

POUR LA FORMATION D'UNE ELITE<sup>(1)</sup>

Messieurs les Professeurs,

Chers Étudiants.

Nous voici réunis une fois encore dans cette chapelle de l'Université, pour demander à l'Esprit-Saint de bénir, de féconder de sa vertu les travaux d'une année qui commence.

Mais je dois, ce matin, évoquer tout d'abord un souvenir, exprimer un regret et une prière qui s'en vont tout émus vers la mémoire de l'Éminentissime Chancelier (2) qui, au mois de juin dernier, voulait bien honorer encore de sa présence et de sa pourpre notre séance de clôture, et qui devait, sitôt après, enveloppé dans l'hommage touchant, unanime de tout un peuple, descendre au tombeau. La mémoire de feu Son Eminence le Cardinal Bégin nous est un dépôt sacré que gardera toujours à l'Université la plus filiale tendresse.

Et ce m'est aussi un devoir d'adresser maintenant un respectueux hommage à Sa Grandeur Monseigneur l'Archevêque (3), successeur de Son Eminence dans sa double charge de Pasteur du diocèse et de Chancelier de l'Université. Monseigneur l'Archevêque, nous le savons, estime à sa haute valeur l'oeuvre de l'Université; il sait quelle place supérieure elle occupe dans la hiérarchie des oeuvres; il la bénit et nous enverrons d'ici vers son lit de souffrance et vers Dieu, les voeux que nous formons pour le rétablissement d'une santé, pour toutes ses ouailles si précieuse.

\* \* \*

Notre oeuvre, Messieurs les Professeurs et chers Étudiants, l'oeuvre que nous reprenons ce matin au pied de l'autel, se définit souvent en une formule que les éducateurs aiment à répéter: former une élite.

Mais cette formule, qui contient tant de nobles ambitions, n'offre pas toujours un sens très précis; elle s'accompagne quelquefois de vagues généralités. Il me semble cependant qu'elle prend tout son sens dans une cérémonie universitaire religieuse comme celle-ci, au pied du tabernacle qui nous a groupés, au pied du Maître qui est notre maître à tous? Les choses, toutes les choses, et par conséquent toutes les oeuvres ne retrouvent-elles pas leur signification véritable, quand elles sont considérées près de Dieu, en fonction des fins essentielles établies par Dieu?

Notre Seigneur Jésus-Christ, un jour qu'il enseignait ses disciples, a lui-même défini "l'élite" à qui il voulait confier son oeuvre d'éducation

(1) Allocution prononcée par Mgr Camille Roy, recteur de l'Université Laval, à la Messe du Saint-Esprit, le mardi, 15 septembre 1925.

(2) S. E. le Cardinal Louis-Nazaire Bégin, archevêque de Québec, décédé le 18 juillet 1925.

(3) S. G. Mgr Paul-Eugène Roy.

rédemptrice. Et il leur dit : *Vos estis sal terrae.. Vos estis lux mundi.*(1) Et cette définition par image s'éclairait de toute la lumière qui, à cette heure-là, enveloppait la montagne des béatitudes. Heure unique dans la vie du Christ et de ses disciples ! Sur le large plateau qui faisait à la montagne une cime élégante, le Maître avait réuni ses apôtres, et de cette tribune ouverte vers tous les horizons et d'où les paroles semblaient s'adresser à l'humanité, Jésus définit la valeur humaine telle qu'il faut la comprendre à partir de son Évangile. Et ce fut la série des béatitudes qui tomba comme une suite d'aphorismes des lèvres du Maître, contenant tout le sens supérieur de la vie, définissant à jamais l'élite des hommes. Et les vertus essentielles de la vie sociale aussi bien que de la vie personnelle, les vertus de l'esprit aussi bien que celles du cœur, étaient proclamées en mots ineffables par l'Auteur même de toutes les vies. L'une de ces béatitudes parut les résumer toutes, et faire de toutes la synthèse énergique : bienheureux ceux qui ont faim et soif de la justice, parce qu'ils seront rassasiés.(2) La justice, nous disent les commentateurs, c'était ici la norme, la règle de vie qui consiste dans l'harmonie de notre intelligence et de notre volonté avec l'intelligence et la volonté divines. La justice, c'était donc, la rectitude de l'esprit, c'était aussi la droiture de la volonté. Bienheureux qui les possèdent, qui vivent dans cette harmonie !

Harmonie bienfaisante, faite de lumière et de vertu : de la lumière qui éclaire le monde, des vertus qui sont le sel de la terre. *Vos estis sal terrae*, ajoutait Notre-Seigneur à ses disciples, maintenant pénétrés de la force des béatitudes ; *vos estis lux mundi!* Vous êtes le sel de la terre ; vous êtes la lumière du monde. Et ceux-là seront pour la terre et pour le monde sel et lumière, qui entendront la parole que je prononce, et qui après vous se feront mes disciples dociles sur la montagne des prédestinés ! Ceux-là seront les êtres supérieurs qui s'élèvent jusqu'à Dieu, et qui emportent leurs frères vers Dieu ; ceux-là seront, dans toute société, les vrais exemplaires et les vrais conducteurs d'âmes ; ils seront l'élite !

Chers étudiants, c'est votre tour de faire l'ascension vers la cime d'où prêchait le Christ ; c'est votre tour de vivre cette heure de soleil et d'amitié où vous apprendrez du Maître Jésus la loi de la vie, les conditions de votre bonheur, et comment l'on devient le sel de la terre et la lumière du monde. Vivez-la en plénitude cette heure si grave de votre jeunesse, pour qu'à la fin de cette grande journée de votre formation intellectuelle et morale, le Seigneur puisse vous dire à vous aussi : *Vos estis sal terrae....* ; *vos estis lux mundi.* Vous êtes maintenant les disciples de choix, vous êtes l'élite dont le monde a besoin.

(1) S. Matth., V, 6.

(2) S. Matth., V, 13, 14.

Or, vous serez lumière par votre science. Apprenez-la, cette science, à l'Université où vous entrez, où vous revenez ce matin.

Science de la théologie, du droit, de la médecine et des arts : elles sont toutes nécessaires à ceux qui composeront demain, dans notre société, l'élite sacerdotale et professionnelle. Étudiez-les, chacun dans son domaine de formation, avec l'ambition nécessaire d'y exceller. Vous savez le reproche que l'on fait souvent, et avec raison, dans notre pays, dans notre province, à ceux qui ont pris place aux sommets trop facilement accessibles de notre vie professionnelle ou sociale, comment on reproche souvent à cette élite de ne l'être pas assez, et de n'apporter aux premiers rangs de la société canadienne que des valeurs intellectuelles insuffisantes, des cultures trop inachevées, et parfois des médiocrités trop satisfaites.

De grâce, chers jeunes gens, que demain par vous, et avec le concours de vos maîtres, luisent sur notre société, jeune encore je le veux bien par son histoire, mais trop jeune à coup sûr par son effort intellectuel, que demain sur cette société luisent par vous et rayonnent une science plus ferme, plus égale à nos devoirs et une lumière d'esprit plus digne de notre race.

Vous n'oublierez pas toutefois, et combien je vous le recommande ! que la science profane n'est qu'une part de la vérité qui doit éclairer le monde ; qu'elle doit s'accompagner d'une science religieuse solide, et que la science profane qui ignore la science sacrée risque de se perdre dans les ténèbres qui couvrent encore de si difficiles problèmes. Dieu a daigné se révéler aux hommes et révéler en lui quelque chose du mystère impénétrable et infini. Et vous qui avez entendu sa révélation, vous avez le devoir de tenir votre esprit dans cette lumière supérieure qui ne peut tromper, dans la Vérité essentielle, en laquelle se confondent et s'harmonisent toutes nos parcelles d'humaines vérités. A cette seule condition, vous vivrez intellectuellement dans une lumière qui n'éblouit ni n'aveugle. Et à cette condition seulement, descendus à votre tour de la montagne où vous aurez entendu et compris la doctrine des béatitudes, vous garderez à votre front, comme les premiers disciples, le signe de l'élite, le rayon lumineux qu'y aura pour jamais posé le Verbe lui-même.

\* \* \*

Mais pour être une lumière du monde, il faut se souvenir encore que la science n'est pas le tout de l'homme, et que l'intelligence n'a de valeur sociale qu'en autant qu'elle s'allie à la valeur morale.

La science, même religieuse, peut ne rayonner qu'au cerveau, sans pétrir de sa lumière la conscience. Ce sont les vertus qui font l'homme moral ; elles sont le sel de la terre, ce sel sans quoi la terre s'affadit, sans quoi la terre, c'est-à-dire l'humanité, se corrompt.

Et alors vous mettrez dans votre vie, dans votre jeunesse inquiète et faible, les vertus mêmes que le Christ des béatitudes, les bras tendus vers

vous et le coeur tout plein de tendresse, recommandait à tous ses apôtres : désintéressement—*beati pauperes spiritu*—c'est-à-dire subordination du talent, de tout de qui est richesse de l'esprit, et de tout ce qui est bien temporel aux intérêts suprêmes et éternels ; douceur de l'âme, *beati mites*, bonté qui conquiert les autres âmes ; résignation des larmes que Dieu un jour console—*beati qui lugent*— ; faim et soif de la justice qui ne resteront jamais inassouvies ; charité, miséricorde qui appellent sur vous charité et miséricorde ; pureté du coeur qui assure à votre jeunesse ici-bas des clartés du ciel et par delà la mort la vision même de Dieu—*beati mundo corde* ; collaboration pratique à la paix dont le monde a besoin, et s'il le faut souffrir persécution pour la vérité et la justice, puisqu'à de telles et si nobles et si héroïques victimes est promis le royaume de Dieu. Voilà, chers étudiants, le nouveau décalogue, le programme très spécial de vie morale que Jésus votre Maître propose à ceux-là qui veulent être l'élite, à ceux-là qui seront le sel de la terre.

Oh ! comme elle serait belle, et chrétienne, et généreuse, votre vie universitaire, si elle contenait déjà le secret des béatitudes, si elle s'ornait de tant de vertus ! Jeunes gens, qui montez avec ardeur vers l'idéal de vos vingt ans, vous n'atteindrez cet idéal, vous n'en réjouirez pleinement toute votre âme, que si vous êtes vertueux, que si vous respectez la loi de Dieu dans vos pensées, dans vos désirs, dans vos moeurs. Jeunes gens qui, appliqués au travail de l'esprit, rêvez des conquêtes du savoir, souvenez-vous que la vertu même féconde l'intelligence ; souvenez-vous que la supériorité du coeur va jusqu'à l'esprit et,—l'un de nos philosophes profanes, Vauvenargues l'a dit,—souvenez-vous que c'est du coeur, souvent, que viennent les plus grandes pensées.

*Vos estis sal terrae... Vos estis lux mundi.* Professeurs et élèves de l'Université Laval, nous vous efforcerons tous, pendant l'année qui commence, d'être ou de devenir tout à la fois le sel de la terre et la lumière du monde. Dans le champ limité, mais spirituellement si vaste où nous travaillons, soyons des ouvriers tels que les béatifiait déjà la Christ de la Montagne ; soyons des ouvriers qui s'inspirent de l'Évangile, et qui en vivent.

