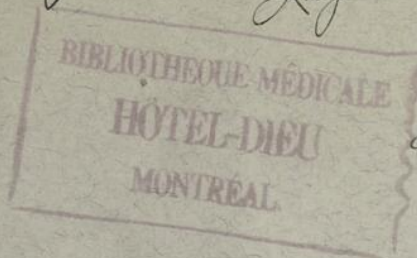


Numéro 4

*Seul exemplaire  
Réserve pour consultation  
Injection*

Quatrième année

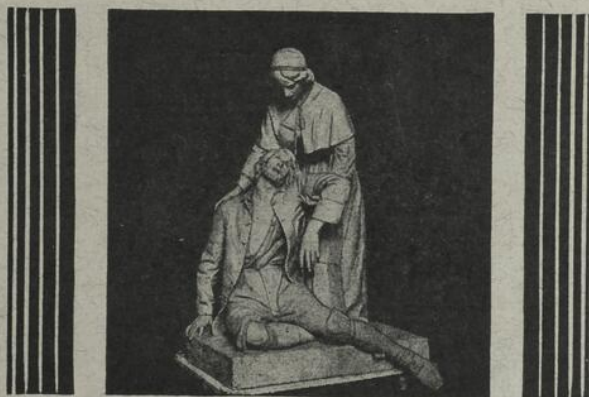


*Ne pas la sortir  
de la Bibliothèque*

# LE JOURNAL

... de ...

# L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL



SEPTEMBRE-OCTOBRE

1935



La Coopération  
 Le Travail  
 L'Économie

sont les facteurs essentiels de tout retour de prospérité.

LA BANQUE D'ÉPARGNE  
 DE LA CITÉ ET DU DISTRICT DE MONTRÉAL

FONDÉE EN 1846

Coffrets de sûreté à tous nos bureaux. :: Service de "La garde des titres" au Bureau Principal.

5525

SUCCURSALES DANS TOUTES LES PARTIES DE LA VILLE.

TIRAGE CERTIFIÉ: 2000 EXEMPLAIRES

## SOMMAIRE du No 4

Septembre-Octobre 1935

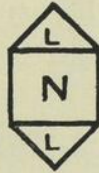
ÉMILE SERGENT : Tuberculose et Traumatisme .....	205
EDMOND BOURGALLT : Traitement des phlébites par anesthésies temporaires de la chaîne sympathique lombaire .....	212
PAUL LARIVIÈRE : Syndrome neuro-anémique. Polynévrite neuro-anémique avec mélancolie .....	228
OSCAR MERCIER : Le diagnostic de la tuberculose rénale .....	237
CHARLES MATHIEU : Considérations sur un cas de corps étranger intra-bronchique : clou à double pointe .....	249
PAUL POIRIER : Forme dissociée de la maladie de Von Recklinghausen .....	254
JOSEPH-HENRI LEGENDRE : Le traitement de la tuberculose par l'antigène méthylique .....	258
DONALD A. HINGSTON : Pierre-Zéphyr Rhéaume .....	263

Le tonique du jour

# PHOSPHO-NERVINE

ÉCHANTILLON SUR DEMANDE

LA. 2185



LABORATOIRE NADEAU  
LIMITÉE  
100 ouest, rue St-Paul,  
MONTREAL

## RÉDIGER son TESTAMENT

*est la chose la plus importante de la vie.*

---

AVEZ-VOUS PENSÉ AU VÔTRE?  
CONSULTEZ-NOUS

---

### Société d'Administration et de Fiducie

*Administratrice et fiduciaire*

5 EST, RUE ST-JACQUES - MONTRÉAL  
(Immeuble Crédit Foncier Franco-Canadien) - Téléphone : HARbour 4192

AGENCES :

QUÉBEC - WINNIPEG - RÉGINA - EDMONTON - VANCOUVER

COMPRIMÉS

## “ R E S Y L C I B A ”

Expectorant et antiseptique dans les affections aiguës  
ou chroniques de l'appareil respiratoire.

Le Résyl fluidifie et diminue l'expectoration,  
atténue l'irritation; en outre, il est très bien toléré  
par l'appareil digestif et possède un goût agréable.

DOSE : Les comprimés de Résyl se prennent  
soit dilués ou avalés avec de l'eau à raison de  
3 - 5 comprimés par jour.

PRÉSENTATION: Flacons de 30 comprimés.

---

**COMPAGNIE CIBA Limitée, MONTRÉAL**



*Page(s) manquante(s)  
ou non-numérisée(s)*

Veillez vous informer auprès du personnel de BAnQ  
en utilisant le formulaire de référence à distance, qui se trouve en ligne :

[https://www.banq.qc.ca/formulaires/formulaire\\_reference/index.html](https://www.banq.qc.ca/formulaires/formulaire_reference/index.html)

ou par téléphone **1-800-363-9028**

**Bibliothèque  
et Archives  
nationales**

**Québec** 

# Le Journal de l'Hotel-Dieu de Montréal

No 4

Septembre-Octobre 1935

## TUBERCULOSE ET TRAUMATISME <sup>1</sup>

Par ÉMILE SERGENT,

Médecin de l'Hôpital Broussais,  
Professeur de Clinique Propédeutique à la Faculté de Paris,  
Membre de l'Académie de Médecine.

J'ai pensé qu'il y avait quelque intérêt à reprendre l'étude de cette importante question, à laquelle des constatations nouvelles (cliniques et expérimentales) donnent un *nouveau regain d'actualité*, notamment les notions apportées par les recherches sur la *bacillémie*, et, surtout, par leurs *données cliniques*.

### A. INTÉRÊT CLINIQUE ET EXPÉRIMENTAL

#### I. REGARDS SUR LE PASSÉ

##### a) *Phtisis ab hemoptoe*.

Hémoptysie signifiait tuberculose. Si la tuberculose devenait ultérieurement manifeste, elle était considérée comme l'effet de l'hémoptysie, alors qu'elle en était la cause. Or, une hémoptysie, ne signifie pas fatalement lésion tuberculeuse; d'autre part, si l'hémoptysie est due à la tuberculose, elle est parfois providentielle, elle est un signe d'alarme. Il y a, en outre, des cas où l'hémoptysie est consécutive à un traumatisme, de même qu'il y a des tumeurs blanches, des maux de Pott, consécutifs à un traumatisme. Inversement, on trouve de très nombreuses observations cliniques de gros traumatismes articulaires ou osseux, sans aucunes suites tuberculeuses.

<sup>1</sup> Conférence faite, le 18 octobre 1935, à l'Université de Montréal et recueillie par le Dr Armand Derome.

b) *Expérience de contrôle.*

Max Schuller a pu réaliser au siège du traumatisme, une tuberculose locale, chez des animaux bacillisés antérieurement. Puis, Lannelongue et Achard ont répété ces mêmes expériences et n'ont pas obtenu de résultats positifs; Rodet et Jeanbreau, eux aussi, arrivèrent à des résultats négatifs.

Petrou, Jose Ribera y Sans, Forgeue, confirmèrent plus tard les résultats de Max Schuller.

## II. REGARDS SUR L'EXPÉRIENCE DE LA GUERRE.

A la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, en juin 1916, je pris part aux discussions qui eurent lieu, à la suite de la communication du Docteur Giroux, sur les Tuberculoses pulmonaires traumatiques, et de celle du Docteur de Massary sur un cas de pleurésie tuberculeuse consécutive à un traumatisme de guerre.

Ma communication (30 juin 1916) basée sur des observations personnelles, prises au hasard parmi le grand nombre des cas de blessés de guerre et surtout de blessés de poitrine que j'ai pu réunir, me conduisirent à conclure à la rareté de la tuberculose pulmonaire chez les blessés de poitrine et à admettre la rareté moindre des cas consécutifs aux grosses contusions thoraciques qu'aux blessures pénétrantes.

## III. REGARDS SUR LE PRÉSENT.

Il y a tout d'abord nécessité de faire la preuve de la nature tuberculeuse des accidents consécutifs au traumatisme.

a) *Notion des faux tuberculeux.*

La fréquence des faux tuberculeux est bien établie.

Pour ce qui est des *affections pleuro-pulmonaires*, il nous faut retenir les hémoptysies post-traumatiques, durables et tenaces, dues à des corps étrangers restés inclus. Ces corps étrangers déterminent la formation de vaisseaux de nouvelle formation, qui constituent un véritable angiome acquis et peuvent, à l'occasion d'un effort, d'une quinte de toux, se rompre. Il y a aussi, les pleurésies post-traumatiques tenaces et récidivantes (séquelles d'hémothorax,

thèse de Bénard 1914), et les suppurations de la plèvre et des poumons (études de Lechevallier). Ces épanchements sont souvent suivis de suppuration durable et de déficience profonde de l'état général. Des examens attentifs ne décèlent pas de lésion tuberculeuse.

Pour ce qui est des autres localisations viscérales ou périohériques, nous retiendrons des causes d'erreur analogues: ostéite non tuberculeuse, pyonéphrose. Voici un exemple: durant la guerre, un obus éclate sur le sternum d'un soldat, mais n'en franchit pas la paroi postérieure et détermine une ostéite; l'éclat d'obus est enlevé. Malgré cela, il reste une fistule qui suppure; c'était une ostéite sternale simple, non tuberculeuse. Un curettage a suffi. Il n'y avait aucun signe de tuberculose.

b) *Existence incontestable de tuberculoses vraies post-traumatiques (BK+)*

I) Pulmonaires:

A titre d'exemples:

1) Un sujet de 43 ans, soigné antérieurement pour plusieurs poussées de tuberculose, est renversé par un taxi: contusions multiples (membre, tête, thorax), crachats de sang, température élevée. Grande hémoptysie. Réveil de tuberculose, par déchirure. Nouvelle poussée évolutive, progressive avec accentuation rapide des anciennes lésions.

2) Un soldat, sac au dos, 21 ans, est frappé d'un gros éclat d'obus sur son sac: contusion violente, hémoptysies tenaces, pendant un mois; réveil d'une ancienne lésion pulmonaire.

3) Tout récemment encore, jeune femme, soignée antérieurement pour tuberculose pulmonaire discrète, chute violente dans un escalier: elle tombe sur le dos: grosse contusion thoracique, hémoptysie immédiate, température. Forte poussée fébrile évolutive avec BK positifs.

Dans tous ces faits, contusion, *hémoptysie*, réveil de tuberculose; retenir ce fait: *hémoptysie*.

## II) Viscérales (non pulmonaires).

Exemple: Un soldat français, prisonnier de guerre en Allemagne, en juin 1918, est employé à creuser des tranchées de seconde ligne; épuisé, il se laisse tomber, un jour, sur le talus; la sentinelle allemande lui assène un violent coup de crosse sur la région lombaire droite. Un quart d'heure après, il a une forte hématurie, suivie, les jours suivants, d'accès de fièvre. Il est évacué à l'arrière du front. A l'armistice, il revient, épuisé, fatigué, très maigre. C'est un squelette. Une tuberculose rénale droite est dépistée. Elle a été consécutive à ce violent coup de crosse: traumatisme, rupture vasculaire, hématurie, ensemencement du rein par des bacilles circulant dans le sang et provenant d'anciennes lésions pulmonaires réveillées par la fatigue et l'alimentation insuffisante d'un malheureux prisonnier. La néphrectomie donne un rein qui n'est plus qu'une caverne tuberculeuse.

## III) Périphériques.

Delbet et Cartier insistent sur la présence du sang dans les épanchements articulaires qui suivent un traumatisme local et donnent rapidement la preuve de leur nature tuberculeuse.

## B. NÉCESSITÉ DE DISTINGUER LES LOCALISATIONS TUBERCULEUSES APPARAISSANT AU SIÈGE MÊME OU À DISTANCE DU TRAUMATISME

Dans toutes les observations, ci-dessus, prises à titre d'exemples isolés, la localisation tuberculeuse (pulmonaire ou autre) a fait son apparition *au siège même du traumatisme*.

