

Numéro 2

Sixième année

LE JOURNAL

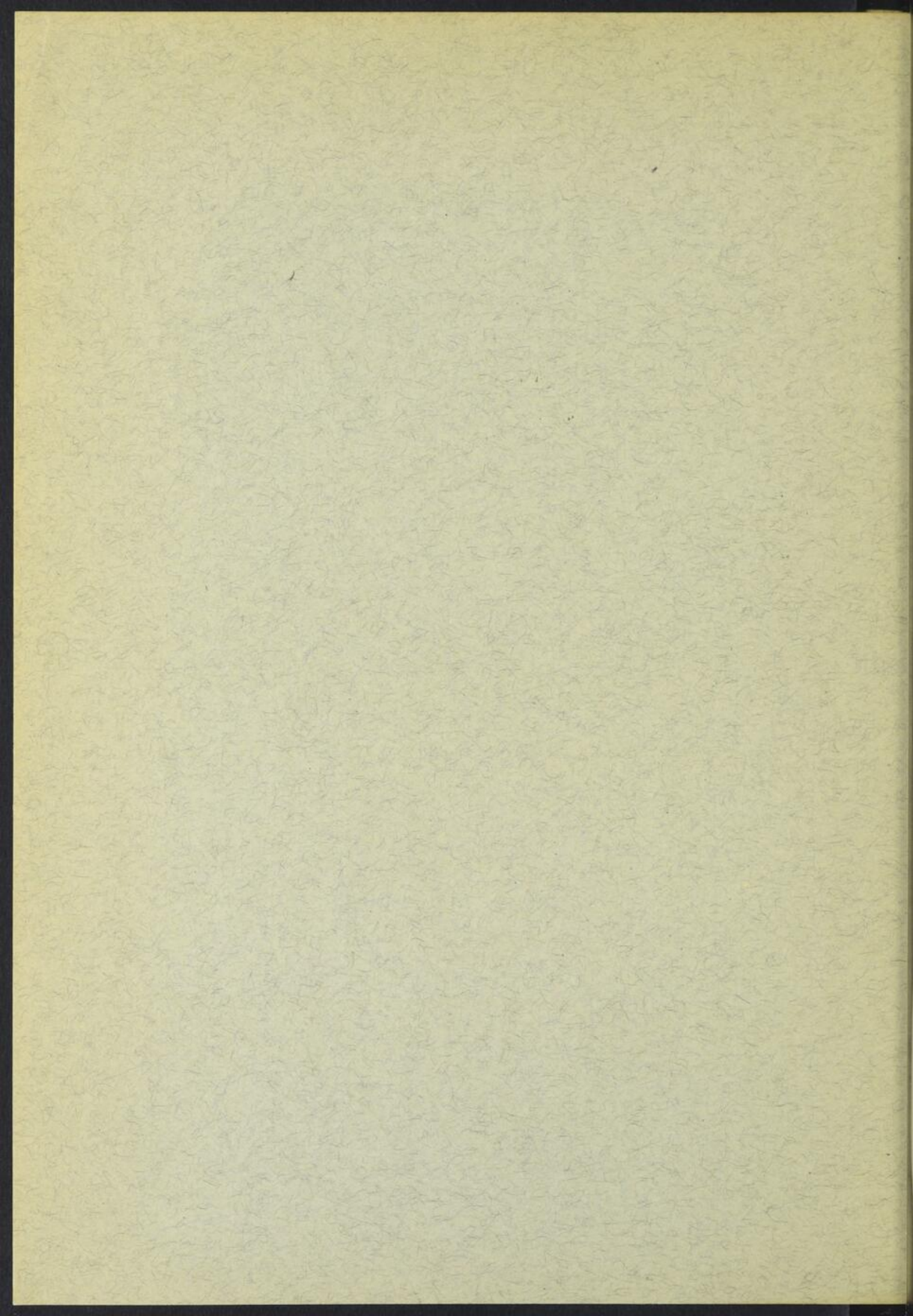
... de ...

L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL



MARS-AVRIL

1937



Le Journal de l'Hotel-Dieu de Montréal

No 2

Mars-Avril 1937

UN CAS DE SARCOME MÉLANIQUE DU CORPS CILIAIRE

Par le docteur CHARLES MATHIEU

Assistant à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Le sarcome mélanique du corps ciliaire est une affection que nous ne rencontrons pas tous les jours, aussi je me fais un devoir d'y attirer votre attention.

Madame A. B . . . , 50 ans, se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu le 5 mars 1937, pour trouble de la vue, elle accuse une diminution de l'acuité visuelle; elle ne porte pas de verres et elle éprouve de la difficulté pour la lecture.

L'examen nous donne une acuité visuelle de l'oeil droit réduite à la perception lumineuse, l'oeil gauche a une vision de 15/20. L'oeil gauche est normal, à l'oeil droit, les paupières, la conjonctivite, la cornée sont normales, l'iris présente une décoloration assez prononcée dans sa partie inférieure, la pupille est à peine déformée si on la regarde de face, cependant en la regardant de côté, on voit que son segment inférieur est presque accolé à la face interne de la cornée, ce qui donne à l'iris l'aspect d'une ligne brisée de forme sigmoïde.

Au bord pupillaire du segment inférieur on aperçoit une petite masse à peine perceptible, ayant une teinte brunâtre.

Le cristallin est cataracté dans toute son étendue. Après instillation d'Euphtalmine, la dilatation n'étant pas suffisante, on instille de l'Atropine, (la tension de l'oeil étant normale, 15 mm. Hg.)

L'aspect a bien changé, on voit sourdre d'en arrière de l'iris une masse du volume d'un grain de blé, de coloration brun-foncé, de forme arrondie, semblant n'avoir aucune adhérence ni à l'iris, ni à la cristalloïde.

L'examen à la lampe à fente, ou microscope cornéen, montre que l'iris de coloration gris brun est normal dans les 4/5 de son étendue, à la partie inférieure, entre 5 et 7 heures, il présente une dépigmentation assez marquée et une légère atrophie de ses mailles.

Le cristallin est opacifié dans toute son étendue et ne se laisse traverser par aucun rayon lumineux.

Le petite tumeur se présente sous une forme arrondie, sans adhérence ni à l'iris ni à la cristalloïde antérieure, sa partie culminante semble kystique, on peut la traverser par des rayons lumineux fins (coupe lumineuse) qui nous permettent de voir une enveloppe très riche en pigments, tout comme si elle était saupoudrée de chocolat. Je fais donc le diagnostic de Mélano-Sarcome du corps ciliaire, et, je m'efforce de faire comprendre à la patiente la gravité de sa maladie et je lui conseille l'Énucléation hâtive, qu'elle ne peut accepter d'emblée, car son oeil n'est nullement douloureux.

Le 19 mars nous revoyons la malade. On constate que le volume de la tumeur a augmenté de volume considérablement depuis le dernier examen, le volume est presque doublé. Cette constatation a convaincu notre malade et l'énucléation est faite le 23 mars.

Les suites opératoires sont normales.

On demande l'examen anatomo-pathologique dont voici le rapport :

Globe oculaire coupé sagittalement, à l'état frais, par le chirurgien. Le cristallin a été énucléé. L'iris manque presque complètement.

Au niveau du corps ciliaire on note, en un point, une tumeur opaque, noir-jais, à peu près hémisphérique, du volume d'une lentille.

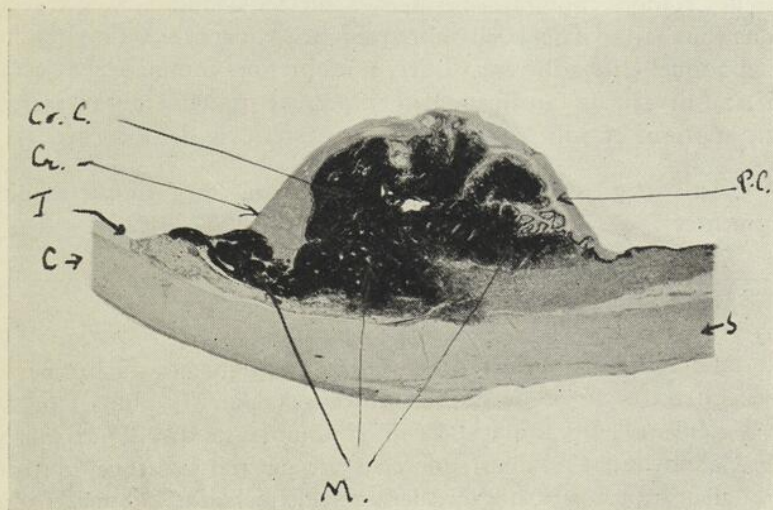


FIGURE I

Cr.C.: Corps Ciliaire — Cr.: Cristallin — I.: Iris — C.: Cornée —
P.C.: Procs Ciliaires — S.: Sclérotique — M.: Mélanome.

A l'examen microscopique de la tumeur, au faible grossissement, on observe, dans l'épaisseur du corps ciliaire, une pullulation de cellules pigmentées. Ces cellules infiltrent en une masse compacte toute l'épaisseur de la moitié antérieure du corps ciliaire, et la zone postéro-interne, sous-épithéliale de sa moitié postérieure. Le reste du corps ciliaire renferme des éléments pigmentés plus clairsemés, occupant les interstices du muscle, qui persiste en cette région. La zone interne de la sclérotique est superficiellement infiltrée, dans la région sus-jacente à la portion moyenne du corps ciliaire.

La surface du corps ciliaire est recouverte par un épithélium au niveau de sa région postérieure. Cet épithélium a disparu au niveau de la région moyenne et la masse des cellules tumorales y est dénudée. A cet endroit on observe des débris du cristallin, appliqués à la surface de la tumeur. La région antérieure est occupée par des franges tumorales herniées, à surface dénudée. Ces végétations font saillie dans la chambre postérieure, derrière le diaphragme irien auquel elles adhèrent. L'iris a été presque complètement arraché; au niveau de la tumeur il n'en persiste qu'un lambeau marginal, appliqué et adhérent à la surface postérieure de la cornée.

Au fort grossissement, on reconnaît trois catégories de cellules pigmentées:

- 1 — des cellules épithéliales, chargées de grains pigmentaires volumineux, brun clair, d'aspect cristallin.
- 2 — des cellules bourrées de granulations pigmentaires brun-noirâtre très fines, de calibre uniforme. Dans la plupart de ces éléments les granulations sont si nombreuses qu'elles masquent le noyau. Certaines sont chargées de graisse, et ne contiennent qu'un petit nombre de grains de mélanine. Toutes correspondent à des cellules productrices de mélanine, à des mélanoblastes de lignée choroïdienne. Elles sont groupées en un amas compact dont la localisation a été précisée au faible grossissement.

Ce sont les cellules proprement tumorales, car

- 3 — les cellules clairsemées plus profondes (moitié postérieure du corps ciliaire et sclérotique) correspondent à des éléments phagocytaires et vecteurs de pigment, mais non mélanoformateurs. Elles sont en effet tatouées d'un nombre très variable de granulations beaucoup plus grossières.

On voit donc:

- 1 — par la nature même du pigment, que le néoplasme tire son origine non des cellules épithéliales de surface, mais procède d'éléments interstitiels d'origine choroïdienne.

- 2 — que le mélanome proprement dit occupe la région antérieure du corps ciliaire, repousse en avant l'iris, et, végète dans la chambre postérieure, le long de la face postérieure de l'iris.
- 3 — que l'infiltration pigmentaire de la région postérieure du corps ciliaire, n'est pas assimilable à une invasion néoplasique, mais correspond simplement à un transport de pigment.

Le néoplasme apparaît donc beaucoup plus limité qu'on le croirait de prime abord. Si l'on ajoute qu'on n'aperçoit ni caryocinèse ni amitoses des mélanoblastes, on voit que le pronostic est éminemment favorable.

Joseph-Luc RIOPELLE, *pathologiste.*

Les sarcomes du corps ciliaire ont la forme d'une masse hémisphérique repoussant en avant l'iris, et dépassant en arrière les limites du corps ciliaire. Ils envoient quelquefois un prolongement dans la chambre antérieure ou dans le segment postérieur. Les procès ciliaires sont tantôt envahis, tantôt simplement soulevés et intacts.

Le développement du sarcome se ferait de deux façon.

Dans le premier mode, les cellules morbides auraient leur origine dans le système sanguin.

Dans le deuxième mode, il y aurait prolifération du tissu normal du tractus uvéal, qui deviendrait ainsi pathologique et s'accroîtrait par développement endogène et prolifération des noyaux. Cela revient à dire que tous les éléments normaux du tractus uvéal peuvent donner lieu à la formation d'une tumeur lorsqu'ils sont invités à une prolifération anormale par un agent inconnu, dont l'étude? en ce qui concerne les sarcomes est encore tout à faire.

Les gaines des vaisseaux se laissent infiltrer, surtout les veines, les nerfs ciliaires conduisent aussi quelquefois les néoplasmes au dehors, mais beaucoup moins souvent que les artères et surtout que les veines.

La région du limbe se laisse facilement distendre et perforer; la cornée, au contraire, résiste; elle n'est détruite que dans le cas où les phénomènes glaucomateux entraînant la suppuration y produisent une perforation.

Ce n'est pas uniquement dans leur voisinage immédiat que les cellules se propagent, elles dépassent la coque oculaire contaminant l'orbite, et cet envahissement de l'orbite est pour le malade une très sérieuse aggravation. Lorsqu'il a dépassé la coque oculaire, le sarcome est presque au-dessus des ressources de la chirurgie, et il n'est pas toujours curable, même par l'exentération qui nous permet d'enlever tout le mal contenu dans l'orbite, parce que les cellules morbides ont pu de bonne heure coloniser dans l'organisme loin de l'oeil, dans les viscères, surtout dans le foie.

