

A. Haas

VOL. 6

No 10

DÉCEMBRE 1941



LAVAL MÉDICAL

**BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC**

**Rédaction et Administration
FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC**



CONSTIPATION

VALDINE

VALOR

—

Peut être considéré comme l'aide mécanique idéal. Ne crée pas d'accoutumance. Absorbe l'eau et passe par l'intestin comme une substance gélatineuse. Agit par sa puissance d'expansion et glisse facilement dans le tube digestif auquel il restore son mouvement physiologique. Granulés aromatisés.

—

**USINES CHIMIQUES DU CANADA
INC.**

87 Station C

-

MONTREAL

LAVAL MÉDICAL

VOL. 6

N° 10

DÉCEMBRE 1941

MÉMOIRES ORIGINAUX

HYDRONÉPHROSES A SYMPTOMATOLOGIE FRUSTE

par

Chs VÉZINA

Chef du Service chirurgical à l'Hôtel-Dieu

et

Arthur BÉDARD

Assistant en chirurgie à l'Hôtel-Dieu

L'hydronéphrose, constituée par la dilatation aseptique du bassinnet et des calices, peut présenter une symptomatologie des plus variées et simuler une affection d'un autre organe et, plus spécialement, une affection du tube digestif.

Maire, de Lyon, dans sa thèse (1909) sur les difficultés du diagnostic des hydronéphroses, a été le premier à étudier la symptomatologie des hydronéphroses. Avec le développement de nos explorations modernes, cette question a été précisée ; et, en 1930, au IV^e congrès de la Société internationale d'Urologie, tenu à Madrid, la question des hydronéphroses a été mise au point. Depuis, de nombreux auteurs ont fait des travaux sur cette partie de la pathologie urinaire et on retrouve, dans la

littérature, de nombreuses observations d'erreurs de diagnostic le plus souvent incontrôlables à cause de la grande variété et du peu de gravité de certains symptômes qu'accusent les malades porteurs d'hydronéphroses.

Nous voulons d'abord vous rapporter, au complet, l'observation d'une petite malade où nous avons erré dans le diagnostic et qui était porteuse d'une grosse hydronéphrose.

PREMIÈRE OBSERVATION

Fernande P., 10 ans, est admise, le 5 octobre 1938, dans le Service du Dr Vézina, avec le diagnostic d'appendicite aiguë refroidie. Depuis plusieurs mois, en effet, elle se plaint de douleurs abdominales à prédominance dans la fosse iliaque droite, douleurs qui surviennent par crises et qui s'accompagnent de grands vomissements. Après un ou deux jours, les douleurs disparaissent pour réapparaître quelques jours ou semaines plus tard. L'enfant n'a jamais présenté de troubles urinaires. Le diagnostic d'appendicite est confirmé cliniquement et, le 6 octobre, on lui enlève l'appendice. Notre petite malade quitte l'hôpital, le 12 octobre, apparemment guérie. L'examen anatomo-pathologique de l'appendice montre un appendice sans particularités. Le 12 avril suivant, le père de Fernande P. nous écrit que sa fille, qui a été bien quelque temps, fait de nouveaux des crises abdominales accompagnées de grands vomissements verdâtres, de température et de constipation. Fernande est admise de nouveau dans le Service le 10 juillet 1939. L'interrogatoire ne nous révèle rien de particulier excepté que les douleurs sont beaucoup plus fortes et que les crises se répètent à des intervalles plus rapprochés. Il n'existe aucun trouble urinaire. L'examen somatique est négatif; les reins ne sont pas palpables et l'examen des urines ne révèle rien de particulier. De plus, l'exploration radiologique complète du tube digestif n'offre aucun intérêt. Soupçonnant quelque chose d'abdominal, nous pratiquons, le 19 juillet, une laparatomie exploratrice qui nous montre rien de particulier, si ce n'est une tuméfaction au niveau du bassinet du rein droit, tuméfaction de la grosseur d'une mandarine. Il s'agissait donc d'une hydronéphrose. Quelques jours plus tard, nous

entreprenons une exploration urologique complète qui a confirmé ce diagnostic. L'urographie intra-veineuse nous a montré un rein gauche normal et un rein droit à calices régulièrement dilatés. La pyélographie rétrograde du rein droit fait voir une dilatation immense du bassinnet et des calices, et nous permet de soupçonner la cause. Il s'agirait en effet de vaisseaux anormaux qui viendraient couder le bassinnet et qui causeraient cette hydronéphrose. L'azotémie est à 0.57 et la phénol-sulfonephtaléine à 74%. L'exploration du rein gauche montre qu'il fonctionne normalement. Nous enlevons ce rein hydronéphrotique. Les suites opératoires furent normales et le 6 septembre la petite Fernande quitta l'hôpital guérie. Nous avons injecté ce rein immédiatement après l'intervention et l'on put voir une énorme dilatation du bassinnet et des calices. L'examen microscopique de la pièce nous a montré qu'il s'agissait bien d'une artère anormale, entourée d'adhérences, qui couvait l'urètre et provoquait cette hydronéphrose intermittente.

Nous avons ici un bel exemple de la difficulté fréquente du diagnostic de ces hydronéphroses à syndrome digestif et, dans la littérature, de nombreuses observations d'erreur de diagnostic sont assez souvent rapportées.

D'après plusieurs auteurs, pendant très longtemps ces hydronéphroses ne donnent que des symptômes gastro-intestinaux, soit qu'elles agissent par compression sur une partie du tube digestif, soit que, par action réflexe, elles modifient la motricité ou la sécrétion du tractus gastro-intestinal. Gauthier et Clavel, dans un article sur les hydronéphroses à forme gastro-intestinale, classent de la façon suivante les formes gastro-intestinales des hydronéphroses :

1° Syndromes chroniques : forme dyspeptique, forme entéritique, forme simulant l'appendicite chronique ;

2° Syndromes aigus abdominaux simulant une appendicite aiguë ou une péritonite jusqu'au moment où un accident urinaire vient révéler la présence d'une hydronéphrose. Le diagnostic est souvent difficile.

Deux choses peuvent cependant nous aider à faire le diagnostic :

1° Le mode d'apparition et de la fin de la crise qui, le plus souvent sont assez brusques avec des intervalles variables de bien-aise ;

2° Les troubles digestifs qui sont rebelles à tout traitement et même à une appendicectomie ou à une cholécystectomie.

La pathogénie de ces troubles pourra être variable : la dilatation plus ou moins marquée du bassinnet et des calices pourra agir par sa seule présence et comprimer soit directement le pylore, le duodénum ou le côlon, soit indirectement les vaisseaux et les nerfs du tube digestif. L'hydronéphrose pourra aussi provoquer une urémie latente et, secondairement, causer des troubles digestifs. Enfin, par action réflexe, elle pourra amener des troubles gastro-intestinaux, troubles réflexes bien connus des urologistes et fréquents lors de nos explorations urologiques.

Ces symptômes gastro-intestinaux seront plus ou moins marqués, et souvent seront absents, et l'hydronéphrose se manifestera par des symptômes divers comme nous le verrons en examinant ensemble quelques observations d'hydronéphrose rencontrées soit chez nos malades privés, soit dans le Service du Dr Charles Vézina.

DEUXIÈME OBSERVATION

Juliette M., 24 ans, souffre, depuis 5 ou 6 ans, de douleurs abdominales survenant par crises, et durant plus ou moins longtemps, accompagnées de nausées et de vomissements. En 1935 on lui enlève son appendice et elle n'est aucunement soulagée. Ses crises augmentent de plus en plus et font penser à des troubles vésiculaires. A ces crises, cependant, viennent s'ajouter des douleurs lombaires droites. L'examen est négatif. Les urines ne révéleront rien de particulier. Une urographie intra-veineuse vient montrer une dilatation considérable des calices et du bassinnet droits avec sténose urétérale haute. Après section de deux artères anormales polaires inférieures, la malade est guérie, et ceci depuis octobre 1936.

TROISIÈME OBSERVATION

Madame Alfred C., 54 ans, a une histoire digestive assez compliquée. Opérée pour cholécystite calculeuse, en 1913, elle fut soulagée pendant

quelque temps. De nouveau les crises douloureuses reprennent pour se rapprocher de plus en plus. Ces douleurs siègent au niveau de l'hypochondre droit et de tout l'abdomen et ne s'accompagnent ni de nausées, ni de vomissements. Elles s'irradient parfois vers la cuisse droite et ne s'accompagnent d'aucun trouble urinaire. L'examen des urines est négatif de même que l'exploration radiologique du tube digestif. Une urétéro-pyélographie rétrograde montre une dilatation du bassinet et des calices supérieurs. Vu l'âge de la malade nous lui avons conseillé le port d'une bande abdominale pour soutenir le rein légèrement ptosé, cause de cette hydronéphrose.

QUATRIÈME OBSERVATION

Marie-Jeanne G., 29 ans, vient consulter, en avril 1939, pour des douleurs abdominales s'irradiant vers l'ombilic et ne s'accompagnant d'aucun trouble digestif. Ces douleurs surviennent par crises et durent depuis 3 ans. Elles débutent brusquement après un travail ardu. Cette jeune fille ne présente aucun trouble urinaire. L'examen est négatif excepté que l'on perçoit le rein droit. Une urétéro-pyélographie rétrograde nous montre une dilatation du bassinet et des calices. Le 13 avril nous pratiquons une néphropexie droite au moyen de 4 lambeaux capsulaires. Le 11 mai, la malade quitte l'hôpital apparemment guérie.

CINQUIÈME OBSERVATION

Madame Antonio B., 27 ans, vient consulter, le 1er juillet 1939, pour des douleurs abdominales à prédominance dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs sont apparues il y a 15 mois et ont augmenté progressivement. Ces douleurs s'accompagnent d'anorexie, de fatigue, et sont soulagées par le repos. Pas de troubles urinaires. L'examen des urines est négatif. L'examen montre un rein droit ptosé, et une urétéro-pyélographie rétrograde montre une coudure de l'urètre droit, une dilatation légère du bassinet et des calices. Le 6 juillet nous pratiquons une néphropexie droite et, le 22, la malade quitte l'hôpital en bonne voie de guérison.

Ces quelques observations, choisies parmi de nombreuses observations d'hydronéphrose, nous montrent la difficulté du diagnostic de cette affection rénale. Devant un malade qui vient consulter pour des troubles dont la pathogénie est difficile à expliquer, nous croyons qu'il faut penser aux reins après avoir éliminé tous les autres organes. L'azotémie, la pyélographie rétrograde et mieux l'urétéro-pyélographie rétrograde, au moyen de la sonde Bouchon de Chevassu, nous permettent souvent de trouver la cause des troubles dont se plaignent ces patients. Il ne faut pas s'emballer et dire que tous les troubles que l'on ne peut expliquer sont dus à une hydronéphrose ; il faudra peut-être y penser plus souvent pour le plus grand bien de nos malades.

Quant au traitement, il variera suivant la cause : enlever l'obstacle : le calcul, l'artère ou la veine anormale ; replacer le rein s'il est ptosé ; et, enfin, ne faire une néphrectomie que si l'on y est obligé. Donc, traitement conservateur qui est possible dans la majorité des cas.

NOS PREMIÈRES CONSTATATIONS
SUR 25 CAS DE FORAGE DE LA PROSTATE

par

André SIMARD

Chef de clinique à l'Hôtel-Dieu

Après avoir extirpé à peu près 200 prostates par la taille sus-pubienne dans une période de 10 ans, nous avons, depuis février dernier, inauguré, à l'Hôtel-Dieu, la résection trans-urétrale des adénomes péri-urétraux et des cancers de la prostate. En 1930, nous avons contribué à vulgariser une prostatectomie en un temps, faite rapidement, avec un drainage sus-pubien de très courte durée. Cette nouvelle intervention d'alors, qui semblait être une amélioration considérable sur la prostatectomie en 2 temps, et sur les drainages interminables par les larges tubes de Paul, semble maintenant passée franchement à l'arrière-plan devant la résection trans-urétrale qui simplifie et qui raccourcit considérablement le drainage et le temps de l'hospitalisation.

Sur les 200 cas de prostatectomie sus-pubienne, nous avons enregistré une mortalité d'un peu moins de 3%. Ce faible taux de mortalité est aussi imputable au fait qu'une sélection judicieuse a été faite des sujets à opérer.

En février dernier, nous avons commencé à nous servir de la nouvelle méthode, et nous pouvons maintenant vous présenter 25 cas de

prostatectomie par la méthode endo-urétrale, dont nous avons le rapport anatomo-pathologique. Sur ces 25 cas, nous n'avons enregistré aucune mortalité.

Les glandes péri-urétrales, qui forment l'adénome et qui s'accroissent vers la vessie en allongeant le canal de la longueur de la tumeur et

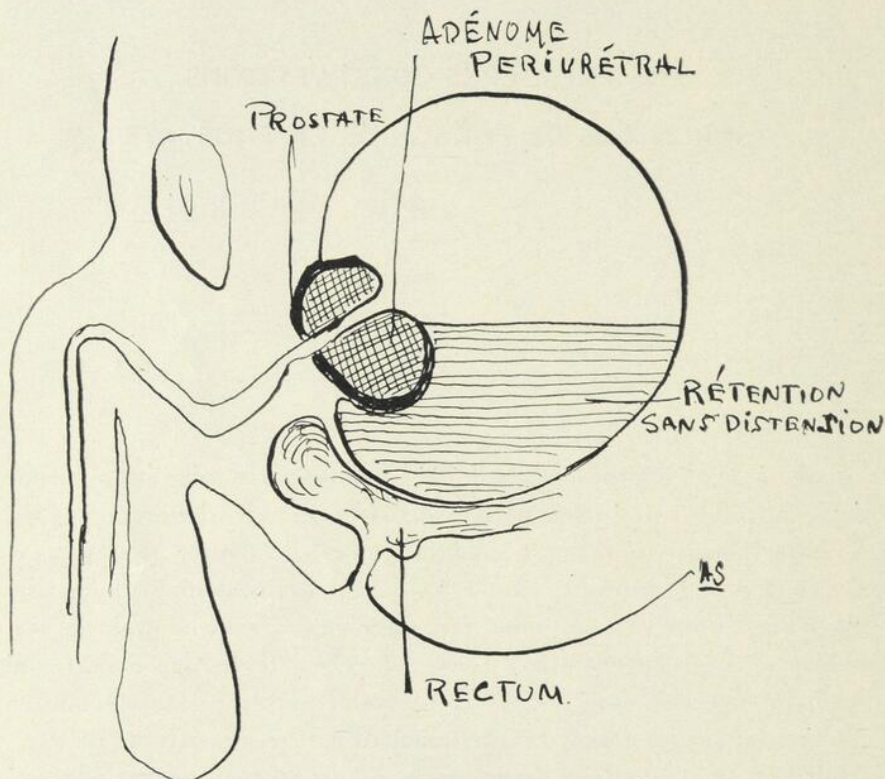


Fig. 1. — Mécanisme de la rétention dans un bas-fond créé par l'adénome.

en repoussant vers l'extérieur la prostate elle-même qui s'amincit de plus en plus à mesure que l'adénome grandit, sont extirpées à l'aide d'une anse diathermique que l'on déplace de la vessie vers le *veru montanum*. De cette façon, des lamelles de l'adénome sont réséquées tour à tour jusqu'à ce que l'on creuse suffisamment tout le tour du canal, mais d'une façon beaucoup plus marquée à la partie inférieure. Le signe qui dé-

montre que la résection est suffisante, c'est l'apparition, au niveau du canal, du bas-fond vésical qui remonte à mesure que la tumeur disparaît.

Les dangers de cette résection sont d'abord les hémorragies qui doivent être contrôlées par le courant cautérisant que l'on fait passer dans l'anse, et que l'on applique sur les vaisseaux qui saignent sous le contrôle de la vue. Puis, c'est l'infection subséquente de cette plaie que l'on vient de faire, et un décollement possible de la muqueuse vésicale au niveau de son passage vers l'urètre. Enfin, la perforation du rectum par une résection trop poussée qui dépasse les limites de l'adénome et même de la prostate.