Dans d'autres observations de tuberculose post-traumatique, la tuberculose siège *ailleurs qu'au siège du traumatisme*: tel est le cas pour les grands blessés de guerre, ou autres qui ont été violemment mutilés, qui, pendant des mois, voient leurs lésions osseuses, ostéo-articulaires ou autres, suppurer; peu à peu, leur état général fléchit, et, plus ou moins sournoisement et lentement, éclôt une tuberculose pulmonaire qui évolue progressivement et fatalement. Ici, la tuberculisation est la conséquence générale du réveil de lésions anciennes, sous l'influence de la défaillance de résistance du terrain.

L'action du traumatisme n'a aucun caractère direct ou local: elle n'est qu'indirecte et générale. Cependant, elle peut parfois entraîner tardivement une détermination tuberculeuse locale au siège d'une des plaies suppurantes (observation de blessé de guerre, dont la plaie thoracique suppurée prit le caractère tuberculeux plus de six ans après le traumatisme). La tuberculose locale n'a été ici qu'un épiphénomène. Au siège de l'ancienne blessure périphérique, de petites hémorragies suintaient, mettant en liberté des bacilles véhiculés par le torrent circulatoire.

\* \* \*

Telles sont les constatations accumulées par l'observation clinique et par les anciennes recherches expérimentales.

Cherchons à leur donner une interprétation rationnelle. Efforçons-nous de mettre nos explications, nos interprétations, en uniformité avec la vérité, tout en nous souvenant des réserves de Laënnec et de Claude Bernard, sur la valeur des théories et des doctrines.

### C. INTERPRÉTATION RATIONNELLE

#### I. Constatations anatomo-cliniques de base.

- |  |   |                          |   |  |
|--|---|--------------------------|---|--|
| a) Les tuberculoses<br>à foyers multiples<br>en clinique       | { | simultanés<br>successifs | } | Scrofule.                                  |
| Les tubercules isolés<br>aux autopsies<br>évolutifs ou latents | } |                          | } | fréquence dans les reins,<br>dans le foie. |

Ces constatations anatomo-cliniques évoquent l'existence d'un essaimage général, qui ne peut s'expliquer que par le passage du bacille dans la circulation, ce qui implique l'idée de *bacillémie*: le fait que cet essaimage peut se produire par étapes successives, à répétition, conduit à admettre que la bacillémie peut être intermittente, et consister en *décharges bacillaires*: notion de « *bacilles de sortie* » de Maurice Nicolle.

- b) Les foyers tuberculeux locaux compliquant l'évolution de lésions progressives non tuberculeuses (suppuration, cancer).

Ces constatations également anatomo-cliniques impliquent la possibilité d'une tuberculisation locale par effraction d'un foyer tuberculeux latent et la mise en liberté de bacilles emmurés dans ce foyer; ces bacilles mis en liberté pourront ne produire qu'un foyer local de fixation, ou passer par la circulation générale, si les voies vasculaires s'ouvrent devant eux, et déterminer une bacillémie plus ou moins durable ou éphémère, plus ou moins grave, ou sans suites pathologiques.

II. Ces données conduisent aux notions suivantes:

a) *Le traumatisme* ne peut à lui seul engendrer la tuberculose; il ne peut que la réveiller et en provoquer une poussée évolutive locale ou générale.

b) Un foyer tuberculeux doit donc exister préalablement. Le traumatisme agira, soit en effondrant directement le foyer par une action locale, soit en déchirant la canalisation vasculaire et en provoquant la fixation dans la région traumatisée des bacilles circulants, provenant d'un foyer distant, en activité évolutive.

Dans le premier cas, le sujet pourra être en excellente santé, au moment du traumatisme local; dans le second cas, il sera en état de défaillance générale et d'activité évolutive tuberculeuse.

Ces notions, bien établies par les constatations cliniques actuelles, permettent de saisir la raison des divergences entre les résultats expérimentaux de Max Schüller et ceux de Lannelongue et Achard. Les études récentes sur la bacillémie leur donnent une valeur incontestable. Ces mêmes notions expliquent les divergences apparentes entre les constatations faites sur les blessés de 1916 et mes constatations actuelles.

Ces blessés de guerre étaient des sujets bien portants: le traumatisme ne coïncidait qu'exceptionnellement avec le siège d'un ancien foyer latent, local; il pouvait cependant frapper des sujets en mauvais état général (prisonniers, suppurants) et provoquer une tuberculisation locale ou générale (existence de décharges bacillaires).

Si bien que je puis maintenant ce que je disais en 1916: « nous sommes conduits à considérer le traumatisme comme un facteur

d'ordre général, dans la liste des causes capables de favoriser les réveils de tuberculose (chez les blessés de guerre)», en ajoutant ceci: « tout en reconnaissant qu'il peut jouer le rôle d'un facteur d'ordre local (chez tout sujet) lorsqu'il met en liberté des bacilles inclus dans un foyer latent qu'il effondre ou circulant dans des vaisseaux qu'il déchire. »

Ainsi prend place, au premier plan, la notion du facteur hémorragipare (hémoptysie, hématurie, hydro-hémarthrose); ainsi, se précise le sens moderne de la *phthisis ab hemoptoe*.

Ainsi le traumatisme ne se distingue pas, du point de vue de son rôle dans le déterminisme de la Tuberculose, des autres causes locales ou générales (suppuration, cancer). Par le même mécanisme, il peut favoriser la production d'un foyer cancéreux chez un sujet cancérisé. En voici un exemple que j'ai recueilli en mai dernier: garçon de 17 ans; signes de résistance diminuée, gêne douloureuse de côté; il glisse, tombe sur la poitrine: hématome pleural gauche; pas de bacilles de Koch; hypothermie; ganglions axillaires. Radiographie: le coeur est refoulé vers la droite, opacité à gauche; l'hématome diminue peu à peu, et autour de l'ombre médiane, la radiographie montre un véritable manchon à contours polycycliques; c'était un lympho-sarcome. Traumatisme, rupture de vaisseaux, ensemencement de la plèvre par les cellules émanant de la tumeur primitive; en fait, véritable métastase par traumatisme.

Dans mon service de clinique j'ai commencé le *contrôle expérimental de cette interprétation*.

- a) Inoculation par voie intra-vasculaire.
- b) Traumatisme local (aussitôt ou peu après) avec rupture vasculaire.
- c) Recherche des bacilles dans l'hématome, puis dans les lésions produites.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES : Le traumatisme est une cause occasionnelle de Tuberculose, mais relativement rare, parce qu'il doit coïncider ou être suivi rapidement de la mise en liberté par effraction de bacilles, provenant d'un foyer tuberculeux, existant au siège même du traumatisme ou circulant dans les voies vasculaires (décharges bacillaires).

## TRAITEMENT DES PHLÉBITES par anesthésies temporaires de la chaîne sympathique lombarie

Par EDMOND BOURGAULT,

Médecin-interne à l'Hôtel-Dieu de Montréal.<sup>1</sup>

### AVANT-PROPOS

La phlébite est une complication dangereuse et désolante de maints états pathologiques et de maintes interventions chirurgicales: phlébites puerpérales, phlébites pneumoniques, phlébites typhiques, phlébites post-opératoires, etc. Les *symptômes* en sont parfaitement connus: nous n'y reviendrons point; mais *l'ignorance de la pathogénie de ces symptômes* nous a réduits jusqu'ici à une *thérapeutique à peu près nulle*.

*Phlébite* veut dire, selon la plupart des auteurs, lésion, infectieuse ou non, de l'endoveine, formation d'un caillot lequel, dès qu'il devient oblitérant, empêche la circulation de retour et cause la stagnation du sang en amont, d'où l'oedème.

Dans un travail tout à fait récent, le Dr Léo M. Zimmerman<sup>2</sup> présente un résumé bien au point des connaissances actuelles sur la phlébite.

L'auteur met en présence les deux théories les plus courantes sur la cause de l'oedème dans la phlébite: sclérose des lymphatiques par la réaction inflammatoire péri-veineuse, obstruction veineuse. Il a prouvé que les lymphatiques ne peuvent être mise en cause, en injectant de l'encre dans la patte d'un animal dont le membre est oedématié et en constatant un peu plus tard la présence de ce corps étranger dans les ganglions inguinaux. Et il conclut à l'oblitéra-

<sup>1</sup> Travail du service du Prof. A. Paré, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

<sup>2</sup> Leo M. Zimmerman, M.D., F.A.C.S., Associate in Surgery, Northwestern University Medical School. "Phlebitis, Thrombosis, and Thrombophlebitis of the lower extremities." *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, No 4, Oct. 1935, p. 443 et seq.

tion veineuse: . . . « . . . this would make it seem that the swelling is to be explained on the basis of insufficient venous return. »

Or cette conception est erronée. Comment la concilier avec le fait bien établi que *si l'on résèque la veine fémorale dans un membre oedématié, au cours ou à la suite d'une phlébite, l'oedème disparaît?* Si la stase est due au manque de canalisation, le fait d'enlever complètement le canal n'améliorera sûrement pas les choses.

L'école française semble avoir résolu le problème. R. Leriche, qui est, à notre humble avis, la plus belle intelligence médicale actuelle, émettait déjà en 1927, à la Société nationale de Chirurgie, l'hypothèse que la *phlébite* elle-même ne serait pas la cause de l'oedème, mais que celui-ci dépendrait plutôt *d'une simple péri-veinite et des troubles sympathiques qu'elle causerait*. Avec son élève J. Kunlin, il réalise en 1934 la « section physiologique de la chaîne sympathique lombaire comme traitement des troubles phlébitiques. »<sup>3</sup>

#### HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

L'oedème serait dû à une vaso-constriction de tout le système veineux du membre, causée par l'irritation des filets sympathiques contenus dans la paroi veineuse au niveau de la lésion de l'endo-veine; cette vaso-constriction, qui origine sur un court segment vasculaire, a son réflexe dans tout le système veineux sous la dépendance de la chaîne sympathique dont sont issus les filets irrités.

En partant de cette théorie, il est facile de concevoir que si l'on coupe le sympathique, soit *chirurgicalement*, comme le faisait déjà Leriche en 1927 pour les troubles post-phlébitiques, soit *physiologiquement* en anesthésiant la chaîne sympathique, il est facile de concevoir, dis-je, que tous les troubles engendrés par le réflexe sympathique disparaîtront.

<sup>3</sup> R. Leriche et J. Kunlin: Traitement immédiat des phlébités post-opératoires par l'infiltration novocaïnique du sympathique lombaire. *La Presse Médicale*, No 76, 22 sept. 1934, p. 1481.

Existe-t-il un moyen de faire cette anesthésie du sympathique? Ce moyen existe: c'est l'injection paravertébrale de novocaïne dont on se sert déjà depuis quelques années avec succès pour des anesthésies diverses (angines de poitrine, crises gastriques tabétiques, etc.), et qui a suscité de très intéressants travaux dans nos revues médicales.

La technique en est très simple; elle est très facile à pratiquer. Sur une centaine d'injections, nous n'avons jamais eu d'accident dû à la piqûre.

#### TECHNIQUE

1) Le patient est tourné sur le côté sain, le membre malade soutenu par un aide.

