent plutôt à la théorie nasale. Ce dernier a pu, en effet, à l'aide de la rhinoscopie, établir la complète liberté de la muqueuse basilaire et de la paroi postérieure du pharynx.

M. Lasnier rapporte une clinique de Tillaux sur un cas identique et annonce que la radiographie du crâne peut donner des renseignements précieux sur l'envahissement de la tumeur.

M. O.-F. Mercier, à propos du mode opératoire, croit que la résection totale du maxillaire est la seule opération efficace dans les tumeurs de cette nature.

La bénignité histologique est évidente, puisque le microscope la établie, mais le pronostic n'en reste pas moins grave. En raison de la topographie et de l'importance du territoire envahi, il est probable que la malade succombera aux progrès de son mal.

## MOTIONS

M. Marien, secondé par M. Rhéaume, propose : Lo Que la société nomme une commission pour étudier un code de déontologie dans le but de réglementer les rapports professionnels qui doivent exister entre le médecin de famille et le chirurgien ou le spécialiste consultant.

2o. Que la société exprime son opinion sur les propositions suivantes : (a). Le chirurgien qui s'intitule "chirurgien des hôpitaux" ou qui s'affiche comme spécialiste, doit-il exercer en même temps la médecine ou faire les accouchements ; (b). Est-il honorable, loyal ou malhonnête pour un chirurgien de payer un pourcentage au médecin qui lui fait opérer ses malades ?

M. Boulet propose, en amendement, que la première proposition de la deuxième motion, à savoir : "Le chirurgien qui s'intitule, etc.", soit retranchée et que l'étude en soit remise à plus tard.

L'amendement de M. Boulet est adopté et les motions principales, la deuxième amendée, reçoivent la sanction du vote des membres de la société.

## COMMISSION

M. le président annonce que MM. Boulet, Rhéaume, Décarie, Ethier et Hébert constituent la commission chargée d'étudier le mode d'admission dans les hôpitaux et les dispensaires.

## MÉMOIRES

M. Albert Lesage cède ensuite le fauteuil présidentiel à M. T. Parizeau et monte à la tribune pour lire une très intéressante communication : *L'Ophthlmo-réaction au point de vue médico-légal.*

Il s'agit d'une observation récente et d'une triste expérience que l'auteur a failli faire dans sa clientèle.

Monsieur X... était malade depuis quelques temps déjà. Sa maladie n'avait aucun caractère bien défini et le diagnostic était à faire entre une fièvre typhoïde, une granuliè ou une simple grippe.

Le séro-réaction avait été négative et M. Lesage avait pensé, un moment, à éliminer la tuberculose au moyen de l'inoffensive ophthlmo-réaction à la tuberculine. Il ne le fit pas toutefois, à cause que son client était atteint d'hypermetropie et qu'il craignait de déterminer une réaction trop intense dans cet oeil.

Bien lui en prit—Le malade commençait en effet le lendemain, une congestion de l'oeil correspondant et

M. le professeur Foucher était amené à faire l'énucléation pour choroïdite purulente cinq jours plus-tard.

Si j'avais, au préalable, mis une goutte de tuberculine dans cet oeil, comme ça avait été mon intention, dit M. Lesage, dans quelle situation critique me serais-je trouvé au point de vue légal.

Après une étude complète du procédé, comme valeur clinique, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° L'oeulo-réaction n'est pas spécifique et ne possède pas une valeur révélatrice absolue.

2° Elle n'est pas opportune dans tous les cas parce que le plus souvent les signes cliniques suffisent pour éclairer notre diagnostic.

3° Elle fait courir des dangers possibles pour l'oeil inoculé et qu'on ne peut pas prévoir.

4° Elle ne doit être pratiquée que dans les cas urgents ou il s'agit d'un intérêt majeur.

5° Il est important de ne pratiquer cette opération que lorsque les deux yeux ont été déclarés sains par un spécialiste.

6° Chaque fois il faut obtenir le consentement du malade et le prévenir pour éviter les réclamations possibles en cas d'accident.

MM. Décarie, Mercier et Foucher abondent dans le sens des conclusions de M. Lesage et le félicitent de son intéressante communication.

MM. Lefebvre et W. Derome sont élus membres titulaires de la société puis la séance est ajournée.

BEN. BOURGOIS.