D'après certains auteurs on trouve des métastases:

Foie 31, Estomac 7, Coeur, Rein, Os, Poumons 3, Colonne vertébrale 2, Rate, Pancréas, Intestins, Epiglotte, Cerveau 1.

L'explication de cette prédilection des métastases pour le foie tient à l'extrême importance du réseau capillaire de cet organe et à l'étroitesse du calibre de ses vaisseaux.

La pigmentation est le fait essentiel qui donne au sarcome que nous étudions le caractère mélanique et il ne suffit pas d'y trouver quelques grains du néoplasme soient le siège et la cause de la formation du pigment; différenciation du leuco-sarcome, sans pigmentation.

L'origine du pigment divise les auteurs, les uns prétendent à l'origine hématique tels que Langhans, Vossius, Oppenheiner, Birbacher . . . les autres croient à formation aux dépens des matériaux albuminoïdes de la cellule. Virchow, Recklinghassen, Weldeyer, Fuchs, Rilbert, celui-ci fait dériver tous les sarcomes de l'oeil des cellules pigmentées de la choroïde. Leber prétend que le pigment du sarcome résulte de la prolifération des cellules de l'épithèle pigmenté, mise en évidence par Van Hippel Les cellules de l'épithèle

pigmentées sont probablement attirées vers les vaisseaux par une attraction chimiotaxique et il n'est pas rare de voir des cellules pénétrer ainsi à l'intérieur des vaisseaux, fait qui nous aide à comprendre pourquoi il peut survenir même de très bonne heure des métastases dans les organes éloignés.

Réactions du globe oculaire:

L'oeil contenant un sarcome ne présente aucune autre lésion que la tumeur elle-même, il n'offre en général aucun signe d'inflammation, du moins au début, et il n'est pas douloureux.

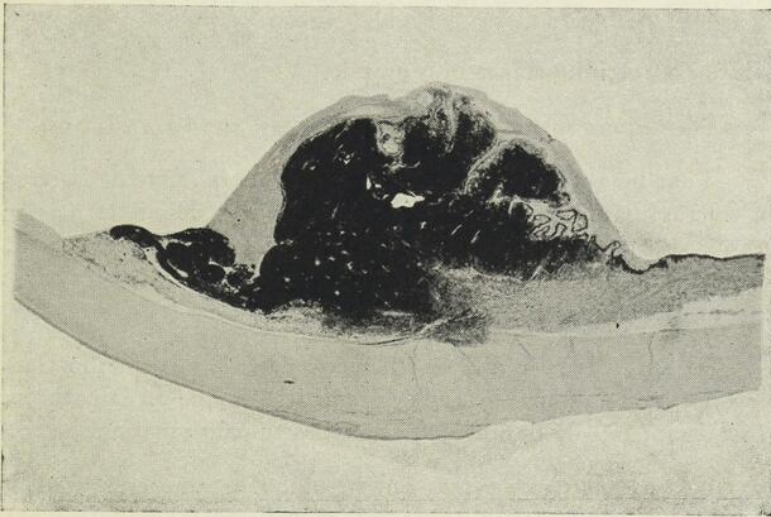


FIGURE II

Le volume de la tumeur augmentant il entraîne une augmentation de la tension oculaire, il provoque du glaucome, et suivant sa situation il est la cause d'un décollement de la rétine.

L'atrophie du globe et la perforation de la sclérotique sont encore des complications possibles du sarcome.

ETIOLOGIE:

Le sarcome mélanique est relativement rare, on le rencontre environ une fois sur 2,000 malades, on dit même une fois sur 30,000.

Causes prédisposantes et occasionnelles:

Le sexe exerce une influence légère mais certaine, les hommes en sont le plus souvent affligés:

Fuchs	sur	253	137 h.	116 f.
Beaudoin	"	101	61 h.	40 f.
Brières	"	100	63 h.	37 f.

L'âge a une importance plus grande.

L'âge qui fournit plus de sarcomes est de 40 à 50 ans.

Tous les auteurs insistent avec raison sur la rareté des sarcomes du tractus uvéal avant la puberté; en principe, depuis la naissance jusqu'à dix ans, on est exposé au gliome de la rétine et non au sarcome, à partir de 10 ans jusqu'à la fin de sa vie on est exposé au sarcome et non au gliome.

HÉRÉDITÉ: le rôle de l'hérédité dans le sarcome du tractus uvéal est bien douteux, il faut s'en tenir ici à ce que dit la pathologie générale sur le rôle de l'hérédité dans les tumeurs malignes.

Les violences extérieures ont besoin pour amener la naissance de la tumeur d'un terrain approprié, mais ils aident puissamment le germe morbide.

SYMPTOMATOLOGIE:

Le sarcome du corps ciliaire envahit de bonne heure la chambre antérieure au niveau de la racine de l'iris; l'iris est quelquefois désinséré (iridodialyse), toujours refoulé en avant vers l'angle irien obstrué; il n'y a pas d'iritis, et, l'atropine en dilatant la pupille, rend plus facile l'exploration de la tumeur. Souvent un des pre-

miers symptômes qui appelle l'attention est une injection périkeratique, limitée, s'étendant à la région cornéenne qui correspond à la partie du corps ciliaire malade.

Le début est toujours insidieux, souvent le malade ne s'en aperçoit que par hasard, ou, un examen systématique le fait découvrir. La tention du globe peut augmenter, surtout par le volume de la tumeur ou du décollement de la rétine qu'elle aura causé; on peut se trouver en face d'un glaucome, à cette période les douleurs plus ou moins aiguës, plus ou moins brusques, mais d'autant plus remarquables qu'elles apparaissent dans un oeil jusque là, le plus souvent, complètement indolore.

On rencontre aussi quelquefois, mais rarement, de l'iridocyclite. La perforation de la coque peut se faire de trois façon différentes, soit par la cornée qui à la suite des troubles de la circulation, s'ulcère et cède, soit au niveau de l'équateur, mais cela ne se présente que dans les cas de sarcomes de la choroïde; si la tumeur envahit l'orbite par la partie postérieure, on trouve d'abord un oedème palpéral puis de l'exophtalmie, et de là, de la généralisation.

Le diagnostic des tumeurs de l'iris se fait facilement à l'oeil nu et à l'aide de l'éclairage oblique; les tumeurs du corps ciliaire font saillie dans la pupille et poussent l'iris vers la cornée, l'éclairage excentrique fait avec un éclaireur de contact profile la tumeur en ombre chinoise sur le fond de l'oeil uniformément éclairé.

Le sarcome du corps ciliaire se différencie assez facilement des gommages et des tubercules, lesquels s'accompagnent toujours d'accidents inflammatoires évidents, ils aboutissent toujours sans entraîner de glaucome à une perforation du globe par ulcération de la sclérotique.

PRONOSTIC :

Le sarcome mélanique oculaire est la plus grave variété des tumeurs malignes de l'oeil. Cependant je vous dois de vous dire que le sarcome du corps ciliaire est moins grave que le sarcome de la choroïde parce qu'il peut être diagnostiqué plus près du début.

TRAITEMENT:

Le traitement classique et le seul à conseiller est l'énucléation hâtive.

Quelques chirurgiens ont essayé dans les cas de sarcomes de l'iris, de faire une intervention conservatrice par large iridectomie, mais ils ont presque tous été déçus en voyant apparaître une récurrence dans la plaie même de leur iridectomie et des métastases au foie.

Dans les sarcomes du corps ciliaire il est impossible de tenter une intervention de ce genre; il faudrait tout au moins faire une résection du segment antérieur, et avec quelles chances? Pour se permettre une telle intervention il faudrait être certain d'intéresser et le corps ciliaire et les procès ciliaire et de plus il faudrait être rassuré sur le non envahissement de la choroïde et de la sclérotique, et seul un examen microscopique peut le faire.

Je considère que pour le malade il vaut mieux sacrifier le globe tout entier, que d'en conserver une moitié, laquelle moitié ne lui est d'aucune utilité, si ce n'est que de favoriser les mouvements latéraux de la prothèse, et qui peut contenir des germes morbides et mettre sa vie en danger presque au même point que si rien n'avait été fait.

On sait que les métastases se font surtout sur la voie sanguine, or, comment concevoir une intervention chirurgicale et conservatrice qui ne peut pas avoir la certitude de n'intéresser que des tissus sains.

Il ne faut pas perdre de vue la facilité avec laquelle ces pigments morbides passent dans la circulation sanguine. Bien plus, malgré l'énucléation précoce, on ne peut considérer le malade exempt de métastases que trois ans après l'intervention, ce qui en marque bien la gravité.

Morax, quoique partisan de la non intervention hâtive dans les cas de sarcomes de l'iris, n'hésite pas à conseiller l'énucléation dès que la fonction visuelle est gravement atteinte, que la tension oculaire s'élève, ou que l'extension à la cornée ou au corps ciliaire devient manifeste.

Je tiens à remercier M. le Dr J.-L. Riopelle, pathologiste, de son concours, très important, prêté si généreusement et tellement encourageant au point de vue du pronostic.



DEUX CAS DE CANCER DE L'AMPOULE DE VATER

Par ERNEST PRUD'HOMME

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Agrégé à l'Université de Montréal.

PREMIER CAS

Monsieur L. L . . . , 35 ans, arrive à l'hôpital, le 11 novembre 1936, présentant un ictère généralisé qui apparaît pour la troisième fois dans l'espace de quatorze mois.

L'ictère est d'abord survenu le 15 octobre 1935 et a duré deux mois, puis le 20 janvier 1936, alors qu'il dura quatre mois. La troisième fois, l'ictère se montra le 10 octobre 1936, et il dure encore.

Les symptômes observés avant l'apparition de ces ictères sont toujours à peu près les mêmes: le patient se sent mal en train, se plaint de courbatures et de frissons. Puis c'est une véritable douleur en barre qui dure une journée ou deux. En moins d'une semaine, l'ictère est généralisé, les selles sont décolorées, les urines foncées. De fréquents frissons de courte durée apparaissent pendant un couple de jours, après quoi tout rentre dans l'ordre.

Dès la première crise, l'amaigrissement s'est installé; actuellement, le malade a perdu vingt-cinq livres.

Comme antécédents il n'y a rien à noter au point de vue digestif. Le patient, bon mangeur, digère à peu près tout: graisses, oeufs, etc.

Les antécédents héréditaires ne sont pas plus intéressants: Père et mère sont en excellente santé.

L'examen du coeur révèle un léger souffle systolique à la pointe. (Dr Pepin.)

Malgré une petite toux sans expectoration, le poumon ne montre rien de particulier.

Le ventre est tendu, légèrement ballonné.

Le foie est abaissé, déborde les fausses côtes jusqu'à l'ombilic, présente une légère sensibilité; mais sa surface est lisse et ses bords très nets.

La rate est perceptible sur une largeur de quatre travers de doigts.

Il n'y a aucune sensibilité à la région appendiculaire, mais, par ailleurs, la palpation profonde révèle une douleur assez nette à la vésicule.

ANALYSES:

Urine: neutre, traces d'albumine, présence de bile avec absence de sels biliaires et présence de pigments.

Wasserman: négatif.

Numération globulaire: 19,375 gl. blancs; 82% de polynucléaires neutrophiles.

Azotémie: 0.35.

Epreuve au Rose Bengale: 6.37.

Galactosurie provoquée: positive; concentration: 3.493.

Bile dans le sang: absence.

Temps de coagulation: 9 minutes.

Examen radiologique: En dépit d'une bonne absorption du tétraïode, la vésicule ne s'est pas montrée. Suspecte.

Le tubage duodéal n'a pas donné de résultats concluants.

Durant les dix jours qui ont précédé l'opération, la température variait chaque jour de 98.6° le matin, à 103° ou 104° le soir.

Opération le 3 décembre 1936. La vésicule est remplie de bile purulente. Un flot de pus s'échappe du foie même, lorsque l'on

comprime cet organe. Nous faisons une cholécysto-duodénostomie, et en plus, une cholécystostomie. Dès le lendemain, la température est devenue normale et le patient se sent considérablement soulagé. Vers le 3^e jour, l'hyperthermie apparaît de nouveau, puis le malade commence à saigner au niveau de la plaie opératoire. Il succombe le 11^e jour après l'opération.

Voici le protocole de l'autopsie pratiquée: Ictère généralisé. Incision de la paratomie, hypocondre droit. Hématome de la paroi. Bronchite chronique. Broncho-pneumonie du lobe inférieur gauche. Broncho-pneumonie de la base droite. Pleurésie purulente droite. Périhépatite fibrino-purulente, face inférieure du lobe droit. Cirrhose hypertrophique (2400 grammes) avec rétention biliaire extrêmement accusée. Dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques. Absence de toute lithiase. Cholécysto-entérostomie récente sans particularités. *Epithélioma cylindrique tubuleux de l'ampoule de Vater.* Imbibition biliaire du rein. (Dr J.-L. Riopelle, assistant pathologiste.)

DEUXIÈME CAS:

G. D . . . , 53 ans, se présente, le 21 janvier 1937, pour ictère généralisé, accompagné de douleurs à l'hypocondre droit.

Ces douleurs ont débuté vers le 7 décembre 1936, et surviennent par crises, comportant frissons, température et prurit généralisé.