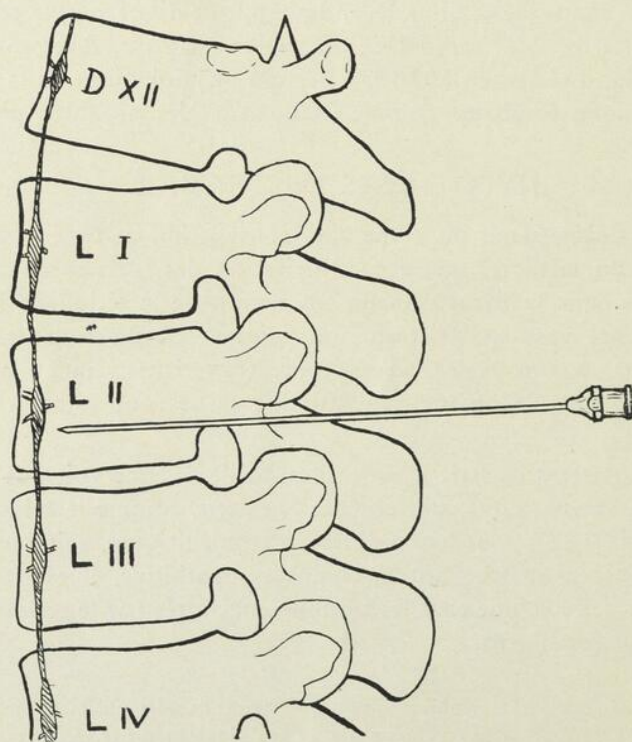


FIGURE No 1

2) Rechercher l'apophyse épineuse de la deuxième vertèbre lombaire; une ligne unissant le bord supérieur des deux crêtes iliaques passe par l'intervalle entre la quatrième et la cinquième lombaires, d'où l'on remonte jusqu'à l'apophyse épineuse de la deuxième. Il faut piquer à deux travers de doigt de cette apophyse, soit environ 3 centimètres. (Figure No 1)

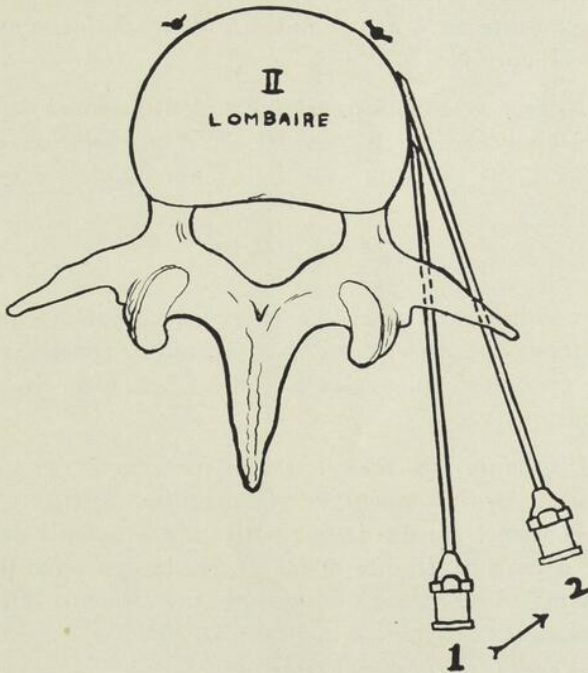


FIGURE No 2

3) Avec une fine aiguille hypodermique, faire un bouton d'anesthésie à ce niveau.

4) On se sert ensuite d'une aiguille d'environ 12 à 14 centimètres de longueur et de 6/10 de millimètre d'épaisseur. L'aiguille

poussée un peu obliquement, vers la ligne médiane, traverse la peau et les masses musculaires et vient buter sur le corps vertébral, à une profondeur d'environ 7 à 8 centimètres. On la retire d'environ 1 centimètre, on incline le pavillon légèrement en-dedans et on pousse l'aiguille d'environ 2 centimètres, peu à peu: on sent la pointe qui glisse toujours sur le corps vertébral pour soudainement perdre le contact osseux, piquer dans le vide. Elle est alors sur l'angle antéro-latéral du corps vertébral, dans l'espace rétro-péritonéal, c'est-à-dire au contact immédiat de la chaîne sympathique lombaire. (Figure No 2)

5) Aspirer avec la seringue au cas où l'extrémité de l'aiguille serait dans un vaisseau. Injecter 10 c.c. d'une solution de novocaïne à 1%.

## RÉSULTATS

Nous avons traité ainsi une vingtaine de patients présentant des phlébites de diverses origines: post-opératoire, puerpérale, pneumonique, typhique, tuberculeuse, etc. Chez tous, les résultats furent identiques:

a) *Disparition, presque toujours instantanée, et définitive, de la douleur, ordinairement dès la première injection, toujours après la deuxième.* Aucun de nos patients n'a ressenti de douleur spontanée dans son membre malade après la deuxième paravertébrale; nos malades ont toujours dormi sans calmant. Or, comme le fait remarquer Miginiac «... dans la phlébite, l'insomnie par douleur est ce qui est le plus terrible».

b) *Chute du pouls et de la température, quand ces deux phénomènes n'étaient pas sous la dépendance d'une autre infection que l'infection veineuse.* Le pouls tombe de 108-112-120 à 80 ou 72, bien souvent dès le lendemain de la première infiltration. La température, un peu plus lente à baisser, s'établit à la normale vers la cinquième ou la sixième journée si, bien entendu, le patient n'a pas d'autre foyer infectieux en évolution que sa phlébite.

c) *Régression progressive plus ou moins rapide de l'oedème.* Le volume de l'oedème est bien difficile à apprécier; au début de nos expériences avec les paravertébrales, nous avions l'habitude de faire les mensurations quotidiennes du membre malade, mais nous avons souvent négligé cette pratique, d'abord parce que nous croyons que la quantité de l'oedème n'a pas une importance capitale au point de vue pronostic de la maladie (nombre de phlébites guéries par l'immobilisation conservant leurs oedèmes), et qu'ensuite cet oedème *ne se mesure pas* mais se *perçoit* plutôt, devient de jour en jour moins résistant à la pression, et la jambe, qui dans certains cas diminue peu en circonférence, semble diminuer en *densité*.

Dans un de nos cas, il ne persistait d'un oedème considérable qu'un très léger godet pré tibial 24 heures après la première injection. Dans certaines phlébites prises au tout début, l'oedème continue d'augmenter durant une couple de jours, puis diminue graduellement.

d) Trois ou quatre de ces patients furent immobilisés durant quelques jours, sur l'ordre de leur médecin-traitant; *nous n'avons jamais fait la moindre immobilisation* lorsque l'on nous a laissé carte blanche: au contraire nous permettions au malade de faire des mouvements dans son lit et *nous avons fait lever et marcher ces patients dès le cinquième, au plus tard le huitième jour après le début du traitement*, selon que l'état général et l'évolution de la maladie causale le permettaient.

#### IMMOBILISATION DANS LA PHLÉBITE

Il est classique d'immobiliser les malades au lit, la jambe dans une gouttière, durant 20 à 60 jours après que la température est normale, car le moindre mouvement peut déclencher l'embolie fatale du caillot friable.

Nous croyons que cette immobilisation est inutile, et même dangereusement inutile. La gouttière peut tout au plus immobi-

liser le genou, et c'est plus haut qu'est le danger. Les soins de toilette, les mouvements involontaires du malade durant son sommeil, les efforts de toux, les contractions musculaires, feront détacher le caillot friable, même malgré la gouttière, si caillot friable il y a.

*Nous ne nions pas que l'embolie soit possible chez nos malades non-immobilisés, mais nous croyons que si celle-ci doit se produire, aucune immobilisation ne peut l'en empêcher.*

Nous n'en avons jamais observé. Cependant, nous avons traité une patiente présentant, à la suite d'une infection puerpérale, phlébites des deux membres inférieurs, pyélonéphrite gauche, insuffisance hépatique avec ictère, et, cela va sans dire, très mauvais état général. (Cf. Obs. No 8). Une heure après la quatrième paravertébrale, *frisson, pouls à 160, douleur à la région précordiale, mais sans dyspnée intense, sans expectoration*. Ces phénomènes disparurent au bout d'une couple d'heures. Le lendemain, son médecin de famille trouve des râles à la base droite et, quelques jours plus tard, croit à un épanchement à ce niveau. Il pose le diagnostic d'embolie pulmonaire.

Nous ne sommes pas prêt à accepter ce diagnostic. Nous croyons plutôt à un *choc* à la novocaïne, que nous avons plusieurs fois observé et qui donne tous ces symptômes (tachycardie — frisson — lipothymie), à l'occasion duquel une auscultation plus attentive permet de découvrir des râles pulmonaires chez une patiente en pyohémie qui a bien d'autres raisons qu'une embolie de développer une congestion pulmonaire ou un petit foyer de broncho-pneumonie. La patiente a d'ailleurs guéri sans autre incident.

Nous avons donc, à l'exemple de Leriche, négligé toute immobilisation, et de ce fait, nous avons mis nos patients à l'abri des séquelles les plus graves de la phlébite, qui ne dépendaient pas de la maladie du membre, mais du traitement qu'on y apportait, l'immobilisation: pied-bot phlébitique (Verneuil), rétraction des orteils, fréquente même quand le pied a été maintenu en bonne

position, amyotrophies souvent rebelles, maux perforants plantaires, etc.

Pour se représenter tout le progrès et les bienfaits de ce traitement, il suffit d'entendre la religieuse-hospitalière de la Salle Ste-Vierge bénir le ciel de ne plus voir de malades condamnées, comme autrefois, à une prolongation de séjour d'un mois et plus à l'hôpital, avec des douleurs dans leur jambe prisonnière de la gouttière, parce que l'appendicectomie banale s'est compliquée de phlébite.

### DANGERS DU TRAITEMENT

L'injection elle-même ne présente aucun danger si elle est bien faite: les gros vaisseaux, aorte et veine cave, sont relativement loin du ganglion sympathique et il faudrait être bien malheureux pour entrer dans le canal médullaire.

La seule complication, c'est le *choc à la novocaïne*, soit par intolérance à ce composé, soit par déséquilibre sympathique causé par l'anesthésie.

Sur une centaine d'infiltrations, nous en avons observé une dizaine de cas, plus ou moins graves. Dans les cas peu graves, une injection de morphine ou d'adrénaline suffit à tout ramener dans l'ordre.

Nous avons cependant failli perdre un patient par choc. Il s'agissait d'un vieux médecin que nous traitions pour phlébite post-opératoire (cystostomie).

Quelques minutes après lui avoir fait une paravertébrale, alors que j'étais occupé auprès d'un malade qu'il m'était impossible de laisser immédiatement, on m'avertit que mon cas de phlébite va mal. Je le vois environ dix minutes plus tard, dès que je suis libre: pupilles dilatées, aucune respiration visible, le coeur absolument muet à l'auscultation; le malade est froid, d'une pâleur de cire; ajoutez à cela les derniers secours de la religion et les regards réprobateurs d'une famille éplorée et le tableau sera complet. Une injec-

tion intra-veineuse de 3.5 c.c. de coramine et le patient ouvre les yeux, se dit beaucoup mieux, refuse énergiquement le sérum physiologique qu'on lui prépare et me jure qu'il ne me pardonnera pas d'avoir failli le tuer avec mes traitements nouveaux; il ne réalisa jamais que je venais de lui sauver la vie et que je ne pouvais prévoir cette formidable réaction à la nupercaïne que je lui avais injectée.

Une réaction de ce genre est très rare; elle n'est pas d'ailleurs l'apanage de la paravertébrale et peut s'observer après toute injection des succédanés de la cocaïne.

Voici maintenant les observations de quelques patients traités pour phlébite par les infiltrations de la chaîne sympathique lombaire à la novocaïne.

## OBSERVATIONS

### OBSERVATION I.

Mme Georges T . . . , 43 ans, se présente à l'Hôtel-Dieu dans le service du Prof. A. Paré le 14 février 1935 pour une phlébite du membre inférieur gauche. Fausse couche il y a douze jours; depuis la veille, *gonflement énorme* du membre inférieur gauche, *douleurs spontanées et provoquées au mollet, au creux poplité et à l'aîne*, où l'on sent un *gros cordon induré*. Température à 99°.6, pouls à 80.

Injection de 10 c.c. de novocaïne à 1% au niveau du 2e ganglion sympathique lombaire. *Disparition instantanée et définitive de toute douleur subjective au membre inférieur*; 24 heures après l'injection, la palpation profonde du membre n'éveille pas la moindre douleur. *Pas d'immobilisation*.

Le lendemain, 15 février, pouls à 130, température à 99°.8. Nouvelle injection. Le 16, pouls à 80, température à 98°.6.