Nos trois premières résections ont été évidemment plus laborieuses que les suivantes. Impressionné par les accidents possibles, les copeaux enlevés par le résectotome étaient de très petite dimension, et presque chaque résection était suivie d'une cautérisation abondante. La première a duré une heure et quart. Aujourd'hui, il est possible de faire la même intervention dans 15 minutes. Il faut remarquer ici que l'hémorragie, si le vaisseau ne présente pas de pulsations et si elle n'aveugle franchement pas la vision, est presque négligeable. Il y a même intérêt à ne pas trop cautériser afin de ne pas former une escarre trop grande qui peut tomber tout d'un coup entre le 7^e et le 12^e jour, et provoquer une nouvelle hémorragie qui peut avoir des suites très fâcheuses.

L'apparence endoscopique de l'adénome de la prostate est celle de 2 ventres de rideaux drapés de chaque côté de l'urètre, et qui peuvent, dans les cas extrêmes, pratiquement se toucher. La partie inférieure sera comme un dos d'âne derrière lequel on ne pourra apercevoir le bas-fond vésical. La résection devra donc se faire sur les 3 côtés systématiquement en commençant par les latéraux, et en finissant par l'inférieur qui correspond au lobe médian.

Nous devons ajouter ici, à propos du plancher de l'urètre, qu'on se trouve aussi en présence du sphincter vésical qui peut se confondre avec la barre inter-urétrale dans les petites prostates. Il faudra essayer, alors, de glisser derrière lui sans trop l'entamer afin de ne pas avoir l'inconvénient d'une incontinence qui est assez fréquente surtout si on a dû appliquer la sonde Foley qui distend ce sphincter en s'appliquant intimement sur la plaie causée par la résection.

Sur 25 résections trans-urétrales, une seule tumeur a été diagnostiquée cancéreuse avant l'intervention, mais l'examen anatomo-pathologique a révélé que 4 d'entre elles étaient d'origine cancéreuse. Ce chiffre paraît un peu élevé. Est-ce une coïncidence, ou la loi des séries, nous n'en savons rien. Cependant au Congrès de la *Canadian Medical Association*, au mois de juillet, la statistique des urologistes variait entre 10¹/₂ et 15%, ce qui correspond sensiblement à nos constatations.

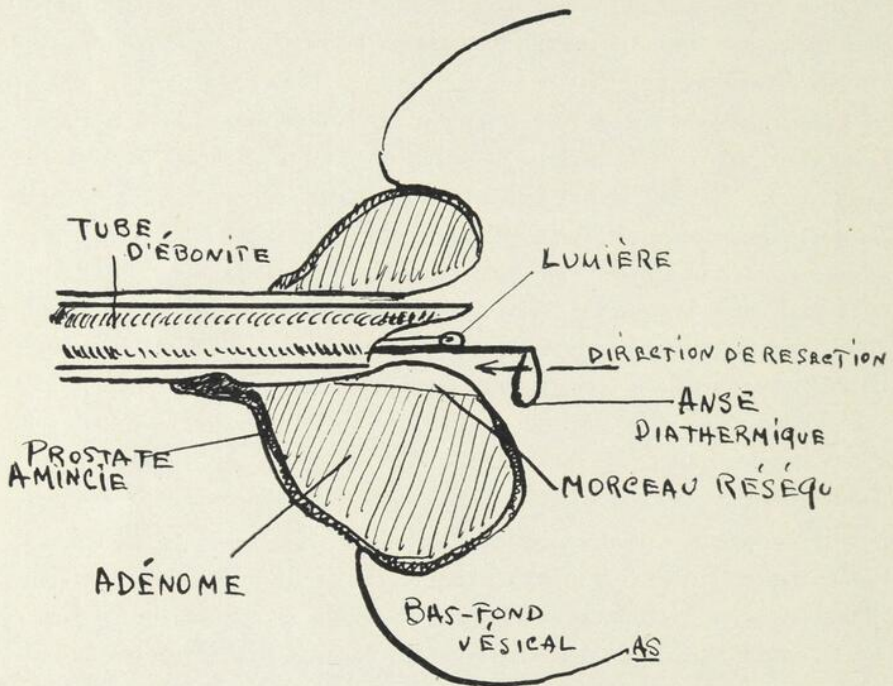


Fig. 2. — Résection avec l'anse coupante.

Les petites complications auxquelles il nous a fallu faire face, peuvent sinon être évitées, du moins atténuées. La première c'est l'hémorragie. Nous avons 4 malades qui ont saigné de façon inusitée pendant 2 ou 3 jours. Nous constatons maintenant que notre cautérisation dans un des cas n'a pas été suffisante, et que dans les 3 autres, le temps préopératoire n'a pas été assez long, ce qui veut dire que ces 3 derniers malades, arrivés à l'hôpital avec l'idée de subir une résection trans-urétrale,

à cause de la longueur de l'hospitalisation très diminuée, nous ont impressionné par le désir qu'ils avaient de se faire opérer immédiatement et n'ont pas été soumis à un drainage suffisamment prolongé pour permettre à leur adénome de se décongestionner complètement. Ces malades, d'ailleurs, ont gardé, jusqu'à leur opération, une petite température qui, à ce moment-là, n'a pas assez retenu notre attention. Il nous a donc fallu nous servir de cette sonde à double tubulure, dont la chambre extérieure est remplie d'eau, afin de former une voussure que l'on applique fortement sur la région qui saigne en la tirant vers l'extérieur. Cette méthode est très efficace, mais comporte aussi certains ennuis dont nous avons eu à nous plaindre chez 3 malades. Comme nous vous l'avons dit plus haut, la distension prolongée du sphincter par cette sonde qui forme tampon a entraîné une incontinence qui n'a cependant pas duré plus de 8 jours dans le plus tenace des cas, mais qui peut durer 6 mois. Jusqu'à présent, on ne relate pas d'incontinence permanente. Évidemment, le malade, qui est venu à l'hôpital parce qu'il avait des difficultés à uriner, ou qu'il n'urinait pas, trouverait particulièrement exagéré d'uriner tout le temps.

La troisième complication réside dans l'infection subséquente de la plaie opératoire, et dans le fait que la résection a pu traumatiser la muqueuse vésicale pour la soulever au bord de l'urètre, permettant à l'infection de se loger dans le tissu cellulaire sous-jacent. Deux de nos cas ont été infectés, et un a suppuré pendant 15 jours. Un traitement au sulfonamide a cependant réussi à juguler cette infection qui, jusqu'ici, n'a pas été très tenace. Retenons que ces 2 malades avaient, avant leur opération, une petite température et qu'ils étaient, tous les deux, des habitués de l'auto-sondage. On pourrait, ici, recommander un traitement désinfectant pré-opératoire suffisamment prolongé pour faire disparaître l'infection et surtout l'œdème, que l'on constate, dans ces cas, au moment de l'intervention.

Un de nos cas portait, derrière son adénome, trois gros calculs vésicaux, que nous avons dû enlever subséquentement par une taille sus-pubienne rapide qui ne nous a d'ailleurs apporté aucune complication. Peut-être aurions-nous pu faire cette taille, et la résection par la suite, mais il n'est pas très sûr que la vessie ait la même résistance à la disten-

sion après une cystostomie, car il ne faut pas oublier que la résection se fait à vessie distendue par un courant d'eau continu qui est nécessaire pour chasser chaque morceau réséqué.

Nous avons fait deux résections chez des individus qui avaient été prostatectomisés plusieurs années auparavant par voie sus-pubienne, et qui avaient gardé des symptômes très identiques à ceux qui avaient précédé leur prostatectomie. Dans ces cas il s'agissait d'une résection de 2 ou 3 grammes, d'une cicatrice vicieuse, ou d'un clapet formé par un lambeau de muqueuse qui obstruait la voie d'excrétion. Dans ces deux cas, le résultat a été magnifique et immédiat.

Quant aux quatre cancers, dont trois étaient ignorés, les résections ont été larges et importantes. Il est inutile de penser qu'une guérison peut être espérée, mais la mort, qui serait survenue à brève échéance par l'azotémie très élevée ou par le blocage complet, est retardée de plusieurs mois ou années, et n'est pratiquement fonction que des métastases. Cette résection, d'ailleurs, peut être répétée et prolongera d'autant la vie du patient.

Nous ne nous sommes pas encore attaqué à de très grosses prostatites. Il est possible que, dans l'avenir, quand la chose se sera vulgarisée, on pourra réséquer en plusieurs séances de très gros adénomes, permettant ainsi une guérison complète. Nous croyons que, dans ces cas, la taille sus-pubienne garde encore ses droits.

La préparation et les soins post-opératoires, sur lesquels nous avons déjà insisté dans un autre travail, ne doivent pas être négligés; ils sont aussi nécessaires qu'ils l'étaient dans les interventions sus-pubiennes.

La collaboration médico-chirurgicale est de toute nécessité, car les malades n'ont pas changé, même si l'intervention s'est simplifiée et les suites opératoires considérablement raccourcies.

On peut actuellement dire qu'un prostatique moyen, ayant une azotémie normale et n'étant pas infecté, aura une préparation pré-opératoire de 3 à 4 jours, et des suites opératoires de 8 à 10 jours.

MASTOÏDECTOMIE

par

Paul PAINCHAUD

Chef du Service d'oto-rhino-laryngologie à l'Hôtel-Dieu

et

François LETARTE

Assistant à l'Hôtel-Dieu

L'objet de ce travail est de passer en revue les vingt-trois cas de mastoïdites aiguës et sub-aiguës traitées chirurgicalement dans le Service depuis quatorze mois. Les mastoïdites chroniques sont exceptées parce que les indications et les techniques opératoires diffèrent.

En vue de classer les observations sur une base anatomique, il est important de rappeler sommairement la systématisation cellulaire de la mastoïde qui a été divisée en deux parties par Portmann :

La partie antérieure superficielle correspond à l'antre et à la pointe. La partie antérieure profonde comprend l'antre ; elle est sous-jacente à la cavité crânienne et longe les canaux semi-circulaires ; en bas, elle forme le triangle digastrique.

La partie postérieure de la mastoïde comprend la zone sinusienne supérieure et descendante, c'est-à-dire, la portion sigmoïde du sinus

latéral ; de plus, la zone cérébelleuse située entre le sinus et la suture occipito-mastoïdienne postérieure.

Treize cas ont présenté des lésions prédominantes dans la partie antérieure de la mastoïde. Chez onze de ces malades, les mastoïdites aiguës étaient extériorisées en abcès sous-périosté. Les lésions de la pointe ont développé deux cas de mastoïdite de Bézold : le pus a coulé dans la rainure digastrique pour s'infiltrer dans la région cervicale. Les huit autres observations appartiennent au groupe des périsinusites : les lésions prédominaient dans la partie postérieure de la mastoïde.

Afin d'éviter les répétitions, trois observations résumeront brièvement la symptomatologie caractéristique des groupes cités.

Observation 5 : R. P., âgé de 9 ans, souffre d'un abcès sous-périosté de la mastoïde gauche.

Antécédents personnels : Rougeole en avril 1940. Scarlatine en mai 1940.

Maladie actuelle : Au cours du dernier exanthème, fin de mai, otorrhée fétide gauche, indolore. Surdité progressive. Le 28 mai, la suppuration cesse pour être remplacée par une otalgie continue et à irradiation profonde.

A l'examen d'admission, 4 juin, la lumière du conduit auditif est obstruée par du pus épais. Le pavillon de l'oreille gauche est décollé et projeté en haut. Le sillon rétro-auriculaire est effacé. La peau est tendue et œdématiée par une collection fluctuante. Température : 101° ; pouls : 132. Douleur provoquée élective au niveau de l'antré.

Cette symptomatologie classique s'est présentée selon la fréquence habituelle chez nos malades portant une perforation de leur mastoïde antérieure, soit au niveau de l'antré ou plus bas, vers la pointe.

Dans un cas, observation 7, en plus des symptômes rétro-auriculaires déjà cités, l'œdème soulevait la fosse temporale droite et intéressait la paupière inférieure. La perforation était sus-antrale dans la zone temporo-zygomatique.

L'observation 13 caractérise la mastoïdite de Bézold. Dès que R. S., âgé de 13 ans, vient consulter le 6 juin, il attire l'attention par un

torticolis de rétraction et la présence d'un abcès cervical. La tête est inclinée à gauche. Le pavillon de l'oreille gauche est décollé. La peau de la région mastoïdienne est œdématiée ; les plis sont disparus. Au tiers supérieur du sterno-cléido-mastoïdien, la palpation déprime une collection fluctuante et provoque une douleur aiguë qui irradie à la pointe mastoïdienne. Le tympan est perforé et du pus en sort sous pression. Température : 101° ; pouls : 110. L'intervention a lieu deux heures après l'admission. La pointe baigne dans le pus. Un large séquestre est enlevé. Le trajet d'une fistule est repéré derrière la pointe, voie qui explique la propagation du pus le long des insertions musculaires pour fuser dans la région cervicale.

Enfin, l'observation 25 illustrera le groupe des périsinusites. L'examen de R. S., âgée de 13 ans, admise le 12 février dernier, révèle des symptômes précis de phlébite du sinus sigmoïde droit. La température oscille entre 104 et 100° depuis huit jours. Des frissons et apparition de cyanose sont survenus à deux reprises. Le pouls suit les clochers de la température. Les accalmies sont accompagnées de somnolence et d'indifférence. Céphalée dans la région fronto-pariétale droite. Suppuration de l'oreille droite. Hyperesthésie de la mastoïde droite œdématiée. L'examen du fond de l'œil est négatif. En présence des signes cliniques positifs, l'intervention a permis de découvrir un sinus décoloré avec paroi nécrosée et la présence d'un abcès péri-sinusien postéro-inférieur.

Tous les malades furent opérés dans les dix-huit heures qui suivirent l'admission. Quant à la technique, elle procède de la définition de la mastoïdectomie qui est « l'ouverture systématique, aussi complète que possible, des divers groupes cellulaires mastoïdiens ».

Une incision un peu au delà du sillon rétro-auriculaire partant de la *linea temporalis* jusqu'à la pointe permet d'exposer la mastoïde et d'explorer l'os. Quelques c.c. de pus sont prélevés et expédiés au laboratoire pour guider la thérapeutique. Les zones déjà énumérées sont trépanées méthodiquement de haut en bas et d'avant en arrière. L'autre est élargi ; sa communication avec l'aditus est vérifiée. La gouttière inter-sinuso-faciale est curetée.

Cependant, l'étendue des temps opératoires varie avec les lésions et le curetage des cellules nécrosées commande parfois l'exposition de la dure-mère. Cette éventualité s'est présentée dans quatre cas au niveau du tegmen (observations 4, 8, 13 et 23). La résection complète de la pointe a été jugée nécessaire chez deux malades. Les mastoïdites type Bézold exigent d'une part la découverte du trajet fistuleux et, de plus, l'incision de l'abcès cervical. Dans l'observation 14, les deux ouvertures furent réunies par un drain sous les plans cervicaux.

Quant aux périsingites, une contre-incision postérieure a été exécutée dans trois cas pour contrôler la zone du sinus sigmoïde. Chez tous les malades atteints de phlébite ou d'ostéite péri-sinusale, le sinus a été exposé chaque fois et le plus fréquemment dans la région postéro-supérieure. Dans l'observation rapportée plus haut, la zone cérébelleuse a dû être curetée soigneusement pour libérer les parois du sinus des groupes cellulaires infectés.

Quand les aspérités ont été nivelées et que le curetage a laissé l'os blanc et dur, le sinus libre et dépressible, un lavage abondant au sérum nettoie les cavités. Les tissus mous superficiels sont avivés. Une mèche est insérée librement dans l'antre. Le périoste est rapproché au catgut. Les deux-tiers supérieurs de la plaie sont suturés à la soie.