C'est la cinquième crise depuis six semaines. C'est vers le 19 janvier que le patient a noté l'apparition de son ictère. Il souffre de céphalée constante et a maigri de quinze livres.

Dès le début de la maladie la digestion a été impossible. Le patient se plaint de palpitations, d'engourdissements des extrémités, et de scotomes.

Comme antécédents personnels, le malade dit avoir toujours été un gros mangeur de viande et avoir toujours bien digéré.

Ses antécédents héréditaires sont nuls.

Le coeur présente de l'assourdissement des bruits.

Les poumons ne présentent rien de particulier.

L'abdomen est sensible à la palpation dans la région vésiculaire, mais il n'y a pas de défense musculaire.

ANALYSES

Urine: couleur foncée, présence d'albumine, cylindres granuleux nombreux.

Bile: absence.

Sang: 6718 globules blancs. Azotémie: 1.00. Wasserman: négatif. Réaction de Vendenbergh directe: positive; 6.6 unités.

Examen aux rayons X: La vésicule ne s'est pas montrée. Suspecte.

Température à peu près normale.

Ictère généralisé.

L'opération est pratiquée 10 jours après l'arrivée du malade. Nous trouvons une grosse vésicule très distendue, remplie d'une bile épaisse, noirâtre.

L'exploration des canaux biliaires révèle au niveau de l'ampoule de Vater une tumeur du volume d'une olive. Rien ailleurs. Le foie semble en assez bon état.

Nous faisons une cholécysto-duodénostomie sans drainage.

Le patient part guéri après dix jours, ne présentant plus de traces d'ictère.

Ce second cas venant presque immédiatement après le premier cas opéré, nous avons cru pouvoir poser le diagnostic de cancer de l'ampoule de Vater et nous croyons utile de dire un mot de cette affection.

Le cancer primitif de l'ampoule de Vater, cancer de la région ampullaire du duodénum pour les Américains, cancer de la région vaterienne pour les Français, est considéré comme une rareté. Bal-

four dit que sur 100 cas de cancer primaire du duodénum, les Américains ont trouvé 66 cas de la région ampullaire.

A la Clinique Mayo, sur 15 cas de cancer du duodénum, on aurait trouvé 6 cas de la région ampullaire.

Letulle rapporte 40 cas de cancer de la région vaticienne, et, sans établir de comparaison, dit que c'est une lésion excessivement rare. Les hommes fournissent la majorité des cas, et l'âge prédisposé serait de 50 à 60 ans.

Symptômes: sont quelquefois les mêmes que ceux du cancer de l'estomac, mais l'évolution est beaucoup plus rapide.

Le début est ordinairement insidieux, mais peut se montrer brusquement. Généralement, l'examen ne révèle pas de masse.

Les vomissements sont rares. L'obstruction périodique du cholédoque produit d'abord une infection secondaire de la bile qui peut aller jusqu'à un abcès du foie.

Les crises se répètent toujours semblables à elles-mêmes et sont marquées par des frissons, de la température, symptômes qui cèdent généralement leur place à un ictère permanent qui reste bientôt le principal, sinon l'unique symptôme.

N. B. — La douleur spontanée à l'épigastre, est toujours très modérée, mais est exagérée à la palpation.

Le malade a une sensation de faiblesse extrême, souffre de flatulence, de soif constante. Les vomissements, quand ils existent, sont neutres ou alcalins. — L'anémie s'installe et la cachexie est rapide.

L'évolution totale de toute la maladie dure à peine six mois après l'apparition de l'ictère. — La mort est due aux complications.

Complications: Cette obstruction mécanique, qui s'établit dans l'ampoule de Vater ne tarde pas amener une distension du cholédoque et de la vésicule. Puis l'angiocholite s'installe avec une cirrhose hépatique progressive. D'autres fois, l'obstruction, au lieu de porter surtout sur le cholédoque, bloque le canal de Wirsung,

puis c'est du côté du pancréas que se font les plus grands dégâts: sclérose, ou pancréatite scléreuse, etc. Des hémorragies graves sont une des complications les plus fréquentes.

Le diagnostic clinique est difficile à faire et est généralement une trouvaille d'opération et plus souvent d'autopsie.

L'examen radiologique ordinairement ne révèle pas la lésion.

Traitement: Le traitement médical doit viser à réhydrater le malade et à lutter contre les accidents résultant de l'obstruction du cholédoque.

La *chirurgie* a apporté son secours, mais non la *guérison*. La résection du duodénum, avec anastomose bout à bout et réimplantation du cholédoque et du canal de Wirsung rapporte des survies qui sont de 5 à 8 mois.

Les chirurgiens modernes sont moins radicaux. Certains préfèrent pratiquer simplement une cholécystostomie quittes à faire un second temps plus tard, si le malade survit. D'autres préconisent une cholécysto-duodénostomie simple. Il faut avouer que la survie est à peu près égale dans un cas comme dans l'autre, c'est-à-dire de six mois à un an, quand les complications n'emportent pas le malade dans les premiers jours qui suivent l'opération.

Les métastases elles-mêmes n'ont pas le temps de se produire, les lésions survenant trop vite, — sclérose du foie ou du pancréas, ou lésions pulmonaires ou rénales. — Au point de vue anatomo-pathologique, nous avons toujours affaire à un épithélioma cylindrique qui envahit graduellement le cholédoque, qui, se propage vers le duodénum, beaucoup plus tardivement, et beaucoup plus rarement vers le canal de Wirsung.

CONDUITE À TENIR DANS LE TRAITEMENT
DES PETITES HYDRONÉPHROSES
UNILATÉRALES

Une étude de cent onze cas ¹

Par le docteur CARL LANGENBAHN, M. Sc.²

Assistant étranger du Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu.

Dans ces dernières années de nombreux travaux ont été publiés sur la conduite à tenir dans le traitement chirurgical des petites hydronéphroses. Ces travaux ont été basés soit sur la recherche de laboratoire en expérimentant sur l'animal soit sur la clinique en étudiant des faits pathologiques à la salle d'opération ou à la salle d'autopsie. Nous serions portés à croire que des conclusions unanimes ont pris naissance. Au contraire, il en résulte que toutes ces recherches ont agrandi considérablement le champ de la controverse. Si elle existait seulement parmi les physiologistes qui n'ont pas souvent l'avantage de constater une morphologie anormale du rein et de son bassinet ou une autre malformation produisant le syndrome habituel de la stase pyélique, la question serait moins épineuse. Cependant, cette divergence d'idées s'étend aussi dans les rangs des chirurgiens et des urologues. Les uns prônent la doctrine conservatrice comme méthode de choix, tandis que les autres soutiennent que seule la néphrectomie convient aux petites hydronéphroses. Il semble qu'en suivant les premiers on conserve dans certains cas des reins incapables de se réparer après l'opération conservatrice, tandis qu'en adoptant les idées radicales des seconds on enlève inutilement souvent des reins que l'intervention plastique régèrerait.

¹ Thèse pour l'obtention du diplôme "Master in Medical Sciences" de l'Université de Pennsylvanie.

² Le docteur Carl Langenbahn est maintenant en charge du service d'Urologie de l'hôpital St-Joseph des Religieuses de Ste-Croix, à South Bend, Indiana.

Il nous paraît, avant de prendre partie pour l'un ou l'autre groupe, nécessaire de posséder une compréhension adéquate et intelligente de l'anatomie, de l'embryologie, de la physiologie et de la pathologie de l'appareil urinaire.

Le sujet qui nous intéresse actuellement comprend les petites hydronéphroses unilatérales où l'obstruction siège à la portion juxta-pyélique de l'uretère ou à son tiers supérieur et a pour substratum anatomique une cause extrinsèque autre que la diminution interne de la lumière urétérale. Ce sont aussi les petites dilatations pyéliqués, que nous étudions, où l'obstruction est intermittente et complète, la seule où le traitement chirurgical conservateur est possible.

En conséquence, les facteurs étiologiques sont restreints. Nous pouvons classer les causes sous trois chapitres:

- 1° La ptose rénale avec coudure de l'uretère.
- 2° Les vaisseaux anormaux avec adhérences ou travées conjonctives du bassinets ou de l'uretère.
- 3° Les deux facteurs précédents combinés, c'est-à-dire, la ptose rénale avec les vaisseaux anormaux.

Ainsi que nous pouvons le constater, nous laissons de côté quelques conditions anormales fréquentes, toujours congénitales, capables de créer l'hydronéphrose, tel le rétrécissement juxta-pyélique de l'uretère, l'insertion haute du conduit urétéral dans le bassinets. Nous ne nous occupons pas de ces variétés d'hydronéphroses, parce que l'obstruction produit toujours une telle destruction du parenchyme rénal qu'il devient nécessaire de pratiquer l'ablation du rein.

HISTORIQUE DE LA PTOSE RÉNALE:

Franciscus de Pedemontanus, au 14^e siècle, a été apparemment le premier à décrire la descente du rein. Rayet, en 1841, dans son fameux ouvrage « *Traité des Maladies des Reins* » donne une description précise de l'étiologie et de la symptomatologie de la ptose

rénale. Dietl, en 1864, ajoute aux connaissances existantes en décrivant la crise qui caractérise une coudure de l'uretère. Aujourd'hui le syndrome douloureux porte son nom. Tous ces auteurs étaient des partisans du traitement médical, évidemment à cause de l'état embryonnaire de la chirurgie à cette époque. En effet, l'acte chirurgical consistait en la seule ouverture et drainage de l'abcès du flanc consécutif à une infection de l'atmosphère graisseuse périrénale ou à une pyonéphrose calculeuse. Il est assez étrange pour le siècle de voir Zambecari en 1670 et Rounhyzer en 1672, deux physiologistes démontrer que l'ablation d'un rein chez le chien était une opération bénigne sans conséquences fâcheuses, alors que tous considéraient la néphrectomie chez l'homme comme mortelle.

A Gustave Simon revient l'honneur d'enlever les derniers obstacles quand il fit en 1869 la première néphrectomie chez l'être humain. Il n'y avait qu'un pas à franchir pour pratiquer d'autres variétés d'opérations sur le rein. Deux ans plus tard Hahn fit la première suspension rénale.

Grâce à une amélioration dans la technique, la néphropexie devient de mode et une vague d'enthousiasme emporta la médecine, mais à son grand détriment. En effet, des reins, ne présentant aucun signe d'obstruction urétérale, furent suspendus; on passa outre aux directives d'Albarran que « seuls les reins ptosés avec des symptômes d'obstruction urétérale devraient être remontés » avec le résultat qu'une opération rationnelle tomba en discrédit. Heureusement que cette technique a été reprise et elle a maintenant sa place dans l'arsenal de la thérapeutique urologique; elle possède des bases rationnelles avec des indications cliniques précises. Cet état est la conséquence de l'enseignement et des travaux d'Albarran, Guyon et Marion en France, de Bell en Angleterre et de von Lichtenberg en Allemagne.

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES:

La radiographie simple ou la pyélographie confirme le fait que le rein n'est pas fixe et que la respiration combinée avec la position verticale influence d'une manière notable son anatomie régio-

nale. Les auteurs en sont venus à un moyen terme en démontrant que la mobilité verticale du rein varie entre 2.5 cm. à 5 cm. Le fait le plus important à connaître est celui que le pédicule rénal et l'uretère s'adaptent à n'importe quel changement de position du rein. Cette mobilité crée un état pathologique seulement quand un facteur anormal s'ajoute, tel un vaisseau polaire inférieur, des brides urétérales ou des adhérences qui empêchent le pédicule ou l'uretère de reprendre leur position normale. Ces obstacles changent l'apport sanguin en produisant de la congestion; celle-ci peut augmenter progressivement et créer une diminution du pouvoir d'élimination. Il est alors rationnel de croire que le degré de mobilité n'est pas en rapport direct avec la douleur ressentie par le sujet et avec le degré de dilatation du bassin. Une mobilité rénale pure peut n'influencer que légèrement la physiologie du rein, tandis qu'une légère ptose combinée avec un vaisseau anormal ou des adhérences peut produire une dilatation pyélique considérable.

EMBRYOLOGIE DES VAISSEAUX ANORMAUX DU REIN:

Il n'y a probablement pas d'autres systèmes dans l'organisme où l'on trouve autant d'anomalies que dans le système urinaire. Ces malformations s'appliquent surtout aux vaisseaux artério-veineux du rein. Lorsque nous possédons quelques notions embryologiques sur la fonction du rein au niveau du métanéphrose ces anomalies artério-veineuses s'expliquent et se comprennent facilement.

Entre la 5e et 6e semaine de la vie foetale les deux reins sont dans le bassin de l'embryon. Peu après, leur ascension commence, de sorte qu'à la fin de la 8e semaine les deux reins occupent la fosse lombaire. Durant ce trajet et ce développement, des vaisseaux capillaires sanguins prennent naissance dans les tissus avoisinants; ils ne sont que temporaires et tour à tour au fur et à mesure que progresse l'ascension ces capillaires s'atrophient pour disparaître et sont remplacés par d'autres. Ce processus embryologique cesse à la 9e semaine de la vie intra-utérine, de sorte que ceux qui sont apparus à ce moment demeurent pour plus tard s'unir et former le pédicule rénal artério-veineux. Pendant cette période de la vie foetale, le

stade habituel de prolifération, d'atrophie et de résorption des capillaires peut évoluer irrégulièrement si bien que des travées fibreuses et des vaisseaux anormaux, dont la fonction première n'était que temporaire, persistent et augmentent de calibre. Habituellement, ils ne font pas partie du pédicule mais courent transversalement vers le pôle inférieur du rein en croisant l'uretère. Cette position comprime le canal urétéral et crée un obstacle à l'écoulement facile de l'urine.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES:

Peu de temps après la fameuse contribution urologique de Simon les urologues s'efforcèrent de développer les opérations conservatrices sur le bassinet obstrué par des facteurs mécaniques. Des techniques de plastie des plus ingénieuses furent tentées; les résultats furent peu satisfaisants. Parmi elles, nous notons l'opération de Trendelenburg sur l'éperon urétéral, la pyéloplastie de Fenger, l'urétéroplastie de Bazy et enfin la résection partielle du rein et du bassinet pratiquée par Albarran. Les chirurgiens s'enorgueillissaient de leur succès, non pas à cause de l'amélioration de la fonction physiologique du rein, mais à cause de l'absence de fistule urinaire post-opératoire. Ce n'était, en somme, qu'une victoire chirurgicale de technique. De plus, aucun des grands principes qui régissent les indications opératoires n'étaient édictées dans les cas unilatéraux ou bilatéraux.