La patiente reçoit en tout six injections; l'oedème baisse graduellement, elle se lève la huitième journée de son entrée à l'hôpital et retourne chez elle trois jours plus tard avec un oedème encore assez marqué, mais sans douleur, sans température, avec un pouls normal.

N. B. — Je n'ai pas pu retracer cette patiente à temps pour noter son état actuel dans ce travail. J'aurai bientôt son adresse.

## OBSERVATION II.

Mme Siméon C. . . , 21 ans, hospitalisée dans le service du Dr Bruneau depuis le 16 février 1935 pour *pneumonie*, présente soudain le 5 mars un oedème assez considérable, très douloureux du membre inférieur droit, avec une température, normale depuis une semaine, à 100.4° et un pouls à 108.

Phlébite typique. Le 5, le 6 et le 8 mars, injection de novocaïne au niveau du 2e ganglion lombaire. Pas d'immobilisation. Le 8: température à 98.6°, pouls à 84. Deux jours après la patiente se lève; il ne persiste aucune trace d'oedème, la température est à 97.4°, le pouls à 72, soit *cinq jours après le début de sa phlébite*. Quitte l'hôpital dans le même état trois jours plus tard. Je n'ai pas pu trouver son domicile actuel.

## OBSERVATION III:

Mme Albert D. . . , qui avait quitté depuis trois jours le service du Dr Bruneau, où elle avait été traitée pour une poussée aiguë de tuberculose pulmonaire, revient à l'hôpital pour un gonflement assez considérable du membre inférieur droit avec douleurs qu'elle dit intolérables: on peut à peine presser le mollet et la palpation de la région inguinale, où l'on sent un gros cordon induré, arrache des cris à la malade.

La patiente reçoit une paravertébrale par jour durant les quatre premiers jours; dès la première injection le pouls, qui était à 112, descend à 80, puis à 72 et ne remontera jamais plus haut; la température baisse graduellement mais l'oedème semble augmenter et les douleurs reviennent 6 à 7 heures après l'injection. Ces douleurs sont lombaires plutôt que dans le membre, nous dit la patiente.

Mais à partir du cinquième jour, les douleurs disparaissent, l'oedème se résorbe rapidement, température normale, pouls à 64. N'a jamais été immobilisée.

*Elle se lève huit jours après son entrée à l'hôpital et nous quitte guérie deux jours plus tard.*

Je crois qu'elle est actuellement dans un sanatorium pour tuberculose pulmonaire. Dans un prochain travail, j'exposerai sa condition actuelle au point de vue circulatoire.

## OBSERVATION IV.

Mme Armand C . . . , 32 ans, opérée dans le service des Drs Trottier et Marchildon le premier février 1935: appendicectomie, hystérectomie subtotale, périnéoraphie. Drainage du petit bassin. Suppure abondamment.

Le 4 mars, douleurs vives dans le membre inférieur gauche, oedème, poussée de température, etc. La patiente reçoit du 4 au 10 mars cinq injections paravertébrales de novocaïne avec la diminution habituelle des symptômes, et nous permettons le lever le 12 mars, soit *huit jours après le début d'une phlébite post-opératoire*.

Nous avons revu cette patiente le 7 novembre; elle se plaint d'une sensation de fatigue dans sa jambe et d'un peu d'oedème malléolaire, mais vaque à ses occupations de femme de ménage.

## OBSERVATION V:

M. Henri G . . . , 44 ans, traité depuis le 10 octobre 1934 dans le service du Dr Gatien pour typhoïde présente soudain le 24 octobre une douleur vive à l'aîne gauche avec ascension thermique à 100.6° et pouls à 124. Le lendemain et les jours suivants, la douleur et la température persistent; pouls 88 à 108. Le 29, sensation de cordon dans l'aîne gauche, douleur dans le mollet; le membre est chaud, cyanosé, oedématié. Immobilisation dans une gouttière métallique.

On nous demande le 3 novembre de tenter les paravertébrales. C'était notre premier cas, et la première fois que nous essayions l'injection. Il s'agissait d'une phlébite typhique déjà vieille d'au moins dix jours, chez un patient bien fatigué. Nous lui avons fait trois injections en quatre jours. La douleur est disparue et le 16, 13 jours après le début du traitement, il ne reste qu'un léger oedème des symptômes de sa phlébite.

Le patient a repris ses occupations d'ouvrier en métallurgie un mois après son départ de l'hôpital; il accuse des fourmillements dans son membre et un peu d'oedème malléolaire. Nous en parlerons de nouveau.

## OBSERVATION VI:

Mme Wilfrid S . . . , 32 ans, se présente à l'hôpital le 19 mars 1935 en septicémie puerpérale, avec phlébite du membre inférieur gauche. Température 103°, pouls à 128. Numération globulaire: G. R. 2.038.906, G. B. 11.094.

Nous sommes demandé le 8 avril pour traiter sa phlébite. Depuis son entrée, il y a 20 jours, elle a accusé de fortes douleurs dans la cuisse et le mollet à gauche avec un oedème considérable de ce côté; depuis une dizaine de jours, douleurs au mollet droit avec début d'oedème du même côté.

A partir du 8 avril nous lui faisons une infiltration par jour durant cinq jours. La douleur est complètement et définitivement disparue dès la première injection. Le 13, il ne persiste qu'un léger oedème à gauche. Aucune douleur, pas de cordon veineux. Guérie. Son médecin lui permet de se lever dès le 21 avril, et elle quitte l'hôpital le 1 mai 1935.

J'ai revu cette patiente le 8 novembre; tout est parfait. Pas le moindre godet, jamais de douleur, aucun trouble dans l'un ou l'autre membre inférieur.

#### OBSERVATION VII:

Mme Yvonne D... , 25 ans, arrive à l'hôpital le 20 mai 1935 pour phlébites des deux membres inférieurs.

Accouchée le 12 avril, phlébite gauche le 26 avril, phlébite droite le 18 mai. Les deux membres sont énormes, très douloureux — cordons veineux. Température 98, pouls à 136 — mauvais état général, souffrante, vomissements fréquents, etc.

Le 21, novocaïne à 1% — 10 c.c. en infiltration lombaire. Soulage la malade. Les phénomènes généraux restent les mêmes. Le 22, le 24 et le 27 nous répétons l'injection. A partir du 31 le pouls baisse graduellement de 90 à 72 et la température reste normale. L'état général s'améliore, il n'y a plus de douleurs et l'oedème diminue. Départ le 8 juin.

Revue le 8 novembre, la patiente ne se plaint que d'un léger oedème malléolaire des deux chevilles; aucune douleur alors que, elle me le raconte aujourd'hui, elle n'avait pu dormir un seul soir sans calmant durant les trois semaines de maladie ayant précédé son entrée à l'hôpital. Ces douleurs ont cessé définitivement à la première paravertébrale; elle n'en a jamais ressenti depuis.

#### OBSERVATION VIII :

Mme Henri L... , 26 ans, septicémie puerpérale avec phlébites de deux membres inférieurs, pyélonéphrite gauche, ictère. Tempér. 102.8°, pouls à 124.

Entrée le 12 septembre 1935. Le 14, le 15, le 16 et le 18, paravertébrales à gauche. C'est après la dernière de ces injections que cette patiente aurait fait une embolie, tel que rapporté plus haut, alors que nous croyons plutôt à un choc à la novocaïne.

Les injections l'avaient soulagée de ses douleurs. Après l'alerte que nous avait causée la prétendue embolie, nous abandonnâmes le traitement; mais les douleurs reprirent de plus belle, et sur demande de son médecin (cas privé) et

de la patiente elle-même, nous les recommençames le 26: nous en fîmes deux, une le 26 et l'autre le 28, qui lui apportèrent un grand soulagement. Elle quitte l'hôpital le 1er octobre avec température à 100°, pouls à 108, un peu d'oedème, pas de douleur. Son médecin préfère la traiter chez elle pour sa septicémie puerpérale.

Nous l'avons revue le 7 novembre; pas la moindre trace d'oedème, aucune douleur. Elle a gardé le lit durant deux semaines après son retour chez elle, n'a jamais expectoré de sang, et se dit maintenant en excellente santé à tous points de vue.

## OBSERVATION IX:

Mlle Marie-Ange B... , 21 ans, opérée depuis 13 jours pour appendicite aiguë et qui se levait depuis un couple de jours, présente soudain le 16 septembre, de vives douleurs dans la jambe gauche avec ascension thermique à 102.6° et pouls à 100.

Son chirurgien, plutôt sceptique sur l'efficacité de notre traitement, préfère appliquer la méthode classique. Ce cas est typique; je transcris ici les notes quotidiennes de l'infirmière pour bien montrer la différence des deux traitements.

- Sept. 16. Lundi. — Patiente très souffrante. Douleurs dans la jambe gauche. Ne dort presque pas.  
2 heures p.m.: Très souffrante cet après-midi.
17. Mardi. — Très souffrante. Upnos, 1 c. à d. Ne soulage pas. Gardenal 0 gr. 10. Dort un peu. Enveloppement ouaté à l'huile camphrée. Sac de glace à la racine de la cuisse. Sherman No 38,  $\frac{1}{4}$  c.c. en inj. s. c. Très souffrante.
18. Mercredi. — Vives douleurs à la jambe. Morphine  $\frac{1}{4}$  grain s.-c. Dort bien. Enveloppement — glace — Sherman. Très souffrante cet après-midi.
19. Jeudi. — Dort bien sans calmant jusqu'à minuit. — Minuit: très souffrante. Injection de  $\frac{1}{8}$  grain de morphine. Les douleurs recommencent 4 heures après mais moins fortes. Dans l'après-midi, très souffrante. — Enveloppements — glace — Sherman.
20. Vendredi. — Souffrante. Injection de morphine  $\frac{1}{4}$  de grain. Dort bien. Très souffrante dans l'après-midi. *Injections de 20 c.c. de novocaïne (para-vertébrales)*.
21. Samedi. — *Refuse injection de morphine.* Gardenal 0 gr. 10. Passe une bonne nuit. Après-midi: Novocaïne 20 c.c. Enveloppement à l'huile camphrée.
22. Dimanche. — Bonne nuit. — Bonne journée.

23. Lundi. — Bonne nuit. — Bonne journée.

Et ainsi de suite. A partir de la première infiltration, cette patiente qui souffrait continuellement n'a pas eu la moindre douleur, sans calmant. Elle a reçu en tout deux injections de novocaïne au niveau de la 1<sup>e</sup> et de la 2<sup>e</sup> lombaires le 20 et le 21. Son médecin lui permet de se lever le 6 octobre et elle quitte l'hôpital le 8.

Cette patiente demeure en province et je n'ai pas encore reçu de réponse à la lettre que je lui ai adressée au sujet de son état actuel.

### CONCLUSIONS

Les résultats obtenus dans le traitement des phlébités par les infiltrations du sympathique sont des plus encourageants.

Nous n'avons nullement la prétention de nous en attribuer la gloire: le mérite appartient aux innovateurs de la méthode, Leriche et ses élèves. Nous sommes fiers cependant d'avoir été les premiers à l'expérimenter ici.

De plus, nous avons sensiblement modifié le traitement, d'abord *quant au nombre d'injections* (en moyenne quatre à cinq infiltrations alors que dans l'étude de Leriche et Kunlin, il s'agit le plus souvent de dix à douze), et surtout *quant au lever du malade*: la plupart de nos patients se sont levés et ont marché le huitième jour après le début du traitement, l'une d'elles le cinquième jour. Dans leur récent travail, Kunlin et Lucinesco<sup>4</sup> rapportent avoir fait lever leurs patients le quatorzième et le trentième jour.

Dans toute la littérature que nous avons parcourue sur le sujet, nous avons constaté que l'on n'a traité jusqu'ici que des phlébités post-opératoires ou variqueuses par la méthode des infiltrations. Or nous avons traité ainsi avec un succès égal phlébités post-opératoire, pneumonique, puerpérale, typhique, tuberculeuse et nous croyons que quelle que soit la cause de la phlébite, elle présente toujours une symptomatologie à peu près identique, rele-

<sup>4</sup> Loc. cit. in Biblio.

vant du même mécanisme (irritation du sympathique par pneumocoque — Koch — staphylo — caillot aseptique, etc.) et susceptible de la même thérapeutique.