Tous les malades ont reçu de 500 à 1,000 c.c. de sérum glucosé additionné de soluseptazine et, le premier jour, trois grammes de Dagenan en attendant le résultat de l'examen bactériologique. Sur dix-sept échantillons prélevés au niveau de la mastoïde au cours de l'intervention, le streptocoque hémolytique représentait 70% ; le pneumocoque 18% ; le staphylocoque 12%. Le streptocide a été prescrit à la dose de 3 grammes par jour jusqu'à la chute de la température qui a suivi les quarante-huit heures de l'intervention. Un gramme à un gramme et demi étaient continués selon l'état général. Le Dagenan a été prescrit dans les mêmes proportions d'après le type bactériologique. En résumé, chaque patient a reçu une moyenne de dix grammes et demi de sulfamidés.

Quant à l'évolution, aucune complication sérieuse n'a retardé la guérison. Le drainage rétro-auriculaire a duré en moyenne cinq jours : les cicatrices sont restées uniformes et sans tendance à s'affaïsser. L'oreille a cessé de suppurer avant la sortie du patient, sauf dans un cas dont la

cause de l'écoulement est restée ignorée, même après plusieurs recherches du bacille de Koch. La fonction auditive s'est améliorée progressivement avec le drainage de la caisse.

Enfin, la moyenne de la durée de l'hospitalisation chez ces vingt-trois malades, âgés de 16 mois à 66 ans inclusivement, a été de quatorze jours et demi pour le traitement de leur mastoïdite. Si nous considérons que pas un de ces patients n'avait subi de paracenthèse, que plusieurs n'avaient reçu aucun soin médical et que trois enfants extériorisaient des signes d'hypo-alimentation, il est possible d'espérer une guérison encore plus rapide.

BIBLIOGRAPHIE

- PORTMANN. Technique opératoire Oto-Rhino-Laryngologique, 1932.
MOULONGUET. Les Grands Syndromes O. R. L., 1926.
TURNER. Diseases of the Nose, Throat and Ear, 1932.
FOWLER. Medicine of the Ear, 1939.
KOPETSKY. Surgery of the Ear, 1939.
-

LA SYPHILIS CHEZ LES ALIÉNÉS

par

Sylvio CARON

Chef de Service à la Clinique Roy-Rousseau

et

Chs-A. MARTIN

Assistant à la Clinique Roy-Rousseau

Dix-neuf cent quarante-et-un est une année de compilation. L'occasion est donc superbe de vous présenter le recensement particulier des malades syphilitiques qui sont passés à la Clinique Roy-Rousseau, pendant une période de onze années, allant du 1er janvier 1930 au 1er janvier 1941. C'était, au début, notre intention de vous offrir la statistique intégrale de la syphilis à Mastaï, pour la même période, incluant les vérolés de l'Hôpital Saint-Michel-Archange aussi bien que ceux de notre institution. La désorganisation accidentelle de l'hôpital des aliénés, l'éparpillement forcé des Services et des dossiers nous ont fait abandonner ce projet irréalisable dans les circonstances présentes. D'ailleurs, les conclusions que nous avons retirées de la revue de nos dossiers spécifiques sont tout aussi explicites et ont la même valeur démonstrative que celles que nous aurait fournies la revision globale de la question syphilitique dans tous nos départements.

Ainsi réduite à notre Service, la compilation quoique moins extensive quant au nombre des malades considérés, devient plus extensive quant à la variété des formes de la maladie syphilitique. Si les avariés que nous

recevons à la Clinique Roy-Rousseau sont des syphilitiques de toutes les périodes, ceux qui sont admis à Saint-Michel-Archange, étant nécessairement des aliénés, sont presque toujours des paralytiques généraux.

Nous voudrions retenir de cette étude des rapports et des proportions qui restent vrais, plutôt que des chiffres exacts qui ne seront plus les mêmes l'an prochain. Nous vous donnerons, au cours de la présentation, quelques chiffres que nous avons pu obtenir de Saint-Michel-Archange, pour démontrer, à l'occasion, que ces proportions sont à peu près les mêmes dans tous nos Services et étendre, par là, la valeur de nos conclusions.

Suivant l'exposé classique, nous considérons d'abord les circonstances étiologiques, puis la question nosographique et enfin les résultats du traitement.

I

Parmi les circonstances étiologiques, nous retiendrons votre attention sur la fréquence de la maladie, sur sa distribution suivant le sexe, suivant les régions démographiques, suivant la profession, sur la question de contagion matrimoniale et celle des antécédents pathologiques.

La syphilis est une maladie trop fréquente, c'est entendu. Les multiples rapports qui nous ont été fournis au cours de ces deux dernières années démontrent bien que le fléau envahit notre province à grande allure. La question qui se pose pour nous est de savoir combien souvent cette maladie aux manifestations multiples contraint ceux qui en sont atteints à venir consulter dans le milieu neuro-psychiatrique. C'est une opinion répandue dans le public et même le public médical qu'une grande partie des maladies que nous soignons dans notre milieu sont causées par la vérole. Voici que les chiffres interviennent. Pendant cette période de 11 ans, nous avons enregistré en tout et partout à la Clinique Roy-Rousseau, 7,678 admissions et réadmissions. Sur ce nombre, 365 individus étaient manifestement atteints de syphilis. Chez ces 365 malades il y a eu 152 réadmissions, ce qui fait en tout 517 entrées. En comparant ce nombre au nombre total d'entrées nous obtenons donc un rapport de 6.7%. Autrement dit 1 sur 15 des malades qui nous arrivent ou qui nous reviennent est atteint de syphilis. Les syphilitiques revenant plus souvent que les autres, ce rapport est certainement au-dessus de la vérité.

Pendant la même période, à l'Hôpital Saint-Michel-Archange, sur 7,674 admis et réadmis on a accepté 375 vérolés admis et réadmis, ce qui fait un peu moins que 5%. Nous vous prions de remarquer tout de suite que de ces 375 spécifiques, 137 venaient directement de la Clinique Roy-Rousseau.

En additionnant nos 517 entrées avec les 375 entrées de Saint-Michel-Archange pour les comparer au nombre total de 15,352 entrées à Mastaï, nous obtenons un rapport global légèrement supérieur à 5%.

Nous verrons plus tard que parmi nos 365 spécifiques tous n'étaient pas fous et qu'un certain nombre de ceux qui l'étaient, ne l'étaient pas à cause de leur syphilis.

S'il y a autant d'hommes que de femmes syphilitiques, le système nerveux des hommes semble plus vulnérable que celui des femmes à l'atteinte du spirochète, puisque nous avons admis 261 hommes contre 104 femmes. De même à Saint-Michel-Archange on a admis 276 hommes contre 99 femmes. Comme ce n'est pas le temps d'échafauder des hypothèses, nous nous bornons à constater le fait.

Il importerait encore plus de comparer le nombre de syphilitiques que nous avons traités chez nous à la population totale de la région que nous desservons, que de le comparer au nombre total de nos admissions. Du premier coup d'œil, il apparaît clairement que la syphilis est une maladie de citadins. Si nous recevons peu de syphilitiques des comtés ruraux, nous en recevons beaucoup des centres urbains industrialisés, petits ou grands.

Québec donne un maximum avec 230 vérolés, soit une moyenne de 20 par année, pour une population de 140,000. Saint-Maurice, Champlain : 25 ; Chicoutimi, Lac Saint-Jean : 19 ; Lévis : 11 ; Portneuf : 11 ; Beauce : 5 ; Montmorency et Charlevoix : 4 chacun ; Sherbrooke, Mégantic, Rivière-du-Loup, Témiscouata : 3 chacun, etc.

A Saint-Michel-Archange nous avons obtenu à peu près la même distribution :

Québec : 139 ; Saint-Maurice, Champlain : 42 ; Chicoutimi, Lac Saint-Jean : 44 ; Sherbrooke : 24 ; Lévis : 10 ; Portneuf et la Beauce : 9 chacun ; Nicolet, Richmond et Rimouski : 5 chacun ; Mégantic, Rivière-du-Loup et Témiscouata : 4 chacun, etc.

Les comtés exclusivement ruraux nous envoient peu de syphilitiques. Nous prenons comme exemple Matane qui n'a fourni aucun syphilitique dans nos institutions pendant 11 ans; les Iles de la Madeleine et Kamouraska qui en ont fourni chacun un; Matapédia qui en a fourni 2.

Le cas de certains comtés ruraux est gâté par la présence d'un centre de colonisation comme Témiscouata qui a envoyé 7 malades à Mastaï; par la présence d'un relai de chemin de fer comme Rivière-du-Loup qui a fourni 7 malades; par la présence de marins à la retraite comme L'Islet qui a fourni 8 malades; par le voisinage d'un grand centre comme Montmorency qui en a envoyé 8 aussi. Il semble bien qu'il n'existe pas de foyer important de contagion dans le milieu rural, où on rencontre quand même parfois un colporteur qui a décidé de se fixer, une demoiselle qui fut un temps servante en ville, ou un bon vieux rentier qui a vécu ses années prospères aux États-Unis ou à Québec ou ailleurs, ou enfin, un honorable vétéran revenu gazé du front.

On professait autrefois que la syphilis était une maladie de la classe aisée. Nos dossiers nous apprennent que c'est plutôt une maladie de la classe moyenne des gens qui vivent loin de chez eux, des gens qui circulent, qui changent souvent de domicile. On y rencontre trop souvent des employés de chemin de fer, des marins, des conducteurs de taxi, gens qui ont en main la responsabilité de la vie d'autrui. Il serait nécessaire d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur ce fait, en vue d'imposer l'examen régulier des employés des services publics. On trouve encore des bûcherons ou des filles de la campagne venues gagner leur vie en ville et qui sont tombées, à la fin, dans le vagabondage. On compte 8 défenseurs de la patrie qui ont fait toutes sortes de prouesses sur les fronts européens et ont malheureusement été victimes du « gaz » vénérien. Les classes professionnelles sont représentées par un notaire, un ingénieur civil, un médecin et un frère. L'avocat a envoyé sa femme. Nous avons remarqué aussi, uniques en leur genre, un boxeur, une négresse et un barbier.

Dans les manuels on dit vaguement que la paralysie générale conjugale est « relativement fréquente ». Dans notre statistique, 4 de nos paralytiques généraux ont un conjoint également paralytique général et nous avons la preuve d'une syphilis secondaire chez l'épouse de trois

autres de nos paralytiques. Chez les autres nous avons très souvent la preuve de l'indemnité du conjoint et, plus souvent encore, aucun renseignement. Nous sommes si souvent frappés de la négativité sérologique du conjoint, qu'il vaut la peine de signaler le fait, sans pouvoir malheureusement donner de chiffre exact, faute d'avoir gardé d'éléments de preuve.

Trop souvent, encore, nos dossiers sont laconiques sur la question des antécédents des malades syphilitiques. L'aveu des antécédents psychopathiques familiaux est toujours difficile à obtenir des parents qui viennent reconduire un dément. Tout de même, nous avons, à notre connaissance, l'existence de tares neurologiques ou mentales dans la famille d'une cinquantaine de nos malades : progéniteurs scléreux, morts d'hémiplégie, parents alcooliques, épileptiques, morts à l'asile, frère suicidé, oncle imbécile, sœur internée ou toxicomane, famille de pervers, etc. Un de nos tabétiques a une sœur qui fait du tabès et une autre fait la même maladie que son père. Ces quelques observations nous incitent rechercher plutôt, dans une hérédité de terrain, la raison de l'atteinte nerveuse par le spirochète et à abandonner cette hypothèse du neurotropisme de l'agent microbien qui est d'ailleurs infirmée par la présence de lésions cutanées spécifiques chez quelques-uns de nos paralytiques généraux. Rogues de Fursac, qui a étudié de près cette question, a retrouvé des stigmates de dégénérescence dans 45% des cas de paralysie générale.

De plus, nos syphilitiques sont des gens qui boivent. 58, c'est-à-dire $\frac{1}{6}$ de nos avariés, étaient des alcooliques notoires. Les autres mettaient peut-être aussi quelque chose dans leur eau.

Quant à la question traumatisme, nous l'avons négligée, quoiqu'elle soit assez souvent alléguée dans l'histoire de nos paralytiques généraux. L'interprétation en est par trop difficile, puisqu'il s'agit tantôt d'accidents anciens, mal datés, qui peuvent être antécédents à la syphilis, ou tantôt d'accidents récents qui peuvent être interprétés comme un premier symptôme des désordres mentaux. Retenons seulement que dans un cas de tabès, le début de la maladie fut nettement déclenché par un traumatisme.

II

Venons-en maintenant à la question nosographique, c'est-à-dire à la distribution comparée des différentes formes de syphilis que nous avons traitées pendant ces onze années à la Clinique Roy-Rousseau.

Ces formes sont multiples, mais bien délimitées. Voici comment nous les avons distribuées et quels sont les critères dont nous nous sommes servis pour classer nos malades :

Tous les malades qui se présentent avec un liquide céphalo-rachidien positif à la syphilis et des troubles mentaux, légers ou graves, sont étiquetés paralytiques généraux.

Tous ceux qui ont un liquide céphalo-rachidien positif, avec de l'ataxie et de l'aréflexivité sont classés tabétiques.

Ceux qui présentent une paraplégie spasmodique et un Bordet-Wassermann positif dans le sang, que le liquide soit positif ou non, sont décorés du diagnostic de myélite transverse. Si un hémiplégique est positif dans le sang et négatif dans le liquide, nous attribuons ses troubles à l'artérite syphilitique que son hémiplégie soit permanente ou transitoire, proportionnelle ou non, pourvu qu'il ne soit pas porteur de signes méningés.

Nous classons à part les hérédos, qu'ils soient atteints de paralysie générale juvénile, d'hémiplégie, d'épilepsie ou d'arriération.

Puis vient le groupe des malades atteints de syphilis secondaire, qui ont échoué dans notre Service pour des raisons multiples, généralement indépendantes de leur infection. Enfin nous avons vu un chancre.

Voici maintenant les chiffres obtenus, la classification faite :

Paralysie générale	240
Tabès	24
Myélite transverse	4
Artérite syphilitique	9
Hérédo	21
Syphilis secondaire	66
Syphilis primaire	1
<hr/>	
Total	365

Nos paralytiques généraux ne sont pas tous des déments confirmés. Tous, cependant, ont un liquide céphalo-rachidien positif à la syphilis. S'ils sont en même temps porteurs d'autres lésions neurologiques ils sont quand même paralytiques généraux avant tout et restent dans leur cadre.

Ainsi nous en avons :

- 18 qui font un tabès associé ;
- 21 qui font de l'épilepsie ;
- 1 qui fait du vertige ;
- 18 qui font des accidents hémiplegiques :
paralysie confirmée ou petits troubles neurologiques à distribution unilatérale,
ou hémisindrome parkinsonnien dans un cas,
ou hémisindrome douloureux dans un cas,
ou accidents pseudo-bulbaires dans deux cas ;
- 6 présentaient de la cécité par névrite optique.

Nous avons rencontré la même névrite optique chez deux tabétiques. Une tabétique grabataire devenue mélancolique a été internée.

Deux de nos myélitiques avaient un liquide céphalo-rachidien positif, les deux autres étaient négatifs dans le liquide, mais présentaient une hyperalbuminose avec hypercytose, sans présenter d'autre lésion décelable que la syphilis pour expliquer leur section médullaire.

Les porteurs d'artérite ont tous un liquide négatif, sont des hémiplegiques plutôt jeunes à troubles transitoires, souvent à rechute. Leur hémiplegie est ou non proportionnelle et peut s'accompagner d'aphasie.

Chez les hérédos, nous avons 4 paralysies générales juvéniles avec troubles mentaux et liquide céphalo-rachidien positif à la syphilis. 5 ont de l'épilepsie, 2 sont des hémiplegiques avec un liquide négatif ; 7 sont nettement arriérés, dont un mythomane. Les 3 autres sont venus pour des troubles divers, accompagnés de spécificité, sans rapport causal possible.

Les porteurs de syphilis secondaire sont venus dans notre Service pour les autres raisons qui nécessitent un séjour dans un milieu neuropsychiatrique, la syphilis étant chez eux plutôt un épiphénomène.