## PHARMACOLOGIE

*Des différentes digitalines et leur valeur thérapeutique*

Pour administrer les principes actifs de la digitale, nous avons le choix entre trois sortes de produits : l'un parfaitement défini, de *dosage constant et d'action régulière*, c'est la digitaline "cristallisée", les autres beaucoup moins certaines de composition, de dosage variable et par conséquent de prescription difficile. Ce sont d'une part, les digitalines *amorphes* et d'autre part les *digitoxines*.

Ainsi conclue Bardet dans une étude sur les principes de la digitale (Pr. Med. Nov. 07.) Ainsi la Solution Miahle-Petit, titrée au millième de *digitaline cristallisée* est donc la préparation par excellence, lorsque le cœur ou les reins réclament la digitale.

## Correspondances

A Monsieur le Directeur du

*Journal de Médecine et de Chirurgie,*

Montréal.

MONSIEUR,

Je profite de votre excellente revue, pour informer la profession médicale, qu'il existe maintenant à l'Hôtel de Ville, dans le local du bureau de la Cour du Recorder, un bureau spécial qui, sous la direction de M. Albert Chevalier, s'occupe du placement des aliénés à la charge de la ville de Montréal, et qui fournit aux requérants les différentes formules requises pour l'internement des patients publics à l'Hôpital Saint-Jean de Dieu.

J'ai donc l'honneur de prier messieurs les Médecins de bien vouloir envoyer leurs clients s'adresser à ce bureau, s'il advient qu'il leur faille recommander l'internement d'un aliéné, comme patient public.

Tout ce qui concerne l'admission des patients publics de la ville de Montréal se traite exclusivement à ce bureau, à l'Hôtel de Ville ou à celui du gouvernement, à l'Hôpital Saint-Jean de Dieu. Il est donc absolument inutile d'adresser qui que ce soit chez moi, à mon bureau privé ou à celui de mon assistant, pour des affaires concernant l'admission des patients publics. Ces affaires, et généralement toutes celles qui regardent les patients publics, ont pris une telle extension par suite de l'augmentation du nombre des demandes d'admissions et du nombre des malades internés à l'hôpital, qu'il est impossible de les traiter ailleurs que dans un bureau public, avec l'aide des formules, des certificats, des archives et des feuilles d'observation.

Messieurs les Médecins sont donc instamment priés de n'adresser qui que ce soit chez moi pour des affaires concernant l'asile, par ce que je ne reçois absolument personne pour ce motif.

Comme nous consacrons un temps considérable au soin des malades, qui nous occupe toute la matinée et que nous ne pouvons pas nous déranger de ce service, sans inconvénients considérables, ceux qui désirent voir le surintendant médical ou les autres médecins sont invités à se présenter à l'hôpital aux heures de bureau,

c'est-à-dire de 1 à 3 heures pour tous les jours, excepté le samedi, le dimanche et les jours de fête.

(Signé) GEO. VILLENEUVE,  
Surintendant médical.

Association des Médecins de langue Française  
de l'Amérique du Nord.

QUÉBEC, le 27 Janvier 1908.

*Monsieur et très honoré confrère,*

Nous avons l'honneur de vous informer que le quatrième Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, aura lieu à Québec, vers le milieu du mois d'oct prochain. Une communication ultérieure vous en fera connaître la date précise.

Cette réunion des membres de la profession médicale coïncidera avec les fêtes par lesquelles les citoyens de notre ville, se préparent, avec le concours des plus hautes autorités civiles du Canada, à célébrer le troisième centenaire de la fondation de Québec par Samuel de Champlain.

L'idée de cette coïncidence, émise à Trois-Rivières en 1906, fut accueillie avec le plus vif enthousiasme, et c'est pour cette raison que, il y a six mois, quand la date des fêtes du tricentenaire fut remise à 1909, nous jugeâmes à propos de retarder aussi notre Congrès. Mais la célébration du troisième centenaire a été définitivement fixée à la date primitive, et en conséquence nous avons cru bien faire de nous conformer en ce qui regarde la tenue de notre Congrès à ce changement.

Nous avons tout lieu de croire à l'adhésion sans réserve du corps professionnel à la décision que nous avons prise.

Nous nous estimons particulièrement heureux de réunir dans les murs de la vieille capitale française du Canada, nos confrères de ce pays et de l'étranger, et de leur offrir à cette occasion la plus franche et la plus cordiale hospitalité.

Dans l'espoir d'un accueil favorable de votre part, nous vous prions d'agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'expression de nos sentiments les plus dévoués.

*Le Président Général,*                      *Le Secrétaire Général.*

ARTHUR SIMARD.

ALBERT PAQUET.