Que d'horizons nouveaux nous sont ouverts sur cette question de la phlébite! Les phlébites doubles, par exemple, sont-elles toujours causées par l'extension du caillot « en fer à cheval » à la veine iliaque du côté opposé ou ne seraient-elles pas bien souvent dues à la réaction « en fer à cheval » du sympathique irrité par une lésion unilatérale ?

Pourquoi, en dilatant les veines par section du sympathique, ne se produit-il pas d'embolie, alors que théoriquement la fémorale loge un caillot ? Nous avons bien constaté que même lorsque la douleur est complètement disparue du membre après une paravertébrale, elle persiste tout de même, légère, au niveau du cordon induré, à l'aîne. Existerait-il à ce niveau un *anti-réflexe* quelconque conservant le phénomène douleur et le phénomène vaso-contriction, par conséquent empêchant le détachement du caillot ?

Tout en continuant de rester attaché à ce passionnant problème, je résume les faits que nous avons jusqu'ici constatés:

1) Dans la phlébite, ce sont surtout les réactions sympathiques qui sont importantes; la lésion veineuse qui en est la cause et que nous ne pouvons traiter passe au second plan.

2) L'infiltration de la chaîne sympathique lombaire à la novocaïne empêche les réactions sympathiques de douleur, oedème, etc., dans un membre dont une veine est lésée.

a) L'injection paravertébrale fait cesser immédiatement et définitivement toute douleur spontanée dans le membre, permettant au malade de dormir sans calmant.

b) On observe une diminution rapide du pouls et de la température et progressive de l'oedème — disparition de tous les symptômes de la phlébite.

3) Ce traitement exempte les malades de l'immobilisation si ennuyeuse et des séquelles de cette immobilisation.

4) Le séjour au lit de nos malades est considérablement abrégé, puisque nous avons fait marcher la plupart d'entre eux vers la huitième journée après le début du traitement.

5) Nous croyons enfin que cette méthode a fait ses preuves et qu'elle doit entrer dans la thérapeutique régulière de toute phlébite, *quand ce ne serait que pour soulager nos malades de leurs douleurs, comme c'est notre devoir.*

## BIBLIOGRAPHIE

1. R. LERICHE et J. KUNLIN. — Traitement immédiat des phlébites post-opératoires par l'infiltration novocaïnique du sympathique lombaire. *La Presse Médicale*, No 76, 22 sept. 1934, p. 1481.
2. R. LERICHE et A. JUNG. — Recherches expérimentales sur les oedèmes chirurgicaux des membres inférieurs d'origine phlébétique. *Journal de chir.*, T. XXXVII, No 4, avril 1931, p. 481.
3. R. LERICHE et R. FONTAINE. — Technique de l'infiltration novocaïnique du sympathique lombaire. *La Presse Médicale*, No 92, 17 novembre 1934, p. 1843.
4. J. KUNLIN et E. LUCINESCO. — Résultats du traitement immédiat des phlébites post-opératoires et variqueuses par l'infiltration novocaïnique du sympathique lombaire. Cinq nouvelles observations. *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir.*, 20 juillet 1935, tome LXI, No 25, p. 965.
5. LEO M. ZIMMERMAN. — Phlebitis, Thrombosis and Thrombophlebitis of the Lower Extremities. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Vol. No 61, No 4, octobre 1935, p. 443 et seq.
6. U. GARIÉPY. — Via dolorosa — chirurgie de la douleur. — *L'Union Médicale du Canada*, mai-novembre 1934.
7. TH. LEGRY. — Les phlébites. Nouveau traité de médecine, fasc. X., tome III, édit. 1933, p. 595 et seq.
8. PAUL LAUNAY et FRANÇOIS D'ALLAINES. — Les Phlébites, in Nouveau traité de chirurgie (1928), tome XV, maladies des veines et des lymphatiques, p. 68 et seq.
9. R. LERICHE et A. POLICARD. — Les phlébites, in Physiologie pathologique chirurgicale, Masson & Cie (1930), pp. 169-175.

## SYNDROME NEURO-ANÉMIQUE

### *Polynévrite neuro-anémique avec mélancolie*<sup>1</sup>

Par PAUL LARIVIÈRE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu et de l'Hôtel-Dieu,  
Assistant à la clinique des maladies mentales et nerveuses.

On appelle syndrome neuro-anémique un ensemble de symptômes neurologiques — en particulier médullaires — coïncidant avec des accidents anémiques et ayant la même cause que ceux-ci. Plusieurs autres noms ont été donné à ce syndrome: *scléroses combinées anémiques, dégénérescences combinées subaiguës de la moëlle, pseudo-tabès anémique, myélite funiculaire, syndrome des fibres longues des cordons postérieurs.*

Leichtenstern publia en 1884 la première observation de gros troubles neurologiques s'accompagnant d'anémie, et en France le premier cas rapporté le fut par Dejerine et Thomas en 1889.

En 1901, Risien Russel, Batten et Collier décrivirent une affection qu'ils appelèrent « dégénérescence combinée subaiguë de la moëlle »; accompagnée d'anémie ou évoluant sans anémie, ils la considèrent comme différente des accidents neurologiques survenus au cours des anémies graves.

Puis on décrivit en Allemagne la myélite et la myélose funiculaire et Déjerine et ses élèves se basant sur les manifestations sensibles et anatomiques fréquemment présentées, décrivirent le syndrome des fibres longues radiculaires des cordons postérieurs.

Dans tous ces travaux, comme le fait judicieusement remarquer Pierre Mathieu (sur l'ouvrage de qui nous aurons à revenir) deux tendances principales se sont manifestées: « Pour certains auteurs, dit-il, il existe:

1° Des accidents neurologiques qui s'observent au cours des anémies et particulièrement des anémies pernicieuses;

---

<sup>1</sup> Communication faite à la Société Médicale de Montréal, à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, octobre 1935.

2° Une véritable maladie autonome, à prédominance médullaire, pouvant ou non s'accompagner d'anémie. C'est la dégénérescence combinée subaiguë de Risien Russel, Batten et Collier, telle qu'ils la conçoivent.

Pour d'autres auteurs, ces deux catégories de faits se confondent ou tout au moins leur parenté clinique et anatomique est étroite. Ces derniers auteurs (surtout anglo-saxons), tendent à employer le terme « *dégénérescence combinée subaiguë de la moëlle* » dans un sens bien plus général. Ils englobent également sous cette dénomination les cas où l'anémie est au second plan et insconistante et ceux où elle prédomine: c'est l'équivalent de la *myélite funiculaire* des Allemands.

... Ce que l'on peut dire, ce que la clinique nous montre, c'est que l'on rencontre chez une série de malades, coexistant ou se succédant, et des symptômes anémiques et des symptômes neurologiques diffus mais surtout d'ordre médullaire. Les rapports entre les uns et les autres ne *semblent pas être de simples rapports de cause à effet*, ils n'en existent cependant pas moins.

Il ne faut pas considérer les accidents neurologiques survenant au cours d'une anémie grave, comme une simple conséquence de la diminution et de l'altération des éléments figurés du sang mais plutôt d'une modification humorale cause ou témoin invisible de l'anémie elle-même. »

Ces constatations étant faites, l'auteur, dans une thèse remarquable: *Etude clinique des syndromes neuro-anémiques en particulier des dégénérescences combinées subaiguës de la moëlle avec anémie*,<sup>2</sup> élargit le syndrome et y fait entrer non seulement les lésions médullaires comme les auteurs précédents mais les accidents dûs à l'atteinte de l'encéphale et les lésions à type de polynévrite.

C'est ainsi qu'il distingue trois groupe de syndromes neuro-anémiques:

---

<sup>2</sup> Travail de la clinique des maladies du système nerveux, Hospice de la Salpêtrière, chez Doin, éditeur, Paris 1925.

I — *Groupe des dégénérescences subaiguës de la moëlle.*

II — *Groupe des polynévrites anémiques.*

III — *Groupe des lésions et symptômes cérébraux avec anémie.*

Le cas que nous allons présenter appartient au second groupe, celui des polynévrites anémiques. (Ce sont les cas les plus rares et les moins étudiés.)

Mais avant de rapporter l'observation, permettez-moi de résumer les différents symptômes de ces trois groupes.

I — *Symptômes du groupe des dégénérescences.*

Les troubles sensitifs apparaissent d'abord : dysesthésies, paresthésies, douleurs.

Puis viennent les troubles moteurs: simple parésie des membres inférieurs d'abord, paraplégie vraie ensuite, toujours spasmodique, parfois ataxo-spasmodique.

Les altérations de la sensibilité profonde sont caractéristiques: perte de la notion de position des membres inférieurs, astérogénosie, perte de la sensibilité osseuse. Les modifications objectives des sensibilités superficielles sont beaucoup moins importantes. C'est le syndrome des fibres longues de Déjerine.

La paraplégie s'aggrave assez rapidement, elle devient flasque, mais parfois le Babinski subsiste; les troubles spinctériens, l'amyotrophie apparaissent.

Le pronostic est toujours fatal et la mort survient en un ou deux ans. (Rimbaud)<sup>3</sup>

Les symptômes neurologiques sont les premiers en date et précèdent parfois à une assez longue échéance les accidents anémiques. L'anémie peut être de tous les types: anémie pernicieuse cryptogénétique, anémie symptomatique du cancer, d'hémorragies, d'helminthiases intestinales. Les globules rouges peuvent être inférieurs à un million.

<sup>3</sup> Précis de neurologie, chez Doin, 1933.

Par ailleurs, on note d'une façon régulière dans tous ces cas l'absence d'acide chlorhydrique dans l'estomac.

II — *Symptômes du groupe des polynévrites anémiques.*

Le tableau clinique est celui des polynévrites ordinaires:

1° Les troubles moteurs consistent en parésie et en paralysie flasques de certains muscles.

2° La douleur est un signe important: douleur à la pression des masses musculaires.

3° Les réflexes tendineux sont abolis.

4° L'atrophie musculaire est fréquente.

5° La réaction de dégénérescence est habituelle.

Le syndrome anémique est le même que dans le groupe précédent.

Le pronostic est moins grave. L'anémie et les troubles polynévritiques peuvent disparaître après une période plus ou moins longue.

III — *Symptômes du groupe des lésions cérébrales avec anémie.*

Ces lésions se trouvent à l'autopsie et n'ont rien de spécifique.

« Les psychoses symptomatiques relèveraient plutôt de l'action directe des toxines et peut-être des altérations cellulaires. » (Mathieu).

Il ne faut évidemment voir dans cette délimitation de lésions portant sur la moëlle, sur le neurone périphérique ou sur le cerveau, qu'une indication de prédominance et non d'exclusivité: des lésions souvent diffuses, médullaires, cérébrales et périphériques peuvent exister chez un même malade.

Les troubles mentaux n'ont rien de spécifique. Mathieu signale qu'ils peuvent aller de la dépression tranquille à la dépression profonde, d'une légère excitation à la manie la plus caractérisée.

La pathogénie de ces syndromes n'est pas clairement connue. Quel est le rapport clinique de l'anémie et des accidents neurologiques? Sans entrer dans les discussions disons simplement que « l'anémie ne semble pas conditionner à elle seule les accidents nerveux. Elle semble plutôt se rencontrer avec eux sous l'influence de mêmes causes. Autrement dit, il semble exister des facteurs capables d'engendrer des altérations aboutissant à la fois à une déficience du système nerveux et à une déficience des organes hématopoiétiques, l'un pouvant se manifester avant l'autre ou inversement. » (Mathieu).

Quelle serait cette cause? On ne sait. Ce serait une cause infectieuse, peut-être un streptocoque hémolytique vivant dans la bouche et passant dans le duodénum, ou une toxine secrétée par un cancer que l'on trouve quelquefois chez ces malades.

Voici maintenant notre observation.