Nous, recteur et professeurs, nous voulons former une élite ; vous, jeunes gens qui venez à nos chaires, vous voulez devenir l'élite. C'est donc, pour nous tous, une tâche de lumière et de vertu qui commence. Soyons-en fiers comme d'un mandat sacré, comme d'un ministère providentiel. Que par nous la vraie science éclaire les hommes ; que par nous loin de s'affadir, la terre canadienne soit meilleure et plus sainte. Nous aurons alors bien fait l'oeuvre de vie qui nous est confiée, puisque par nous tous, dans notre chère patrie, il y aura sans doute plus de chrétiens, mais aussi plus de christianisme.

Camille Roy, ptre.

Recteur.

L'INFECTION FOCALE BUCCO-DENTAIRE, SON ROLE  
EN PATHOLOGIE MEDICALE.<sup>(1)</sup>Par le Docteur **RAOUL BROCHU**

Si j'ai choisi pour sujet de ce travail l'infection focale, c'est que cette importante question a été l'objet de nombreux travaux en France et surtout à l'étranger, et j'ai pensé qu'il serait intéressant de faire connaître à la Société Médicale ce facteur considéré actuellement si essentiel dans l'étiologie de certaines manifestations morbides.

Il est bien évident que la question d'une infection localisée et son retentissement sur l'état général n'est pas tout-à-fait nouvelle, puisque Chassaignac<sup>(30)</sup>, en 1859, dans son traité sur la suppuration, signale la possibilité d'une infection générale: "par stagnation des produits putrides au niveau de la muqueuse buccale. Cette cachexie buccale qu'il attribue à cet état pathologique désignerait des malades dont l'état de prostration s'accompagnait de pâleur plus ou moins profonde de la face, de l'altération des traits; en un mot des phénomènes généraux par lesquels se caractérise l'empoisonnement putride."

Une série d'observations qu'il publie à cette époque démontrent que la "cachexie buccale" peut se manifester aussi bien dans les cas de fracture du maxillaire que dans celui de la *carie dentaire*. Cette notion si importante de la septicité bucco-dentaire était donc relativement connue il y a déjà plus d'un demi-siècle.

Richet<sup>(31)</sup>, en 1865, étudie aussi sous le nom "d'intoxication putride" une série d'accidents généraux qu'il attribue à la déglutition incessante du pus.

Lejars a aussi signalé dans ses leçons de clinique chirurgicale ces mêmes manifestations infectieuses.<sup>(32)</sup>

Mais tous ces auteurs n'avaient en vue que les lésions apparentes d'un empoisonnement général par le pus avalé, soit dans une gingivite grave ou dans une pyorrhée à gros écoulement, soit dans une ostéo-myélite du maxillaire inférieur<sup>(7)</sup>

On ne pouvait mieux poser les bases de *l'infection focale* d'origine bucco-dentaire, c'est-à-dire de la localisation d'une infection au niveau du maxillaire ou des dents, pouvant créer à distance des infections diverses aussi bien que d'autres lésions localisées en un point quelconque de l'organisme.

(1)—Travail présenté à la Société Médicale. (mars 1925).

Il était difficile à cette époque d'aller plus loin dans la conception de l'*infection focale*, et les progrès de la bactériologie ont apporté quelque lumière sur cette notion vague : "d'intoxication par des produits putrides" en lui substituant celle plus vraie de septicémie d'origine microbienne.

Galoppe, en 1890, écrivait aussi : "ce n'est pas impunément qu'on absorbe pendant des mois et des années une sécrétion aussi infectieuse que celle de la pyorrhée.

Sébileau<sup>(33)</sup> et Tellier<sup>(39)</sup> au Congrès de Stomatologie en 1910 se basant sur les acquisitions récentes des découvertes Pasteuriennes, signalèrent que le passage de toxines microbiennes dans la circulation générale, et même le passage du germe lui-même, était d'une plus haute gravité que le pus dégluté, conception à laquelle,—comme nous venons de le voir,—s'étaient surtout arrêtés les anciens auteurs.

En 1905, Tellier montre qu'il existe, à côté des formes de septicémies mortelles d'origine buccale, des formes moyennes à pronostic encore sérieux, soit aiguës, soit chroniques ayant pour conséquence l'apparition de certains types d'anémies graves.

William Hunter<sup>(38)</sup> dès 1900, avait aussi attiré l'attention du corps médical sur des formes de moindre gravité : formes gastriques, troubles du système nerveux périphérique et manifestations articulaires d'allure rhumatismale.

L'on voit donc, qu'en dehors des nombreux travaux anglo-américains sur cette importante question de l'infection focale et ses rapports avec certaines affections générales ou locales, la littérature médicale française est loin d'être muette. Malheureusement, malgré les efforts de *Tellier* et de *Hervé* en France, de Hunter aux États-Unis, l'indifférence médicale est tellement manifeste qu'il faut arriver aux travaux de William Hunter en 1910-1911, qui éveillent l'attention des médecins et des stomatologistes, en démontrant dans ses remarquables cliniques : "Que la source d'un grand nombre d'infections en pathologie médicale, c'est la cavité buccale —non pas seulement l'infection des amygdales ou para-amygdalienne, mais surtout la septicité associée aux *lésions des dents* : à la pyorrhée alvéolaire et *principalement* à la carie dentaire et à ses complications."

Les idées de Hunter furent tout d'abord attaquées par les uns et défendues par les autres. Mais la profession médicale et les stomatologistes, dans les pays de langue anglaise surtout, les acceptent avec enthousiasme, et il n'est pas de maladies qui à la faveur de cet enthousiasme, souvent démesuré, qui n'aient été attribuées à la septicité bucco-dentaire. Les dentistes les plus autorisés, étudièrent aussi le problème, et de leur collaboration est née une série de remarquables travaux.

C'est depuis cette époque que les cliniciens se mirent à examiner systématiquement la bouche de leurs malades, et en y ajoutant les ressources de la radiographie, ont pu donner à la question de l'infection focale bucco-dentaire, une ampleur et une envergure qu'elle n'avait jamais eue auparavant,—et rattacher à celle-ci, un grand nombre de manifestations morbides, dont la source ou la cause, était antérieurement obscure ou ignorée.

1<sup>o</sup>—Quelle est l'origine de cette infection *focale bucco-dentaire* ?

2<sup>o</sup>—Quelles sont les manifestations pathologiques qui peuvent se rattacher à celle-ci ?

Il est inutile d'insister bien longuement sur la constitution du milieu buccal : Vous connaissez tous les hôtes saprophytiques de ce milieu : staphylocoques, streptocoques, pneumocoques, etc., et les moyens de défense que l'organisme, à l'état de santé, oppose à leur passage à l'état de virulence.

Mais tous les stomatologistes sont unanimes à reconnaître que les lésions dentaires les plus habituelles : la carie, l'arthrite alvéolo-dentaire, la pyorrhée, qui sont tous d'ailleurs d'origine microbienne, constituent les milieux de culture les plus favorables à l'élaboration des toxines, à la pullulation microbienne, et comme le disait si bien Sébileau : "Une pulpe ouverte c'est une bouche absorbante, toujours béante pour les bactéries du voisinage ; une pulpe infectée c'est dans l'organisme un foyer de suppuration avec toutes les fermentations dont il devient l'origine : c'est en résumé, un organisme exposé à l'empoisonnement par les ptomaïnes du pus, par les décharges dans le torrent circulatoire des toxines du staphylocoque, du streptocoque et de tous les anaérobies."

D'autres conditions particulières peuvent survenir pour mettre l'organisme en état de moindre résistance, tel que le diabète, la goutte, le rhumatisme, l'obésité, les lithiases et certaines auto-intoxications, pour n'en citer que quelques-unes, qui viendront débilitier l'organisme et favoriser, l'exaltation de virulence des germes qui pullulent au niveau de ces foyers et qui n'attendent qu'un moment favorable pour y déverser leurs toxines.

Mais le point sur lequel je voudrais tout particulièrement appuyer, c'est sur le fait, que les cliniciens Anglo-Américains accusent, non seulement les sources d'infection que nous venons de mentionner si brièvement, —et qui sont si bien connues du stomatologiste et souvent reconnues ou soupçonnées par le médecin lui-même,—mais ce qui constitue toute l'*originalité de la conception de l'école américaine*, au sujet de cette infection focale bucco-dentaire, c'est que depuis les travaux récents de Duke, de Billing, de Blake et de bien d'autres, qu'il serait fastidieux d'énumérer, il a été établi d'une façon incontestable qu'une carie dentaire même légère

et surtout que de petits abcès localisés à l'apex de la dent,—que les auteurs américains désignent si justement du nom de "Blind abscess"—afin d'indiquer qu'ils se manifestent, à peu près, par aucun symptôme objectif ou subjectif, et qu'il est souvent nécessaire de les mettre en évidence par les Rayons X, et qui se traduisent sur la plaque radiographique par une *zone claire péri-apicale*.

Il n'est pas de ma compétence de discuter sur l'origine de ces *productions péri-apicales*, considérées par les uns comme un granulome pur, abcédé ou kystique, et par d'autres comme une zone de raréfaction osseuse qui existent souvent à l'apex des dents dévitalisées.

Il y aurait, tout de même, un intérêt considérable à pouvoir les différencier, vu que certains auteurs, entre autre *Crane de Washington*, a montré, dans un certain nombre de cas, la stérilité absolue de ces *zones claires* trouvées à la radiographie.

D'un autre côté, l'expérimentation a démontré entre les mains de Rosenow (11), de la clinique des frères Mayo, à Rochester, la septicité de ces abcès *péri-apexiens* et leur pouvoir de léser à distance des organes tels que l'estomac, le duodénum, le foie, les reins, le coeur et les articulations.

Et pour vous montrer la fréquence de ces productions latentes, je vous citerai la statistique de *Blake de Chicago*, publiée dans le "Dental Summery", d'octobre 1919, et où il montre par des observations basées sur plus de 600 examens radiographiques, pris au hasard, chez des sujets qui ne venaient pas consulter pour une affection buccale, il aurait trouvé que 469 d'entre eux étaient atteints d'affections péri-dentaires ou apicales.

Rosenow, de la clinique des Mayo, a établi définitivement par l'expérimentation chez des animaux, les relations qui existent entre un grand nombre de manifestations pathologiques et ces lésions péri-dentaires. En inoculant des streptocoques provenant de ces foyers, à des lapins, il a pu produire des lésions des séreuses, des nerfs et des reins. Le streptocoque *vidam* est l'hôte habituel de ces foyers primitifs, ayant été retrouvé 150 fois sur 162 cas d'abcès péri-apicaux.

Je vous signalerai son expérience célèbre, où à la suite d'injections intraveineuses, chez le lapin de cultures de streptocoques, à *virulence exaltée*, prélevés dans ces abcès apexiens, il a pu produire à distance des ulcères de l'estomac et du duodénum analogues à l'ulcère classique. Enfin, Rosenow, dans une remarquable étude intitulée: "*Studies on elective localization*", parue dans "The Journal of Dental Research", montre l'électivité du streptocoque. Celui prélevé sur un ulcère de l'estomac ne donnera pas un ulcère du duodénum, mais la lésion primitivement réalisée et réciproquement. Il éclaire la pathogénie de cette affection montrant que dans



un certain nombre de ces elle pouvait se rattacher à l'infection bucco-dentaire.

S'il est quelques fois difficile de mettre en évidence la corrélation bactériologique entre les germes trouvés dans la lésion à distance et ceux de l'*infection focale*, à cause de la richesse particulière du milieu buccal en bactéries, par contre la pathogénie de ce processus pathologique est assez facile à saisir.