- 17 sont entrés pour alcoolisme : délirium, polynévrite, Korsakoff avec, parfois, perversion, nervosisme, manie ou mélancolie associés ;
- 10 sont venus pour débilité mentale : prostituées ou mythomanes arrêtées pour vagabondage ;

- 5 pour neurasthénie avec dépression ou toxicomanie ;
- 4 pour hyperémotivité : anxiété, syphiliphobie, déséquilibre sympathique ;
- 6 pour un délire quelconque, avec confusion ou hétérophrénocatonie ;
- 3 pour de l'hypochondrie ;
- 3 pour une méningite syphilitique ;
- 2 pour des troubles du caractère ;
- 1 pour perversion, 1 pour toxicomanie, 1 pour épilepsie ;
- 1 pour iritis ;
- 3 pour une syphilis cutanée.

Les autres sont venus à l'occasion d'une maladie quelconque associée, comme une gonorrhée ou un accouchement clandestin, ou pour une ponction lombaire de contrôle.

III

Qu'est-il advenu de ces 365 malades ?

Nous avons résumé nos observations dans le tableau suivant :

ÉVOLUTION DES MALADES	FORMES DE SYPHILIS							TOTAL
	P. G.	Tabès	Myé- lite	Arté- rite	Hérédo	Syphilis second.	Syph. prim.	
Décédés	31	1	1	3	.....	5	.....	41
Internés	121	1	.....	1	7	11	.....	141 ⁽¹⁾
Libérés	86	21	3	5	14	50	1	180
Soustraction.	2	1	.....	.....	.....	.....	.....	3
TOTAL.....	240	24	4	9	21	66	1	365

(1) 137 internés à Saint-Michel-Archange, 2 à Saint-Jean-de-Dieu, 1 à Sainte-Anne-de-Bellevue, et 1 en Ontario.

En faisant la revue du traitement, nous ajouterons quelques mots au sujet de chaque forme de syphilis considérée particulièrement.

Les $\frac{2}{3}$ de nos avariés sont des paralytiques généraux. Ils ont été traités par la malaria, ou par le Stovarsol, ou par la malaria et le Stovarsol combinés, ou, encore, ils n'ont pas été traités du tout.

Nous les distribuerons pour faciliter la comparaison dans un autre tableau :

TRAITEMENT	ÉVOLUTION DES MALADES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX				TOTAL
	Décédés	Internés	Libérés	Sous traitement	
Aucun.....	12	64	15	.....	91
Malaria.....	4	26	26	.....	56
Stovarsol.....	13	14	16	.....	43
Combiné.....	2	17	29	2	50
TOTAL.....	31	121	86	2	240

Sur 91 malades qui n'ont pas reçu de traitement antisyphilitique à notre hôpital, 12 sont morts de cachexie ou d'une maladie intercurrente avant de pouvoir supporter un traitement. 15 ont été libérés : refusant tout traitement ; ou préférant recevoir ailleurs le traitement stovarsolé jugé suffisant pour guérir leur cerveau moins sérieusement délabré ; ou n'ayant reçu que du novar, dans les premières années de la statistique, cette médication étant considérée, ici, comme inadéquate pour le traitement de la maladie paralytique.

Enfin 64 malades ont été internés avant de recevoir leur traitement, à cause de la grossièreté de leurs troubles mentaux ou pour des raisons financières et administratives. Sur ce nombre nous en avons traité sûrement plusieurs avant leur transfèrement, mais leur dossier a été transporté avec eux en totalité comme il se faisait autrefois. Rendus à

l'asile, ces malades ont été traités, ont été libérés ou sont morts dans des proportions que nous ignorons.

Sur 56 sujets traités par la malaria, 4 sont morts dont un de paludisme, 26 ont été internés et 26 libérés.

Sur 43 malades traités par le Stovarsol seul, 13 sont morts, 14 ont été internés et 16 libérés. Le nombre des mortalités est élevé et celui des libérations chez les survivants est relativement bon, parce que la médication par le Stovarsol isolé a été réservée pour ceux qui ne pouvaient pas subir la malaria, à cause d'un état général déplorable qui les rendait plus aptes à mourir et pour ceux qui n'avaient pas besoin d'être impaludés, parce qu'ils étaient moins touchés et pouvaient guérir plus facilement.

Le traitement par la malaria et le Stovarsol combinés dans 50 cas a donné les meilleurs résultats soit : 2 morts, 17 internés et 29 libérés.

Donc sur un nombre total de 240 paralytiques généraux, $\frac{1}{8}$ sont morts ici, $\frac{4}{8}$ ont été internés et $\frac{3}{8}$ ont été libérés. Ces 86 libérés ne sont pas tous guéris. Nous savons qu'un libéré amélioré s'est suicidé dans la rivière Saint-Charles, qu'un autre est mort en s'en allant chez-lui. D'autres ont pu mourir à domicile depuis. 3 sont partis d'ici pour le Sanatorium de Mastai, 2 pour Thetford, 1 pour l'Hôpital de Beauceville et 1 pour l'Hôpital Laval. Dans 4 cas la sortie a été prématurée dont une désertion. 3 n'ont été traités qu'au Novar. Nous savons encore que quelques-uns ont été internés à l'Hôpital Saint-Michel-Archange sans repasser par chez-nous et que d'autres nous sont revenus en 1941.

Une quarantaine environ peuvent être considérés comme améliorés ou guéris s'ils ont persisté dans le même état qu'ils étaient à la sortie. Déplorons, en passant, l'inexistence d'un Service social organisé de façon à nous fournir les renseignements voulus sur le devenir de ces anciens patients que nous avons perdus de vue.

De plus, il n'y a rien de plus difficile à estimer que le recouvrement mental d'un paralytique général qui a été traité. Ces malades restent le plus souvent avec un état d'insuffisance intellectuelle acquise qui les fait ressembler à des débiles complaisants, restés euphoriques et portés à s'amuser avec les choses les plus futiles, comme de grands bébés. On remarque souvent qu'ils prennent plaisir à faire les beaux et à courir les traitements, après s'être négligés si longtemps à ce point de vue. Les

possibilités de leur mise en liberté et de la reprise de leur travail antérieur dépend bien souvent de la nature de leur ouvrage, ou du milieu dans lequel ils vivent. Inutilisables sans une direction intelligente dans le milieu extérieur, à cause de leur manque d'initiative, ceux que nous devons garder internés nous fournissent souvent des services appréciables et soutenus.

Nos 24 tabétiques ont reçu des traitements identiques, avec des résultats plus encourageants :

- 3 ont été suivre leur traitement dans une autre institution ;
- 2 ont reçu du Stovarsol seulement, dont un fut libéré avec un tabès fixé et une internée, invalide et mélancolique ;
- 10 ont reçu la Malariathérapie, dont 9 ont été libérés améliorés et un mort de paludisme ;
- 9 ont reçu le traitement combiné dont 8 ont été libérés, un étant peu amélioré et deux autres ayant échoué à l'Hôpital de Thetford-Mines.

Donc, sur 24, il y a eu 21 libérés, 1 interné, 1 mort, 1 sous traitement. 18, soit les $\frac{3}{4}$, sont nettement améliorés ou guéris.

Les 4 myélitiques, traités surtout par le cyanure de mercure, ne nous ont guère encouragé : un est mort ici, les trois autres ont été libérés peu améliorés quant à leur paraplégie.

Nous n'avons pas eu plus de succès avec les 9 patients atteints d'artérite syphilitique. 3 sont morts : 1 de ramollissement cérébral avant de recevoir un traitement ; un de septicémie, mort, aussi, prématurément ; un d'hémorragie cérébrale secondaire. Un fut interné avec un ramollissement cérébral et de l'aphasie. 5 ont été libérés, dont 3 sortis prématurément ou traités ailleurs et 2 qui ont été améliorés par la médication usuelle, arsenic, bismuth.

De nos 21 hérédos, 7 ont été internés, dont deux paralytiques généraux juvéniles, 4 arriérés et un épileptique.

14 ont été libérés dont :

- 2 paralytiques généraux, l'un amélioré par le Stovarsol, l'autre sorti prématurément ;

- 4 épileptiques stationnaires ou très peu améliorés ;
 - 2 hémiplésiques améliorés par le néoluatol ;
 - 3 arriérés dont un idiot dirigé à Lyster, 1 débile au Lac Sergent, 1 mythomane amélioré ;
- Les 3 derniers n'ont fait que passer et sont partis avec leur diagnostic.

Sur 66 malades atteints de syphilis secondaire, 5 sont morts : un de *delirium tremens*, un de polynévrite alcoolique, un d'aortite, un d'angine de Ludwig, une s'est suicidée à l'hôpital par pendaison.

Nous ne donnerons pas de détail sur le sort des 50 libérés qui étaient déjà négativés ou qui ont été dirigés vers d'autres dispensaires. Il en fut de même pour le chancre qui nous est échoué en partage pendant 11 ans de pratique hospitalière.

Pour résumer, sur un total de 7,678 admissions, 365 individus étaient syphilitiques, paralytiques généraux dans $\frac{2}{3}$ des cas et citadins en grande majorité, surtout des mâles de la classe moyenne. Sur 240 paralytiques généraux, 86 ont été libérés, améliorés suffisamment pour reprendre leur travail antérieur dans environ la moitié des cas, c'est-à-dire dans $\frac{1}{6}$ du total, ce qui n'est pas très encourageant. Il est malheureux que les paralytiques généraux ne soient pas dépistés plus tôt, par l'examen régulier du liquide céphalo-rachidien de tous les syphilitiques et qu'ils nous arrivent à la période des troubles mentaux, quand ils ont perdu bien des chances de guérison.

Consolons-nous avec les résultats obtenus chez les tabétiques et les autres vérolés. Somme toute, de tous ces malades amenés ici comme dans l'enfer de Dante, exactement la moitié sont retournés aux ennuis de la vie. En face du ciel et de l'enfer nos chances ne sont pas meilleures.

LE PENTOTHAL INTRA-VEINEUX
DANS LA CHIRURGIE DU GOITRE

par

F. HUDON

Anesthésiste à l'Hôtel-Dieu

A l'Hôtel-Dieu de Québec, on se sert du pentothal comme anesthésique intra-veineux depuis janvier 1937, mais ce n'est qu'en avril 1941 qu'on l'employa pour la première fois dans les thyroïdectomies. Un homme, porteur d'un goitre très toxique, subissait alors une troisième intervention à l'anesthésie locale pour thyroïdectomie. Les manipulations étant douloureuses, l'anesthésie fut complétée avec une solution de pentothal en injection intra-veineuse. On opéra, un peu plus tard, le même individu une quatrième et dernière fois sous anesthésie intra-veineuse au pentothal. Dans les deux cas, l'opération s'effectua sans incident et les suites opératoires furent excellentes. Satisfait de ce premier résultat, nous l'avons employé, depuis ce temps, dans quatre-vingts cas de thyroïdectomie.

Ces malades furent préparés dans le Service de médecine et opérés par les chirurgiens des deux Services chirurgicaux.

L'anesthésie fut donnée par les médecins résidents et nous-même, et la quantité injectée varia de vingt-cinq centigrammes à deux grammes par patient. Chaque sujet reçut, en moyenne, quatre-vingt-dix centigrammes de pentothal.

On ne fit aucun choix de malades et 86% de ceux-ci avaient un métabolisme au-dessus de 15. Nous allons étudier ces malades avant, pendant et après l'opération en les comparant avec d'autres opérés pour le goitre.

Comme médication préliminaire, on donne au futur opéré un grain et demi de nembutal par la bouche la veille au soir, trois grains de nembutal par la bouche et un tiers de grain de pantopon en injection sous-cutanée une heure avant l'intervention chirurgicale. Depuis quelques mois, on remplace le pantopon par une injection intra-dermique de $\frac{1}{6}$ ^e de grain de morphine et $\frac{1}{150}$ ^e de grain d'atropine. L'atropine est administrée dans le but de diminuer les sécrétions et l'hyperexcitabilité du parasymphatique.

Il est admis que certains malades sont portés à tousser et à faire des spasmes du larynx quand ils sont endormis au pentothal. L'atropine, en diminuant les sécrétions et en paralysant le vague, éloignera ce danger.

A côté de ces avantages, l'atropine présente l'inconvénient d'accélérer le pouls par son action inhibitrice sur le parasymphatique.

Sur la table d'opération, on place un petit coussin sous les épaules du patient pour obtenir l'hypertension de la tête ce qui facilite l'opération et assure la perméabilité des voies respiratoires. On se sert d'une solution de pentothal à 2 et $\frac{1}{2}$ %, et l'injection se fait de préférence dans une veine du pied. Celle-ci sera faite avec soin et lenteur à cause de la médication préliminaire importante. Une anesthésie superficielle suffit, c'est-à-dire, ce qu'il faut pour que le malade ne réagisse pas à la piqûre de la peau. Si la peau est insensibilisée à la novocaïne auparavant, l'anesthésie est maintenue à un niveau plus superficiel.

Comment se comportent les malades pendant l'acte opératoire?

Ceux-ci s'endorment sans excitation. Les chirurgiens ne sont pas incommodés par l'anesthésiste. Le stridor causé par les tractions sur la glande est moins marqué qu'avec les anesthésiques par inhalation. On note cependant un saignement plus abondant des tissus.

En prévention des mouvements de réveil du patient, on a l'habitude de laisser les membres fixés dans les courroies. Car, en cas de doute sur la profondeur de l'anesthésie, il est préférable d'attendre quelques légers mouvements des membres que de courir le risque de paralyser le centre respiratoire.

A cause de la persistance des réflexes pharyngés, on ne fait pas usage de la canule pharyngée. Si l'extension de la tête et le soulèvement du menton n'assurent pas la perméabilité des voies respiratoires, on attire légèrement la langue au moyen d'une pince à langue. Ici, on évitera les pinces écrasantes et l'on utilisera plutôt la pince Mayo qui ne fait qu'une piqûre très légère. Le pentothal diffère des autres anesthésiques généraux en ce qu'il n'amène pas de vomissements quand l'anesthésie passe du niveau chirurgical au niveau plus superficiel. C'est un grand avantage, parce que les vomissements de réveil sont très ennuyeux sur la table d'opération.

En aucune circonstance, nous fûmes obligé de faire l'intubation endo-trachéale pour vaincre un spasme laryngé alarmant. Notons, comme incident sérieux, le cas d'une malade qui, à trois reprises pendant l'intervention chirurgicale, toussa et s'étouffa. Le spasme fut vaincu à chaque fois par quelques compressions sur la cage thoracique. Nous tenons à signaler que cette malade n'avait pas eu d'atropine au préalable. A quelques malades, on fit respirer de l'oxygène.

Pour se faire un idée plus juste de la valeur du pentothal comme anesthésique, nous avons relevé les dossiers de tous les cas de goitre opérés dans les Services chirurgicaux de l'Hôtel-Dieu depuis vingt mois. Nous avons étudié ainsi 210 dossiers, dont 80 opérés sous anesthésie générale au cyclopropane et à l'éther et 65 sous anesthésie locale. Chez les malades endormis au cyclopropane ou à l'éther, on observe quelques vomissements dans une proportion de 26% des cas ; chez les patients opérés à l'anesthésie locale, on en observe dans une proportion de 20% des cas, et chez les sujets qui ont reçu du pentothal, on constate des vomissements dans 3% des cas.

Passons maintenant aux complications pulmonaires post-opératoires.

On note une congestion pulmonaire de peu de durée chez une malade endormie au cyclopropane. Les malades ont toussé et expectoré dans une proportion de 17% des cas à l'anesthésie locale, dans un pourcentage de 12% à l'anesthésie par inhalation et dans 5% des cas à l'anesthésie intra-veineuse.

Disons un mot de la mortalité post-opératoire.