Les antécédents de la malade nous sont malheureusement mal connus. Disons cependant qu'il n'y a sûrement pas d'antécédents alcooliques.

Mme X . . . , Tchecoslovaque, 44 ans, est arrivée le 29 mai 1935, à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu. Elle était envoyée de l'hôpital Notre-Dame pour un syndrome confusionnel et mélancolique.

Elle présentait des idées de possession diabolique, de culpabilité et de damnation et des idées de négation d'organes. Peu d'anxiété cependant mais agitation assez forte. Orientation imparfaite. Au point de vue physique la malade était très affaiblie, paraplégique et anémique. La numération globulaire donnait 1,900,000 globules rouges. La malade souffrait également de pyorrhée alvéolo-dentaire.

Elle arriva dans mon service au début de juillet avec à peu près la même symptomatologie. Entre temps elle avait été traitée pour ses dents. Elle présentait toujours des idées délirantes de culpabilité et de damnation et son anxiété avait augmenté. Lorsque

je l'examinai elle cria que je voulais la tuer et lui couper les jambes, qu'elle était une méchante femme et qu'elle irait en enfer, que son mari n'était plus à elle et qu'elle n'en était pas digne. Donc tableau mélancolique très net.

L'examen neurologique révéla une paraplégie complète, flasque, à type polynévritique, avec abolition des réflexes achilléens et rotuliens — amaigrissement des masses musculaires et douleurs très vives à la pression — impotence fonctionnelle très grande: la marche est impossible, la malade peut à peine remuer les jambes dans le lit et ne les soulève que de quelques centimètres au-dessus du plan du lit.

L'examen de la sensibilité est impossible à cause de l'état mental de la malade.<sup>4</sup>

L'anémie est toujours considérable: 1,800,000 globules rouges le 19 juin et lors de notre examen 1,300,000.

Le Wassermann est négatif. Il n'y a pas d'Argyll-Robertson, ce qui élimine pratiquement le tabès.

La malade mange très peu. On la gavage, malgré tout elle se cachectise et son état paraît très grave.

Il y a présence d'acide chlorhydrique dans l'estomac.

J'ai à ce moment-là porté le diagnostic de neuro-anémie, probablement à type de polynévrite, attendant pour préciser ce diagnostic le moment où je pourrais faire un examen de la sensibilité.

La malade heureusement s'améliora graduellement. Les symptômes mentaux, neurologiques et anémiques régressèrent parallèlement: les idées délirantes devenaient moins actives, l'anxiété avait presque disparu et la malade consentait à manger seule. La marche était cependant encore impossible mais la malade remuait plus faci-

---

<sup>4</sup> On sait que l'examen de la sensibilité, même chez des personnes normales mentalement, est sujet à de nombreuses erreurs d'interprétation à cause de l'appel nécessairement fait à la conscience psychologique du malade. C'est un examen psychologique presque autant que neurologique. A plus forte raison faut-il être sur ses gardes avec des malades atteints de troubles mentaux.

lement ses jambes et pouvait se tenir debout lorsqu'elle était soutenue.

Du 1er juillet au trois septembre les globules rouges augmentèrent et se maintinrent entre trois millions et trois millions et demi.

Un premier examen de la sensibilité, confirmé par d'autres, ne nous révéla rien de spécial; en particulier la sensibilité profonde paraissait intacte: la vibration du diapason était sentie, il n'y avait pas d'astérognosie ni de perte de la notion de position du corps. Aucun trouble appréciable non plus des sensibilités superficielles.

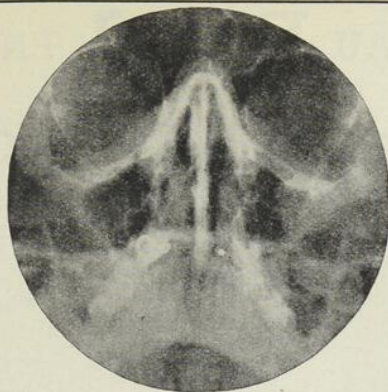
Au point de vue de la sensibilité subjective, la maladie accusait cependant des paresthésies et des fourmillements dans les doigts. La pression des masses musculaires était douloureuse.

Cet examen confirma notre hypothèse d'une polynévrite neuro-anémique, dont cependant nous ne pouvons faire l'étiologie complète: la pyorrhée est probablement une des causes, mais il pourrait s'agir également d'un cancer de l'intestin — l'amaigrissement progressif de la malade, son teint jaune paille sont de mauvais augure — (Mathieu rapporte ainsi deux cas de neuro-anémie où le cancer a été une trouvaille d'autopsie.)

Jusqu'ici notre thérapeutique avait consisté à donner surtout en gavage du foie de veau cru que la malade supportait très mal, aussi ne pouvions-nous appliquer qu'imparfaitement la méthode de Whipple. C'est alors que nous avons commencé une cure au cacodylate de soude, à dose relativement élevée: d'abord 10 centigrammes par jour et, en augmentant progressivement, 40 centigrammes par jour. Du 7 au 30 septembre nous avons vu les globules rouges passer de 3,375,000 à 5,800,000.

En même temps les symptômes paraplégiques diminuèrent, la malade commença à marcher, soutenue par la garde-malade, et les idées délirantes de culpabilité et de damnation disparurent presque complètement. L'anxiété subsiste encore, mais très atténuée.

Depuis 8 jours la malade ne prend plus de médicaments et les globules rouges sont tombés à 4,600,000. Nous nous proposons de reprendre le cacodylate.



# ILFORD X-RAY FILM



Un film radiographique, s'il est vraiment excellent, donne en tout temps des images claires et riches de haute valeur diagnostique.

Les radiologistes du monde entier connaissent et estiment le film Ilford, "British made".

Il est rapide sans tendre au voile. Il donne de beaux contrastes sans perte de détail. Et puis, toujours le même !

*Une ample provision, dans tous les formats, se trouve toujours chez :*

## VICTOR X-RAY CORPORATION

 of Canada, Ltd. 

*Distributeurs pour la General Electric X-Ray Corporation*  
MONTREAL: Bureau à 524 Medical Arts Building — Entrepôt au numéro 307, rue St-Paul.

TORONTO: 1221 Bay Street — WINNIPEG: Medical Arts Bldg. — VANCOUVER: Motor Transportation Bldg.

UN NOUVEAU **P A S** EN AVANT . . . .

**LE CORRECTEUR COMPLET**  
DES CARENCES EN VITAMINES ET MINÉRAUX



**HALIVER MALT**

AVEC VIOSTEROL

**ABBOTT**

AGRÉABLE AU GOÛT • ÉCONOMIQUE • EFFICACE

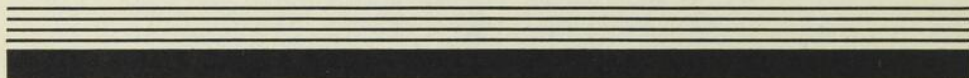
Le HALIVER MALT avec VIOSTEROL ABBOTT est recommandé ● comme stimulant de la croissance ● comme correcteur des états de faiblesse générale ● comme tonique général pour les invalides et les convalescents ● comme complément au régime de la femme au cours de la grossesse et de l'allaitement.

*Information détaillée et échantillons sur demande.*

**LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE**

388 OUEST, RUE SAINT-PAUL

**MONTREAL**



# Incroyable!

SANS LAME...

SANS MOUSSE...

**\$16.50** SANS LOTION...  
SANS COUPURE



Le dernier mot du confort  
facial.

*Recommandé par les  
dermatologistes.*

Le Schick relève d'un nouveau principe: *tondre les poils* au lieu de les raser. Sans difficulté ni ennui, le rasage devient avec lui facile, propre et absolument indolore. Le Schick maintient souple la peau du visage et la garde en bonne condition, car il élimine les callosités dues à l'irritation quotidienne. Venez le voir fonctionner, essayez-le et vous n'hésitez pas à vous défaire de votre rasoir à l'ancienne mode.

**HENRY BIRKS & SONS**

Philipps Square  
MONTRÉAL

Remplace la morphine pour soulager la douleur

## Dilaudid

*dihydromorphinone hydrochloride*

Dilaudid possède plusieurs avantages sur la morphine pour la sédation et le soulagement de la douleur. Il agit rapidement et cause moins de symptômes désagréables.

1/20 de grain de Dilaudid est généralement administré au lieu de 1/4 de grain de morphine.

Tablettes hypodermiques, 1/32 et 1/20 de grain.

Tablettes par voie buccale, suppositoires rectaux, 1/24 de grain.

Ampoules, 1/32 de grain. Poudre facilement soluble dans l'eau.

*Littérature et échantillon envoyés sur demande.*

**MERCK & CO. LIMITED**

412, RUE ST-SULPICE, MONTRÉAL

*Vendeurs autorisés.*

Manufacturiers BILHUBER-KNOLL CORP., Jersey City, N.J.

# SPASMOSEDINE

SEDATIF CARDIAQUE

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

# DIGIBAINES

TONIQUE CARDIAQUE

Remplacent  
DIGITALE et DIGITALINE

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

2 FORMES

GRANULÉ  
COMPRIMÉS  
(avec bonbonnière de poche)

# SÉDOGASTRINE

SÉDATIF GASTRIQUE  
Association Alcalino-phosphatée + semences de cigüe

HYPERCHLORHYDRIE  
SPASMES  
DOULEURS GASTRIQUES

POSOLOGIE

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

LABORATOIRES  
DU DOCTEUR ZIZINE  
24 Rue de Fécamp - PARIS

ANÉMIES  
et INSUFFISANCES HÉPATIQUES

# Hépatrol

EXTRAIT de FOIE de VEAU FRAIS  
en ampoules fixables

MÉTHODE de WHIPPLE

ADULTES et ENFANTS  
sans contre-indications

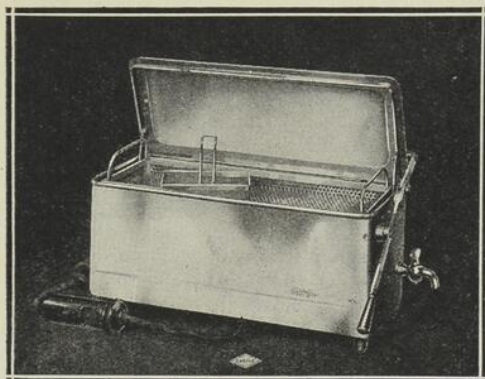
LABORATOIRES ROLLAND  
31, rue des Francs-Bourgeois (4<sup>e</sup>)  
Paris

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

# STÉRILISATION

## EFFICACE AUTOMATIQUE ÉCONOMIQUE

Pour MÉDECINS ET HÔPITAUX



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

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

Vous ne pouvez endommager le Stérilisateur par négligence.

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

WILMOT CASTLE COMPANY  
Rochester, N. Y.

### "CASTLE"

## CASGRAIN & CHARBONNEAU LIMITÉE, MONTRÉAL

*Représentants Exclusifs*

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

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

Générateurs à Thérapie Profonde 200-400 K. V.

Générateurs Combinés (Diagnostic-Thérapie)

Générateurs à Diagnostic (Haut Milliampérage)

Générateur à Diagnostic (Condensateurs)

Générateur à Diagnostic pour Praticien

Tables à Rayons-X (modèles de tous genres)

Fluoroscopes verticaux. Stéréoscope

Civière radiographique Spéciale

Appareils à Haute-Fréquence

Escamoteurs de Cassettes

Ampoules à Rayons-X

Electro-Cardiographe

Accessoires.

*Littérature descriptive gracieusement fournie*

**CASGRAIN & CHARBONNEAU**  
LIMITÉE

Représentants Exclusifs

Lancaster 3292

MONTRÉAL

30 est, rue St-Paul



# iodo-cinnamate CHOMEDY

L'iodo-cinnamate a une action chimiothérapique anti-infectieuse en général, et anti-infectieuse pulmonaire en particulier; il tend de plus à conférer à l'organisme une immunité artificielle vis-à-vis des bacilles.