Soit que les germes passent directement dans la circulation, soit que les toxines, élaborées dans ces foyers qui restent longtemps à l'état latent, soient déversées dans le torrent circulatoire, et comme le dit *Watson* (7) "ce qui est à la base de la théorie américaine c'est que l'apport léger mais continu de toxines ou de germes puisse réaliser une septicémie ou une toxémie chronique, évoluant sans grand fracas et prenant sa source dans un foyer cliniquement peu ou pas apparent, et pouvant frapper insidieusement des organes à distance."

Quelles sont les manifestations pathologiques qui peuvent se rattacher à *cette infection focale* ?

Il est impossible dans le cadre d'un travail aussi sommaire de vous donner en détails les nombreuses observations qui ont été publiées à ce sujet, mais je me permettrai de vous en résumer quelques-unes.

C'est ainsi que *Coldmann* rapporte que dans un hôpital d'enfants, à Londres, 52% des petits malades atteints d'endocardite présentaient comme lésion première un abcès dentaire apexien et le microbe en cause était le streptocoque vividans.

*Watson* rapporte des cas d'arthrite métacarpo-phalangienne, des troubles d'allure rhumatismale, ayant pour origine une infection dentaire latente et qui ont complètement disparu après extraction ou traitement des dents malades.

*Groadby* (28), de Londres a montré les relations qui existeraient entre certains cas d'arthrite, de rhumatisme chronique déformant et l'infection focale, et il a donné la preuve expérimentale de la corrélation bactériologique entre ces foyers. *Langstroth* de l'Université de Californie va plus loin et rattache 66 pour cent des arthrites subaiguës et 73 pour cent des arthrites chroniques à l'infection d'origine bucco-dentaire.

Au cours de l'année 1922, se présente à mon bureau, un jeune homme âgé de 22 ans, qui vient me consulter, parce que, dit-il, il a du sucre dans son urine, et qu'il a été refusé par diverses compagnies d'assurances pendant quatre années consécutives; et après avoir subi plusieurs examens, la réaction au sucre étant constamment positive, il est trouvé inacceptable pour un risque de cette sorte.

Ses dents sont en bien mauvais état ; je lui conseille fortement de voir à les faire traiter. Deux mois après je revois ce patient à mon bureau, qui n'avait suivi aucun régime particulier, et je constate, à ma très grande surprise, l'absence de la réaction de Fehling. J'ai revu ce jeune homme plusieurs fois au cours des années 1923 et 1924, et l'examen répété de son urine s'est toujours montré négatif.

En dehors de la présence du sucre, les autres symptômes du diabète sucré étaient si peu apparents que j'ai plutôt cru à la possibilité d'une forme de *glycosurie* par *hypohépatie* d'origine toxémique et qui aurait disparu par suppression du foyer dentaire infectieux. D'ailleurs la disparition des symptômes du diabète, à la suite de la suppression de l'infection focale bucco-dentaire, pour n'être pas de la plus grande fréquence, ne constitue pas, non plus, une rareté, et *Banting*, je crois, rapporte qu'à l'Hôpital des enfants malades, à *Toronto*, il a vu plusieurs fois le sucre disparaître définitivement de l'urine d'enfants diabétiques à la suite de l'ablation des amygdales ou de dents infectées.

Sans vouloir empiéter sur le domaine de mes éminents confrères, les ophtalmologistes, je signalerai pour ceux qui ne sont pas de la spécialité, l'importance étiologique du *facteur focal bucco-dentaire* dans la production de certaines lésions oculaires. Au dernier *Congrès de la Société française d'Ophthalmologie*, tenu à Paris le 12 mai dernier, *Schweinitz*, de Philadelphie lui consacre un important mémoire, et tout en admettant "qu'au point de vue strictement bactériologique la preuve évidente n'est pas tout-à-fait complète, il considère définitivement acquis le fait de la relation de ces foyers infectieux et de beaucoup de maladies oculaires" et dans un grand nombre de cas, la suppression d'une infection chronique locale est suivie, rapidement, de la disparition de la maladie oculaire métastatique.

Camille Fromaget (1), de Bordeaux, au même Congrès, traite aussi de la "question des troubles oculaires d'origine dentaire" et il arrive à la conclusion que si les troubles oculaires d'origine dentaire ne paraissent pas très fréquents, ils le seraient peut-être davantage s'ils étaient recherchés d'une façon constante ; beaucoup ont dû passer inaperçus parceque nous n'en soupçonnions pas l'importance.

*Mr. Dor*, dans la Clinique Ophthalmologique précise davantage et impute la *névrite rétro-bulbaire* 19 fois sur 20 à une périostite légère, douloureuse seulement à la pression de l'une des deux prémolaires supérieures du côté correspondant et il ajoute qu'une lésion même minime des prémolaires peut provoquer un grand nombre de décollement de la rétine, de thromboses veineuses avec hémorragies rétinienne, de choroidites, d'iritis et même de cataracte ; bref une série importante d'affections dont la pathogénie reste obscure jusqu'au jour où l'on pense faire ouvrir la bouche

de son malade. L'épreuve thérapeutique est ici aussi manifeste et la guérison survenant souvent après extraction ou traitement de la dent malade. *Dor* conclue en demandant aux sceptiques de vouloir bien comparer l'évolution des *névrites* avant et après l'extraction ou le traitement des dents malades, et vous serez vite convaincus, dit-il de la relation de cause à effet.

Si je ne pensais pas abuser de votre bonne attention je pourrais vous citer l'observation personnelle d'un cas de dermatite eczémateuse, durant depuis des années, ayant résisté à tous les modes de traitement, disparaître complètement dans les jours qui ont suivi l'extraction d'une dent malade. La guérison persiste depuis un an et je me refuse à attribuer au hasard une guérison aussi subite et radicale. D'ailleurs des observations analogues ont été publiées encore dernièrement dans une communication de *Peirce* de *Brandon*. Et je pourrais ajouter que la question de la relation de certaines dermatoses avec la septicité bucco-dentaire est connue depuis un certain temps, et je vous rappellerai pour mémoire une notion généralement admise par tous les dermatologistes: c'est la relation connue de la pelade du cuir chevelu avec certaines infections dentaires et les troubles d'éruption de la dent de sagesse.

La question de l'infection focale est beaucoup plus vaste, et je m'excuse de l'avoir traitée d'une façon aussi incomplète. Je ne voudrais pas, non plus, exagérer démesurément l'importance de ce facteur dans l'étiologie générale des maladies, ni soutenir un instant que toutes les maladies peuvent lui être rattachées. Mais ce qui paraît ressortir de l'ensemble des considérations que je viens de faire, c'est que l'infection bucco-dentaire, surtout latente, est souvent à la source d'un grand nombre d'affections dont les causes peuvent être hésitantes ou méconnues, et qu'il est d'un intérêt primordial que ce facteur soit recherché systématiquement dans tous les cas où le diagnotsic étiologique demande à être précisé.

*Dr. Raoul Brochu.*

#### BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

- 1°—Fromaget, Troubles oculaires d'origine dentaire, Paris, 1924.
- 2°—Baude, Infections et suppurations dentaires chroniques. Quelques conséquences locales et générales, Paris Médical, vol. 27.
- 3°—Terson, L'étiologie dentaire de certaines affections des yeux, Paris Médical, vol. 3.
- 4°—Haden, R., Experimental evidence of the relation of dental infection to systemic disease, Dental Cosmos, May 1925.
- 5°—Frey, La septicité bucco-dentaire et les maladies générales.
- 6°—Sauvey, Les dents mortes. Leur rapport avec les maladies générales.

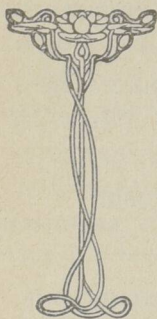
- 7°—Watson, La septicité bucco-dentaire et la pathologie, Montpellier, 1921.
  - 8°—White, the relation of focal infection to systemic diseases, *Lancet*, 1915.
  - 9°—Hartzell, T. B., The mouth as a factor in the pathogenesis of heart, kidney and joint inflammation, *Lancet*, 1916.
  - 10°—Mayo, C. N., Mouth infection as a source of systemic disease, *Journal Amer. Med. Assoc.*, 1914.
  - 11°—Rosenow, Studies on elective Localization. Focal infection with special reference to Oral sepsis, *four Dental Res.*, 1919.
  - 12°—Fisher, Relation of mouth infection to systemic Disease, *Lancet*, 1915.
  - 13°—Doland, Focal sepsis, *N. Y. Medical Journal*, 1916.
  - 14°—Block, Ocular Diseases, Resulting from dental Lesions, *Ophth. Res.*, 1915.
  - 15°—Billings, Chronic focal infections and their étiologic Relations to Arthrites and Nephrites, *Arch. Int. Med.*, 1912.
  - 16°—Barker, Oral Sepsis and the digestive apparatus, *Southern Med. Journal*, 1919.
  - 17°—Rosenow, Results of experimental studies on focal infection and elective Localization. Annual meeting of A.M.S., Boston, 1921.
  - 18°—Mills, L'infection dentaire dans l'étiologie des maladies nerveuses et mentales, *N. Y. Med. Journal*, 1922.
  - 19°—Crow, Pyorrhoea alveolis in Medical practice, *British Dental Journal*.
  - 20°—Mendel, Foyers infectieux péri-apexiens et leurs répercussions d'ordre général, *Odontologie*, 1920.
  - 21°—J. Lagrange, De l'influence de la septicité bucco-dentaire et des foyers infectieux péri-apicaux sur l'état général, *Revue de Stomatologie*, 1920.
  - 22°—Tellier, La septicité bucco-dentaire des mères nourrices et les troubles digestifs des nourrissons, *Journal Méd.*, Lyon, 1920.
  - 23°—Rosenbaum, Devitalized teeth, *Dental Cosmos*, 1917.
  - 24°—Mayo Chs., Oral sepsis, *Dental Cosmos*, 1918.
  - 25°—Howe, To what degree are Oral Pathological Conditions responsible for systemic diseases, *Dental Cosmos*, 1919.
  - 26°—Rosenow, The relation of dental infection to systemic diseases *Dental Cosmos*, 1917.
  - 27°—Billing, Focal infection, 1916.
  - 28°—Duke, Oral sepsis in its relationship to systemic disease, *St. Louis*, 1918.
  - 28°—Goadby, The association of diseases of the mouth with rhumatoid.
  - 29°—Ulrich, The blind dental abcess, *Journal of the Amer. Dental Ass.*
  - 30°—Chassaingnac, *Traité de la suppuration*, Paris, 1859.
  - 31°—Richet, *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1865.
  - 32°—Lejars, *Leçons de clinique chirurgicale*.
  - 33°—Sébileau, *Congrès international de Médecine*, 1900.
  - 34°—Galippe, *Journal des Connaissances médicales*.
  - 35°—Miller, *Les microorganismes de la cavité buccale*, Berlin, 1887.
  - 36°—J. H. Tellier, *Revue de stomatologie*, 1903.
  - 37°—Sabatier, *Contribution à l'étude des septicémies d'origine bucco-dentaire*, thèse de Lyon, 1903.
  - 38°—William Hunter, *Journal of the British Dental Ass.*
  - 39°—Tellier, *La septicité bucco-dentaire et ses conséquences*, *Odontologie*, 1906.
  - 40°—Frey, *Pathologie des dents et de la bouche*, 4ième édition, Paris.
  - 41°—William Hunter, the role of oral sepsis in medicine.
-

# UN ANTISYPHYLITIQUE REMARQUABLE

---

Le MERCUROSAL, ce nouveau composé chimique synthétique, est incontestablement la plus importante contribution apportée aux agents antisiphilitiques.