A la suite des recherches expérimentales et cliniques d'Hinman, il est admis aujourd'hui qu'il est inutile de conserver un rein présentant une grosse hydronéphrose. Malgré les idées contraires de Joelson et de Beck, il est reconnu qu'une hypertrophie rénale compensatrice établie demeure. Il s'en suit donc qu'en dépit d'une technique parfaite et aseptique l'opération conservatrice ne peut redonner la valeur au tissu rénal. Il est inutile de pratiquer une chirurgie plastique sur un rein dénoté insuffisant par sa fonction uréique et son élimination du P. S. P.

Dans le but de déterminer d'une manière assez précise les résultats d'une chirurgie conservatrice, nous avons fait le relevé de tous les malades atteints de petites hydronéphroses unilatérales qui ont

été hospitalisés dans le service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu, dirigé par le Docteur Mercier pendant une période de 2 ans et demi. Le total des cas est de 111. Nous n'incluons pas dans ce groupe ceux qui ont dû subir la néphrectomie à cause d'une désintégration trop avancée du rein.

L'âge varie comme suit:	10 à 20 ans:	8 cas
	20 à 30 ans:	26 cas
	30 à 40 ans:	47 cas
	40 à 50 ans:	23 ans
	50 à 60 ans:	8 cas
	60 à 70 ans:	4 cas

Le plus jeune était âgé de 16 ans et le plus vieux de 69 ans. La période évolutive de l'affection se chiffre de 2 mois à 20 ans. Au nombre de ceux atteints de ptose rénale avec hydronéphrose consécutive, dont le taux est de 79, 2% étaient des hommes. Non seulement le sexe féminin prédomine mais aussi le rein droit dans la proportion de 90%.

Les vaisseaux anormaux du pôle inférieur du rein furent trouvés dans 20 cas ou 18% dont 11 étaient des femmes et 9 des hommes; nous pouvons donc conclure que le sexe n'influence pas l'existence des vaisseaux polaires. La présence des artères et des veines du pôle supérieur n'offre qu'un intérêt académique, puisqu'ils n'empêchent pas l'écoulement facile de l'urine.

Nous avons constaté la présence d'adhérence de l'uretère et de brides péri-urétérales dans 10 cas ou 9% avec une part égale chez l'homme et chez la femme. Trois cas furent trouvés chez lesquels l'étiologie reste inconnue; il n'y avait ni barrière urétérale extrinsèque ou intrinsèque.

Au point de vue *symptomatologique*, il fut évident qu'il n'y avait aucun rapport entre la gravité des symptômes et le degré de ptose ou l'étendue de tissu rénal détruit. Des patients dont le rein était à peine palpable se plaignaient souvent de vives douleurs,

tandis que d'autres présentant une ptose rénale très marquée souffraient peu. La douleur lombaire augmentée par le mouvement et calmée par le repos est le plus constant des symptômes. Une fatigue inaccoutumée et de la pollakiurie sont les signes associés les plus fréquents.

Voici leur classification par ordre d'importance:

Douleur lombaire	111 cas
Fatigue	111 cas
Pollakiurie	86 cas
Douleur vésicale	61 cas
Dysurie	34 cas
G. I.	38 cas
Hématurie	12 cas
Colique néphrétique rénale ou urétérale	19 cas

L'examen ordinaire fut fait à tous les patients i.e. la cystoscopie, la radiographie simple avec sondes urétérales et la pyélographie rétrograde avec une solution d'iodure de soude à 15%. On a de même recherché la fonction uréique et le P. S. P. intra-veineux des 70 minutes.

Quand il y avait du pus et des bactéries on soumettait les malades à un lavage des bassinets, tous les deux jours, avec une solution de nitrate d'argent à 1%, jusqu'à ce que les urines séparées des deux reins ne présentent ni pus ni bactéries, soit microscopiquement, soit en culture. Il est d'usage de considérer ici une pyurie rénale sans bactéries comme une infection bacillaire jusqu'à preuve du contraire.

Selon les examens de laboratoire et la cystoscopie, de la cystite à des degrés variables fut trouvée dans 40 cas soit 36%. Du pus et des bactéries ont été décelés dans 18 cas soit 16% tandis qu'une différence d'élimination rénale fut présente dans 33 cas soit 30%. L'opération s'est faite par la voie lombaire habituelle sans toutefois

courber l'incision à ses deux extrémités afin de protéger le dernier nerf ilio-hypogastrique et ilio-inguinal. Le tissu adipeux rétro-péritonéal et péri-rénal si souvent décrit comme manquant par la plupart des auteurs et encore d'après eux si important était évident.

De tous les symptômes, la présence d'un vaisseau anormal présent dans 20 cas est le plus important. Jamais a-t-on cru bon de faire une héli-néphrectomie ou une transplantation de l'uretère. Un des patients fit à la 4^e journée une fistule urinaire; mais la mise en place d'une sonde urétérale pendant une semaine en eut facilement raison et jamais d'autres complications ne s'en suivirent.

A ce sujet, il est important et intéressant de noter que deux individus du groupe avaient subi ailleurs une néphropexie mais sans succès. Une seconde intervention révéla la présence de vaisseaux anormaux et après les avoir ligaturés leur douleur disparut. Le calibre du vaisseau n'est pas en rapport avec le tissu rénal irrigué. Souvent de grosses artères nourrissent une faible portion de tissu rénal. A cause de leur anatomose, les veines étaient ligaturées plus facilement et sans appréhension.

A peine une année d'écoulée que déjà nous avons une foule de nouvelles techniques recommandées; seulement malgré tout cela, c'est encore la technique de Kelly & Brodel avec trois épaisseurs de sutures à la face supérieure du rein ou celle d'Albarran-Marion qui est la plus sûre.

La dernière consiste à décapsuler le rein le long de son bord convexe jusqu'à son tiers inférieur avec une nouvelle section latérale antérieure et postérieure pour former quatre lambeaux. Cette technique a encore l'avantage de tenir le rein suspendu en dehors de son incision. Les adhérences se forment plus rapidement et plus sûrement à cause de la surface cruentée du rein et aussi à cause de la hauteur à laquelle il est fixé. Toutes les courbures de l'uretère disparaissent à cause de la tension à laquelle il est soumis.

Cette série de malades furent traités avec la dernière méthode sauf que les fils de soutien furent traversés jusqu'à la peau.

Pour tous ces cas le bassinnet était dégagé et la partie supérieure de l'uretère libérée de ses brides ou adhérences.

Trois cas dont l'étiologie était indéfinie mais qui se plaignaient de douleur rénale subirent la décapsulation et l'énervation.

Des 111 cas, aucun décès et la moyenne des jours d'hospitalisation était de 20.3 jours.

A cause de divergence d'opinion, quant à la procédure à suivre dans les cas de ptose rénale, il fut décidé de préciser si des séquelles s'étaient développées depuis l'intervention; après une période de temps raisonnable les résultats pouvaient être critiqués.

De sorte qu'un questionnaire fut envoyé aux patients avec les questions suivantes:

- 1° Souffrez-vous encore des mêmes douleurs que vous aviez avant de venir à l'hôpital?
- 2° Avez-vous engraisé?
- 3° Travaillez-vous sans peine?

Treize patients ne reçurent pas de lettres, tandis que 9 ne donnent aucune réponse, laissant alors un total de 89 cas. De ce groupe, deux sont morts dans leur 50e année, de causes inconnues, le premier, 11 mois, le second 18 mois après l'opération.

Parmi les 87 qui restaient, 20 présentaient un vaisseau anormal et tous sauf un, étaient soulagés; celui-ci étant demeuré tel quel. L'augmentation de poids variait entre 5 et 12 livres.

Des 67 autres cas, 56 répondent favorablement soit 87% et pouvaient travailler sans fatigue. Leurs poids avait augmenté entre 3 et 20 livres. Des derniers onze qui restaient, deux se plaignirent de leur intervention, dont l'une plus même qu'avant.

Quant à la fixation du rein, on a pu en contrôler un certain nombre au moyen de pyélographie. On en est venu à la conclusion que le rein était en place et que le bassinnet se vidait normalement. Aucune dilatation du bassinnet ne put être décelée.

Le dicton si souvent répété que la ptose rénale s'associe avec la ptose viscérale est inadmissible. Hinman prétend que dans 90% des cas, la ptose rénale est indépendante de la ptose viscérale. Mettant de côté la douleur produite, la ptose rénale avec hydronéphrose est une cause dans un nombre assez considérable de situations en urologie, d'une étude délicate et épineuse.

RÉSUMÉ

1° Il faut connaître davantage l'anatomie, l'embryologie et la pathologie de l'hydronéphrose avant de définir une méthode générale.

2° L'étiologie de l'hydronéphrose unilatérale se classifie comme suit, par ordre de fréquence:

- 1) Mobilité anormale avec courbure secondaire.
- 2) Vaisseaux anormaux.
- 3) Brides péri-urétérales.

3° Une obstruction incomplète intermittente sera plus facilement corrigée qu'une obstruction continue.

4° La mobilité anormale du rein devient pathologique seulement quand il y a des vaisseaux anormaux ou des brides pour nuire au pédicule ou à l'uretère.

5° Les opérations plastiques sur les hydronéphroses unilatérales ne sont pas habituellement indiquées; car une fois que l'autre rein s'est hypertrophié pour compenser, le rein malade ne peut reprendre son travail physiologique normal.

6° Revue détaillée de 111 cas de petites hydronéphroses unilatérales.

7° Découverte de vaisseaux anormaux dans 18% des cas.

8° La néphropexie fut heureuse dans 87% des cas.

CONCLUSIONS

111 cas d'hydronéphroses unilatérales sont étudiés.

Un résultat excellent fut atteint quand la destruction rénale était due à un vaisseau anormal.

Là où il y avait une mobilité anormale avec coudure de l'uretère, la néphropexie a donné du soulagement à un nombre de malades plus considérable même que sa valeur est habituellement acceptée.

Il est d'importance capitale de non seulement dégager le bassin net mais aussi la portion supérieure de l'uretère pour éviter toute obstruction mécanique extérieure avant de fixer le rein.

OUVRAGES À CONSULTER

- AREY, L. B. — *Development Anatomy*. — W. B. Saunders Co., Phila., 3rd ed. 1934.
- BIDSALL, J. C. — *Symptomatology, Renal, pathology and treatment of nephrop-tosis*. — *Jour. Urology*, Vol. 35, Feb. 36.
- DAVIS, G. G. — *Applied Anatomy*. — J. P. Lippincott, Phila.
- GUTIERREZ, ROBERT. — *Cabot-Modern Urology*. Vol. II. Lea & Febiger. Phila. 1936.
- HABEIN, H. C. — *Cabot — Modern Urology*. Lea & Febiger. Phila. 1936.
- JOELSON, BECK & MORITZ — *Renal Counterbalance*. *Arch. Surg.* 19-673-711-1929.
- HINMAN, F. — *Principles and practice of urology — Renal Counter-balance*. 1935 W. B. Saunders Co. Phila.
- HINMAN, F. — *Principles and practice of urology — Nephroptosis*. W. B. Saunders Co. 1935. Phila.
- KELLY, H. A. — *Operative treatment of movable kidney*. Appletons, New York, 1915 — 1 — 513.
- MATHE, C. P. — *History of Urology — Kidney Surgery*. — Vol. 1. Williams & Wilkins, Baltimore, 1933.
- MARION, G. — *Traité d'Urologie* — Tome second. Masson et Cie. Paris, 1935.
- MERCIER, Oscar. — *Séméiologie Urinaire*. — Amédée Legrand, Paris, 1937.
- PEDEMONTANUS, FRANCISCUS DE. — Cité par Kelly.
- THOMAS, B. A. — *Observations on the diagnosis and treatment of movable kidney*. *J. Urol.* 1929, XXII, 603.

UN CAS DE HERNIE DIAPHRAGMATIQUE

Par FERNAND DAZÉ,

Médecin bénévole à l'Hôtel-Dieu.

Le dernier numéro de l'*Hôpital*, avril 1937, nous rapporte un cas de Hernie diaphragmatique gauche chez un nouveau-né. Ces cas, comme le dit le Docteur R. Grondin sont très rares, d'un diagnostic assez difficile et la plupart du temps congénitaux.

Nous avons pensé rapporter l'observation d'un de nos malades décédé au mois d'août 1933.