Aucun malade n'est mort sur la table, mais trois décédèrent dans les suites opératoires. Une de ces malades fut endormie au cyclopropane et décéda, le lendemain, d'une crise d'hyperthyroïdie. N'ayant pas réagi au traitement médical, mais, au contraire, allant de plus en plus mal, elle demanda l'intervention qui lui fut fatale. Une autre malade, opérée à l'anesthésie locale, expira, un mois après son intervention, d'une crise d'œdème aigu du poumon. Il est difficile de rattacher cette mort à la thyroïdectomie.

Au pentothal également, on perdit un malade. Agé de 68 ans et très maigre, ce malade avait un métabolisme de plus 95. Voici le rapport médical : « Ce malade est porteur d'un énorme goitre avec signes de compression et défaillances cardiaques. Depuis son entrée à l'hôpital son état s'aggrave et nous craignons ne pouvoir enrayer son évolution vers un exitus. Nous vous demandons votre opinion quant à l'opportunité de tenter quand même des opérations sérieées en commençant, si vous jugez à propos de le faire, par le lobe médian qui semble, en ce moment, celui qui cause le plus de troubles mécaniques. » Le patient subit cette première intervention sans incident et il quitta la salle d'opération avec un pouls et une tension artérielle non modifiés, et resta calme toute la journée jusqu'à deux heures de la nuit alors qu'il décéda subitement. A noter les défaillances cardiaques que ce malade présentait avant son opération. Nous avons, je crois, dans les détails ci-haut donnés, assez de raisons explicatives de sa mort sans incriminer le pentothal.

Passons maintenant à la crise d'hyperthyroïdie post-opératoire.

Le premier jour, le malade sous l'influence du pentothal est plus calme que celui qui est opéré avec les autres modes anesthésiques. Dans les jours suivants, la courbe du pouls et de la température se ressemblent en tous points quelque soit le procédé anesthésique employé.

Avant de conclure, voici deux observations qu'il convient de signaler. Un homme, porteur d'un goitre très toxique, avait un pouls de 160 à la minute à son arrivée sur la table d'opération. Une fois l'anesthésie établie, le pouls descendit à 110 à la minute pour se maintenir à ce niveau pendant l'opération et remonter à 130 les jours suivants.

L'autre malade, souffrant d'un goitre excessivement toxique, se présenta à l'hôpital pour grossesse tubaire rupturée. Après la laparotomie effectuée sous anesthésie à l'éther, la malade fit une crise d'hyperthyroïdie très sérieuse. De 100 à la minute qu'il était avant la laparotomie, le pouls devint incomptable pendant deux jours. Son état s'améliorant quelque peu, elle fut réopérée trois semaines plus tard, sous anesthésie générale au pentothal, pour thyroïdectomie sub-totale bilatérale. Cette fois-ci le pouls passa de 120 avant l'opération à 150 à la minute dans les suites opératoires et la malade resta calme.

ANESTHÉSIE	Nombre de cas	Comp. pulmonaires	Vomissements	Mortalité post-opératoire
Cyclopropane Éther.....	65	12%	26%	1
Locale.....	65	17%	20%	1
Pentothal.....	80	5%	3%	1

Et pour conclure, présentons, d'abord, les avantages du pentothal comme anesthésique intra-veineux.

Ce dernier est ininflammable et non explosif.

Il abaisse le métabolisme.

Les malades s'endorment sans excitation et n'ont pas l'ennui de l'induction par inhalation. Le chirurgien se trouve plus à l'aise.

La toux et les vomissements post-opératoires sont rares et moins fréquents qu'avec les autres anesthésiques.

Les patients restent calmes toute la journée. Comme désavantages, on signale un saignement plus abondant des tissus qu'avec l'anesthésie locale, et un état de dépression post-opératoire chez certains sujets.

Notre série n'est sûrement pas assez importante pour nous autoriser à porter un jugement définitif. L'avenir nous apprendra d'autres inconvénients que nous ignorons encore.

En définitive tous les procédés sont bons et le pentothal semble devoir nous apporter une aide précieuse dans les thyroïdectomies.

MÉDECINE ET CHIRURGIE PRATIQUES

LE TRAITEMENT MÉDICAL DES INFECTIONS URINAIRES

Les infections urinaires sont des affections très fréquentes, parfois assez difficiles à guérir, et souvent très tenaces. Le diagnostic de ces affections devra d'abord être bien établi et l'on devra user de tous les moyens à notre disposition. L'examen d'urine, tant sommaire que microscopique, ajouté à un bon interrogatoire et à un bon examen, nous permettra, dans la grande majorité des cas, de porter un bon diagnostic et, par conséquent, de bien traiter son malade. Dans les affections urinaires l'efficacité du traitement dépendra, en grande partie, d'un bon diagnostic.

Les infections urinaires peuvent se diviser en deux grandes classes : les infections tuberculeuses et les non tuberculeuses. Nous allons d'abord voir en quoi consistera le traitement de la tuberculose urinaire, pour passer ensuite au traitement des infections non tuberculeuses, c'est-à-dire, aux infections par le colibacille, le streptocoque, le staphylocoque, pour ne citer que les microbes que l'on rencontre le plus fréquemment.

INFECTIONS TUBERCULEUSES

Les infections tuberculeuses ont le plus souvent une origine rénale et ce ne sera que secondairement que l'infection se propagera aux autres parties de l'appareil urinaire ; il s'agit donc du traitement de la tuber-

culose rénale. Elle relève le plus souvent de l'urologue, c'est-à-dire qu'elle nécessite le plus souvent une néphrectomie. Cependant, dans un grand nombre de cas, le traitement médical a sa place et permettra de soulager, et parfois de guérir, un tuberculeux rénal.

Le traitement médical devra être tenté d'abord dans le cas de troubles urinaires sans pyurie, où le bacille de Koch ne peut être mis en évidence par l'examen direct, la culture sur milieu de Loewenstein, ou par l'inoculation au cobaye ; dans la tuberculose rénale bilatérale avec déficience des deux reins et, enfin, chez les malades néphrectomisés pour tuberculose rénale.

Le traitement médical de la tuberculose peut se diviser en quatre parties :

1° *Hygiène* : Il s'agit ici du traitement général de la tuberculose : cure d'air, de repos et de soleil. Il faudra éviter tout exercice violent, toute secousse, les promenades prolongées en automobile. De temps à autre, révulsions à la région lombaire par sinapismes, ventouses ou pointes de feu.

2° *Médicaments* : Les médicaments seront de deux sortes : a) pour l'état général : l'huile de foie de morue, l'arsenic, le fer, le quinquina, le calcium et les vitamines ; b) pour l'antisepsie des voies urinaires, le bleu de méthylène qui est le médicament de choix de la tuberculose rénale à la dose de 0 gr. 05 en comprimé, 2 fois par jour. En plus d'être un antiseptique, le bleu de méthylène est un analgésique très efficace contre les douleurs vésicales. Il faudra éviter, dans la tuberculose rénale, d'utiliser l'urotropine qui augmentera les symptômes de cystite.

3° *Alimentation* : L'alimentation devra être réconfortante ; permettre les viandes, les poissons et les œufs ; proscrire les mets épicés, les viandes faisandées, les gibiers, les crustacés, les salaisons, tous les abats, les asperges, les tomates, les fromages fermentés, le chocolat, le café, les alcools.

4° *Thérapeutique vésicale* : Contre les phénomènes de cystite, les instillations quotidiennes, ou plus espacées suivant les cas, rendront de grands services. Il suffira d'injecter dans la vessie, au moyen d'une sonde, 10 à 12 centimètres cubes d'une des solutions suivantes dont la plus efficace est certainement la première :

1° Bleu de méthylène	2 grammes
Novocaïne	4 grammes
Eau distillée	100 grammes.
2° Bleu de méthylène	1 gramme
Eau distillée	100 grammes.
3° Huile goménolée	5%

Le malade devra garder ces liquides le plus longtemps possible après leur instillation. Rapidement, on notera une diminution de la douleur et du nombre des mictions. Si les douleurs deviennent très intenses on pourra prescrire des suppositoires d'opium et de belladone, ou encore, des lavements laudanisés. Enfin, on pourra essayer une médication spécifique à la tuberculose, soit le sérum de Vaudremer, soit l'antigène méthylique de Negro et Boquet, qui nous a donné de bons résultats dans quelques cas de tuberculose rénale.

Le traitement médical de la tuberculose rénale est un traitement de longue durée qui demande beaucoup de patience de la part du malade et du médecin traitant. Ce n'est qu'après de longs mois de traitement que l'on pourra guérir ces cas ; jamais il ne faudra se décourager et abandonner le traitement.

INFECTIONS NON TUBERCULEUSES

Les infections urinaires non tuberculeuses sont relativement fréquentes et peuvent survenir à tous les âges de la vie. Elles peuvent parfois être d'un diagnostic difficile. Le traitement de ces infections demande un diagnostic sûr et, en plus, le diagnostic du microbe en cause. Le diagnostic sera apporté, comme nous le disions plus haut, par un bon interrogatoire et un examen complet du malade ; et le diagnostic de l'agent microbien en cause, par l'examen bactériologique des urines. L'examen du patient nous révélera parfois la présence, le long du tractus urinaire, d'un obstacle causé par une ptose rénale, un calcul ou tumeur intra-urinaire ou extra-urinaire, d'un rétrécissement ou d'une obstruction mécanique telle qu'une hypertrophie de la prostate ou un polype. Cet

examen complet permettra de diriger le traitement ; il sera inutile, en effet, de tenter un traitement médical si on n'enlève pas le calcul, si on ne fixe pas ce rein, si on n'enlève pas ou ne résèque pas cette hypertrophie prostatique, et, enfin, si on ne corrige pas ce rétrécissement ou n'enlève pas ce polype. Une fois l'obstacle enlevé, l'infection cessera, parfois, d'elle-même, ou sera facile à juguler. La connaissance de l'agent pathogène sera aussi importante ; elle nous permettra d'agir d'une manière souvent plus efficace comme nous le verrons plus loin. Donc, un bon diagnostic permettra d'apporter un traitement plus efficace et, par conséquent, la guérison.

Les infections urinaires non tuberculeuses pourront porter sur une partie de l'arbre urinaire et le traitement différera suivant l'organe atteint.

1° REIN, BASSINET, URÈTÈRE :

A) *Pyélonéphrite aiguë* :

Dans la pyélonéphrite aiguë le traitement est avant tout un traitement médical :

a) D'abord *régime liquidien* : lait, bouillons de légumes, jus de fruit, eau lactosé, boissons abondantes. Surveillance attentive du bon fonctionnement intestinal au moyen des laxatifs mucilagineux ou huileux ; en effet, la pyélonéphrite aiguë sera très souvent secondaire à une constipation chronique.

b) *Antiseptiques urinaires* : Depuis la découverte des sulfamidés, les antiseptiques urinaires ont été un peu mis de côté. Cependant, dans certains cas, l'urotropine, associée au benzoate de soude, donne de bons résultats et mérite d'être essayée. Mais le médicament de choix semble être le sulfathiazol. Il agit à une concentration assez faible, peu importe la réaction au milieu. A une dose de 3 grammes par 24 heures, il donne d'excellents résultats. De plus, son efficacité s'étendrait à tous les microbes, même au *streptococcus faecalis* qui est assez difficile à tuer avec les autres antiseptiques. Le sulfapyridine, ou 693, ou Dagenan, a aussi quelque efficacité, mais il est plus toxique et plus dangereux à manier. Le sulfonilamide est moins efficace et les bons résultats sont moins constants qu'avec le sulfathiazol. L'acide mandélique et ses dérivés donnent

d'excellents résultats contre le colibacille, mais il est plus coûteux et assez mauvais au goût. Les antiseptiques urinaires colorés, tels le Pyridium, Pyocholine sont aussi excellents mais d'une efficacité moindre.

c) *Localement, une vessie de glace* en permanence pourra agir contre les douleurs lombaires.

d) *Vaccins* : On pourra employer un auto-vaccin de préférence aux stock-vaccins, mais leur efficacité est inconstante.

e) Enfin, si la médication ne donne pas de résultats, et que la température persiste, il faudra évacuer l'urine du bassinnet. La distension vésicale agit dans certains cas : il suffit d'emplir la vessie à pleine capacité avec de l'eau stérile ou de l'eau boriquée. Cette distension vésicale provoque des contractions vésicales et parfois des contractions de l'arbre urinaire supérieur et l'urine retenue dans le bassinnet s'écoule. En cas d'échec, il faudra s'adresser au cathétérisme urétéral avec lavage du bassinnet avec une solution de nitrate d'argent à 1‰ et mise en place de sondes urétérales à demeure. Il faudra laisser ces sondes plusieurs jours après la chute de la température. Si, malgré tous ces traitements, la température persiste, c'est qu'il s'agit d'une suppuration rénale qui nécessitera, soit une néphrotomie pour drainer l'abcès, soit une néphrectomie. Si on obtient la chute de la température, mais la persistance de la pyurie, cette pyélonéphrite passera à l'état chronique dont nous allons voir maintenant le traitement.

B) *Pyélonéphrite chronique* :

La pyélonéphrite chronique pourra nous causer de gros ennuis : d'abord parce que les malades seront agacés de cette pyurie persistante et, ensuite, parce que le médecin aura de la difficulté à faire disparaître cette pyurie.

Le traitement de la pyélonéphrite chronique sera d'abord :

a) *Hygiénique* : Pas de fatigue, exercice léger. Il faudra éviter les refroidissements qui pourront amener une congestion rénale et secondairement un réveil aigu de l'affection. Surveillance du bon fonctionnement intestinal par un régime approprié et par les laxatifs mucilagineux ou huileux.

b) *Alimentaire* : Régime assez large excluant cependant les œufs, les gibiers, les charcuteries, les épices, le vinaigre, les crustacés, les abats, le foie, le chou, les épinards, etc.; ou encore, le régime cétogène, très difficile à faire accepter aux malades.

c) *Médicaments* : Les eaux minérales telles : Vittel, Évian, Contrexeville en grande quantité. Le sulfathiazol à petites doses : 0.50 gramme à 1 gramme par jour pendant longtemps. Urotropine et benzoate de soude à la dose de 0.50 gramme de chacun, 2 fois par jour, ou un de leurs dérivés du commerce : Urosine, Urasal, Uropazine, etc. ; Pyridium ou Pyocholine : 6 comprimés par jour.

d) *Lavages du bassin* : Les lavages du bassin sont à conseiller si, de temps à autre, les malades font des poussées de température ou encore des hématuries. Alors les lavages du bassin avec du nitrate d'argent à 1 pour 1,000 ou, s'il s'agit de colibacille, d'oxycyanure de mercure, à 1 pour 4,000 feront souvent disparaître l'infection.

c) Les autres affections suppuratives du rein (néphrite suppurée corticale, pyonéphrose) relèvent de l'urologue et nécessitent une intervention chirurgicale.

2° VESSIE :

Les infections de la vessie ou cystite sont souvent secondaires à une cause rénale. En traitant la cause, on guérira la cystite. Le régime, les antiseptiques urinaires devront encore, dans ces cas, être employés, mais il faudra aussi agir contre les symptômes dont la douleur et la fréquence des mictions sont les plus ennuyeux pour le malade. La chaleur, sous forme de vessie d'eau chaude sur l'hypogastre, bains de siège chauds, ou grands bains chauds prolongés associés à des suppositoires d'opium ou à des lavements laudanisés, agit contre ces deux symptômes. Mais localement, on pourra agir d'une façon différente qu'il s'agisse de cystite aiguë ou chronique. Lorsque la capacité vésicale est réduite par suite de l'inflammation, les lavages sont contre-indiqués, et il faudra s'adresser aux instillations. Ces instillations se font au moyen de sonde et on laisse, dans la vessie, quelques centimètres cubes de nitrate d'argent à concentration variable de 1 pour 200 à 1 pour 30. Le nitrate d'argent à 2%, à très haute dose, 50 centimètres cubes, donne de très bons résultats ;

mais les instillations sont très douloureuses et devront être précédées d'une injection de morphine, une demi-heure avant. On devra commencer par une concentration assez élevée pour diminuer dans la suite en espaçant les instillations avec l'amélioration de la cystite pour continuer avec des lavages vésicaux faits au moyen de sonde. On pourra employer une des solutions suivantes : nitrate d'argent 1 pour 2,000 ou 1 pour 1,000; protargol à 1 pour 500; argyrol à 1 pour 1,000; oxycyanure de mercure à 1 pour 4,000 ; permanganate de potassium à 1 pour 5,000 ou à 1 pour 2,000. L'oxycyanure de mercure sera spécifique des cystites à colibacilles. Ces lavages vésicaux seront faits tous les jours et en suivant les conseils de Marion : a) ne pas mettre la vessie sous tension ; b) ne pas laisser la vessie se vider complètement pour éviter qu'elle ne vienne buter sur la sonde au moment du coup de piston ; et c) ne cesser le lavage qu'au retour d'une eau limpide. Généralement, on observera de bons résultats qui, souvent, seront lents à obtenir. Il existe d'autres formes de cystite qui relèvent de l'urologue puisqu'elles demandent un traitement endoscopique.