C'est la réponse de nos chimistes à la demande d'un composé mercuriel possédant les qualités des sels solubles jointes aux propriétés thérapeutiques de certains sels insolubles I.E. le salicylate.



A peine le Mercurosal avait-il fait son apparition que des voix autorisées sont venus lui donner leur entière approbation.

Ces auteurs ont basé leur opinion sur des centaines de cas de syphilis où le Mercurosal aurait été le principal agent du traitement.

L'expérience prouve que le Mercurosal n'a qu'une faible toxicité: 1-7 de celle du bichlorure.

De plus la clinique a démontré que le Mercurosal possède un pouvoir bactéricide puissant et que son administration par voie intramusculaire ou intraveineuse est inoffensive.

---

## Parke, Davis & Company

WALKERVILLE, ONTARIO

# LABORATOIRES ROBIN

PARIS — 13, Rue de Poissy, 13 — PARIS

Les PEPTONATES

## PEPTONATE DE FER

GOUTTES, PEPTO-ELIXIR, VIN

ÉTATS ANÉMIQUES  
ANÉMIE ESSENTIELLE  
CHLOROSE

## IODONE ROBIN

GOUTTES, AMPOULES, COMPRIMÉS

ARTHRITISME  
ARTÉRIO-SCLÉROSE  
ASTHME

## BROMONE ROBIN

GOUTTES, AMPOULES

MALADIES NERVEUSES  
INSOMNIES

## IODARSHYTONE

AMPOULES, GLOBULES

SYPHILIS

MÉDICATION PHOSPHATÉE

## GLYCÉROPHOSPHATE

GRANULÉ, COMPRIMÉS, AMPOULES

RECALCIFICATION de l'ORGANISME  
GROSSESSE  
et ALLAITEMENT

## PEPTO-KOLA ROBIN

ELIXIR

SURMENAGE PHYSIQUE  
et INTELLECTUEL

## GLYCOLAÏNE ROBIN

GRANULÉE

SURMENAGE, NÉURALGIE  
STIMULANT du SYSTÈME NERVEUX

## LECITHOSINE ROBIN

GRANULÉ (*Lecithine naturelle ex-ovo*) PILULES

NEURASTHÉNIE  
PHOSPHATURIE  
RACHITISME

MÉDICATION PHOSPHATÉE  
PHAGOCYTAIRE

## NUCLÉATOL ROBIN

GRANULÉ, AMPOULES

RACHITISME, LYMPHATISME  
SCROFULE, NEURASTHÉNIE

## NUCLÉARSITOL ROBIN

GRANULÉ, COMPRIMÉS, AMPOULES

PRÉTUBERCULOSE  
MALADIES DÉGÉNÉRATIVES  
IMPALUDISME

## STRYCHNARSITOL

AMPOULES

COUP de FOUET  
à l'ORGANISME  
ASTHÉNIE

MÉDICATION  
COLLOÏDALE

## SULFOÏDOL ROBIN

(*Soufre colloïdal*)

GRANULÉ, AMPOULES, CAPSULES KÉRATINISÉES  
POMMADÉS à 1/15 et à 2/15, OVULES

RHUMATISMES CHRONIQUES  
PHARYNGITES  
FERMENTATIONS INTESTINALES  
DERMATOSES, VAGINITES

## BISMUTHOÏDOL

(*Bismuth colloïdal*)

AMPOULES - Titrées à 0gr.004 par cmc. Indolores, Stériles

SPIRILLICIDE, SYPHILIS  
TOUTES MALADIES  
à PROTOZOAIRES

Agent Général pour le CANADA : J. I. EDDÉ, New Birks Building, MONTRÉAL  
ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

## RHUMATISME ET CHOREE.

**Docteur Roland DESMEULES,**

Médecin-assistant à l'Hôtel-Dieu.

Les observations qui vont suivre sont celles de deux malades qui presque dans le même temps ont séjourné dans le service médical du Docteur Rousseau à l'Hôtel-Dieu.

Le 28 juillet de cette année, une enfant de 10 ans entre à l'hôpital pour mouvements désordonnés des membres supérieurs et inférieurs. La petite malade est très amaigrie et dans un état de grande agitation. Les mouvements qu'elle présente sont incoordonnés, involontaires, illogiques et imprévis. La parole est impossible et la malade crie sans articuler un son. De plus, l'enfant a de l'incontinence urinaire. La langue est sèche, la température de 100° et 1 $\bar{e}$  pouls de 120. L'examen du coeur nous révèle l'existence d'un souffle d'insuffisance mitrale. Rien à signaler aux autres organes.

Les parents que nous pouvons questionner à l'arrivée de l'enfant, nous donnent rien d'important à retenir dans les antécédents héréditaires, mais seulement des données importantes dans les antécédents personnels de la petite malade. En effet, au début du mois de juin de cette année, l'enfant fut prise de douleurs articulaires accompagnées de température. Après un repos au lit de quelques jours, les douleurs se calmèrent. Durant deux à trois semaines tout alla bien, mais, après ce temps, début des mouvements involontaires qui forcèrent les parents à amener l'enfant à l'hôpital.

Notion importante à retenir, la petite malade présenta donc, d'abord une attaque de rhumatisme articulaire aigu franc et c'est à la suite de ce rhumatisme que s'installa la chorée de Sydenham facile à diagnostiquer par tous les symptômes énumérés plus haut.

Cette chorée présenta toutes les allures d'une chorée grave: très grande agitation, confusion mentale plus ou moins complète, troubles de la parole et persistance de l'incontinence d'urine.

Durant trois semaines la malade fut ainsi et graduellement ensuite, sous l'effet d'une médication salicylée et chloralée, les symptômes graves s'amendèrent, les mouvements s'atténuèrent et le 24 septembre, l'enfant quitta le service, complètement guérie de toutes ses manifestations extérieures choréiques, ne conservant que les signes manifestes de sa lésion mitrale.

Dix-huit jours avant l'entrée de la petite malade dont je viens de relater l'observation, entre dans le service une jeune fille de dix-huit ans, venue à l'hôpital pour mouvements involontaires des membres supérieurs et inférieurs. Ces mouvements ont débuté deux jours avant l'entrée de la malade dans son service.

Fait important à retenir, la jeune fille attire de suite notre attention sur l'existence de douleurs au genou gauche. De suite, nous la questionnons sur le début et l'évolution de ces douleurs. Elle nous raconte que, le 18 mai de cette année, elle eût une angine et deux jours plus tard les genoux devinrent douloureux et augmentés de volume, forçant la malade à garder le lit durant trois semaines. Presque toutes les articulations furent atteintes et le tout fut accompagné de transpirations profuses et de température élevée.

Vers le 8 juin, les douleurs cessèrent et la malade fut bien durant une semaine. Mais, ensuite, reprise de douleurs moins vives au genou gauche que la malade présente encore à son entrée dans le service.

L'histoire personnelle de la malade, nous révèle l'existence d'une rougeole dans le jeune âge et une répétition assez fréquente d'angines depuis l'âge de quinze ans.

L'examen de la patiente nous fait constater l'existence de mouvements de nature nettement choréique aux membres et aussi à la face.

Au coeur, il existe un souffle d'insuffisance mitrale.

Rien de particulier aux autres organes.

L'évolution de cette chorée fut marquée de divers incidents : l'agitation de la malade devint très grande et l'isolement fut nécessaire ; de plus, délire avec hallucinations fréquentes.

Graduellement, tout revint à la normale et après quelques semaines la malade entra en convalescence. Cette convalescence ne fut troublée que par la reprise, durant quelques jours, de légères douleurs articulaires. Tout entra dans l'ordre et le 9 octobre la malade guérie quitta le service.

En passant, je dois noter que chez cette malade-ci, comme chez l'autre, c'est grâce, durant la période de grande agitation choréique, à une médication choralée prescrite à assez haute dose et d'une manière persévérante, par le Docteur Rousseau, que nous réussîmes à exercer un certain contrôle sur les grands phénomènes nerveux.

J'ai souligné avec intention la liaison très nette existant dans ces deux observations entre le rhumatisme articulaire aigu et la chorée.



Il est difficile, je crois, de trouver deux malades présentant d'une façon plus évidente une succession mieux suivie de l'affection choréique à l'affection rhumatismale. Dans le premier cas, attaque franche de rhumatisme articulaire aigu et quelques semaines plus tard début de la chorée.

Dans le deuxième cas, la liaison est encore plus nette. La malade, frappée elle aussi par le rhumatisme articulaire aigu, mais plus fortement, voit la chorée se développer durant la période rhumatismale subaiguë. Et, pour mieux marquer encore les rapports intimes des deux affections, nous voyons dans le cours même de la chorée reprendre pendant quelques jours les douleurs rhumatismales.

Il y a longtemps que les relations de la chorée et du rhumatisme sont connues. Botrel, Sée, Trousseau furent parmi les premiers qui établirent d'une façon nette ces relations. H. Roger a soutenu que la chorée, le rhumatisme articulaire aigu et l'endocardite ne sont que les manifestations d'une même diathèse rhumatismale. Sans aller aussi loin que cet auteur, la plupart des cliniciens à l'heure actuelle reconnaissent que l'association du rhumatisme et de la chorée se rencontre très souvent.

Les deux observations que j'ai relatées ne comportent donc rien d'extraordinaire et rien de nouveau, mais elles peuvent peut-être, servir à rappeler l'importance pour le traitement des malades de bien rechercher l'infection rhumatismale dans l'étiologie de la chorée. Car, il va sans dire, qu'en présence d'une chorée liée à l'infection rhumatismale c'est le traitement par le salicylate de soude qui est hautement indiqué. C'est ce qui fut fait chez les deux malades du service et personne n'a eu à sa repentir de l'application persévérante et bien suivie d'un traitement salicylé.

## Ingram & Bell, Ltd.

Articles pour les hôpitaux et médecins

TORONTO — MONTREAL — CALGARY

Assortiment pour pharmacies et laboratoires

SUCCESSALE A MONTREAL — 160, RUE STANLEY.

Représentant à Québec: GEORGE SAINT PIERRE.

Téléphone: 2-1647

AGENTS CANADIENS: WAPPLER X-RAY CO.—BURDICK CABINET CO.—  
HOSPITAL SUPPLY CO., NEW YORK, BRANHALL DEANE CO.

## L'ANGINE DE POITRINE D'EFFORT

Dr. J.-B. JOBIN

Parmi les syndromes d'effort, à côté de la dyspnée d'effort et des palpitations d'effort, se place l'angor d'effort vraisemblablement attribuable à un trouble de l'irrigation coronarienne.

Syndrome purement subjectif, cet angor d'effort peut évoluer sur un coeur en apparence normal. Il peut aussi coexister avec d'autres affections cardiaques; la dyspnée et l'insuffisance cardiaque peuvent alors doubler le syndrome angineux ou se substituer à lui. Sa durée est très variable; son évolution peut être entrecoupée de rémissions.

On l'observe surtout de 40 à 60 ans et plus souvent chez l'homme que chez la femme. La syphilis en est la cause la plus fréquente.