Chaque ampoule contient :	{	Cholestérine .....	0,03	Goménol	} à 0,05
		Cinnamate de Benzyle...	0,05	Gaiacol	
		Iode combiné .....	0,01	Eucalyptol	
		Huile d'arachide neutralisée stérilisée Q.S. pour 1 cc ½			

POSOLOGIE. — 1° Bacilloses au début — séquelle d'infections pulmonaires ou de grippe — convalescences d'infections aiguës anergissantes: *une injection tous les 2 jours*. — 2° Bacilloses pulmonaires non congestives, mais en évolution, osseuses ou cutanées — infections pulmonaires à leur période d'état — abcès du poumon, bronchite fétide, pleurésie purulente, gangrène pulmonaire: *une ou deux injections chaque jour*.

Avant de pratiquer l'injection: stériliser l'aiguille et la seringue en les laissant dans l'eau bouillante durant un quart d'heure; immerger l'ampoule assez bas et aspirer le liquide huileux avec l'embout de la seringue, adapter l'aiguille (de 3 cm de long); pousser le liquide lentement dans le tissu sous-cutané de la région fessière, ou scapulaire, après avoir nettoyé l'endroit de la piqûre avec un tampon imbibé d'alcool à 95°. L'injection est indolore et ne provoque aucune réaction.

La boîte contient DOUZE ampoules.

## HERDT & CHARTON, Inc.

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL . . . MONTRÉAL

## Pommade HEMORONE

*renferme les principes actifs suivants:*

adrénaline: vaso-constricteur et hémostatique puissant.

fluorure de sodium: antiseptique excellent.

stovaïne: anesthésique local aussi puissant mais moins toxique que la cocaïne.

extrait d'hamamélis: tonique et astringent.

extrait de belladone: excite le péristaltisme intestinal.

extrait de marron d'Inde: d'action bien connue.


extrait d'arnica: reconnu depuis les temps les plus reculés comme vulnéraire très actif.

*En application matin et soir.*

Tube de 22 grammes

# APPLICATION DU PROPIDON A LA BACTÉRIOTHÉRAPIE LOCALE

BOUILLON STOCK VACCIN MIXTE DU PROFESSEUR DELBET



**PROPIDON**  
VACCINATION CURATIVE  
DES  
AFFECTIONS À PYOGÈNES  
VACCINATION  
PRÉ-OPÉRATOIRE  
BOITES DE 3 ● AMPOULES DE 45l



**PROPIDEX**  
POMMADE A BASE DE PROPIDON  
EN TUBE ETAIN DE 30 gr.

Le Propidon et le Propidex  
sont indiqués dans tous les cas  
où il y a lieu d'éviter la suppuration  
ou de la combattre si elle  
est déjà installée.



LABORATOIRES POULENC FRÈRES DU CANADA, LIMITÉE  
(Licence Rhône-Poulenc)  
Distributeurs : ROUGIER FRÈRES, MONTREAL

# Traitement des ULCÈRES VARIQUEUX



La photo montre un ulcère datant de 25 ans.

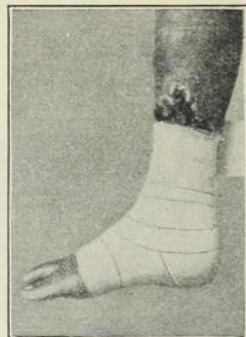


Patiente âgée de 63 ans. A la suite du traitement par l'Elastoplast.

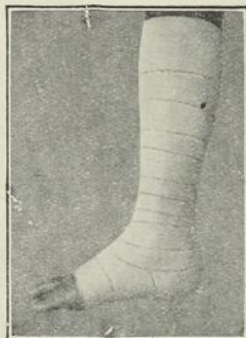
L'objet essentiel de ce traitement est de créer au moyen du bandage élastique **Elastoplast** un réel support pour la jambe, qui ne puisse se déplacer une fois appliqué et qui s'adapte de lui-même au volume de la jambe.

Ce bandage n'est renouvelé qu'à de longs intervalles et les résultats obtenus sont remarquables. Il est employé par les médecins et dans les hôpitaux du monde entier.

Par la nature de son élasticité l'**Elastoplast** est, de tous les bandages, le seul capable de permettre une compression parfaite et un support approprié.



Le bandage appliqué sur un ulcère variqueux de jambe.



Manière de poser le bandage sur un ulcère.

• Nous enverrons avec plaisir à tous ceux qui ne l'ont pas encore reçu un exemplaire de l'édition spéciale canadienne de notre manuel de technique **Elastoplast** et cela, à nos frais.

# Elastoplast

SMITH & NEPHEW LTD.  
378 OUEST, RUE ST-PAUL, MONTRÉAL, P. Q.

FABRIQUÉ  
EN  
ANGLETERRE

Manufacturiers du matériel chirurgical de la Marque "Paragon"

En résumé, il s'agit donc ici d'une paraplégie flasque à type de polynévrite avec syndrome anémique et syndrome mélancolique dont la seule cause trouvée est l'infection alvéolo-dentaire présentée à son arrivée — mais, comme nous le disions, nous ne serions pas étonné qu'il y ait un néoplasme de l'intestin.

Le pronostic (s'il ne s'agit pas d'un néoplasme) serait assez favorable à cause de la forme polynévritique du syndrome alors qu'au contraire il aurait été fatal dans un cas de dégénérescence combinée subaiguë de la moëlle.

Est-ce à dire cependant que les lésions présentées par notre malade se rapportent exclusivement aux neurones superficiels et que la moëlle et même le cerveau ne sont pas du tout intéressés? Je ne suis pas prêt à l'affirmer. A l'heure actuelle, l'attitude générale des auteurs est de souligner la fragilité des barrières qui séparent les maladies des divers éléments anatomiques du névraxe de celles de leurs prolongements.

Citons Babinski qui dit très justement: « Ce terme de névrite périphérique ne doit pas impliquer l'idée que les lésions des nerfs sont primitives, qu'elles sont l'origine de tous les troubles symptomatiques qu'on observe et que le système nerveux central ne présente aucune modification. Il signifie simplement que les altérations anatomiques du système nerveux perceptibles par le moyen d'investigation sont exclusivement localisées dans les nerfs ou y sont bien plus accusées que dans le système nerveux central. Il y a tout lieu d'admettre, ce n'est pas là du reste une simple hypothèse, que bien des agents qui déterminent des névrites provoquent à la fois des perturbations du système nerveux central et du système nerveux périphérique. »

Gowers dit également: « Nous classons par types, mais la nature nous rappelle souvent qu'elle ne sépare pas là où nous distinguons. »

Pour terminer je dirai les quelques réflexions pratiques que me suggère cette observation :

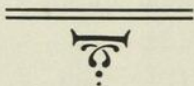
1° Toujours essayer de rattacher les syndromes mentaux aux autres syndromes de la pathologie générale; je reviens sur cette idée, la pathologie mentale n'est pas un domaine isolé par des cloisons étanches de la pathologie générale. En présence d'un syndrome mental il faut toujours rechercher les symptômes physiques, en particulier les symptômes neurologiques.

2° En présence d'un syndrome anémique toujours penser aux troubles neurologiques qui peuvent l'accompagner, et les rechercher. Ils sont plus fréquents qu'on ne le croit généralement. N'est-ce pas Woltmann en 1919 (*American Journal of Medical Science*) qui sur 150 cas d'anémie pernicieuse a trouvé 80% de symptômes nerveux à type combiné ?

3° Lorsqu'on se trouve en face d'un syndrome anémique accompagné d'un syndrome neurologique, ne pas seulement constater la coexistence des deux mais chercher les causes communes aux deux syndromes.

4° Instituer le traitement. S'il s'agit d'une dégénérescence combinée subaiguë de la moëlle, tout sera inutile malheureusement. Cependant il faut tenter par acquit de conscience le foie de veau à haute dose, le fer, l'arsenic, etc.

S'il s'agit de polynévrite neuro-anémique le pronostic serait moins grave et le traitement plus encourageant: traitement causal si possible et traitement symptomatique habituel. La guérison s'obtiendrait dans certains cas.



## LE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE RÉNALE <sup>1</sup>

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

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,  
Chef du Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu.

Lorsque le bacille de Koch s'installe dans le rein, il produit un certain nombre d'altérations tissulaires toujours les mêmes, allant de la granulation localisée à la caséification et à la destruction de la substance rénale. Autant ces lésions sont nettement spécialisées et invariables dans leurs caractères, autant le tableau clinique qu'elles engendrent est capricieux, rempli d'imprévu et variant selon chaque malade. *Il n'y a pas dans la tuberculose rénale une symptomatologie à type unique; il n'existe que des formes cliniques reproduisant des syndromes multiples.*

Au début, les symptômes sont souvent insignifiants ou fugaces. Fréquemment, sans cause, en pleine santé, le malade est atteint d'une *cystite aiguë*. Celle-ci est ordinairement attribuée à une infection gonococcique; elle n'a pourtant pas son acuité et peut se calmer spontanément. Cependant, la récurrence est sa caractéristique. D'autres fois, les malades ont des douleurs en urinant et se plaignent de pollakiurie, mais leurs urines sont limpides. Cette cystalgie s'accompagne d'une façon générale de polyurie. Quelques malades sont pris sans cause d'une *hématurie* totale abondante qui peut durer deux semaines et plus. Cette hématurie s'accompagne parfois d'une crise de colique néphrétique, occasionnée par le passage des caillots dans l'uretère. On peut la comparer à l'hémoptysie du début de la tuberculose pulmonaire. Tantôt, il n'existera qu'une *polyurie claire*, liée à de la pollakiurie. Les urines ont alors perdu leur aspect brillant (Bazy) et ce n'est que plus tardivement qu'elles deviennent troubles. *L'albuminurie* est assez fréquemment l'unique symptôme du début de la bacillose rénale. C'est fortuitement à l'occa-

<sup>1</sup> Leçon donnée aux élèves de IV<sup>e</sup> année.

sion d'un examen médical en vue d'une assurance sur la vie qu'elle est découverte. Chez l'enfant, la tuberculose rénale débute souvent par une *incontinence d'urine*. De même, il n'est pas rare de voir chez l'enfant les lésions rénales s'extérioriser par une *néphrite aiguë*. Ce mode de début a été étudié par Castaigne et Lavenant. La maladie affecte tous les caractères de la néphrite *a frigore*, sauf qu'au lieu de noter une oligurie, on trouve une polyurie abondante que Lavenant appelle paradoxale et qui constitue un caractère distinctif de l'affection. Enfin, exceptionnellement comme dans deux cas rapportés par Doré, le début se fait brusquement avec élévation thermique, vomissements, réactions péritonéales et symptômes appendiculaires. Dans ce cas, les troubles urinaires sont atténués et s'estompent au second plan.

Tous ces symptômes initiaux, fugaces ou trompeurs, ne mettent pas en éveil l'attention du malade qui s'achemine souvent inconsciemment vers la période d'état. A cette période, les troubles sont plus nets, mais toujours très variables selon les individus.

Le plus fréquemment, les malades viennent consulter, parce qu'ils *souffrent de la vessie*. Ils se plaignent de pollakiurie, urinant à toutes les heures et même à toutes les dix minutes. Les mictions sont douloureuses. Les urines sont pâles et troubles, parfois légèrement hématuriques à la fin.

Cette forme vésicale pure s'accompagne dans d'autres cas de phénomènes rénaux et devient la *forme vésico-rénale*. Aux troubles de cystite s'ajoutent des douleurs plus ou moins vives siégeant dans la région costo-lombaire, descendant parfois le long de l'uretère. Cette douleur peut être décelée par la palpation aux divers points urétéraux et rénaux.

Ce sont ces deux formes de tuberculose rénale que le médecin observe le plus fréquemment. Cependant, il en existe d'autres dont la fréquence est encore assez grande.