## NOUVELLES

*Remise de la médaille offerte par ses Maîtres, ses  
Elèves et ses Amis, à M. le Dr Hallopeau,  
à l'occasion de sa retraite.*

La vaste salle de consultation de l'Hôpital Saint-Louis réunissait à 10 heures, les Maîtres, Elèves et Amis du docteur Hallopeau, qui, au nombre de plus de 400, venaient lui témoigner le regret de lui voir quitter en pleine activité cet hôpital où s'exerçait depuis de longues années, son labeur et son activité.

L'Institut, l'Académie, la Faculté de médecine, les Médecins des hôpitaux, l'Administration de l'Assistance publique, en la personne de son Directeur, les Universités et Sociétés médicales de la plupart des pays d'Europe s'étaient fait représenter à cette émouvante cérémonie.

Autour du Dr Hallopeau étaient groupés. MM. Lannelongue, Mesureur, Debove, Fournier, Le Dentu, Berger, Chantemesse, Gaucher, Richelot, Lucas-Championnière, Troisier, Guinard, Terebinski, tandis qu'avaient pris place auprès de Madame Hallopeau et de sa famille de nombreux amis et élèves seuls ou accompagnés de leur femme : MM. Millard, Tuffier, Monod, De Beurmann, Danlos, Rénon, Claisse, Chassevant, Brodier, Fumouze, Glover, le professeur Nicolas (Lyon), Milian, Apert, Lenormant, Chompret.

MM. Gastou et Fouquet, membres du comité, lisent les nombreuses lettres et télégrammes de félicitations envoyés de tous les points d'Europe et de France.

Le Prof. Lannelongue, après un discours très applaudi, remet ensuite au Dr Hallopeau, la médaille gravée par Chaplain ; cette médaille représente d'un côté le profil de M. Hallopeau, tandis que de l'autre il est penché sur une malade dont il examine le bras.

Au-dessous est gravée cette légende : *Primum multos cognovit cutis morbos.*

M. Terebinski, venu de Russie, apporte les félicitations de la Société de Dermatologie et de syphiligraphie de Saint-Petersbourg.

M. Mesureur au nom de l'administration de l'assistance publique, MM. Le Dentu Berger, Gaucher, etc., prennent tour à tour la parole pour féliciter le récipiendaire.

Enfin M. Hallopeau lui-même, après avoir rappelé le souvenir de ses maîtres, de ses élèves et les avoir remerciés de ce qu'ils avaient fait pour lui, continue ainsi :

Mesdames, Messieurs, il y a plus de trente ans que j'ai été nommé médecin des hôpitaux et j'ai un service depuis vingt-quatre ans dans cet hôpital où j'avais passé déjà, en 1862, une année d'externat chez mon Maître, le professeur Hardy ; j'y ai en outre, comme agrégé, remplacé pendant les vacances mon excellent et affectueux Maître le professeur Fournier, de telle sorte, qu'en prenant pour base le chiffre moyen de mes consultations j'arrive à constater que j'ai vu défilé, ici sous mes yeux, *grosso modo*, dans les cinq cent mille malades ; je me suis constamment attaché à discerner et à mettre en relief les faits nouveaux que m'amenaient à étudier ce champ immense d'observations : ils m'ont fourni les éléments de nombreuses communications à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie dont la fondation par mes éminents prédécesseurs, Vidal et Lailler, a été un si puissant instrument de progrès ; après avoir prospéré sous la puissante égide de ses présidents, Hardy Lailler, Vidal et Basnier, qui l'a dirigée avec tant d'éclat pendant dix années, elle continue son œuvre féconde, ses bulletins en témoignent, sous l'impulsion féconde de notre cher Maître Fournier à qui nous adressons de tout cœur ce présage : *Videbis, ut præsces, annos Besnieri.*

En arrivant au terme de cette allocution, permettez-moi de vous rappeler que cette fête coïncide avec ma retraite des hôpitaux : ce n'est pas sans mélancolie que j'arrive à cette date fatale, et je ne m'en console pas en me rappelant combien sont restés en route avant de l'atteindre.

Voilà quarante-neuf ans que j'ai passé à l'hôpital toutes mes matinées : croyez bien que je n'en oublierai pas le chemin : d'autre part la consultation nouvelle que je dois à la bonne amitié de Tuffier me permettra de donner des soins à de nombreux indigents, et je ne désespère pas d'y trouver encore quelques espèces morbides à découvrir ; quoi qu'il en soit, je continuerai jusqu'au bout à consacrer le meilleur de mes forces à mes chères études de dermatologie et de syphiligraphie.