3° URÈTRE :

L'infection du côté de l'urètre est le plus souvent d'origine gonococcique. Depuis l'avènement des sulfamidés le traitement de l'urétrite a été complètement transformé. Le sulfathiazol est celui des sulfamidés qui est le plus actif contre le gonocoque. La dose généralement employée est la suivante :

- 4 grammes pendant 3 jours
- 3 grammes pendant 3 jours
- 2 grammes pendant 3 jours
- 1 gramme pendant 3 jours.

Le sulfapyridine et le sulfanilamide ont donné quelques résultats mais le sulfapyridine, bon médicament contre le gonocoque, se tolère plus mal et est plus dangereux à manier. Quant au sulfanilamide, son action est inconstante. On donne la même dose que pour le sulfathiazol. Assez souvent, il faudra associer quelques lavages de l'urètre au moyen de la canule de Janet avec une solution de permanganate de potassium

à 1 pour 8,000 — 1 pour 5,000, ou une solution d'argyrol à 1 pour 500, ou de gonacrine à 1 pour 10,000 — 1 pour 5,000. A ces différents lavages, il faudra associer le traitement hygiénique : alimentation non excitante, non alcoolique ; bon fonctionnement intestinal ; pas de fatigues ; pas d'excitations génitales ; bains chauds ; contre les érections, bromure de camphre ou encore suppositoires d'opium et de belladone.

L'épreuve de guérison pourra être conduite de la façon suivante (Marion) : instillation de nitrate d'argent à 1 pour 200 dans l'urètre antérieure et postérieure ; le soir, absorption d'un litre et demi de bière ; dîner avec café et vins ; miction à dix heures du soir et à deux heures du matin. Le malade se présente au médecin le lendemain sans avoir uriné. Recueillir le suintement du méat et les filaments que l'on trouvera dans l'urine après miction pour l'examen au laboratoire. Si l'urétrite est passée à l'état chronique, l'hygiène, l'alimentation et les médicaments seront les mêmes que dans l'urétrite aiguë. Localement, s'il n'existe plus de gonocoque dans le suintement, il faudra faire des dilatations au Béniqué de manière à ce que les glandes de l'urètre se vident par la distension. Si, malgré tout ce traitement, on ne constate pas d'amélioration, il faudra voir s'il n'existe rien du côté de la prostate qui entretient cette suppuration ou encore, il faudra, par voie endoscopique, faire quelques traitements.

4° PROSTATE :

Le traitement de la prostatite sera différent s'il s'agit de prostatite aiguë ou chronique. La prostatite aiguë, le plus souvent d'origine gonococcique ou colibacillaire, relève du traitement médical. Les bains de siège et les irrigations rectales chaudes, associés à un antiseptique urinaire donnent le plus souvent la guérison dans peu de jours. Comme antiseptique, les sulfamidés donnent encore ici de bons résultats. Employé à la dose de 3 grammes par jour, le sulfathiazol est encore ici le médicament de choix.

Le traitement de la prostatite chronique est plus délicat : c'est, avant tout, l'état général qu'il faut traiter. D'abord traitement moral : convaincre ces patients qu'ils ne sont pas contagieux et que leur maladie n'est pas incurable ; puis, médication tonique : arsenic, strychnine,

phosphore. Traitement hygiénique : cure de repos, d'air, de distractions, pas d'excès. Localement, il faudra s'adresser aux massages de la prostate, faits avec douceur, associés aux bains de siège chauds.

5° PÉNIS :

Du côté du pénis, il n'existe qu'une infection banale : la balanoposthite, consécutive à la syphilis, à la blennorragie ou au chancre mou. Il faudra guérir d'abord ces affections. Si, en plus, le gland est couvert, il faudra ouvrir le prépuce sur la face supérieure, ligne médiane.

Voilà donc une revue rapide du traitement des infections urinaires. Si on se donne la peine de bien soigner les infections urinaires dès le début, on pourra obtenir rapidement d'heureux résultats. Mais avant de commencer à traiter un urinaire, nous le répétons, il faudra faire un bon interrogatoire et un examen complet pour arriver à un diagnostic sûr, garantie du succès du traitement.

Arthur BÉDARD.

ANALYSES

KUHNS, John. **Conservative treatment of sciatic pain in low-back disability.** (Le traitement conservateur dans les douleurs sciatiques et lombaires.) *Journal of Bone and Joint Surgery*, XXIII ; 2 : 435, (avril) 1941.

L'auteur rapporte ses résultats chez 1,000 patients traités durant les derniers dix ans pour douleurs lombaires et sciatiques. Le traitement conservateur a consisté dans le repos en position spéciale, dans la médication, la physiothérapie et certains supports. Il ne comprend aucune intervention.

Sur les 1,000 patients 390 étaient des hommes et 610 des femmes. 52 avaient moins de 20 ans ; 82 dépassaient 60 ans.

Chez 519, la douleur n'était apparue que depuis 2 semaines ; chez 481, elle évoluait depuis longtemps. Chez 576, il s'agissait de douleur ligamentaire ou musculaire ; chez 325, il y avait maladie ou déformation de la colonne vertébrale ; chez 449 patients, il y avait douleur dans les branches du sciatique. La plupart du temps, les radios sont négatives.

Steindler-Pitkin et Pheasant, par leurs travaux, ont démontré que les ligaments, les articulations lombo-sacrées et sacro-iliaques sont très souvent en cause. Nous savons aussi, par les anatomistes, que les anomalies congénitales sont fréquentes au niveau de L-V et S-I. 375 patients sur 1,000 avaient des anomalies de la colonne lombaire ; 323, du sacrum, dans la série de Kuhns. Ce que l'on voit très souvent, c'est un sacrum ayant tendance à devenir horizontal avec lordose exagérée due au poids du tronc. Très souvent, chez de tels sujets un traumatisme bénin pourra amener une douleur violente dans la région lombaire.

Il faut alors mettre ces ligaments et ces muscles au repos en les plaçant en détente complète. On arrive à ce but en mettant le patient au repos, la cuisse fléchie sur le bassin d'environ 30 degrés au moyen d'un oreiller sous le genou. Il peut même arriver qu'il faille mettre un plâtre au patient pour quelque temps.

Très souvent, en même temps que le malade est au repos au lit, on adjoint le traitement physiothérapique, la chaleur augmente la circulation locale, relâche le spasme, fait cesser la douleur. Dans les cas où le patient souffre beaucoup, il ne se lèvera que pour la toilette et les repas. Ordinairement un repos au lit de 10 jours suffit, mais on doit le continuer aussi longtemps que la douleur n'est pas disparue.

Le traitement n'est pas terminé quand le malade se lève ; il faut une convalescence assez longue pendant laquelle le repos et la chaleur seront continués. Il faudra ensuite un support pour aider la cicatrisation complète, support qui devra :

- 1° être assez long pour soutenir plusieurs vertèbres ;
- 2° prendre le bassin très solidement ;
- 3° bien maintenir la colonne lombaire en position de fonction.

Le traitement doit viser à soulager la douleur et à prévenir une récédive. A cette fin, il faudra conseiller une réduction de poids, et, si possible, de meilleures habitudes de travail et de repos.

Ce n'est pas avant 2 semaines et même plus que le patient pourra reprendre son travail. Très souvent, il continuera à percevoir des malaises, ceci pour diverses raisons : anomalie congénitale ayant amené de l'arthrite chronique, faiblesse musculaire marquée.

Le traitement conservateur a donné à Kuhns les résultats suivants :

- douleur locale : 495 patients — 374 très soulagés ;
- douleur sciatique : 449 patients — 356 très soulagés.

Pour que cette étude soit de valeur, il faut savoir quels genres de douleurs vertébrales basses peuvent être améliorées par le traitement conservateur et celles qui n'en retireront aucun avantage.

Kuhns divise en 4 catégories les douleurs vertébrales :

1° Les douleurs sciatiques aiguës ou chroniques du dos ; tous ces patients peuvent être améliorés par le traitement conservateur dont la longueur variera avec le traumatisme, la chronicité des lésions et la coopération du patient ;

2° Des changements de structure des vertèbres ou des tissus voisins ;

3° Douleurs dues à une pression ou une irritation dans le canal rachidien ou autour de lui ; ici le traitement conservateur vaut peu ;

4° Douleur provoquée par l'abdomen ou d'autres régions du tronc.

Ls-Philippe Roy.

MURRAY, C. The timing of the fracture-healing process. Its influence of the choice and application of treatment methods.

(La chronologie des processus de réparation dans les foyers de fracture. — Son influence sur le choix et dans l'application des modes de traitement.) *The Journal of Bone and Joint Surgery*, vol. XXIII, n° 3, (juillet) 1941.

D'après toutes les recherches faites depuis 25 ans sur ce qui se passe au niveau d'une fracture, depuis l'accident jusqu'à la consolidation, l'auteur dit qu'il est raisonnable de croire que les choses se passent ainsi :

1° D'abord, immédiatement après l'accident, hémorragie des tissus mous et durs, puis, en quelques heures, réaction secondaire à l'autolyse et stagnation lymphatique dans tous les tissus ;

2° Abaissement local du pH, et décalcification de l'os aussi longtemps que le pH reste bas ;

3° L'apparition, parfois 24 à 36 heures après l'accident, de cellules indifférenciées, aux extrémités de la fracture en même temps que de calcium ;

4° L'élévation graduelle du pH et formation du cal.

Ces diverses étapes sont plus ou moins longues et bien des facteurs peuvent les faire varier.

Murray a étudié, sur plus de 13,000 fractures, les phénomènes ci-haut énoncés.

Pour ne pas retarder le processus qui se passe dans le foyer de fracture, il faudra agir ainsi :

1° Réduire le chevauchement dans les premières heures après l'accident, surtout avant douze heures, alors que la contracture n'est peu ou pas établie. Fréquemment, on craint de trop tirer et alors la traction est insuffisante, car une trop grande traction se corrige mieux qu'une insuffisance de réduction.

2° Réduire par voie sanglante de 4 à 8 heures après l'accident avant que l'infiltration des tissus se soit faite localement. La recalcification sera alors plus courte, le cal plus rapide, l'infection moins à craindre.

3° Le plus mauvais moment pour faire une réduction sanglante est du 12^e au 24^e jour après l'accident, alors que la décalcification est maximum.

4° Une fracture récente réduite chirurgicalement consolidera moins vite que traitée orthopédiquement.

5° Après une opération et une fixation osseuse de la fracture, la mobilisation précoce aide beaucoup à la récupération et à la guérison, car elle facilite la résorption des épanchements.

6° D'une façon générale, une réduction sanglante suivie d'un plâtre guérit plus lentement qu'une réduction par manœuvres externes surtout si l'opération est faite après quelques jours. On surajoute alors au processus déjà existant un second traumatisme qui fait saigner et retarde tout le cycle. Il faut donc s'efforcer de réduire par manœuvres externes. De plus, si le moyen de fixation osseux n'est pas suffisant, il amènera localement une décalcification encore plus marquée.

L'auteur résume ainsi : il faut réduire le plus tôt possible. Si le fracturé se présente avec un gonflement marqué, tout faire pour le faire disparaître et le plâtre est encore le meilleur procédé.

Certaines fractures ont la réputation de produire un cal énorme ; ainsi la fracture-luxation ou la luxation seule du coude. Il faudra alors se garder de manœuvres intempestives de massages.

Ls-Philippe Roy.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

<p>AUGER, C., 177.</p> <p>BÉDARD, A., 313, 451, 485. BOUCHARD, J., 39.</p> <p>CARON, S., 33, 199, 215, 468. CLICHE, P., 181. CÔTÉ, G.-LÉO, 77, 320.</p> <p>DÉCHÊNE, E., 267. DESMEULES, R., 97, 109, 307, 403. DROUIN, G., 226, 412. DUGAL, J.-P., 162.</p> <p>GAGNON, F., 181. GAUMOND, E., 134, 145. GIROUX, M., 97, 122, 334. GOSSELIN, J., 6, 403.</p> <p>HUDON, F., 480.</p> <p>JOBIN, J.-B., 58, 177, 386. JOBIN, P., 70, 186, 253.</p> <p>LANGLOIS, M., 22, 259, 394, 431. LAPOINTE, D., 262. LAROCHELLE, J.-N., 386. LARUE, L., 282. LEMIEUX, J.-M., 211, 379.</p>	<p>LEMIEUX, R., 202, 226, 412, 425. LETARTE, FRs., 463.</p> <p>MARCOUX, H., 287, 374. MARTEL, A., 202, 240. MARTIN, CHS-A., 215, 468. MILLER, J.-CHS, 355.</p> <p>NADEAU, H., 340, 425.</p> <p>PAINCHAUD, P., 463. PATRY, L., 282. PAYEUR, LÉO-R., 128. PICHETTE, H., 49.</p> <p>RICHARD, PH., 122, 307. ROGER, J.-P., 211, 379. ROUSSEAU, LS, 97, 109, 334. ROY, L.-PH., 39, 437.</p> <p>SAMSON, M., 33, 199. SIMARD, A., 457. SIMARD, R., 275. SIROIS, A., 97. SIROIS, J., 58.</p> <p>THIBAUDEAU, R., 22, 418. TREMPE, F., 29.</p> <p>VÉZINA, C., 70, 451.</p>
--	--

TABLE ANALYTIQUE ET ALPHABÉTIQUE DES TRAVAUX

A	
<p>Abcès cérébral (Tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse avec—dû à une staphylococcémie)..... 334</p> <p>Addison. (Considérations sur trois cas de maladie d'—)..... 202</p> <p>Aliénés. (Syphilis chez les—)..... 468</p> <p>Alimentation (Les laits dans l'— pratique du nourrisson normal) ... 394</p> <p>Amiantose et cancers pulmonaires. 97</p> <p>Amygdalite et appendicite..... 70</p> <p>Analgésie (Considérations sur l'— obstétricale)..... 275</p>	<p>Anémie. (A propos d'un cas d'—). 412</p> <p>Anémie pernicieuse chez un tuberculeux pulmonaire..... 307</p> <p>Angine de poitrine. (Revue d'ensemble du traitement médical de l'—)..... 226</p> <p>Anxiété (L'— et le Métrazol)..... 215</p> <p>Appendicite. (Amygdalite et—) .. 70</p>
	B
	<p>Bronchographie. (La lipiodo—) ... 6</p> <p>Bronchoscopie. (Tuberculose pulmonaire et—)..... 77</p>

C

Cancer thyroïdien 177
Cancers du sein. (Considérations sur la roentgenthérapie post-opératoire des—)..... 128
Cancers pulmonaires. (Amiantose et—)..... 97
Cervelet. (Commentaires au sujet d'un cas de tumeur du—)..... 33
Colite ulcéreuse (La—d'étiologie inconnue)..... 162
Congestions pulmonaires..... 425
Coprologique (Utilité de l'examen—dans le dépistage des parasitoses intestinales)..... 374
Cranio-faciales [(Les déformations —et les déséquilibres musculaires latents (hétérophories) et permanents (strabismes)]..... 49
Cushing. (Maladie de—. Syndrome pluriglandulaire)..... 386