\* \* \*

L'insuffisance cardiaque se traduit, dans l'effort, par trois symptômes principaux: 1°—L'essoufflement d'effort dû à un débit sanguin insuffisant par suite de lésions valvulaires ou d'épuisement du myocarde; 2°—La tachycardie d'effort provoquée par l'exercice musculaire ou l'émotion, chez les gens porteurs d'un coeur irritable, à système sympathique, déréglé ou mal réglé; 3°—L'angor d'effort. Ici, pas d'essoufflement, pas de tachycardie, mais une sensation douloureuse intra-thoracique, constrictive qui s'accroît au fur et à mesure que l'effort continue, et qui bientôt met le sujet dans la nécessité de s'arrêter. On admet aujourd'hui que ce syndrome angineux est imputable à des reflexes viscéro-sensitifs et viscéro-moteurs.

I—*Le trouble angineux*

Un malade vient consulter pour de la gêne, de la douleur rétrosternale qu'il éprouve dans la marche. C'est au bout d'un certain temps, variable avec chaque sujet, qu'apparaît cette constriction thoracique, avec irradiations fréquentes dans le bras gauche, qui le force à ralentir son allure et parfois à s'arrêter à cause de l'intensité de la douleur qui le cloue sur place et l'immobilise. Au bout de quelques instants, la douleur se dissipe et lui permet de reprendre sa marche, jusqu'à ce que les mêmes phénomènes se reproduisent. Chaque sujet fait son angine de poitrine, avec ses caractères propres, son début spécial, ses irradiations particulières et aussi ses causes provocatrices individuelles.

1°—*L'accès*.—Dans les cas typiques c'est la douleur thoracique qui annonce le début de l'accès; les irradiations suivent. D'ordinaire la douleur

est franchement sternale; elle débute parfois à l'épigastre mais avec tendance à l'ascension le long du sternum. Très souvent, elle s'étend en barre d'un sein à l'autre. Si elle s'écarte de la ligne médiane elle intéresse presque toujours le côté gauche de la poitrine, et parfois les flancs ou le dos. Le caractère le plus constant de cette douleur est d'être constrictive; d'autres fois elle donne l'impression d'un poids ou d'un écrasement, plus rarement elle est transfixiante. Chaque malade a son expression pour définir cette douleur.

Les irradiations en dehors du thorax sont très communes. Elles intéressent d'ordinaire le bras gauche et leur intensité est parfois terrible. Elles sont parfois localisées à un segment du bras gauche. Le bras droit est souvent intéressé, conjointement avec le bras gauche ou isolement. Après les irradiations braciales viennent celles que l'on observe dans le domaine de plexus cervical et de la face.

La sphère du sympathique n'est pas épargnée. Les éructations sont fréquentes, elles soulagent le malade et marquent en général la fin de l'accès; les vomissements au contraire sont très rares. La fin de la crise s'accompagne souvent d'envies d'uriner, de sueurs profuses et parfois d'une salivation abondante. Les phénomènes vaso-moteurs se réduisent en général à un certain degré de rougeur ou de pâleur du visage.

L'angoisse, la sensation de mort imminente est loin d'être constante.

Toutes ces manifestations—douleur thoracique, irradiations périphériques ou sympathiques, angoisse, suivent un ordre toujours le même et que les sujets connaissent bien. La crise débute parfois par les irradiations périphériques et peut même, dans certains cas, y rester cantonnée.

L'attitude des malades pendant la crise dépend de sa violence. Si l'accès est intense, le malade est cloué sur place et dans l'obligation absolue de s'arrêter sans quoi il tomberait. Et, en effet, il y en a qui tombent. Cette immobilité forcée est due à une sensation interne de douleurs horribles, de quelque chose de tendue qui se briserait au moindre effort supplémentaire, à l'angoisse, et aussi à une impression de lourdeur de plomb. Arrêté il reste debout et n'a nulle tentation de s'asseoir. Il se tient dans l'extention, la tête renversée, le tronc cambré en arrière, immobile et recueilli et attend que "cela passe". La crise peut parfois être enrayée par certains mouvements respiratoires, inspiration forcée, expiration forcée, position de l'effort. S'il existe des irradiations brachiales, le malade soutient son bras gauche avec sa main droite. Pendant l'accès le coeur reste impassible ou est simplement accéléré, sans irrégularité. Parfois l'accès est annoncé par une accélération du coeur. Au moment de l'accès la pression artérielle s'élève, et peut atteindre près du double de la pression initiale.

2°—*Causes prévocatrices.*—C'est avant tout la marche qui déclanche la crise; son influence est d'autant plus efficace qu'elle est plus accélérée et que la pente du sol est plus accusée. L'influence de la marche est décu- plée par celle des repas, de l'air, du froid, du vent, des émotions. Les cau- ses les plus futiles, telles que le port d'un sac à main, d'une valise voire même d'un parapluie, le fait de marcher sur un sol inégal ou de causer en marchant, de marcher à l'ombre plutôt qu'au soleil, une discussion, la crainte d'arriver en retard à un rendez-vous, etc., sont parfois suffisantes pour provoquer un paroxysme. Quelques angineux ont la "mise en train difficile", c'est-à-dire qu'au début de la marche, les crises sont fréquentes et que plus la marche se poursuit plus elle devient aisée. D'autre fois au contraire c'est lorsque la marche se prolonge que les accès surviennent.

D'autres efforts que la marche sont aussi à redouter. Les efforts ma- nuels, le rire, les accès d'éternuement, le coît, la défécation sont souvent des causes prévocatrices de l'accès.

Au fur et à mesure que l'affection progresse, la marge de l'activité cardiaque se rétrécit à tel point que l'angineux, confiné à sa chambre, fait une crise au moindre effort.

3°—*Variations d'intensité et de répétition des accès.*—L'intensité des accès est très variable. Entre la simple menace d'accès qui n'oblige le ma- lade qu'à ralentir son allure, et l'accès violent, de douleur et de durée in- solites, compliqué parfois d'œdème pulmonaire, on note tous les intermé- diaires.

Les accès se répètent tous les ans, tous les mois, toutes les semaines, tous les jours et même plusieurs fois par jour selon les sujets. Il y a des alter- natives de rémission et d'aggravation sans qu'on puisse dire à quelles cir- constances, climatériques ou autres, elles sont imputables.

4°—*Adjonction d'accès au repos ou d'accès nocturnes.*—Chez une for- te proportion d'angineux d'effort on observe une ébauche d'accès au mo- ment du coucher. Cet accès est dû aux efforts de déshabillage, à l'action de monter dans le lit, à la situation horizontale ou à l'introduction dans le lit froid.

Viennent ensuite par ordre de fréquence les accès au repos. Ils sur- viennent à la suite des repas ou des émotions. Ils sont en général plus pro- longés et plus tenaces que les accès d'effort.

Enfin il faut noter les accès nocturnes prolongés et tenaces que l'on rencontre surtout chez les aortiques et les malades à gros cœur.

Ces accès au repos ou nocturnes sont dus à un léger surmenage phy- siologique du cœur: travail digestif, émotions, situations horizontales, rê- ves, cauchemars.

5°—*Rapports entre l'angor d'effort et l'essoufflement.*—On doit faire une distinction entre l'angine de poitrine et la dyspnée d'effort. Le patient

lui-même nous dit qu'il ne s'arrête pas parce qu'il est essoufflé mais parce qu'il est serré, parce que c'est douloureux. D'autre part bien des dyspnéiques n'ont jamais éprouvé l'ombre d'une douleur angineuse. L'angor est indépendant de l'essoufflement : c'est dans le coeur et non dans le poumon que se passe le drame. D'autre part certains angineux sont en même temps essoufflés au moment de leur accès. La dyspnée de ces angineux est due : 1° soit à une insuffisance ventriculaire gauche aiguë qui entraîne une stase pulmonaire paroxystique avec exsudation intra-alvéolaire, expectoration mousseuse et dyspnée ; 2° soit à la coexistence d'un processus hypertensif chez un angineux. Cet état hypertensif bien toléré pendant longtemps, s'accompagne après un certain temps de dyspnée d'effort. C'est alors que le syndrome dyspnéique vient se superposer au syndrome angineux qui antérieurement existait à l'état de pureté. Les combinaisons de ces deux syndromes sont multiples ; les accès d'angor et d'essoufflement s'associent, alternent, ou l'un vient s'ajouter à l'autre après un certain temps. Cette association de dyspnée à l'angor s'observe encore lorsqu'une insuffisance aortique concomitante arrive en période de décompensation ou lorsque s'établissent des lésions ventriculaires qui sont la conséquence directe de la maladie angineuse. Dans ces cas l'essoufflement prend le pas et les accès angineux tendent à s'estomper, puis à disparaître. L'angineux est devenu un dyspnéique.

3°—Certains brightiques ou hypertendus, depuis longtemps dyspnéiques, se plaignent à un moment donné, de symptômes qui font penser à l'angine de poitrine. Mais il est à noter que, chez ces malades, la douleur ne survient que lorsque l'essoufflement a atteint un certain degré ; bien qu'elle puisse être très intense elle diffère de la douleur de l'angor vrai. En effet elle débute plutôt à l'épigastre qu'à la région sternale supérieure, elle reste médiane et ne présente que rarement des irradiations et des renvois gazeux qui sont si fréquents dans l'angor d'effort type. La mort subite au cours de ces accès ne se voit guère. Le syndrome angineux de ces hypertendus ou de ces dyspnéiques doit être séparé au moins cliniquement de l'angor d'effort véritable.

4°—Cette classification trop schématique ne sert qu'à guider le médecin dans son interrogatoire. En effet à côté de ces types bien classifiés il y a des cas mixtes et des cas indéchiffrables. Pour comprendre ces cas, il faut avoir conduit un interrogatoire serré, et l'avoir repris à trois ou quatre examens successifs.

## II—*Le coeur des angineux.*

Sur quel coeur se greffe cet angor d'effort et que révèle l'examen objectif des angineux.

a) Malades au coeur normal. Chez un quart et plus des malades indiscutablement angineux l'examen le plus minutieux de l'appareil cardiovasculaire reste négatif.

En effet la lésion génératrice du syndrome angineux, qu'il s'agisse de simple coronarite ou de plaque d'aortite située à l'ambouchure des coronaires, est trop minime et trop localisée pour ne pas défier nos moyens d'exploration.

b) Malades à coeur hypertendu. Chez les malades de ce groupe on note une hypertension moyenne (160 à 200 mm. de kg.) et à l'examen radioscopique le léger bombement du bord gauche du coeur de l'hypertrophie compensatrice. Mais il n'existe entre l'angor d'effort et l'hypertension artérielle qu'un simple rapport de coexistence. Si l'on trouve souvent ces deux symptômes associés chez le même individu c'est qu'ils relèvent tous deux des mêmes causes.

c) Chez 14% des angineux on relève des lésions aortiques: insuffisance associée ou non à un rétrécissement, et dans quelques rares cas anévrysme aortique.

d) Certains angineux sont des cardiaques et parfois de grands cardiaques avec dilatation, hypertrophie, galop et souffle fonctionnel. Chez ces angineux cardiaques, l'essoufflement d'effort suit souvent de près la douleur angineuse et les accès d'angor oedémateux sont fréquents.

e) Angors évoluant sur des coeurs en arythmie complète avec dilatation hypertrophique généralisée. Ces cas sont très rares. La rareté de cette association est dûe à ce que dans l'arythmie complète c'est le myocarde qui est en cause tandis que l'angor reste essentiellement une maladie vasculaire.

f) Angor survenant à titre d'épiphénomène chez des hypertendus troublés, consécutivement à l'essoufflement. Mais il ne s'agit pas ici d'angor vrai parce que les femmes sont atteintes aussi souvent que les hommes, et que la syphilis n'entre en cause que dans 13% des cas tandis qu'elle est de 20% dans l'ensemble des autres cas.