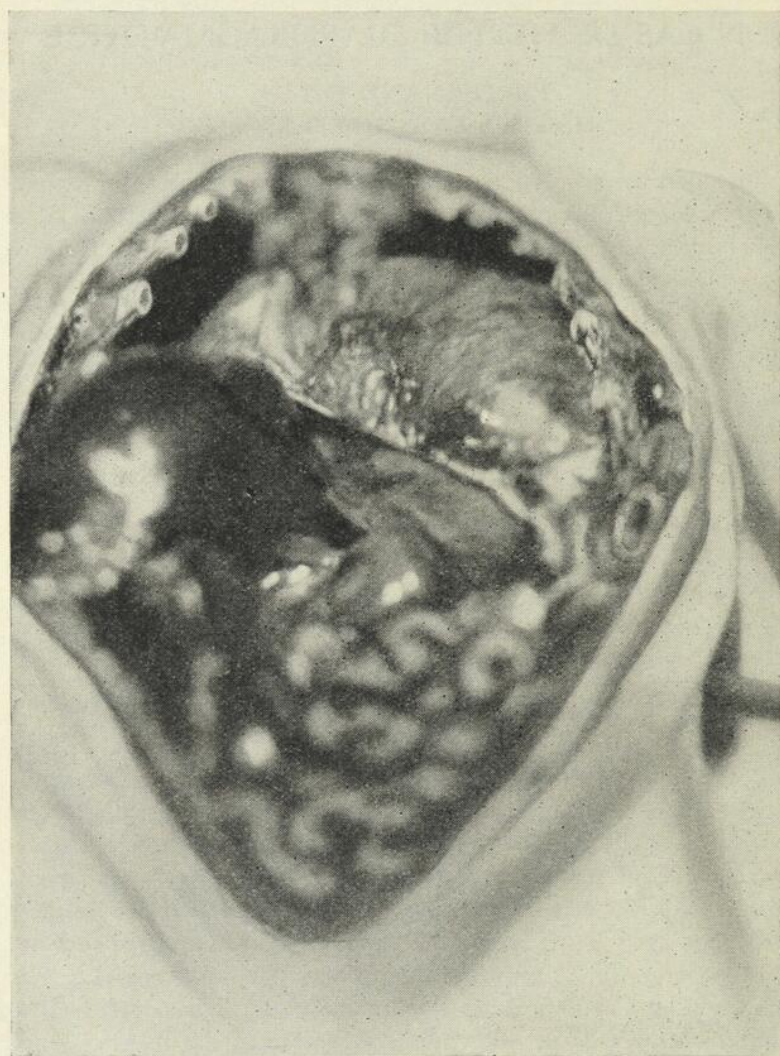
Nous sommes appelés un samedi après-midi auprès d'un jeune homme de 32 ans qui depuis la nuit précédente fait une indigestion. La famille a déjà appliqué sinapismes et sacs d'eau chaude, et fait prendre des poudres digestives sans aucun résultat.

A l'arrivée nous trouvons un malade avec un faciès très anxieux, il est assis dans son lit, courbé en avant — seule position qui lui procure du soulagement. Il accuse une forte douleur dans la région précordiale et vomit assez facilement.

Ses antécédents sont négatifs et la veille encore il travaillait sans manifester aucun malaise.

A l'examen nous trouvons dans l'hémithorax gauche une matité franche avec abolition complète du murmure vésiculaire. Le coeur est dévié du côté droit. Nous portons un diagnostic d'épanchement pleural gauche avec toxémie et instituons le traitement habituel. Le soir vers onze heures nous revoyons le malade qui est à peine soulagé. Vus la respiration pénible et les vomissements qui persistent nous lui donnons une injection de morphine. La nuit est assez bonne et la journée du dimanche si elle apporte quelque soulagement au malade nous présente exactement les mêmes symptômes que la veille.

Le lundi soir le malade est conduit à l'hôpital et à notre grande surprise nous constatons dans l'hémithorax gauche une sonorité



même exagérée. Le murmure vésiculaire est toujours aboli et le cœur semble un peu revenu à sa position normale. La respiration est à 28,30. Les analyses sont très mauvaises: fortes traces d'albumine et présence de cylindres granuleux et hyalins dans les urines; formule sanguine avec 25,000 globules blancs et azotémie à 2 gr. 40.

Mardi, avant que nous ayons pu faire les radiographies nécessaires, le malade meurt.

A l'autopsie nous constatons — rapport du Docteur J.-L. Riopelle, notre pathologiste — une « hernie diaphragmatique de l'estomac, du colon ascendant et transverse et de la rate dans l'hémithorax gauche. Collapsus pulmonaire gauche et dextrocardie par refoulement. Estomac basculé, légèrement valvulé et très dilaté. Absence congénitale de soudure du méso-colon ayant permis l'issue de la portion correspondante du colon hors de la cavité abdominale. Pas d'étranglement des viscères herniés. Absence d'adhérences et de réaction inflammatoire de leurs séreuses. Diaphragme présentant, lorsque étalé, un orifice circulaire de 5 cm. de diamètre, situé dans sa portion musculaire, à bord lisse, arrondi, nacré. Le péritoine pariétal se continue avec la plèvre et les viscères herniés ne sont pas recouverts par le péritoine (fausse hernie).

Cœur s. p. Foie de volume normal d'aspect interverti, histologiquement, sclérose hépatique au début (sclérose insulaire), congestion et nécrose intra-lobulaire ».

Il s'agissait donc d'un cas de Hernie diaphragmatique gauche congénitale. Il est assez surprenant que notre malade ait vécu jusqu'à l'âge de trente-deux ans sans jamais accuser de malaises.



EN MARGE DU DIAGNOSTIC DES CALCULS DE L'URETÈRE

Par le docteur JEAN-PAUL LEGAULT
(Travail du service d'urologie de l'Hôtel-Dieu)

Je n'ai pas l'intention de développer le sujet des calculs de l'uretère, mais seulement de discourir sur les procédés d'exploration en urologie et de quelques causes d'erreur possible.

Le cas suivant illustrera ce que je veux expliquer. M. E. N., 55 ans, nous est envoyé par un médecin pour fin de diagnostic. Le malade se plaint de douleurs à l'urèthre à la fin de la miction avec des urines terminales colorées en rouge. Pas d'autres symptômes urinaires. Le début de la maladie remontait à deux jours quand le patient est venu à la consultation.

Ce patient était traité dans un service de médecine pour troubles digestifs. De plus le même sujet avait été hospitalisé dans un autre hôpital et on avait porté le diagnostic final de neurasthénie avec comme maladies concomitantes des troubles gastriques fonctionnels. Les examens radiographiques faits à cette institution ne donnaient rien de particulier.

Négligeant les examens des autres systèmes qui avaient été faits au service de médecine, nous pratiquons chez lui un cathétérisme des uretères au complet.

Les urines macroscopiques sont légèrement troubles. L'urèthre lui-même marque un allongement sans diminution de calibre. Au toucher, la prostate du volume d'une prune est dure, bosselée assez bien limitée. La vessie, ni en rétention ni de capacité réduite, n'offre pas grand intérêt; les orifices urétéraux non plus.

Les urines séparées ne contiennent ni pus ni bactéries. La fonction rénale est uniforme avec un P. S. P. total de 35%.

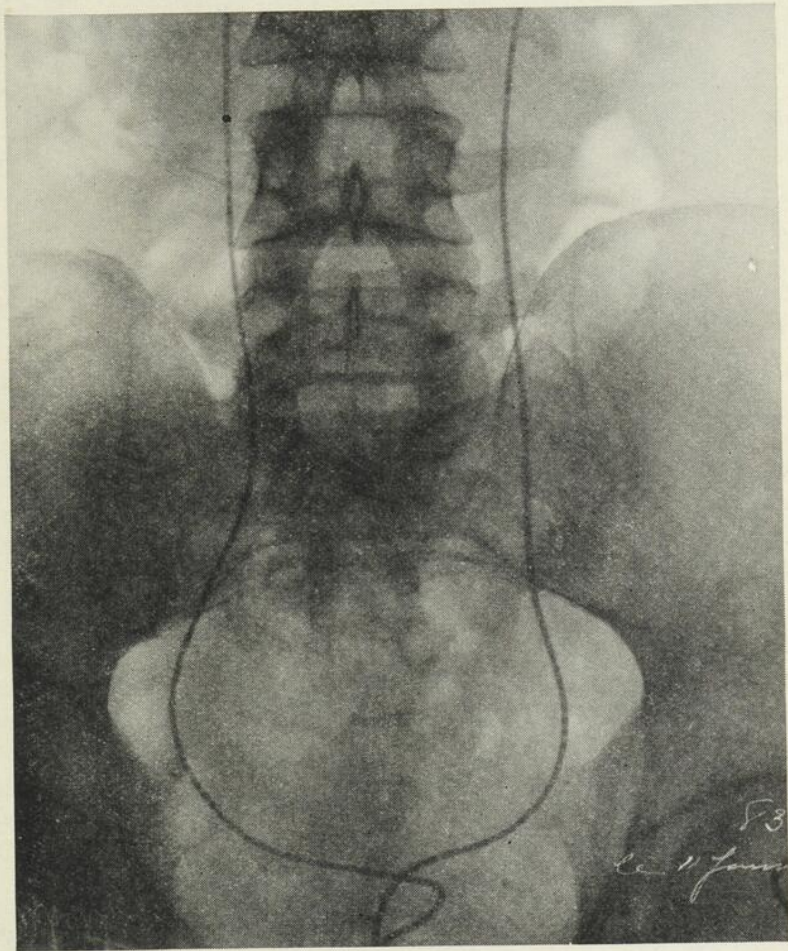


Figure 1

Seulement la radiographie simple nous montre une tache compacte qui semble bien sur le trajet de l'uretère. En effet, les sondes urétérales côtoyaient à droite une ombre opaque, que nous étiquétions calcul de l'uretère, en sa portion juxta vésicale. La pyélographie n'offre que des méga-bassinets.

Nous décidons alors de faire transférer le malade en urologie pour opération.

La veille de l'opération nous faisons les radiographies de contrôle de routine en antéro-postérieur et en oblique, cette fois-ci. A notre grande surprise, la radiographie en oblique, avec sonde toujours, nous montre que la tache opaque n'intéresse pas du tout l'uretère; elle est à plusieurs millimètres de distance. Alors nous donnons le congé au malade avec un traitement vésical.

Nous avons à notre disposition en urologie des moyens d'exploration très précis. Nous en avons plusieurs. L'examen complet de nos malades les comportent tous et si nous les faisons tous nous en arriverions à un diagnostic précis. Il suffit d'en omettre un seul pour justement omettre celui qui est important. *A priori*, il est impossible de décider ceux qui ne sont pas importants, de ceux qui le sont.

Pour les calculs de l'uretère c'est surtout à la radiographie qu'il faut porter attention. Seulement en plus du cliché antéro-postérieur avec sonde il ne faut jamais omettre le cliché en oblique. Mercier dans son traité de séméiologie urinaire au chapitre des ombres en urologie nous met en garde contre les pseudo calculs, tels que les phlébolithes, les ganglions calcifiés, les concrétions calcaires sur le trajet des ligaments iliaques, l'athérome des vaisseaux iliaques, les calcifications de l'ovaire, les myomes calcifiés, tous autant de candidats d'erreur possible.

De même Marion, dans son traité d'urologie au chapitre des calculs de l'uretère, nous prévient contre ces pseudo calculs. Il montre deux clichés à l'appui, un peu identiques aux nôtres.

Hugh Cabot, dans son traité: *Modern Urology*, insiste sur les Rayons X comme moyen de diagnostic et fait mention des pseudo

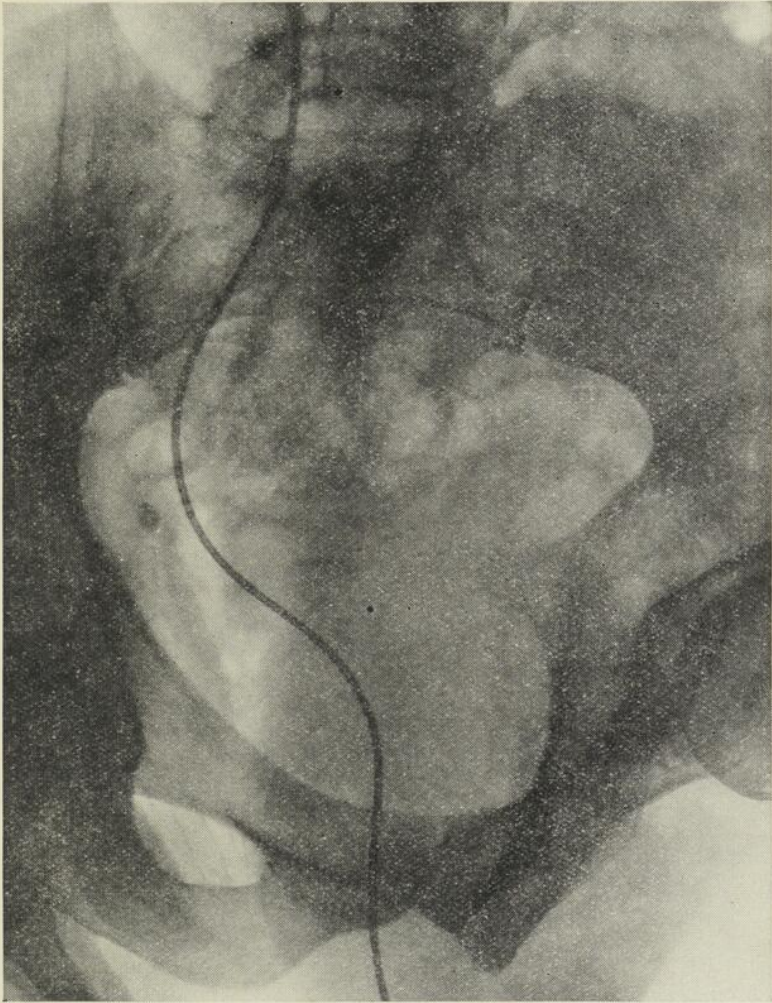


Figure 2

calculs urétéraux. Seulement, et je crois que c'est là une lacune, il ne fait nullement mention des clichés en oblique pour trouver la 3ième dimension et éliminer ces faux calculs. Il donne comme seul moyen l'examen morphologique du calcul. À mon avis ce n'est pas suffisant.