D

Diabète infantile. (Considérations sur le—)..... 418
Douleur. (Le traitement de la—)..... 186
Douleurs (Un cas de hernie du disque intervertébral. Contribution à l'étude des—lombares)..... 58
Douloureux. (Comment traiter les pieds—)..... 437
Dysenterie (Une épidémie de—à Flexner chez l'enfant)..... 267

F

Fibrome (Un cas de—du maxillaire inférieur)..... 211
Fièvre ondulante et néphrite chronique intriquées...... 262
Forage de la prostate. (Nos premières constatations sur 25 cas de—)..... 457

G

Gastrectomie totale. (Une—)..... 29
Glandulaire. (Syndrome pluri—. Maladie de Cushing)..... 386
Goitre. (Le pentothal intra-veineux dans la chirurgie du—)..... 480
Granulomatose lipidique des os avec syndrome atténué de Schüller-Christian. (Un cas de—)..... 39

H

Hernie du disque intervertébral. Contribution à l'étude des douleurs lombaires..... 58

Hernie du médiastin 403
Hydronéphroses à symptomatologie fruste..... 451
Hyperglycémie chez le nourrisson. (Suppuration et—)..... 22

I

Infantile. (Considérations sur le diabète—)..... 418
Infantile. (Quelques aspects de la syphilis—)..... 431
Infections urinaires. (Le traitement médical des—)..... 485

L

Laboratoire (Examens de—à la portée du clinicien)..... 287
Laits (Les—dans l'alimentation pratique du nourrisson normal)..... 394
Laryngite catarrhale aiguë et corps étrangers..... 259
Lavage gastrique (De l'utilité du—et de son inoculation au cobaye)..... 122

M

Mastoiectomie..... 463
Maxillaire inférieur. (Un cas de fibrome du—)..... 211
Médiastin. (Hernie du—)..... 403
Méningite otogène. (Considérations sur la—)..... 320
Métrazol. (L'anxiété et le—)..... 215
Métrazol (Rapport statistique sur la thérapeutique par le—depuis deux ans et demi à l'Hôpital Saint-Michel-Archange)..... 282
Mongolisme. (Aspect médical du—)..... 355

N

Nécrologie : Le Professeur Paul Garneau..... 253
Néphrite chronique (Fièvre ondulante et—intriquées)..... 262

O

Obstétricale. (Considérations sur l'analgésie—)..... 275

P

Parasitoses intestinales. (Utilité de l'examen coprologique dans le dépistage des—)..... 374
Pentothal (Le—intra-veineux dans la chirurgie du goitre)..... 480

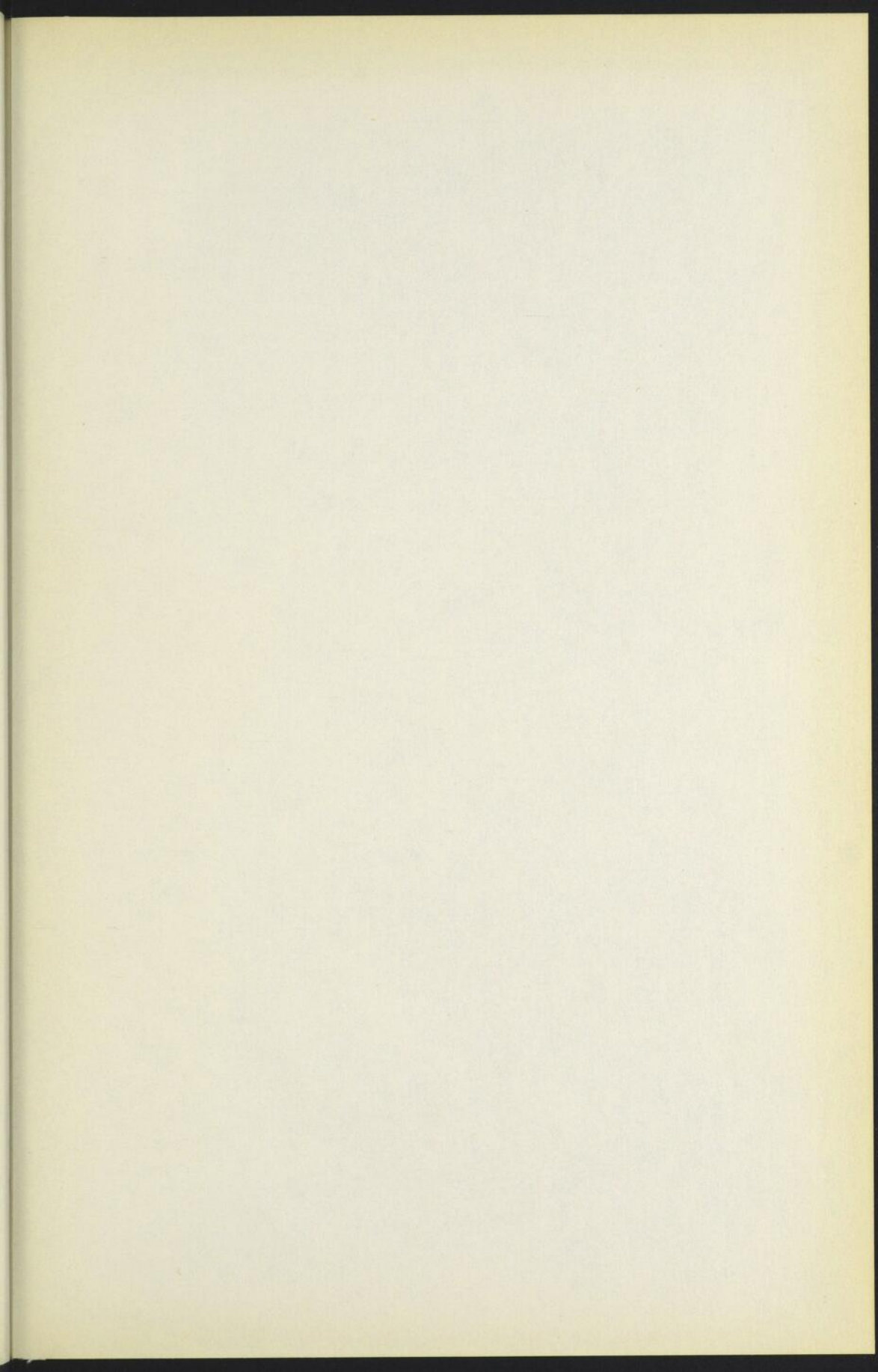
Pieds (Comment traiter les—dou- loureaux).....	437	Syphilis (La—chez les aliénés).....	468
Placentaire (Sang—stabilisé).....	181	Syphilis (Le traitement de la—ré- cente par des doses massives d'ar- senic).....	134
Prostate. (Indications de la résec- tion transurétrale de la—).....	313	Syphilis (Quelques aspects de la— infantile).....	431
Prostate. (Nos premières consta- tations sur 25 cas de forage de la—)	457	Syphilis (Réactions biotropiques au cours du traitement de la—par les arsenicaux).....	145
Pulmonaires. (Congestions—).....	425		
R		T	
Réactions biotropiques au cours du traitement de la syphilis par les ar- senicaux.....	145	Thoracoplastie (Un cas de — bi- latérale).....	379
Résection transurétrale de la prostate. (Indications de la—).....	313	Thyroïdien. (Cancer—).....	177
Roentgenthérapie post-opératoire des cancers du sein. (Considéra- tions sur la—).....	128	Thyroïdienne. (La petite insuffi- sance—).....	240
		Tuberculeux (Anémie pernicieuse chez un—pulmonaire).....	307
S		Tuberculose (Insuffisance surrénale aiguë chez un malade présentant une—bilatérale des capsules sur- rénales).....	199
Sang placentaire stabilisé.....	181	Tuberculose pulmonaire et broncho- scopie.....	77
Schüller-Christian. (Un cas de granulomatose lipidique avec syn- drome atténué de—).....	39	Tuberculose pulmonaire ulcéro- caséuse avec abcès cérébral dû à une staphylococcémie.....	334
Silicose pulmonaire et décapage des métaux au jet de sable.....	109	Tumeur de cervelet. (Commen- taires au sujet d'un cas de—).....	33
Strabismes. [(Les déformations cranio-faciales et les déséquilibres musculaires latents (hétérophories) et permanents (—)].....	49		
Suppurations et hyperglycémie chez le nourrisson.....	22	U	
Surrénale (Insuffisance—aiguë chez un malade présentant une tuber- culose bilatérale des capsules surré- nales).....	199	Urinaires. (Le traitement médical des infections—).....	485
		V	
		Vitamines. (Les—).....	340

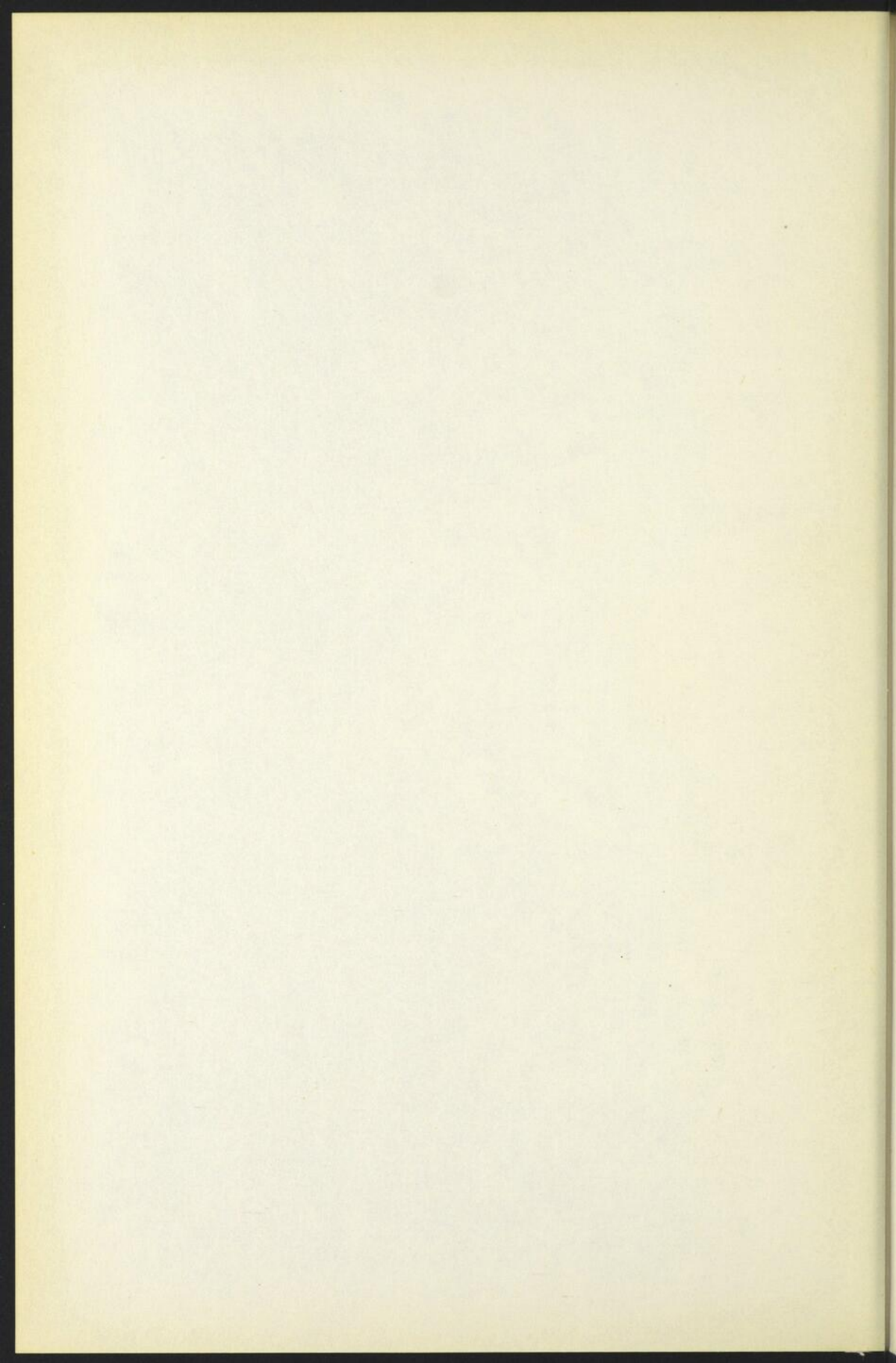
TABLE ALPHABÉTIQUE DES ANALYSES

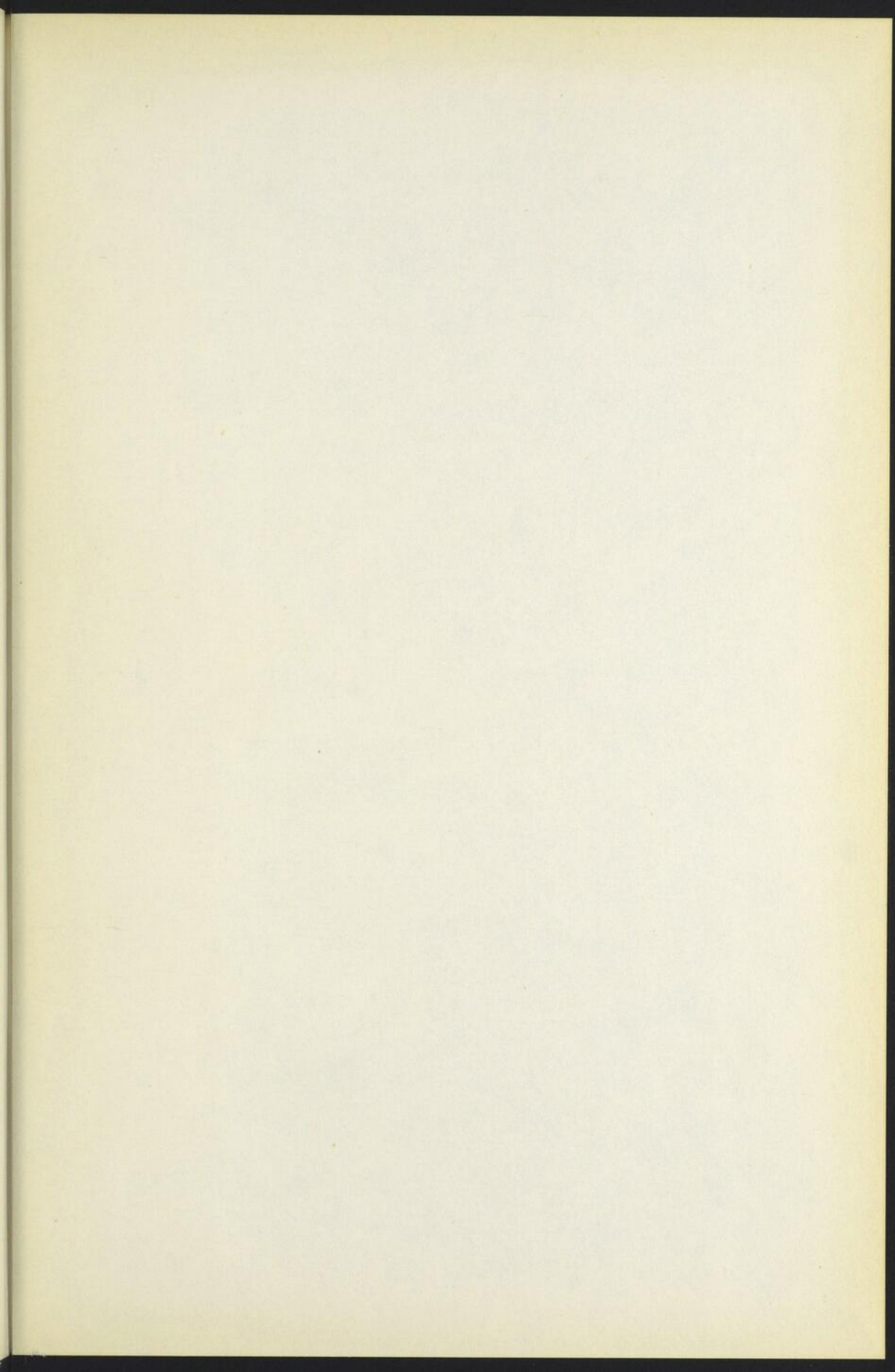
	et dans l'application des modes de traitement)..... 496
	Fractures..... 247
A	H
Angines (Les—d'origine thyroïdienne)..... 250	Hormones (Les—gonadotropes de l'antéhypophyse et du placenta)..... 194
Antéhypophyse (Les hormones gonadotropes de l'—et du placenta)..... 194	Hypophyse (Doit-on employer la solution de lobe postérieur de l'— dans la première et la deuxième moitié du travail?)..... 301
Antiseptiques (L'action des—sur les blessures d'après L. Garrod)..... 445	
Azotémies. (Les troubles du métabolisme glucidique au cours des—)..... 45	I
B	
Blessures (L'action des antiseptiques sur les—d'après L. Garrod)..... 445	Ictère hémolytique. (Les hyperbilirubinémies héréditaires : la cholémie familiale et l'—)..... 46
Blocage thoracique d'effort (description clinique)..... 352	Immunité méningée « locale » (L'hypothèse d'une—peut-elle être défendue?)..... 141
Blocage thoracique d'effort (pathogénie et traitement)..... 353	
Blocage thoracique d'effort. (Syncope et—)..... 354	L
C	
Cancer. (Étude de la méthode des cristallisations de Pfeiffer dans le diagnostic du—)..... 139	Ligaturés. (Les maladies des— Moyens de les prévenir et de les traiter)..... 349
Cholécystite (La—aiguë. L'opération précoce plutôt que la tardive)..... 94	M
Cholémie familiale (Les hyperbilirubinémies héréditaires : la—et l'ictère hémolytique)..... 46	Métabolisme glucidique (Les troubles du—au cours des azotémies)..... 45
D	N
Diabète juvénile (Le—et son traitement)..... 303	Nerveuses (Des causes d'échecs dans les sutures— ; moyens d'y pallier). 304
Douleurs (Le traitement conservateur dans les—sciatiques et lombaires)..... 494	P
E	
Érythème noueux. (Épidémie familiale d'—)..... 350	Pharmacodynamiques (Recherches— sur la morphologie des sécrétions cellulaires)..... 197
F	Pituitrine (L'abus de la—dans les premières heures du travail)..... 193
Folliculine (Le dosage de la—comme base d'orientation clinique et thérapeutique en gynécologie)..... 305	Placenta. (Les hormones gonadotropes de l'antéhypophyse et du—) 194
Fracture. (La chronologie des processus de réparation dans les foyers de—. Son influence sur le choix précis de la—)..... 402	Plasma (Le—humain sulfamidé. Ses avantages dans la transfusion d'urgence en l'absence d'un donneur de sang frais)..... 90
	Pyélographie. (Les traumatismes du rein : leur diagnostic précoce et