### III—*Evolution.*

La durée de l'angor oscille entre quelques minutes et vingt ans.

1°—Début.—Comment s'installe l'angor d'effort? Dans la moitié des cas il s'installe d'une manière très progressive. Le malade perçoit d'abord une gêne mal définie qui le force à ralentir son allure, puis plus tard à s'arrêter; et les accès augmentent d'intensité à mesure qu'ils se répètent.

Dans un quart des cas le début s'annonce par un accès d'effort très violent.

Il est assez commun également de voir l'angor d'effort succéder à un violent accès au repos, à un paroxysme nocturne, ou à un accès d'essoufflement.

2°—Prodromes.—a) Petites ébauches d'accès lors du coucher ou menaces d'accès dans la marche qui se résument à une gêne légère que le malade perçoit à la région sternale supérieure cinq ans et plus avant que l'angor vrai ne se déclare.

b) Des douleurs névralgiques du bras gauche, du cou et de l'occiput peuvent précéder de quelques années l'angor d'effort.

Ces prodromes s'observent rarement. Il faut bien se garder de voir partout des symptômes avant-coureurs d'angine de poitrine.

3°—Age du début.—Inconnu avant 30 ans, l'angor d'effort se manifeste très rarement au-dessous de 40 ans (6% des cas) tandis qu'il se développe avec une grande prédilection entre 40 et 60 ans (70% des cas) puis sa fréquence va en décroissant dans les années qui suivent. L'angine de poitrine qui débute avant 40 ans est très souvent de nature syphilitique.

4°—Durée.—Bien que l'angine de poitrine puisse permettre une survie de 10 ans et plus, dans la majorité des cas elle entraîne la mort dans les cinq premières années et d'autant plus rapidement qu'elle est associée à des lésions cardiaques.

5°—Rémissions.—Au cours de l'angor d'effort il est fréquent d'observer des rémissions de trois ou quatre ans et parfois la disparition définitive des crises d'angine; mais cette dernière éventualité est l'exception.

6°—Terminaison.—Chaque angineux a sa physionomie particulière et son mode de terminaison. Tous sont exposés à la mort subite. Celle-ci survient au cours d'un accès particulièrement violent et prolongé, dès le début de l'accès sous une forme presque syncopale, dans une syncope angineuse simple (syncope sans accès angineux) ou pendant le sommeil du malade et alors le matin on le trouve mort dans son lit, sans qu'il ait appelé, sans trace de lutte.

Il est pour l'angineux une autre façon de mourir qui est l'infarctus du myocarde et ses conséquences. C'est à la suite d'un accès très intense et très long ou d'un état de mal angineux de plusieurs jours de durée que cet accident survient. L'état général s'altère alors rapidement, la tension artérielle s'abaisse dans de forte proportion, le pouls est mauvais, les urines diminuent, les vomissements sont fréquents. Les moindres mouvements du lit suffisent à déclencher de courts accès d'oedème pulmonaire. Puis l'anhélation devient presque continue, avec une respiration qui affecte souvent le rythme de Cheyne-Stokes et le sujet meurt en quelques jours dans une scène indescriptible d'angoisse, d'insomnie, parfois d'agitation au milieu de symptômes qui représentent un mélange de choc et d'insuffisance cardiaque aiguë. Si la zone hésienne est intéressée par l'infarctus on peut voir survenir un Stokes-Adams aigu avec toutes ses conséquences.

Lorsque les diverses branches coronariennes s'oblitérent successivement on assiste au développement d'un syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche, subaigu ou chronique. Alors l'ancien angineux devient un cardiaque, les accès douloureux cèdent en général complètement, mais il devient pâle, cachectique, perpétuellement angoissé, en proie aux congestions oedémateuses ou hémoptoïques et ses poumons, sans cesse inondés, finissent par être noyés sous un flot d'oedème terminal.

7<sup>e</sup>—Influence du traitement.—Cette influence est difficile à préciser à cause des accalmies fréquentes et prolongées. Dans les angors syphilitiques, à la suite d'un traitement spécifique intensif, on a constaté souvent des améliorations merveilleuses. Dès que les accidents dyspnéiques et surtout les épisodes pulmonaires oedémateux ont fait leur apparition le traitement spécifique reste sans effet. Dans les angors non syphilitiques les moyens thérapeutiques ou hygiéniques ordinaires produisent des améliorations manifestes dans plus de la moitié des cas. Chez un dixième des malades tous les traitements restent sans effet. Les améliorations sont plus fréquentes chez les angineux qui ont eu un début brusque que chez ceux ayant offert un début très progressif.

#### IV.—Étiologie.

a) L'angine de poitrine est une maladie de la clientèle de ville, beaucoup plus que de la clientèle d'hôpital. Les professions libérales et les sujets de la classe aisée sont plus fréquemment atteints.

b) On l'observe beaucoup plus fréquemment chez l'homme que chez la femme.

c) Tous les angors avec ectasie, presque tous les angors avec insuffisance aortique, et un tiers de ceux qu'on observe au-dessous de 50 ans, reconnaissent pour cause la syphilis.

Influence du tabac. Le tabac, pouvant jouer le rôle de cause provocatrice des accès, doit être prohibé aux angineux; mais la proportion des angines de poitrine due exclusivement au tabagisme paraît fort restreinte.

En réalité, la véritable cause de l'angor non syphilitique nous échappe complètement. (L'étiologie de l'angine de poitrine se confond avec celle des artérites) dit Huchard. L'angor d'effort semble être le résultat d'aortique juxta co-ronarienne ou de coronarite véritable, mais la cause première de ces lésions vasculaires nous échappe.

L'hérédité acquiert ici une importance considérable. Les diathèses, les intoxications, les auto-intoxications et les infections sont des causes qu'il faut rechercher mais leur rôle étiologique n'a pas été défini.

(Analyse d'une étude clinique et étiologique par L. Gallavardin, médecin des Hôpitaux. Journal de Médecine de Lyon, 20 oct., 1924).

Dr J.-B. Jobin.



## NOTES THERAPEUTIQUES

UN PROCÉDÉ SIMPLE POUR INTRODUIRE DES LIQUIDES  
MEDICAMENTEUX DANS LA CAVITÉ RHINO-  
PHARYNGIENNE.

Pour faire pénétrer des solutions médicamenteuses dans le naso-pharynx, on a recours aux pulvérisations et aux irrigations ou douches nasales, ou bien l'on applique le médicament sur la partie malade au moyen de tampons montés sur tige. Ces procédés nécessitent des appareils *ad hoc* et parfois la connaissance de manœuvres laryngologiques spéciales; enfin ils sont souvent pénibles pour le patient. La douche nasale exige, en outre, l'usage de grandes quantités de liquide, ce qui constitue un réel inconvénient lorsque le médicament employé est toxique ou d'un prix élevé; dans certains cas même, l'irrigation nasale peut provoquer, comme on sait, des otites dues à la pénétration du liquide dans la cavité du tympan, à travers la trompe d'Eustache.

Or, d'après M. le docteur O. Liebreich, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Berlin, il existe un moyen bien simple et exempt d'inconvénients pour introduire des solutions médicamenteuses dans la cavité naso-pharyngienne, moyen basé sur ce fait physiologique, que le vestibule nasal — limité par une paroi osseuse rigide et par une paroi molle et dépressible—agit comme un ballon de caoutchouc muni d'une canule lorsqu'on le comprime au niveau de sa partie antérieure.

Il suffit donc d'introduire dans le nez un tampon d'ouate préalablement imbibé d'eau salée, par exemple, et assez gros pour remplir tout le vestibule nasal, puis de comprimer avec l'index et le pouce la partie latérale du nez dans le sens antéro-postérieur à partir du bord de la narine, en invitant le patient à ouvrir la bouche, pour que le liquide du tampon pénètre avec la plus grande facilité jusque dans la cavité pharyngienne, comme le prouve le goût salé perçu aussitôt par le malade.

On comprend que le procédé en question ne puisse réussir que si le sujet tient la bouche ouverte. Dans le cas contraire, en effet, la solution exprimée du tampon ne fait que s'accumuler dans le vestibule nasal, et elle s'écoule par la narine dès qu'on cesse la compression.

Avec la méthode de M. Liebreich la quantité de médicament employée est minime, attendu que pour imbiber le tampon nasal il ne faut plus de 30 à 40 gouttes, soit 1 c. c. 5 à 2 c. c. de solution. Ce procédé convient donc bien pour les applications de cocaïne ou d'eucaine dans la cavité pharyngienne. Et de fait, M. Liebreich s'en est servi avec avantage dans plusieurs cas d'irritation de la gorge pour soumettre la muqueuse pharyngienne à l'action d'une solution d'eucaine à 1 ou 2%.

## MOYEN REVELATEUR PAR L'IODURE DE POTASSIUM

M. le docteur G. Sticker, privatdocent de médecine interne à la Faculté de médecine de Giessen, signalait d'autre part que l'iodure de potassium, à la dose de 0 gr. 50 centigr. à 1 gramme par jour, provoque dans les cas suspects de tuberculose pulmonaire des signes de catarrhe au niveau des parties atteintes, ainsi qu'une expectoration plus ou moins abondante dans laquelle on peut déceler la présence de bacilles de Koch. En conséquence, notre confrère estimait que la médication iodurée pouvait être utilisée pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire latente.

Cette opinion vient d'être confirmée par un médecin norvégien, M. le docteur H. Vetlesen (de Christiania), qui a eu l'occasion d'employer la médication iodurée dans un but diagnostique chez vingt-sept malades observés soit à l'hôpital, soit dans sa clientèle privée. Notre confrère administrait l'iodure de potassium en solution à 1,5%, dont il faisait prendre trois cuillerées à bouche par jour. Cette épreuve donna au bout de deux à trois jours un résultat positif chez huit sujets, dont la toux et l'expectoration augmentèrent considérablement; à l'auscultation, on perçut des râles sonores au niveau de certaines parties du poumon dont l'état anormal ne s'était manifesté jusque là par aucun signe précis.

Chez quatre de ces malades seulement, on put constater la présence de bacilles tuberculeux dans les crachats, mais dans les autres cas le diagnostic de phtisie fut facilité par divers symptômes caractéristiques, tels que l'existence de tuméfactions ganglionnaires et de tuberculoses osseuses.

Pour ce qui concerne les dix-neuf individus chez lesquels l'iodure de potassium ne provoqua aucune réaction du côté des poumons, M. Vetlesen les considère comme exempts de tuberculose. Et de fait, chez aucun d'eux on ne put jamais déceler le bacille de Koch dans les crachats ni obtenir de réaction au moyen de la tuberculine. En outre, plusieurs d'entre eux furent suivis pendant deux années sans présenter aucun symptôme de lésion pulmonaire.

Notre confrère se croit donc autorisé à recommander l'usage interne de l'iodure de potassium à petites doses comme un moyen précieux pour reconnaître la vraie nature de certains catarrhes suspects des sommets. Ce moyen serait appelé à rendre des services surtout aux médecins de campagne, qui ne se trouvent pas toujours dans les conditions nécessaires pour faire l'examen bactériologique des crachats.