En effet celui qui trouve une tache opaque sur un cliché antéro-postérieur ne peut savoir à quelle épaisseur elle se trouve. Cette tâche, soit calcul vrai soit pseudo calcul, nous donnera l'impression d'être dans l'uretère si on regarde le cliché de face, soit pris en antéro-postérieur. Mais ce n'est plus la même vue si un cliché en oblique est pris. Au lieu des deux dimensions, hauteur et largeur, on a en plus l'épaisseur, i. e. la 3ième dimension. C'est dans ce même ordre d'idée que les radiographes ont inventé la stéréographie.

Voilà ce que nous avons à dire. Ce n'est rien d'extraordinaire, seulement il suffit souvent d'un simple oubli pour commettre une erreur de diagnostic. L'incident ayant pu nous arriver, j'ai pensé d'en signaler son passage.



DISCOURS PRONONCÉ
LORS DE L'INAUGURATION DE L'ACFAS
EN 1925

Par LÉO PARISEAU
Médecin de l'Hôtel-Dieu

Note de la Rédaction. — Le troisième volume des Annales de l'ACFAS vient de paraître. Nous y trouvons le texte de l'émouvant discours prononcé au Cercle Universitaire le soir du 15 mai 1925, par notre camarade Pariseau. Dans les pages que voici il y a, pensons-nous, matière à d'austères et salutaires réflexions.

« Depuis quatre ans qu'elle abrite la famille universitaire, cette maison a vu s'accomplir de grandes et belles choses. Si le souvenir de toutes les réformes heureuses, de tous les mouvements généreux et de toutes les initiatives hardies qui ont pris naissance ici était perpétué par le marbre et le bronze, la salle où nous sommes ressemblerait à ces chapelles privilégiées où d'innombrables ex-voto attestent autant de bienfaits.

« L'Université de Montréal est née en d'autres lieux, sans doute; mais c'est dans ce cercle plus que partout ailleurs que ce sont formés l'esprit, le sens, la conscience universitaires. Et sans nier qu'il y avait quelque chose de providentiel dans les récents désastres, qui nous jetèrent tous ensemble comme des naufragés sur une île, nous pouvons dire que la résurrection vraiment prodigieuse de l'Université * s'est opérée parce que les différents groupements avaient appris ici à mieux se connaître, s'étaient découvert le même idéal et les mêmes devoirs. Il convenait donc que soit tenu ici le premier banquet d'une Société dont tout le programme d'action peut être énoncé en quelques mots: « Pour le Canada français par l'Université ».

* Ceci date de 1925 et nous sommes en 1937. Entre temps j'ai perdu quelques illusions. (Léo P.)

« Ce discours devrait débiter avec une notice historique, mais l'histoire d'un enfant nouveau-né se résume à bien peu de choses, on en conviendra. Le biographe, faute de matière, en est réduit à parler des ascendants.

« Sachez donc que l'Association canadienne-française pour l'Avancement des Sciences est fille de la Société de Biologie, laquelle reconnaît comme ses fondateurs MM. les docteurs Harwood, Bernier, Baril, Latreille, Larouche, le frère Marie-Victorin et le professeur Dalbis, qui en fut, je crois, l'instigateur.

« Fondée en février 1922, la Société de Biologie inaugurait sans retard une série de conférences de vulgarisation scientifique, dont le succès fut très vif. Il devint de plus en plus évident que les universitaires et le public s'intéressaient à toutes les questions scientifiques. On devrait donc faire appel à tous les hommes de sciences, et coordonner leurs efforts.

« Le 12 mai 1923, ici même, sous la présidence du docteur Arthur Bernier, avait lieu une réunion préparatoire. Il fut décidé non pas de fonder une société nouvelle, mais plutôt de fédérer les sociétés scientifiques déjà existantes et de hâter la naissance de celles dont la vie foetale se prolongeait trop. Et puis, comme la Société de Biologie était à la peine depuis plus d'un an, on voulut la récompenser en accordant à son président d'honneur de diriger les premiers pas de la fédération.

« En décembre 1923, votre humble serviteur succéda au docteur Bernier. Voilà pourquoi lui échoit ce soir une faveur que d'autres méritent plus que lui.

« J'envie ceux qui parleront après moi. Ils vont chanter les louanges de la déesse Vérité, éternellement belle sous ses manteaux divers. Quand ils auront fini, tous les spécialistes du savoir vous apparaîtront comme les prêtres desservants d'un même temple.

« Ma tâche est plus modeste: j'ai à dire ce qu'est l'Association, ce qu'elle peut et veut faire. Je ne suis pas un général qui s'apprête à conduire son armée vers de grandes victoires; je suis, tout simple-

ment, un homme de bonne volonté qui fait son heure de garde autour d'un berceau où s'agite et gazouille un enfant prédestiné. Dans ce berceau nulle fée bienfaisante n'a déposé les talismans précieux qui confèrent longue vie, succès et gloire. Ce que sera l'Association, ce qu'elle fera dépend de vous seuls. J'ai confiance. Venus de quatre coins du monde de la pensée, par des chemins très divers, comme les mages de jadis vous apportez à une idée presque embryonnaire le cadeau de vos coeurs. Tant de foi sera récompensée, l'idée grandira et nous sauvera.

« Je dis bien : nous sauvera. N'en déplaise à nos optimistes béats, pour qui tout va pour le mieux dans le meilleur des mondes. Car ils se trompent grandement ceux qui prétendent que notre petit peuple se porte bien, qu'il marche assez vite et que l'avenir lui appartient. L'argument de la survivance assurée par la force du nombre est désuet, à jamais périmé. Ceux qui n'ont pas voulu réaliser la revanche des berceaux ont imaginé contre nous la revanche des bateaux; ils déversent sur nos rives le trop-plein de leurs îles. Et l'Europe continentale nous vide ses ghettos sur la tête. Grâce à quoi nous sommes de moins en moins chez nous.

« Quand nous regardons déferler le flot étranger tout le long de nos rues, nous éprouvons l'angoissante impression d'être déjà submergés. Parmi tous ces gens qui passent, bien peu sont nos serviteurs, beaucoup sont nos maîtres. Pourquoi?

« On dit que notre province est prospère . . . j'aime à le croire. Assurément on n'y meurt pas de faim et la richesse y est assez bien répartie. Mais quand on a dressé l'inventaire des biens, quand on a écarté tous les petits bas de laine qui sont au plus capables de procurer une piètre subsistance à leurs propriétaires, pour ne compter que les coffres-forts où s'entassent ce que j'appellerai des titres à la direction du monde, il se découvre que, si nous avons déjà un peu d'argent, nous n'avons pas la moindre parcelle de la puissance que confère l'argent. Pourquoi? . . . Nos mines, nos forêts, nos cours d'eau ne nous appartiennent pas. Dans nos mines, nous travaillons au pic, pour d'autres; sur nos cours d'eau nous pilotons les bateaux des autres. Pourquoi? . . . Très peu de nos compatriotes ont vrai-

ment réussi dans les grandes industries, si ce n'est dans des industries relativement simples et sans aléas. Pourquoi? . . . Parce que nous avons négligé, que dis-je, méprisé la culture scientifique. En vain veut-on arguer de notre pauvreté, en vain essaie-t-on de plaider mille autre circonstances atténuantes! . . . Le livre de la Nature était là, grand ouvert, et nous lui avons tourné le dos. Aussi pouvons-nous compter sur les doigts ceux des nôtres que nous oserions appeler des savants et, les ayant nommés, il nous faudrait admettre que jusqu'ici nous avons fait, comme peuple, à peu près autant pour l'avancement des sciences que les Patagons.

« Il n'est pas du tout certain qu'en fuyant la matière on s'élève jusqu'à l'esprit. Il n'est pas du tout prouvé qu'en nous éloignant du concret nous nous soyons rapprochés de l'idéal.

« Le dédain des sciences, aujourd'hui, maintient un peuple dans la pauvreté; et dans un pays trop pauvre les beaux-arts fleurissent difficilement. Aussi bien, travailler à l'avancement des sciences c'est assurer l'épanouissement des lettres et des arts.

« Hâtons-nous d'imprimer un cachet distinctif à ce coin du continent, ou cessons de chanter:

« Le Ciel a marqué sa carrière
« Dans un monde nouveau. »

Cessons même de chanter: « Il est né d'une race fière », si nous n'avons pas l'intention d'être aussi fiers que les autres.

« Ne prenons point le contentement de soi pour de la fierté. Le contentement peut naître d'une conscience pure, mais la fierté pour exister a besoin d'autre chose.

« Une race de porteurs d'eau pourrait à la rigueur, aujourd'hui encore, être heureuse. Elle ne saurait être fière, car il lui manquerait pour cela l'indépendance économique, plus précieuse même que l'autonomie politique.

« Seule la maîtrise des sciences peut apporter à un groupe ethnique l'indépendance économique, et la fierté qui en découle.

Dans les âmes indépendantes et fières tous les ressorts sont trempés et tendus contre les chocs déformants et les actions dissolvantes.

« Ainsi la culture intensive des sciences nous apparaît à nous, Canadiens français, comme une des conditions les plus essentielles de notre survivance.

« Messieurs, le temps passe et je dois me résigner, bien malgré moi, à n'avoir esquissé que la thèse utilitaire. Je l'ai fait dans le langage un peu rude du paysan du Danube. Comme les Romains de la fable, pardonnez-moi, parce que j'ai dit la vérité.

.
.
.
.

« Rendons-nous à l'évidence. N'attendons pas quelque grand désastre national, — qui n'en sera que plus irréparable s'il s'est opéré lentement et à notre insu, — pour retrouver et relire en pleurant le mémoire que Pasteur écrivait au lendemain de la guerre de 70, et qu'il intitulait: « Pourquoi la France n'a pas trouvé d'hommes supérieurs au moment du péril ».

« Dans ce document si précieux qui vaut bien, je pense, un paragraphe mal compris de Jacques Maritain, l'un des plus grands hommes de tous les temps attribue les grands malheurs de sa patrie « à l'oubli, au dédain qu'elle a eu pour les grands travaux de la pensée, particulièrement dans les sciences exactes ». Et pour mieux montrer qu'il ne parle pas de la valeur stratégique des études scientifiques, de leurs applications possibles en temps de guerre, Pasteur termine son réquisitoire par ces mots: « La culture des sciences dans leur expression la plus élevée est peut-être plus nécessaire encore « à l'état normal d'une nation qu'à sa prospérité matérielle. Les « grandes découvertes, les méditations de la pensée dans les arts, « dans les sciences et dans les lettres, en un mot les travaux désinté-
« ressés de l'esprit dans tous les genres, les centres d'enseignement « propres à les faire connaître introduisent dans le corps social tout « entier l'esprit philosophique ou scientifique, cet esprit de discer-

« nement qui soumet tout à une raison sévère, condamne l'ignorance,
« dissipe les préjugés et les erreurs. Ils élèvent le niveau intellectuel,
« le sentiment moral; par eux l'idée divine elle-même se répand et
« s'exalte. »

Peu de temps avant Pasteur, l'illustre Huxley avait écrit cette page que je demande la permission de vous lire en anglais: « In
« these times the educational tree seems to have its roots in the air,
« its leaves and flowers in the ground; and, I confess, I should
« very much like to turn it upside down, so that its roots might
« be solidly embedded among the facts of Nature and draw thence
« a sound nutriment for the foliage and fruit of literature and of
« art. No educational system can have a claim to permanence
« unless it recognizes the truth that education has two great ends
« to which everything else must be subordinated. The one of these
« is to increase knowledge; the other is to develop the love of
« right and the hatred of wrong.

« With wisdom and uprightness a notion can make its way
« worthily, and beauty will follow in the foot steps of the two,
« even if she be not specially invited; while there is perhaps no
« sight in the world more saddening and revolting than is offered
« by men sunk in ignorance of every thing but what other men
« have written . . . but with the sense of beauty so keen and the
« power of expression so cultivated,* that their sensual caterwauling
« may be almost mistaken for the music of the spheres.

« At present, education is almost entirely devoted to the cul-
« tivation of the power of expression, and of the sense of literary
« beauty. The matter of having anything to say, beyond a hash
« of other people opinions, or of possessing any criterion of beauty
« so that we may distinguish between the Godlike and the devilish,
« is left aside as of no moment. I think I do not err in saying that
« if science were made a foundation of education, instead of being,
« almost, struck on as a cornice to the edifice, this state of things
« could not exist. »

* Hélas! nous n'en sommes même pas là.

« Pasteur et Huxley voulaient donc que l'on fit la part plus large aux sciences. A cette époque, la faillite des vieux systèmes était tellement évidente qu'on s'empressa de leur donner satisfaction.