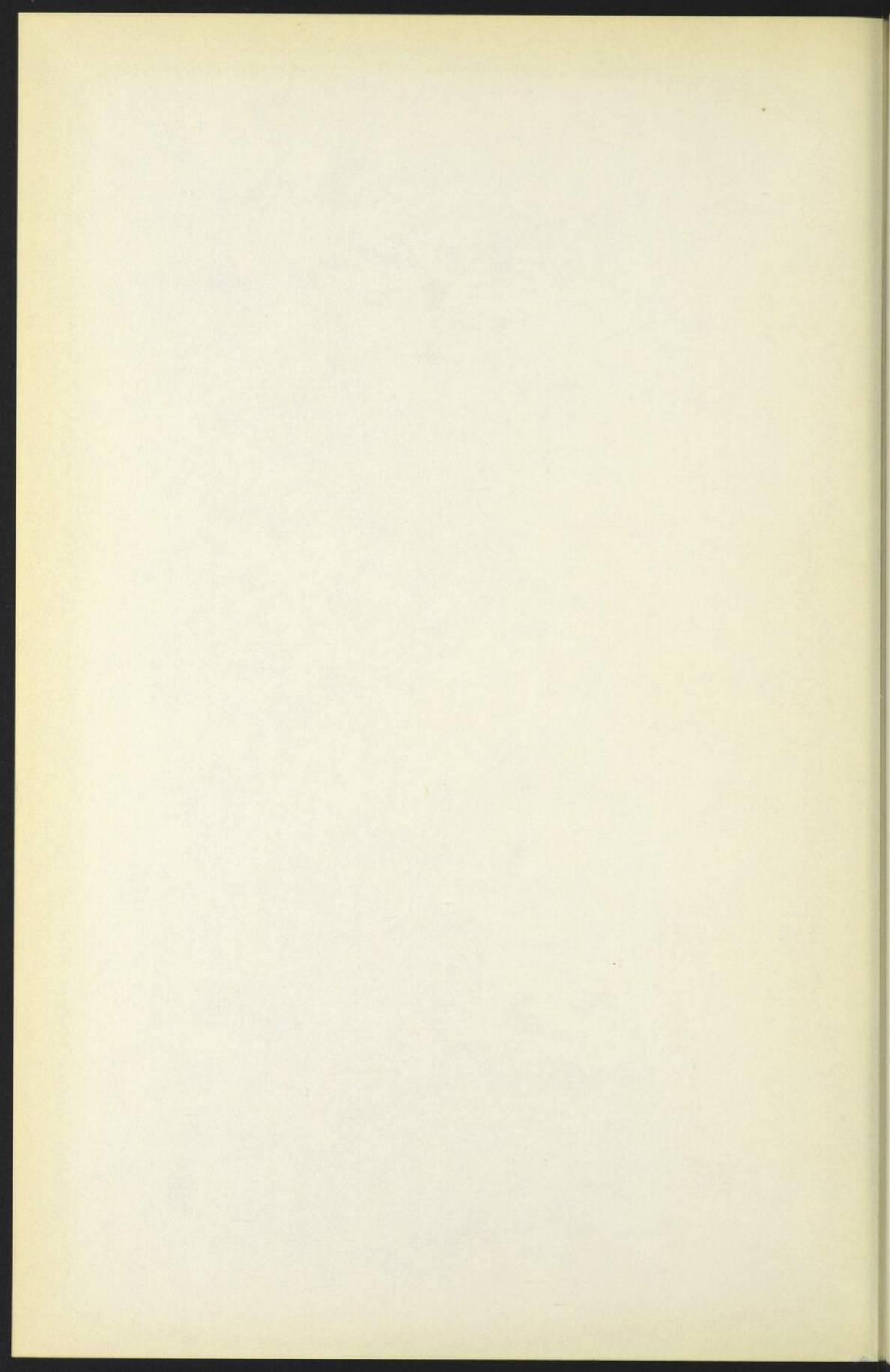
R	T
Rein (Les traumatismes du— : leur diagnostic précoce et précis par la pyélographie)..... 402	Thyroïdienne. (Les angines de poitrine d'origine—)..... 250
S	Trachome (Le traitement du—par les dérivés sulfamidés, en particulier, le P. Amino-Phényl-Sulfamide en ingestion)..... 249
Sciaticques (Le traitement conservateur dans les douleurs—et lombaires)..... 494	Transfusion (La—continue goutte à goutte)..... 47
Sécrétions cellulaires. (Recherches pharmacodynamiques sur la morphologie des—)..... 197	Transfusion d'urgence (Le plasma humain sulfamidé. Ses avantages dans la—en l'absence d'un donneur de sang frais)..... 90
Stilbestrol. (Étude clinique du—)..... 95	Travail? (Doit-on employer la solution de lobe postérieur de l'hypophyse dans la première et la deuxième moitié du—)..... 301
Sulfamidé. (Le plasma humain—, Ses avantages dans la transfusion d'urgence en l'absence d'un donneur de sang frais)..... 90	V
Sulfamidés (Le traitement du trachome par les dérivés—, en particulier, le P. Amino-Phényl-Sulfamide en ingestion)..... 249	Vaccination (Importance de la—préventive chez les sujets prédisposés aux infections des voies respiratoires)..... 351
Sutures nerveuses (Des causes d'échecs dans les— : moyens d'y pallier)..... 304	Vitamine K. (Valeur clinique de la—)..... 398

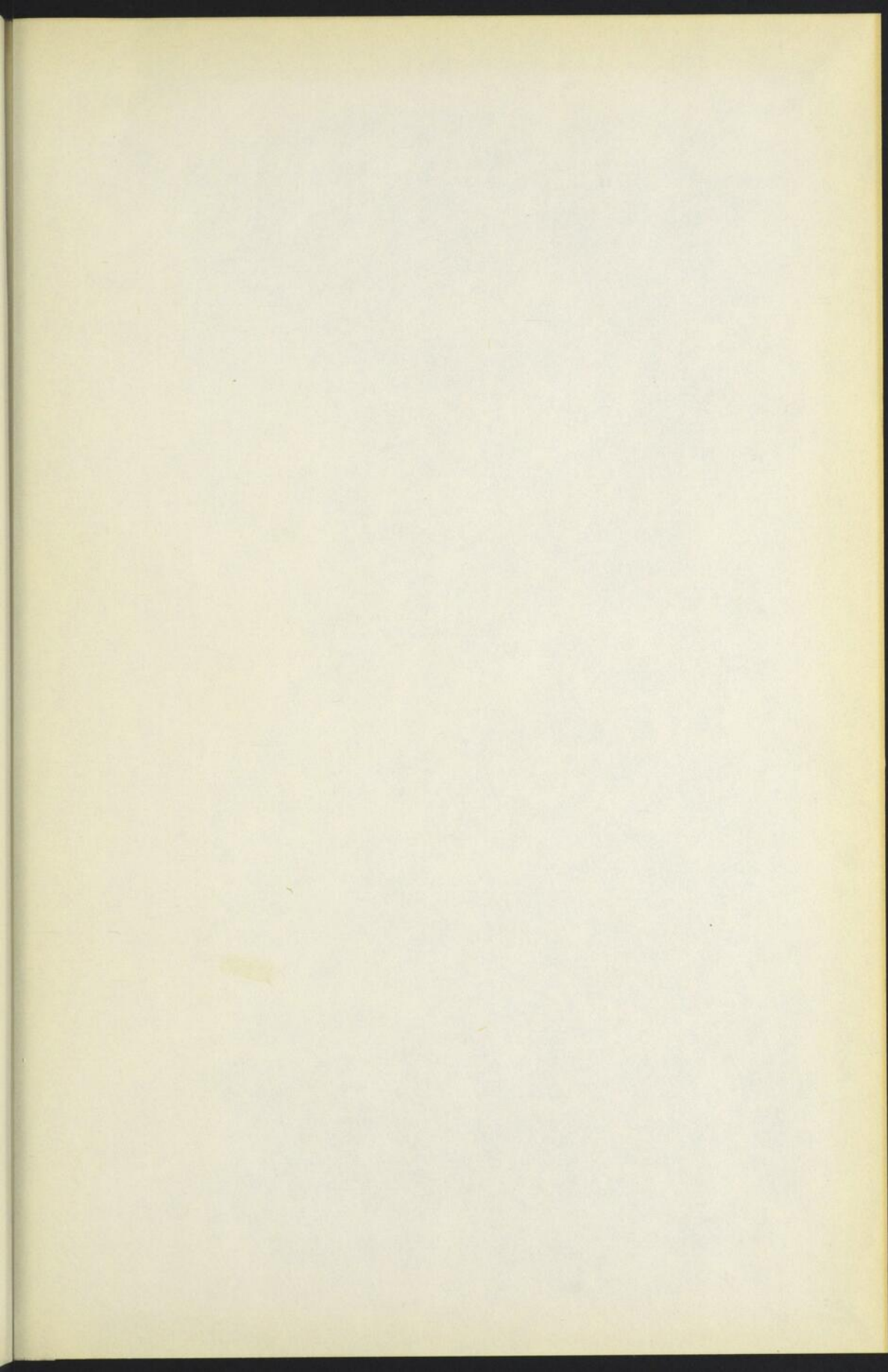
BIBLIOTHÈQUE
HÔPITAL-CHU

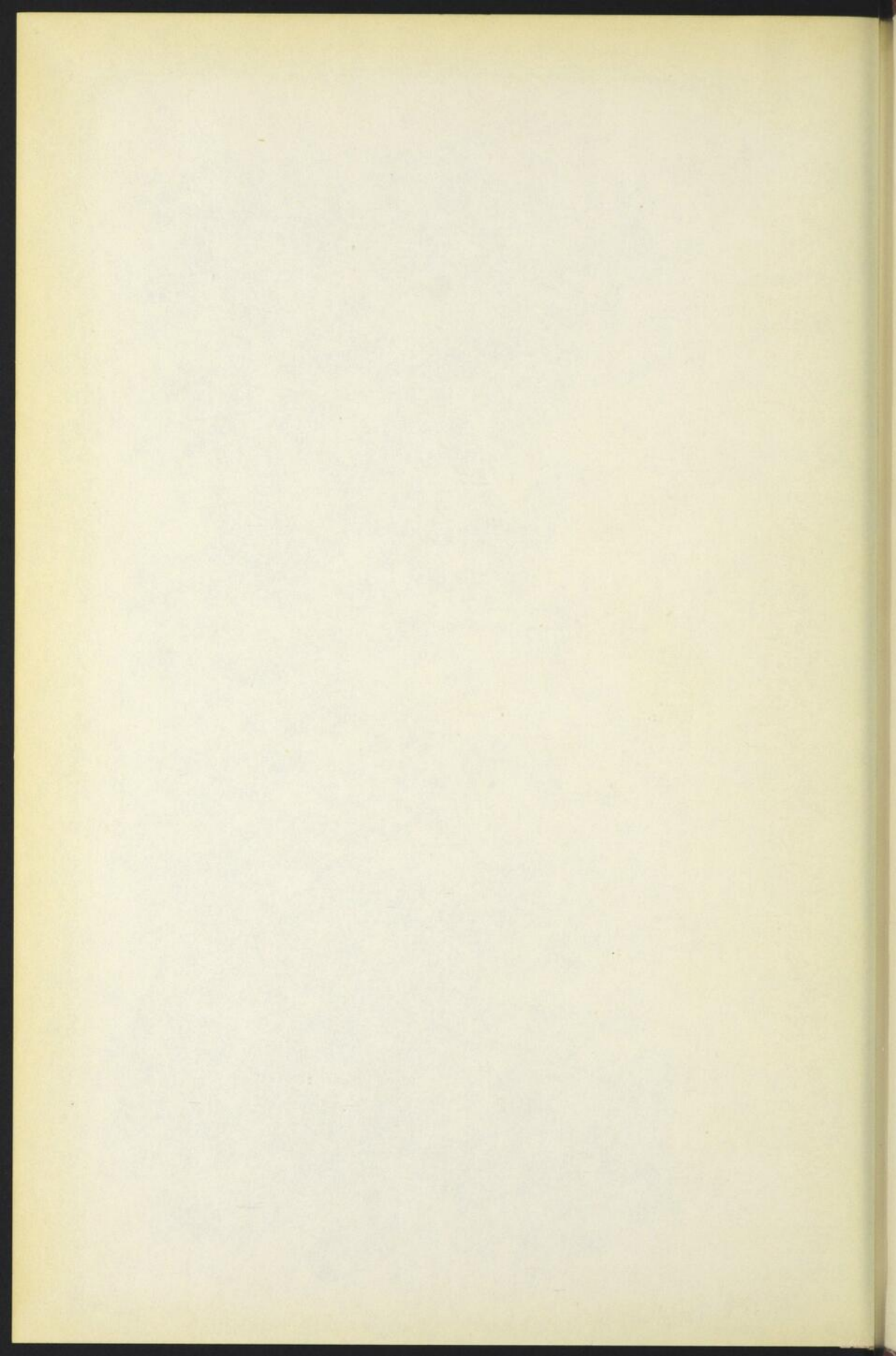












LES ATELIERS DE RELIURE
MARCEL BEAUDOIN