### L'ANTISEPSIE PULMONAIRE PAR LA VOIE RECTALE CHEZ LES PHTISIQUES

Pour réaliser l'antiseptie pulmonaire, si importante en l'espèce, chez les phtisiques, M. Bouteron conseille d'avoir recours aux lavements de créosote, pour lesquels il donne la formule suivante :

Créosote pure de goudron de hêtre .....V à XX gouttes.  
Jaune d'oeuf (facultatif) .....No. 1  
Huile d'olives (ou d'amandes douces ou de faines) 60 à 100 gram.

ou bien :

Gaïacol cristallisé fondu à une douce chaleur.....0 gr. 20 à 1 gr.  
Huile .....50 grammes

Le lavement, ni froid ni chaud, pour ne pas exciter le péristaltisme intestinal, sera donné le soir, au moment où le malade se couche, aussi longtemps que possible après le dernier repas. Il est inutile d'y ajouter du laudanum, sauf dans les cas d'intolérance extrême, attendu qu'il n'est pas sans inconvénient, à tous les points de vue, d'opiacer ces malades.

Il est encore à conseiller, pour ces lavements, l'usage d'une poire en caoutchouc ayant juste la contenance voulue ; avec les irrigateurs, en effet, une partie du liquide se perd ou reste dans le tuyau ; avec une poire trop grande, on risque d'injecter de l'air qui provoquera des coliques et du gonflement abdominal.

Enfin, une précaution qu'on ne devra pas négliger consiste à faire toujours précéder le lavement médicamenteux d'une injection d'eau bouillie, destinée à laver les surfaces absorbantes.

Les lavements peuvent être remplacés par des suppositoires qu'on formulera comme suit :

Créosote pure de goudron de hêtre.....30 à 50 centigr.  
Beurre de cacao .....4 grammes.  
Pour un suppositoire. Deux fois par jour.

ou bien :

Gaïacol pur .....20 à 50 centigr.  
Beurre de cacao .....4 grammes.  
Pour un suppositoire. Deux fois par jour.

(Ibid)

### SUR LA MANIÈRE D'ADMINISTRER L'HUILE DE FOIE DE MORUE.

(Bricemoret)

Huile de foie de morue .....400 grammes.  
Sirop de baume de Tolu .....200 —  
Teinture de tolu .....XII gouttes.  
Essence de girofle .....II —

Ne pas émulsionner ; au moment de l'emploi, agiter vigoureusement le mélange, dont on administre une cuillerée à bouche 2 à 3 fois par jour. De cette manière, le goût seul du sirop aromatisé persiste après l'ingestion.

## DIVERS

### INTERETS PROFESSIONNELS

Au cours de l'année dernière j'écrivais dans cette revue (déc. 1924) un article intitulé "Intérêts professionnels", et dans lequel je demandais au Bureau de Médecine d'avoir plus soin des intérêts de la profession que de ceux des gardes-malades et des dispensaires. Naturellement, on n'en a pas tenu compte du tout; et le bureau continue à faire la sourde oreille aux plaintes qui s'élèvent de plus en plus nombreuses. Enfermé dans sa tour d'ivoire, le Bureau de Médecine se croit invulnérable. Qu'il prenne garde, il pourrait bien se réveiller un bon matin le feu aux "poudres".

Car il y a du malaise dans l'air. C'est indéniable. On entend des récriminations un peu partout, surtout dans les grands centres. Cela devient de plus en plus difficile de gagner sa vie. Cela se comprend: la profession va en s'encombrant sans cesse. Le nombre des aspirants à la pratique de la médecine augmente à tous les ans. De mon temps il y avait une soixantaine d'étudiants en médecine à l'Université Laval de Québec. Aujourd'hui, il y en a plus de 250.

Les collèges classiques sont encombrés. Et là aussi le nombre des élèves va toujours en augmentant. L'instruction classique et supérieure attire de plus en plus nos jeunes gens; et je me demande si, du train que vont les choses, nous ne sommes pas menacés de former une classe de diplômés sans emploi. Nos petits fils connaîtront ça, c'est certain.

Vous me direz que je vois un peu en noir. C'est possible que je sois un peu trop pessimiste. Mais je crois que nous faisons fausse route en poussant un si grand nombre de nos enfants vers les études classiques. Nous préparons une génération de lettrés et de diplômés, c'est vrai, mais qui vont tirer le diable par la queue, pour employer une expression un peu triviale. Et cela non seulement dans la profession médicale, mais même dans toutes les professions libérales.

S'il n'y avait que l'encombrement de la profession à redouter, ça serait à demi-mal. Le médecin est généralement doublé d'un philosophe; au besoin il se contenterait de peu.

La concurrence de ses confrères, le médecin ne s'en formalise pas. Elle est d'ordinaire loyale. Mais il y a une autre concurrence qui n'est pas loyale celle-là, et qui lui fait un tort considérable. Je veux parler de celle que lui font les dispensaires, les infirmières, les religieuses qui soignent, les pharmaciens et les médecins étrangers. Mais me direz-vous, vous ne parlez pas des charlatans. Non. Pour la bonne raison que le charlatanisme est vieux comme le monde, et jeune comme lui. Notre Seigneur a dit: Vous aurez toujours des pauvres parmi vous. Eh bien! il y aura toujours

des charlatans parmi nous. Cela a existé dans tous les temps et dans tous les pays. Cela existera toujours. Est-ce à dire pour tout cela qu'il faille se croiser les bras? Non. Combattons les du mieux possible. Mais ne nous berçons pas d'illusion. Ils survivront. Le cultivateur a beau sarcler son champ, les herbes nuisibles repoussent toujours. Mais ce qu'il y a de pire que les charlatans, c'est l'envahissement de notre profession par les étrangers à notre province.

Dans l'article, auquel je faisais allusion il y a un instant, je disais que le Bureau de Médecine faisait plus que son devoir au sujet des dispensaires et des gardes-malades, en les prenant un peu trop sous sa protection au détriment des intérêts des médecins.

En résumé il protégeait un système de police sanitaire qui ne le regardait pas, et négligeait les intérêts de ses constituants dont il avait la garde.

Aujourd'hui, je viens lui demander compte de sa conduite vis-à-vis de l'échange des licences. Semble-t-il s'être préoccupé, autant qu'il aurait dû, de l'intérêt de la Province de Québec dans cette question là? Si on lit attentivement le rapport de la dernière assemblée (septembre 1924), l'on voit même qu'à certains requérants de la licence provinciale, on conseillait de prendre, au préalable, la licence anglaise ou canadienne. En prenant ce moyen détourné, une fois porteurs de la licence anglaise, ces requérants pourraient ensuite avoir la licence provinciale.

N'est-ce pas qu'ils sont très complaisants, nos Gouverneurs du Bureau de Médecine.

Si maintenant on fait un relevé des licences accordées durant les trois dernières années, on constate ce qui suit:

#### 1922

91 ont eu la licence régulièrement, i-e, en suivant toute la filière de notre loi médicale provinciale.

29 ont eu notre licence autrement. Sur ces 29

7 par un bill privé;

9 en reconnaissant leurs titres comme équivalents du brevet;

6 par licence fédérale;

4 par licence anglaise;

3 par les lois d'exception Gouin et Mousseau.

#### 1923

76 régulièrement.

33 autrement. Sur ces 33

7 par bill privé;

- 1 brevet par équivalence ;
- 7 par licence fédérale ;
- 11 par licence anglaise ;
- 7 par les lois Gouin, etc.

1924

- 90 régulièrement.
- 38 autrement. Sur ces 38
- 4 par bill prié ;
- 8 par licence fédérale ;
- 14 par licence anglaise ;
- 3 français ;
- 9 par lois Gouin, etc.

Comme on le voit par les chiffres ci-dessus, le nombre des irréguliers va en augmentant. De plus, les porteurs de licences anglaise ou canadienne, qui viennent réclamer notre licence provinciale, augmentent en nombre d'une année à l'autre. Si bien que le Bureau médical fédéral, par la voix de son président, M. le Dr Normand, s'inquiète du nombre grossissant des porteurs de licence anglaise et canadienne qui viennent réclamer l'échange.

Plus que cela, on voit même des étudiants de la Province de Québec, empêchés de prendre la licence dans notre province, faute de brevet, s'en aller dans une autre province, obtenir facilement un certificat du registraire de cette dernière province. Avec ce certificat, ils se présentent devant le conseil médical du Canada, obtiennent une licence fédérale après examen, et s'en viennent ensuite l'échanger contre une licence de la province. Et le tour est joué. M.M. les Drs Normand et Boulet, et l'avocat du Collège des médecins, M. Geoffrion, admettent que cela se fait.

Est-il vrai, comme l'affirme le Dr Normand quelque part, que pour un licencié de la Province de Québec qui réclame la licence fédérale, il y a 10 licenciés canadiens qui réclament la licence provinciale? (1923).

M. le Régistraire du Collège des Médecins intéresserait vivement la profession s'il nous donnait la proportion exacte depuis l'établissement du Conseil médical Fédéral.

Autant que nous pouvons en juger, il semblerait que la Province de Québec a fait un marché de dupes dans cette affaire d'échange des licences.

L'on s'en souvient encore, la Province de Québec a longtemps résisté à faire partie du Conseil Médical du Canada. Le fameux Bill Roddick, créant cette loi médicale fédérale, a été l'objet de discussions assez vives et prolongées. Les échos de notre Assemblée Législative ont retenti des paroles éloquentes de l'Hon. Adélar Turgeon, s'opposant à l'entrée de la

Province de Québec dans ce pacte fédéral. Ce qui fit alors manquer le coup.

Sir Wilfrid Laurier n'avait pas aimé cette attitude. Car il était favorable à ce Bill Roddick.

Deux écoles alors faisaient la lutte autour du Bill Roddick. Montréal menait la campagne en faveur. Québec bataillait contre.

La lutte dura plusieurs années. En face des prétendues avantages qu'en retireraient nos médecins de Québec, on opposait l'envahissement de notre province par des étrangers.

A la fin la Province de Québec cèda (1911), sur l'assurance que seuls les porteurs de titres équivalents à notre brevêt pourraient échanger la licence fédérale pour la nôtre.

Hélas! il semble que nous avons perdu à cette échange. Sur un de la Province de Québec qui en profite, il y a 10 étrangers qui entrent dans notre province.

Les médecins de cette province qui n'ont pu obtenir notre brevêt, prennent un moyen détourné, réussissent à avoir la licence anglaise ou canadienne. Couverts du manteau de cette licence, bien des moutons noirs entrent dans notre bergerie et mangent le pâturage.

C'est devenu un état de chose réellement dommageable pour les nôtres.

L'on voit par la dernière assemblée du Bureau de Médecine (sept. 1924) que la Province de Québec peut sortir de ce pacte si ses droits ne sont pas protégés. Je crois bien qu'il coulera beaucoup d'eau sous le pont de Québec, avant que la chose ne soit un fait accompli.

Une reflexion pour terminer. L'Hon. Dr Normand, et tous ceux qui l'appuient, ont besoin d'une opinion publique pour les seconder. Il faut qu'ils se sentent appuyés par la masse de leurs confrères. C'est le devoir des revues et sociétés médicales de leur prêter main forte, et de seconder leurs efforts.

Quant à nous, l'Hon. Dr. Normand peut compter sur nous pour l'aider à faire respecter les droits de notre province.

Si l'Hon. Dr. Normand ne peut gagner son point, à savoir de faire approuver par le Gouverneur en conseil, le règlement passé en juin 1917 devant le Conseil Médical du Canada, Eh bien! il ne nous reste qu'une chose à faire, c'est de sortir de ce pacte fédéral, où notre province a plus à perdre qu'à gagner.

Le plus tôt ce sera fait, le mieux ce sera pour notre province.