« Mais l'homme est un pauvre ataxique dont les gestes les plus réfléchis ont toujours, à cause d'une tare ancestrale, quelque chose de désordonné qui dépasse le but . . . L'enseignement devint exclusivement scientifique, et les vieilles humanités furent abandonnées. Le résultat fut désastreux, comme on pouvait s'y attendre.

« Depuis quelques années, les éducateurs éclairés, outre-frontière et outre-mer, reconnaissent qu'il y a dans les écrits des anciens une mystérieuse vitamine, nécessaire à la vie intellectuelle.

« Il ne faut pas que ces loyales confessions servent à perpétuer chez nous un état de choses déplorable.

« Les biochimistes ont établi qu'il y a dans nos aliments plusieurs vitamines très différentes, mais aussi essentielles les unes que les autres. L'une d'elles est dite antiscorbutique. Si ailleurs il y a eu des épidémies de scorbut intellectuel dues à la privation des vitamines *L* et *G*, chez nous, quoi qu'en disent certains purs lettrés, nous languissons par privation de la vitamine *S*.

« Les salaisons constituent un aliment très substantiel, capable d'entretenir la vie, mais pour avoir été contraints d'y recourir exclusivement, nos ancêtres souffrirent plus d'une fois de ce qu'ils appelaient « le mal de terre ». La colonie naissante en fut souvent à deux doigts de sa perte.

« Messieurs, l'usage exclusif des salaisons pour l'entretien de notre vie intellectuelle nous a conduits aux mêmes misères. Les dents nous branlent dans la bouche, et c'est pour cela que nous n'arrivons à détacher que des miettes de la miché dans laquelle nos voisins de table découpent, à chaque mouvement de mâchoire, de formidables demi-lunes. Les genoux nous fléchissent et c'est pour cela que, sur la route du progrès scientifique, nous sommes distancés. Nous sommes des scorbutiques.

.
.

« Faire avancer les sciences chez nous c'est acheminer notre peuple vers la terre qui lui a été promise.

« Si la nouvelle fédération peut faire avancer les sciences, elle doit être reconnue « d'utilité publique » et mérite dès aujourd'hui tous les encouragements.

« Or elle peut faire avancer les sciences et cela ressort de la simple lecture de ses statuts et règlements. »

Immédiatement à la suite de cette allocution M. Pariseau avait exposé en peu de mots le but et les principaux moyens d'action de l'ACFAS.

On peut écrire, sans crainte d'être contredit, que l'*Association canadienne-française pour l'Avancement des Sciences* a réalisé tous les espoirs formulés par son premier président. Ont successivement occupé le fauteuil après M. Pariseau: MM. Edouard Montpetit, Elie Asselin, Jean Flahault, Ernest Gendreau, l'abbé Alexandre Vachon, le P. Ceslas Forest, Adrien Pouliot, Georges-H. Baril et Georges Maheux.

Le Ve Congrès de l'ACFAS se tiendra cette année à Montréal, en octobre.



NOTICE BIBLIOGRAPHIQUE SUR LÉO PARISEAU

(Tirée des Annales de l'ACFAS, 1937)

N. D. L. R. — Le 3ème volume des Annales, qui vient de paraître, consacre vingt pages à des « notices biographiques et bibliographiques sur les anciens présidents de l'ACFAS ». A la demande de M. Pariseau nous reproduisons ici une liste incomplète de ses travaux à date, en omettant bien entendu sa biographie.

Ne figurent pas ici les nombreuses communications présentées aux sociétés savantes, parce qu'elles n'ont pas été publiées intégralement, les non moins nombreuses conférences, encore que les journaux en aient parfois fourni de très substantiels résumés, et les travaux présentés à l'ACFAS même, lesquels sont brièvement analysés dans les trois volumes des C. R. déjà parus.

Médecine et sciences physiques.

1. Le cancer causé par les rayons X? *Union médicale du Canada*, avril 1908, pp. 207-215.
2. Les erreurs de technique et d'interprétation en médecine. *Union médicale*, avril 1920.
3. La clinique vis-à-vis la radiographie. Une mise au point sur la radiographie pulmonaire. *Union médicale*, déc. 1927. Version anglaise dans les *Proc. Can. Tuberculosis Assoc.*, 1925.
4. Le spectre diathermique. *Union médicale*, déc. 1928, pp. 705-709.
5. Diathermy. A critique and an experimental study. *Journ. of the Can. Med. Assoc.*, 20:146-152. 1929.
6. Une mise au point concernant certaines recherches sur la diathermie. *Union médicale*, mai 1929.
7. Un dispositif pour la stéréoradiographie automatique. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 2, pp. 69-78. 1932.

8. A propos de la mesure des courants de haute fréquence dans les applications médicales. (En collaboration avec M. Laquerrière). *Journal de Radiologie et d'Electrologie*. (Paris), No 8, octobre 1933. — *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 5, pp. 283-289, 1933.
9. Un cas de fistule branchiale. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 5, pp. 276-283. 1935.

Histoire de la médecine et histoire des sciences.

10. L'espace d'un misereere. *Union médicale*, avril 1935.
11. Pour visiter avec profit l'exposition des vieux livres de médecine. *C. R. du IXe Congrès de l'A.M.L.F.A.N.*, 1926. Tiré à part, 22 pages.
12. Sur un vieux pot de pharmacie. *Union médicale*, novembre 1926.
13. Le centenaire de la fondation du Journal de médecine de Québec. *Union médicale*, janvier 1926. Aussi tiré à part de 7 pages.
14. L'histoire générale et médicale de l'électricité racontée par mes vieux livres. *C. R. du XIe Congrès de l'A.M.L.F.A.N.*, 1930. Tiré à part, 39 pages.
15. J.-P. Rottot et l'Union médicale. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 2, pp. 117-120. 1932.
16. L'histoire médicale du castor. *C. R. du XIIe Congrès de l'A.M.L.F.A.N.*, 1932. Tiré à part, 19 pages. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 3, pp. 188-202. No 4, pp. 261-268. 1933.
17. The story of electricity told by one hundred old books . . . etc. (Exposition de livres à Chicago) *Internat. Cong. of Rad.*, 1933. Tiré à part de 24 pages.
18. Michel Sarrazin. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 6, pp. 359-392. 1934. — No 1, pp. 44-65. 1935.

19. En marge du récit de la grosse maladie du capitaine Cartier. C. R. du XIIIe Congrès de l'A.M.L.F.A.N., 1934. Tiré à part, 70 pages. — *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 4, pp. 218-284. 1934.
20. Le catalogue d'une exposition de cent objets divers tirés du trésors et des archives de l'Hôtel-Dieu de Montréal. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 3, pp. 172-215. 1934. Tiré à part, 45 pages.
21. Trois grands micrographes du XVIIe siècle. — 1. Leeuwenhoek. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 5, pp. 315-328. 1935.*
22. Exposition de livres sur l'histoire de la tuberculose, des origines à 1840. *Programme du XIVe Congrès de l'A.M.L.F.A.N.*, 1936, pages 63 et seq. (Bibliographie).
23. Exposition de livres sur l'histoire de la microscopie. *XIVe Congrès de l'A.M.L.F.A.N.*, 1936, pp. 69-74. (Bibliographie).
24. Autour du deuxième centenaire de la trépanation mastoïdienne. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 5, pp. 273-288. 1936.

Traduction de livres.

25. Mastoids, de Law. Texte français de l'édition polyglotte publié dans *Annals of Roentgenology*. (Hoeber) 1920.
26. The pathological gall-bladder, de A. George. Texte français de l'édition polyglotte publié dans *Annals of Roentgenology*, 1922.
27. Digestive disturbances in infants and children, de Léon Le-Wald. Texte français de l'édition polyglotte publié dans *Annals of Roentgenology*, 1923.

* Oublié: Jean Swammerdam. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 4, pp. 180-192. — Pour paraître: Marcello Malpighi.

Les miettes médicales et gastronomiques de l'histoire.

28. Avant-propos. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 1, pp. 67-68. 1932.
29. Anthropophagie. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 2, pp. 129-136. — No 3, pp. 187-201. 1932.
30. Le lait humain et autres laits. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 4, pp. 243-255. 1932.
31. Le cochon, l'origanal. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 5, pp. 325-332. 1932.
32. La perdrix, les choux, le sel. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 6, pp. 374-392. 1932.
33. L'anguille. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 1, pp. 51-67. 1933.
34. Le ouaouaron. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 2, pp. 131-136. — No. 3, pp. 182-187. 1933.
35. Les ours. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 1, pp. 44-72. 1934.

Eloges, discours, pièces en vers, éditoriaux, etc.

36. In memoriam. (Vers anglais). *Le Nationaliste*, Vol. XI, No 16, 1914.
37. L'Aide à la France. (Sonnet). *La Tribune*. (Sherbrooke), 1914.
38. Nos universités canadiennes-françaises. *Union médicale*, octobre 1920. — C. R. du VIIe Congrès de l'A.M.L.F.A.N., 1922.
39. Hommage au professeur de Lapersonne. *Union médicale*, juin 1922.
40. Eloge de Pasteur. C. R. du VIIIe Congrès de l'A.M.L.F.A.N., 1922.
41. Discours du président de la Société médicale de Montréal. *Union médicale*, janvier 1926.

42. La langue française et nous. C. R. du IXe Congrès de l'A.M. L.F.A.N., 1926.
43. Le journal se présente. Premier article. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 1, pp. 1-2. 1932.
44. L'Hôtel-Dieu vu d'un avion. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 1, pp. 30-31. 1932.
45. La mort de Charles Larocque. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 1, pp. 63-66. 1932.
46. Discours pour remercier l'abbé Lemaître. *Le Devoir*, février 1934.
47. Comment j'ai pu radiographier Poincaré. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 5, pp. 356-358. 1934.
48. L'avorton de Roentgen. (En vers). *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 3 pp. 191-201. 1935 (Pseudonyme, Dr Léopard).
49. Pour vous, gourmets, (En vers). *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 5, pp. 329-332. 1935. (Pseudonyme, Dr Léopard).

Lutttes contre les charlatans et les irréguliers.

50. Au sujet d'un barbier qui se croit médecin. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 1, pp. 66. 1935.
51. Histoires d'ostéopathes et de chiropraticiens. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 6, pp. 379-386. 1935.
52. Les chiropraticiens peints par eux-mêmes. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 1, pp. 1-32. 1936. Tiré à part.
53. Diagnostic et thérapeutique « automatiques »? *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 2, pp. 105-120. — No 3, pp. 159-180. — No 4, pp. 233-240. 1936. A suivre.
54. L'Hôpital Marcoux fermé pour cause de . . . réouverture? *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 2, pp. 82-89. 1936.

Divers.

55. A protest against an article in Saturday Night. *Sherbrooke Daily Record*, 28 octobre 1914.
56. Jean-Baptiste et la guerre. *La Tribune* (Sherbrooke), 10 octobre 1914.
57. A propos d'une caricature antifranaïaise du Star. *Le Devoir*, 3 février 1922.
58. Notre patois. *Le Devoir*, 25 février 1922.
59. Du parisian french en vers! *Le Devoir*, 24 août 1929.
60. Century old patois. *Le Devoir*, janvier 1930.
61. Découverte de l'inventeur du "parisian french". *Le Devoir*, 2 décembre 1931.
62. Evolution. *Gazette*, 30 janvier et 9 février 1928.
63. Evolution. *Gazette*, 6 sept.; 17 sept.; 5 oct.; 8 nov. 1928. (La première sous le pseudonyme de Lamarck, les autres signées).
64. The fundamentalist menace. *La Patrie*, 16 avril 1929. (Rectification d'un compte rendu du 16 avril paru dans le même journal).
65. M. Lecompte et les *scientistes*. *La Presse*, 19 avril 1924.
66. La réforme de l'enseignement secondaire. Réponses à M. Grondin, 13 et 14 novembre 1930.
67. Réponse à Philos. *La Riposte*, 20 décembre 1930.
68. Un accusé de réception à Philos. *La Riposte*, 24 janvier 1931.
69. Pour la Bibliothèque Saint-Sulpice. *La Patrie*, 10 février 1931.
70. Infirmières ou gardes-malades? *La Garde-Malade*, mai 1928.

71. Notre vieux parler médical. *Le Devoir*, 2 avril 1929.
72. Défense des Anciens d'Europe. Trois lettres au *Devoir*, 4, 6, 15 octobre 1932.

Parus trop tard pour mention dans les Annales:

Une lettre d'excuses. *Journal de l'Hôtel-Dieu*, No 6, pp. 305-309, 1936.

Pensées tristes. Même numéro, pp. 336-342.

Bienvenue à la revue l'Hôpital. Même numéro, pp. 334-5.

Communications résumées dans les *Annales de l'ACFAS*:

Volume I:

Les étapes d'une recherche, pp. 32-36.

Exposition d'ouvrages sur l'histoire de l'électricité. pp. 43-45.

Notes pratiques sur la chimie des corps thermo-sensibles. pp. 61-62.

Jacques Cartier devant les naturalistes. pp. 118-121.

Le scorbut. page 173.

Volume II:

Trois grands micrographes. pp. 50-54.

Trois siècles de microscopie. pp. 55-57.

Notes pratiques sur les examens microscopiques en lumière polarisée — Présentation des nouvelles tourmalines artificielles. Page 59.

Les aspects radiologiques de la diverticulite du colon. pp. 80-81.

L'odyssée du savant canadien F. d'Herelle. p. 82.

Volume III:

Une pièce rare: la thèse du docteur P. de Sales Laterrière sur la fièvre puerpérale, pp. 113-114.

Une liste de plus de cent conférences et communications additionnelles, avec les références, sera publiée en temps et lieu.



CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE

Le Congrès International de l'Insuffisance Hépatique qui se tiendra, À VICHY, DU 16 AU 18 SEPTEMBRE 1937, sous le Haut Patronage de Monsieur le Ministre de la Santé Publique, et qui a réuni l'adhésion de cinquante pays, est placé sous la Présidence d'Honneur des Professeurs G. Von Bergmann (Berlin), P. Carnot (Paris), Mariano R. Castex (Buenos-Aires), A. Dustin (Bruxelles), Sir W. Langdon Brown (Londres), G. Maranon (Madrid), E. Marchoux (Paris), W. Orłowski (Varsovie), N. Pende (Rome), G. H. Whipple (New-York), et sous la présidence de Monsieur le Professeur M. Loeper, Membre de l'Académie de Médecine.

Les Médecins Français et Etrangers sont admis comme Membres Titulaires du Congrès.

La cotisation des Membres titulaires est de 50 francs français; elle donne droit aux publications du Congrès.

Les Membres titulaires peuvent être accompagnés de deux Membres Associés (femme et enfants non mariés). La cotisation de chaque Membre associé est de 25 francs français; elle est la même pour les Internes des Hôpitaux et les Etudiants en Médecine Français et Etrangers.

Les inscriptions au Congrès seront reçues dans la limite des disponibilités des Hôtels qui doivent recevoir les Congressistes et la date de clôture a été fixée au 31 Juillet 1937.

Pendant la durée du Congrès, les Congressistes seront logés gracieusement et exempts de toutes taxes.

Seuls, les repas et boissons pris à l'Hôtel seront à leur charge, avec réduction de 25% sur les prix normaux, — service 15% en plus.

Les Grands Réseaux français accordent aux Congressistes, sous forme de bons individuels, une réduction de 40%, ainsi qu'à leur femme, à leurs fils mineurs ou à leurs filles non mariées les accompagnant. Ces bons seront valables: à l'aller, du lieu de résidence à Vichy, et au retour, de Vichy à la résidence — avec passage et arrêt facultatif à Paris à l'aller et au retour.

Les titres de transport ainsi établis seront valables du 7 au 24 Septembre 1937.

Les Congressistes Etrangers auront à leur disposition soit la réduction ci-dessus, proposée au titre « Congrès », soit celle, plus avantageuse, accordée aux visiteurs étrangers de l'Exposition Internationale 1937, comportant, sous délivrance d'une carte de légitimation (séjour minimum de 5 jours à Paris, jours d'arrivée et de départ compris), une réduction de 50% et une validité de trois mois, avec possibilité d'effectuer un trajet détourné et faculté de s'arrêter en cours de route.

Les Voyageurs venant d'Outre-Mer peuvent, à l'occasion de l'Exposition, et grâce à la carte de légitimation, obtenir, sur les lignes françaises de navigation, des conditions spéciales de passage.

Les Agences de Voyages et les Compagnies de Navigation renseigneront complètement les Congressistes et indiqueront, en même temps, les réductions obtenues, soit au titre Congrès, sur le parcours des Réseaux Etrangers.

Des distractions, sous le Patronage d'un Comité de Dames, seront prévues par les Membres Associés, pendant la durée du Congrès.

Toutes les demandes de renseignements, adhésions, cotisations doivent être adressées au Docteur J. AIMARD, Secrétaire Général du Congrès International de l'Insuffisance Hépatique, 24, Boulevard des Capucines, Paris (IXe).

Nous rappelons que ce Congrès sera précédé par le deuxième Congrès International de Gastro-Entérologie qui se tiendra à Paris les 13, 14 et 15 septembre sous la présidence de Monsieur le Professeur Pierre Duval.

LE RÉGIME ALIMENTAIRE DANS LA RÉPARATION DU FOIE MALADE

Chacun sait combien sont multiples et complexes les fonctions du foie. Elles laissent pressentir, d'emblée, l'importance du facteur alimentaire dans leur évolution normale ou pathologique.

L'alimentation joue, par elle-même, un rôle dans la détermination de certains troubles hépatiques. La déviation du métabolisme de tel ou tel aliment de base révèle à elle seule, par ailleurs, la réalité d'une déviation fonctionnelle; elle permet, en outre, de mesurer son étendue.

Ainsi, la diététique apparaît-elle comme devant prendre une place de premier plan dans la correction des perturbations du foie, aussi bien que dans la réparation de l'organe.

Métabolisme des protéines et des hydrates de carbone, transformation des graisses, métabolisme de l'eau et des substances minérales, autant d'éléments dont il est nécessaire de tenir compte pour fixer le régime diététique d'un malade, chez qui il y a insuffisance de telle ou telle fonction de la glande hépatique.

La réparation de l'organe doit, cependant, être précédée de l'arrêt des dégâts produits; d'où la nécessité de savoir quel sera le maximum de tolérance vis-à-vis d'un aliment donné, cela pour ne pas dépasser les limites de la capacité fonctionnelle de la cellule du foie.

Ces notions succinctes permettent d'entrevoir de combien de difficultés s'entoure la connaissance du régime à fixer. Les diverses symptomatologies cliniques ne se superposent pas toujours, rigoureusement, aux mêmes types d'insuffisance fonctionnelle. Elles sont multiples, inégales, irrégulières aussi.

De même qu'il n'y a pas une insuffisance, mais des insuffisances hépatiques, il ne saurait exister une formule rigide de régime

alimentaire. Il s'en conçoit, bien au contraire, des modalités nombreuses, on pourrait presque dire infinies.

Quelques grandes lignes directrices peuvent servir d'axe à l'établissement du régime chez un hépatique. On sait ainsi que la réduction des protéines est la base de l'alimentation de ces malades, que la limitation des graisses en constitue un chapitre des plus importants; que, par contre, le renforcement de la ration alimentaire en sucre s'impose comme une nécessité, parfois immédiatement vitale.

Ainsi se dégage déjà, malgré les susceptibilités particulières à chaque malade, une sorte de base commune, une manière de régime, minimum, de garantie.

Seule une analyse biologique complète demeure cependant à même, devant un cas déterminé, de connaître la diététique capable d'assurer la réparation intégrale du foie malade.

Cette importante question du régime alimentaire dans la réparation du foie malade sera exposée par le Professeur GALLART-MONES, Professeur de Pathologie digestive à la Faculté de Médecine de Barcelone, au Congrès International de l'Insuffisance Hépatique, qui se tiendra à Vichy du 16 au 18 septembre 1937 sous le Haut Patronage du Ministre de la Santé Publique, et qui a réuni l'adhésion de 51 pays.



LES LAURÉATS DU PREMIER CONCOURS CASGRAIN-CHARBONNEAU

N. D. L. R. — Monsieur Jules Labarre, secrétaire du jury pour le concours Casgrain-Charbonneau nous remet le communiqué suivant :

L'étude des divers mémoires présentés pour le concours Casgrain-Charbonneau (premier concours) a donné les résultats suivants :

PREMIER PRIX

Ce prix de \$500 est accordé au docteur Armand Frappier et M. Victorien Frédette pour leurs recherches intitulées : « Evaluation quantitative de l'hypersensibilité à la tuberculine avant et après l'épreuve virulente, et degré de résistance, chez le cobaye vacciné au BCG ».

SECOND PRIX

Désireux d'encourager dans toute la mesure du possible nos chercheurs dans les sciences médicales, M. Charbonneau, propriétaire de la maison Casgrain-Charbonneau a résolu d'offrir un second prix de \$100 au candidat classé deuxième parmi ceux qui se sont présentés au concours. Cette somme est accordée aux docteurs J.-L. Riopelle et P. Martin pour leur étude sur « La pneumonie rhumatismale ».

Les membres du jury étaient : les docteurs G.-H. Baril, B. Bourgeois, J.-E. Dubé, E. Dubeau, A. Lesage, J.-R. Pépin et M. Jules Labarre.

Nous rappelons qu'en plus de ce premier concours la maison Casgrain-Charbonneau a offert une somme de \$1000 pour encourager les recherches scientifiques médicales. Les gagnants de ce second concours seront connus d'ici quelques jours.

Les lauréats du premier et du second concours seront proclamés officiellement à la collation des grades le 28 mai.

**ÉVALUATION QUANTITATIVE DE L'HYPERSENSIBILITÉ
À LA TUBERCULINE, AVANT ET APRÈS L'ÉPREUVE
VIRULENTE, ET DEGRÉ DE RÉSISTANCE
CHEZ LE COBAYE VACCINÉ AU BCG**

ARMAND FRAPPIER et VICTORIEN FRÉDETTE

Les auteurs ont démontré les avantages de la méthode d'évaluation quantitative de l'allergie cutanée au moyen d'intradermo-réactions tuberculiques, de titre décroissant, effectuées en série chez les cobayes tuberculeux ou vaccinés par BCG. L'expérimentation leur a révélé, en particulier que, contrairement à l'opinion de certains auteurs, l'emploi de fortes doses intradermiques de tuberculine pour l'appréciation du degré d'allergie peut engendrer une désensibilisation dermique aux faibles doses et peut devenir une cause d'erreur. Les auteurs ont aussi suivi le développement et l'évolution de l'allergie, chez un grand nombre de cobayes, pendant plusieurs années, en faisant varier les doses et les voies d'inoculation bacillaires.

Dans une seconde partie de leur travail, les auteurs établissent que la précision de cette méthode de mesure de l'allergie ne parvient pas cependant à révéler de rapport quantitatif entre le degré de l'allergie et celui de la résistance chez les cobayes vaccinés par le BCG et éprouvés par des bacilles virulents.

L'importance médicale immédiate de ces recherches s'affirme dans leurs conclusions relatives à l'évolution de l'allergie en tuberculose, à la détermination de l'activité des tuberculines, à l'appréciation de l'efficacité de certains modes de vaccination par le BCG, à la réfutation expérimentale de l'opinion, encore répandue, qu'il existerait une relation quantitative entre le degré de l'allergie et celui de la résistance en tuberculose.

PNEUMONIE RHUMATISMALE

J.-L. RIOPELLE et P. MARTIN

Le travail de MM. J.-L. Riopelle et P. Martin porte sur une inflammation pulmonaire à caractères bien spéciaux, observés avec une grande fréquence chez les enfants morts des rhumatismes articulaires aigus. Ils décrivent en particulier deux lésions, l'une pseudo-membraneuse, l'autre végétante. La seconde de ses lésions n'a jamais été signalée dans la littérature médicale au cours du rhumatisme. La première n'a été mentionnée qu'incidemment, sans commentaires, sauf dans un article français publié depuis que MM. Riopelle et Martin eurent fini leur manuscrit.

A cette description détaillée des deux lésions s'ajoutent une interprétation personnelle de leur nature et une discussion de leur relation avec la maladie rhumatismale. Leur multiplicité, leur extension extrême dans certains cas montrent que ces lésions peuvent contribuer pour une part importante à l'évolution fatale du rhumatisme infantile.

L'article est illustré de plusieurs dessins histologiques et d'une micro-photographie. Il compare en outre un historique des lésions pulmonaires au cours du rhumatisme articulaire aigu ainsi qu'une bibliographie complète.



THÉRAPEUTIQUE AUXILIAIRE DE L'ARTHRITE

Il importe, dans cette affection, d'en reconnaître les causes, et d'instituer, tant un traitement interne qu'un traitement local palliatif.

L'étiologie de l'arthrite se classe comme suit: infectieuse, métabolique, traumatique, la plupart des cas relevant plus ou moins de ces trois catégories, qui en sont les principales. Sa thérapeutique doit donc tendre à l'élimination de tout foyer septique, au dépistage et à la rectification des attitudes vicieuses, et au soulagement de l'état inflammatoire des articulations.

Quant au traitement local, on ne saurait s'en dispenser, bon nombre de médecins accordant leur préférence à l'Antiphlogistine, (appliquée chaude) dont l'emploi constitue un précieux adjuvant, tant pour stimuler l'activité cellulaire et la circulation capillaire.

Si appliquée seulement au niveau de l'articulation atteinte, les résultats, certes, en seront satisfaisants; si, toutefois, l'application recouvre non seulement le siège du mal, mais s'étend au delà, les effets bienfaisants en seront encore plus frappants. En outre, le renouvellement de ce glycéroplasma toutes les huit ou douze heures augmentera sensiblement le bien-être du patient.

(Communiqué)

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

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

se trouve chez

J. EDDÉ Limitée, Edifice New Birks, — MONTRÉAL

UNE MISE ÉLÉGANTE EST UN PLACEMENT

Pour obtenir cette sensation de sécurité et de bien-être que tous les hommes recherchent, il vous faut inciter les autres à requérir vos produits et vos services. Votre réussite, ou votre insuccès, dépend en grande partie de l'opinion des autres. Dans cette lutte pour la personnalité et le respect de soi-même, l'homme doit souvent s'en remettre à son apparence.

Confiez à Fashion Craft le soin de veiller sur votre apparence. Trente années d'expérience dans le domaine de l'élégance masculine sont votre garantie de satisfaction.

Lechasseur limitée

3 MAGASINS COMMODÉMENT LOCALISÉS
ET LEURS GÉRANTS

974 S^TE CATHERINE O.

M. Jos. Boulanger

281 S^TE CATHERINE E.

M. Jean Fortier

375 RUE S^TE JACQUES

M. Lechasseur



PYÉLITE

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

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

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

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

LITTÉRATURE ENVOYÉE SUR DEMANDE

MERCK & CO. LTD., *Fabricants chimistes*, MONTRÉAL