*Albert Jobin.*

## ESPRIT D'ESCULAPE

Un professeur d'une université canadienne, gros, gras, véritable polysarcique, et professeur de physiologie, posait un jour à un élève la question suivante: "Je pose mon doigt sur cette feuille de papier, que va-t-il se produire ?

—Une tache de graisse, monsieur. (authentique)

Pas besoin d'ajouter que la note d'examen fut plutôt "maigre".

\* \* \*

*Bis repetita placent.*—Marguerite X... revenait pour la troisième fois à la Maternité de Québec. La Soeur, la reconnaissant, lui dit :

—Comment, c'est encore vous, Marguerite ?

—Croyez-vous, ma Soeur, comme je n'ai pas beaucoup de bon temps.

\* \* \*

—Quelle est la grosse lettre que les filles redoutent le plus ?

—La grosse S.

\* \* \*

A un enterrement d'un ivrogne, un prédicateur de tempérance se permet de faire la réflexion suivante :

—Il doit être heureux, aujourd'hui, en parlant de celui qu'on portait en terre.

—Il y a quatre "porter";

—Deux "Blackhorse";

—Puis il est dans la "Bière" pardessus la tête.

\* \* \*

*Réponse d'un accoucheur:*—Une fois l'enfant au monde, la jeune mère, tout anxieuse, (et pour cause), demande si son enfant est à terme. Comme il manquait peu de chose pour qu'il le fût, le médecin de répondre :

—Avec l'heure avancée il doit être à terme...

\* \* \*

Pie IX, depuis de longues années, souffrait d'une affection rebelle aux jambes, d'ulcères variqueux peut-être, que ses médecins ordinaires n'avaient pu guérir. Alph. Guérin fut plus heureux. Son malade lui en



marqua une reconnaissance profonde; il le couvrit de titres et de croix : "Vous êtes le plus grand médecin du monde!", lui dit-il, et Guérin de répondre d'une voix spirituellement ironique : "Je dois vous dire, Sa Sainteté n'est-elle pas infallible?" Et un jour que Guérin l'avait ausculté :—Je me garderai bien de dire à mes compatriotes que ma tête s'est appuyée sur votre poitrine; je connais mes Bretons, ils me couperaient les oreilles, pour s'en servir de reliques."

\* \* \*

Pendant que Louis XV était malade à Metz, un des médecins qui le servaient lui présenta une potion, pour laquelle il montrait beaucoup de répugnance. Le docteur insistait sur la nécessité de la prendre : le prince repoussait toujours le vase. Le médecin, désespéré de cette résistance, lui dit courageusement : "Je le veux!". Cette expression hardie tira le monarque de l'état de stupeur où il était. Il tourna les yeux vers son médecin avec étonnement, et dit : "Vous le voulez?"—Oui, Sire, je le veux, il faut que je sois votre maître aujourd'hui, pour que vous soyez toujours le nôtre."

### Antiphlogistine

Nos lecteurs auront constaté avec un intérêt considérable l'insertion de l'annonce de la Denver Chemical Mfg. Co., de New-York, dans le numéro de ce mois. Cette compagnie fabrique la spécialité dénommée "ANTIPHLOGISTINE", un des remèdes le plus usité du monde, et qui est préparé dans des laboratoires établis dans tous les centres commerciaux. Ce remède est prescrit journellement par des milliers de médecins dans le traitement des inflammations de petite étendue aussi que dans les conditions inflammatoires du thorax comme la pneumonie, la pleurésie, etc.

Les annonces de l'ANTIPHLOGISTINE sont publiées dans tous les journaux médicaux d'importance dans les quatre coins du monde. Donc, nous le croyons vraiment utile d'attirer l'attention de nos confrères sur cette préparation sérieuse, et de leur recommander vivement de se mettre au courant de ses qualités et de sa valeur thérapeutique.

Echantillonnage libéral littérature illustrée sur simple demande adressée à "THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NEW-YORK, U.S.A."

## LIVRES A CONSULTER

**Thèse pour le Doctorat en Médecine**, par Pierre CHAMBET: "Le Sulfo-Tréparséan (Dioxydiamino-arsénobenzène méthylène sulfonate de soude) en injections sous-cutanées et intramusculaires dans le traitement de la syphilis". (Paris, 1925).

L'auteur, ainsi que l'indique le titre de son travail, étudie uniquement l'action du Sulfo-Tréparséan en injections intramusculaires et sous-cutanées.

Dans un premier chapitre, il expose les avantages de ces voies d'introduction, préconisées surtout par les Professeurs Sicard, Minet, Gougerot: meilleure absorption du médicament, perte par élimination rapide moins importante, tolérance immédiate, très supérieure et innocuité plus grande pour les viscères (rareté des ictères, etc.)

Suit une étude chimique du Sulfo-Tréparséan montrant que cet arsénoïque dérive directement du 606 et du 914 dont il a la teneur en arsenic et que, plus soluble, il est comme ce dernier parfaitement neutralisé et stable.

Il indique ensuite les règles de la posologie qui sont, dans l'ensemble, celles du traitement par les arsénobenzènes: doses sériales de 3 à 5 grammes, pouvant s'élever jusqu'à 9 grammes dans certains cas.

La technique suivie par le Dr Chambet est celle indiquée par Gastou, Lacapère, Gougerot: injection lente; aiguille strictement sous-dermique et non dans le tissu sous-cutané profond; lieu d'élection: région costo-lombaire, peau de l'abdomen ou du dos; dilution dans 2 cc d'eau distillée pour les doses justes. Le Sulfo-Tréparséan s'est montré remarquable, tant au point de vue de l'activité que de la tolérance locale et générale; les contre-indications, qui sont celles de l'arsenic en général, sont réduites au minimum.

La partie clinique de la thèse est représentée par des observations groupés sous différents chapitres. Le Dr Chambet a traité exclusivement des adultes.

L'auteur termine en insistant à nouveau sur la haute valeur curative du Sulfo-Tréparséan par la voie sous-cutanée ou intramusculaire, mais également sur la nécessité de donner des doses sériales convenables (3 grs 50 à 5 grs chez l'adulte) en un temps assez court.

**La Pratique chirurgicale illustrée**, par Victor PAUCHET, fascicule VIII, 1 vol. in-8° de 250 pages avec 265 figures dessinées d'après nature par S. Dupret. 30 frs.

Le Fasc. VIII de la pratique chirurgicale illustrée, par Victor Pauchet a paru avec les mêmes caractères que les précédents fascicules, l'auteur se réserve la description des grandes opérations, notamment celles sur le tube digestif, la thyroïde, la prostate et confie à quelques chirurgiens spécialisés les autres interventions.

Les **fistules salivaires** et leur traitement ont été décrits par M. Pierre Mornard ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine. L'**ectopie testiculaire** par le Dr Tierny, ancien interne du Prof. Ombrédanne.

L'anus gargouille fait l'objet d'un intéressant travail du Prof. Lambert, de Lille.

Ce fascicule comprend également: **les greffes dermo-épidermiques de Tiersch**, et leur technique suivant Mayo. Il est à noter que ces greffes peuvent s'exécuter sans laisser de trace et qu'il est indispensable, pour qu'elles prennent, d'avoir choisi le donneur. Il faut, en effet, qu'il y ait indentité des sangs, comme pour la transfusion sanguine.

La question des goîtres est traitée d'une façon très complète. L'occlusion intestinale, chapitre de chirurgie d'urgence, est illustrée par de nombreuses figures. La cure de la hernie ombilicale, chez les obèses, exécutée suivant le procédé des frères Mayo, de Rochester. Le prolapsus du rectum a été décrit par l'auteur, suivant la technique de Lockhart-Mummery.

Il s'agit donc d'un traité vécu de chirurgie courante et spéciale qui rend tous ces travaux aussi intéressants pour le chirurgien praticien que pour le chirurgien spécialisé.

**La Mélancolie: Clinique et Thérapeutique**, par R. BENON, Ancien Interne de la Clinique de Pathologie mentale et des Maladies de l'Encéphale de la Faculté de médecine de Paris, Médecin du Quartier des malades mentales de l'Hospice Général de Nantes. 1 vol. in-16 de 154 pages: 10 fr.

Après quelques pages sur l'historique et l'étiologie, l'auteur s'attache à étudier spécialement la mélancolie vraie, dont l'origine est précise autant que la symptomatologie, et qui, bien traitée, guérit dans la très grande généralité des cas, soit à l'asile, soit dans la famille.—La mélancolie proprement dite, différente du simple syndrome mélancolique, se développe sous l'influence d'un chagrin, d'un état de tristesse, déterminé par l'idée d'un mal passé, d'un malheur subi, d'un revers éprouvé, etc. Elle est caractérisée par l'apparition d'idées délirantes d'auto-accusation, de culpabilité, d'indignité, de ruine, de damnation, avec interprétation absurdes, illusions, hallucinations; elle se complique alors d'anxiété, d'énervement, d'idées de suicide, etc. L'accès est curable, sauf complications. La récidive est exceptionnelle. La maladie revêt des formes variées: mélancolie major ou délirante, mélancolie minor sans délire, mélancolie stupeur, mélancolie anxieuse, etc.—Comme complications, il importe de signaler: le syndrome de Cotard, l'évolution vers l'hypocondrie, le délire de persécution, la "démence" chez les jeunes sujets, etc.—Au point de vue diagnostic, il faut la séparer surtout: de l'asthénie périodique (dépression mélancolique des auteurs), de l'hypocondrie, de la neurasthénie par surmenage, des asthénies secondaires qui sont multiples, de l'hyperthymie anxieuse, avec ou sans délire, de l'ennui, etc.—Thérapeutiquement, on peut presque dire qu tous les mélancoliques vrais, s'ils étaient bien soignés, guériraient. Le traitement est moral et physique; le traitement moral est de beaucoup le plus difficile, mais le plus important. Il faut créer autour du malade un milieu convenable et toujours se montrer, avec lui, doux, bienveillant, calme, patient.

**INFECTIONS ET TOUTES  
SEPTICEMIES**

**Traitement LANTOL**  
— PAR LE —

(Académie des Sciences et Société  
des Hôpitaux du 22 décembre  
1911.)

Rhodium B. Colloïdal  
électrique

....LABORATOIRE COUTURIEUX....

18, Avenue Hoche, Paris.

AMPOULES DE 3 C'M.

# Laboratoire des Peroxydes medicaux

12, 18, RUE LAMARTINE, :: PARIS.

Téléphone: Trud. 09-64

## P. AUREILLE

Pharmacien de 1ère classe— Ancien chef du Laboratoire à Lariboisière.

LABORATOIRE DE BIOLOGIE GENERALE, 39, RUE D'AMSTERDAM, PARIS.

OXYGENE  
NAISSANT



CHIRURGIE

Brûlures et Dermatologie

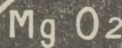
GYNECOLOGIE

# EKTOGAN

2 (Zn9' C12 025 H27)

“POUDREUR” — GAZES — PANSEMENTS — TOUTES FORMES EMLATRES  
POMMADES — PATE — TAMPONS

Désinfection et  
régénération des  
organes  
stomacaux et  
intestinaux



OXYGENE  
NAISSANT

# HOPOGAN

- a) Affections de l'estomac.
- b) Entérite — Typhoïde — Diarrhées.

Traitement stomacal: Comprimés et Cachets.

Traitement intestinal: Géla-Capsules et Pilules kératinisées.

**“PRISES BÉBÉS”** pour traitement du tube digestif  
chez les nourrissons  
(Coliques vertes).