Il n'est pas rare de voir la tuberculose rénale s'extérioriser par des crises classiques de colique néphrétique, comparable à celle produite par la migration d'un calcul dans l'uretère. Tuffier, en 1897,

a été le premier à décrire cette forme douloureuse et Lanzilotta dans le Journal d'Urologie en présenta une série de cas recueillis dans le service de Marion et qu'il étiquète « tuberculose rénale à forme pseudo-lithiasique ». Le diagnostic de cette forme est d'autant plus difficile que parfois la radiographie montre des ombres rénales qui ne sont que des amas caséux calcifiés.

D'autres malades viennent consulter uniquement parce qu'ils se sont aperçu fortuitement que leurs urines étaient troubles. Chez eux il n'existe aucun trouble fonctionnel; ce sont des pisseurs de pus sans aucun phénomène vésical. C'est la forme *pyélonéphritique*.

A côté de ces pisseurs de pus se trouvent les *hématuriques*. En outre de la grande hématurie spontanée qui annonce le début du processus bacillaire, on observe une hématurie totale qui rappelle celle des néoplasmes rénaux. Dans cette *forme hématurique*, l'hématurie est totale, insidieuse, spontanée et capricieuse, se manifestant aussi bien au repos qu'au travail. Elle est intermittente et abondante. Le diagnostic doit alors être posé avec l'épithélioma rénal.

Nous rencontrons plus rarement une autre forme dite *néoplasique*. A l'examen on trouve un gros rein sans autre symptôme. Cependant, les urines contiennent du pus, ce qui facilite le diagnostic.

Enfin, assez fréquemment, la tuberculose revêt l'aspect d'une *pyonéphrose banale*. Il s'agit alors d'une infection surajoutée. Il existe une élévation thermique, de la pyurie et une augmentation de volume du rein qui est douloureux.

Nous avons esquissé à grands traits la symptomatologie de la tuberculose rénale, préférant l'illustrer par les malades que je vous présente. Cette esquisse nous a fait voir, comme nous le disions au début, combien les manifestations cliniques de la bacillose rénale sont variées et capricieuses et nous serions tenté de dire que le bacille de Koch peut imiter la symptomatologie de presque toutes les affections urinaires.

\* \* \*

Voici quatre malades hospitalisés dans notre service qui sont atteints de tuberculose rénale:

## OBSERVATION I (Forme vésicale pure) :

M. L . . . , âgé de 26 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, lit 422, le 26 septembre 1934, pour de la pollakiurie. Les envies d'uriner ont débuté il y a deux ans et ont augmenté de fréquence. Actuellement, le malade urine à toutes les demi-heures. Cette pollakiurie s'accompagne de légères douleurs à la fin de la miction. Cette cystite est apparue sans cause et a évolué avec des périodes de rémission, si bien que le malade a déjà été trois mois sans présenter de troubles. Puis les phénomènes de cystite sont revenus spontanément. Il n'y a jamais eu d'hématuries, ni de douleurs aux régions rénale et urétérale. Il n'y a rien à noter dans les antécédents.

A l'examen, on voit des urines troubles et pâles. Il existe un gros noyau épидидymaire droit à la tête, avec tuméfaction du cordon. Le toucher prostatique est négatif. Le palper rénal ne révèle rien d'anormal. La capacité vésicale est de 80 c.c. A la cystoscopie, on voit au sommet de la vessie une ulcération ayant tous les caractères tuberculeux et l'orifice urétéral gauche est oedématié.

L'examen des urines totales montre une pyurie acide sans microbes.

Le cathétérisme des uretères a donné le résultat suivant :

*Examen histo-bactériologique :*

Rein droit :	Rein gauche :
Quelques cellules rénales.	Pus en abondance.
	Nombreux bacilles de Koch.

*Examen fonctionnel (70 minutes) :*

	R. D.	R. G.
Quantité totale . . . . .	55 c.c.	69 c.c.
Urée au litre . . . . .	17 gr. 50	4 gr. 25
Débit uréique . . . . .	0 gr. 96	0 gr. 29
P. S. P. . . . .	42%	10%

Nous pratiquons chez ce malade une néphrectomie gauche et une épидidymectomie droite, septembre 1934.

## OBSERVATION II (Forme vésico-rénale) :

Madame B . . . , âgée de 31 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 9 septembre 1934, pour des phénomènes de cystite et des douleurs réno-urétérales gauches. Le début remonte à deux ans environ. La malade est alors prise de pollakiurie et de douleurs à la fin des mictions. De plus, elle ressent des douleurs plus ou moins vives à la région réno-urétérale gauche. Les phénomènes de cystite ont

apparu sans cause et ont toujours persisté avec des périodes d'accalmie légère. Actuellement, elle urine à toutes les vingt minutes. Il y a huit jours elle a eu une légère hématurie terminale. Depuis un an la malade a eu une cystite spontanée qui a guéri rapidement sans traitement. Sa mère et sa soeur sont mortes de tuberculose pulmonaire. Elle a eu deux grossesses normales.

A l'examen, on voit des urines troubles et pâles. Il existe une pyurie acide sans microbe. La cystoscopie montre une ulcération tuberculeuse au sommet de la vessie. L'orifice urétéral gauche est entouré d'œdème.

Le cathétérisme des uretères a donné le résultat suivant:

*Examen histo-bactériologique:*

Rein droit:

Quelques hématies.

Rein gauche:

Présence de pus.

*Examen fonctionnel (70 minutes):*

	R. D.	R. G.
Quantité totale .....	22 c.c.	39 c.c.
Urée au litre .....	15 gr. 75	3 gr. 25
Débit uréique .....	0 gr. 36	0 gr. 12
P. S. P. ....	39%	3%

Le 14 septembre 1934 une néphrectomie gauche fut pratiquée sans incidents. Les suites opératoires sont normales et la malade quittera l'hôpital ces jours-ci.

OBSERVATION III (Forme pseudo-lithiasique):

Madame D . . . , âgée de 56 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, lit 408, le 16 septembre 1934, pour des douleurs réno-urétérales droites.

Le début des accidents remonte à 18 mois. A cette époque, la malade éprouva des douleurs plus ou moins vives à la région rénale droite. Ces douleurs siégeaient à l'angle costo-lombaire et n'irradiaient pas. Elles persistent depuis sous forme de pesanteur. Il y a deux mois, la malade fut prise d'une violente crise de colique néphrétique droite classique, qui dura une heure environ. Une deuxième crise aussi violente est apparue la semaine dernière qui persista pendant 5 heures et céda aux calmants. Il n'existe pas d'autres symptômes fonctionnels. Les antécédents sont négatifs. La malade fut ménopausée à 48 ans.

A l'examen, on voit des urines pâles et troubles. Il existe une pyurie acide sans microbe. Au palper, on sent un rein droit abaissé et un peu augmenté de volume. Le point pyélique droit est douloureux. Une radiographie est négative au point de vue calcul. La cystoscopie montre une rougeur de l'orifice droit.

Le cathétérisme des uretères a donné le résultat suivant :

*Examen histo-bactériologique :*

Rein droit :	Rein gauche :
Présence de pus.	Quelques hématies.
Rares bacilles de Koch.	

*Examen fonctionnel (70 minutes) :*

	R. D.	R. G.
Quantité totale ... ..	17 c.c.	19 c.c.
Urée au litre ... ..	4 gr. 50	7 gr. 50
Débit uréique ... ..	0 gr. 07	0 gr. 14
P. S. P. ... ..	traces	29%

Une néphrectomie droite sera pratiquée ces jours-ci.

#### OBSERVATION IV (Forme néoplasique) :

Mlle L . . . , âgée de 30 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, lit 402, le 2 septembre 1934 pour une tuméfaction dans le flanc droit.

Il y a quatre mois, à l'occasion d'un examen général, son médecin s'est aperçu de la présence d'une masse dans la fosse lombaire droite, qui possède tous les caractères d'un gros rein. Actuellement, la malade ne présente pas d'autres symptômes. Antérieurement, il y a 2 ans, la malade a eu une crise de cystite qui a duré une semaine, a disparu spontanément et a été attribuée au froid et à l'humidité. Dans ses antécédents on remarque une coxalgie à l'âge de 10 ans dont la malade conserve les traces. Depuis cinq mois la malade a maigri d'environ 15 livres.

A l'examen, les urines sont limpides et ne renferment ni pus, ni albumine. Au palper de la région rénale droite on sent une masse du volume de deux poings, bosselée, mobile, présentant le ballotement rénal, le contact lombaire et une sonorité antérieure. La radiographie est négative au point de vue calcul.

La capacité vésicale est de 30 c.c. A la cystoscopie, on voit l'orifice urétéral droit oedématié.

Le cathétérisme des uretères a donné le résultat suivant :

*Examen histo-bactériologique:*

Rein droit:  
Pas d'urine.

Rein gauche:  
Quelques cellules rénales.

*Examen fonctionnel (70 minutes):*

	R. D.	R. G.
Quantité totale .....	0 c.c.	264 c.c.
Urée au litre .....		1 gr. 75
Débit uréique .....		0 gr. 46
P. S. P. ....		44%

Une néphrectomie droite fut pratiquée sans incident le 7 septembre. Le rein enlevé était pyonéphrotique et sur les parties de parenchyme existaient de nombreuses granulations. L'uretère près du bassinnet était complètement obturé par du tissu fibreux.

Les suites sont normales.

\* \* \*

Est-ce à dire que le diagnostic en est difficile? Actuellement, au contraire, la tuberculose rénale est une maladie facile à distinguer grâce au perfectionnement et à la précision des moyens de diagnostic que nous voulons exposer ici.

Malgré la multiplicité des formes cliniques de tuberculose rénale, la maladie peut déjà être entrevue par l'examen clinique. Elle sera affirmée par les divers examens spéciaux.

Il est une série de faits cliniques qui à l'oeil expérimenté peuvent faire soupçonner la bacillose rénale.

Le médecin ne peut éliminer d'emblée la tuberculose rénale, parce qu'il s'agit d'une maladie jeune ou d'un vieillard; la bacille de Koch peut s'installer dans le rein à tout âge. De même, l'amaigrissement n'est pas un signe de bacillose rénale. Au contraire, *une santé floride est très bien compatible avec l'évolution du bacille de Koch dans le parenchyme rénal.*

Tout malade qui présente une *cystite spontanée* ne reconnaissant pour cause aucune infection banale doit être tenu pour suspect; 90 fois sur 100 il s'agit de *tuberculose rénale*. De même, toute *cystite récidivante ou persistante* est l'apanage du bacille de Koch.

*En présence d'une pyurie rénale il faut toujours commencer par faire radiographier le malade.* S'il n'y a pas de calcul, il s'agit le plus souvent d'une bacillose.

Enfin, chez les tuberculeux du rein, les *urines sont pâles et troubles*. La pâleur des urines provient de la polyurie compensatrice et de la diminution de la concentration urinaire.

La cystite spontanée, récidivante ou persistante, la pyurie rénale avec pâleur des urines doivent donc orienter le médecin vers le diagnostic de tuberculose rénale. Dès qu'elle est soupçonnée, un examen plus approfondi s'impose.

Cet examen comprendra d'abord la recherche de l'acidité urinaire. En plongeant un papier tournesol dans l'urine, le médecin verra si elle est acide ou alcaline. Cette indication d'acidité est très importante. *Toute pyurie acide doit être soupçonnée tuberculeuse.* Puis, l'examen histo-bactériologique de l'urine sera pratiqué. Le médecin connaîtra si les urines sont réellement pyuriques et quelle variété de microbes elles renferment. Evidemment, si les urines ne renferment pas de pus, l'idée de tuberculose rénale chirurgicale doit être écartée et le diagnostic s'orientera d'une autre façon. Lorsqu'à la pyurie ne se joint aucun microbe, l'idée de bacillose doit prédominer. *Toute pyurie amicrobienne doit être soupçonnée tuberculeuse.* La présence de bacille de Koch signera évidemment la nature de la maladie. Il faut toutefois savoir que les bacilles du segma sont acido-résistants et peuvent en imposer pour des bacilles de Koch. De là découle l'importance de prélever directement par la sonde les urines chez la femme et de faire une toilette sérieuse du gland chez l'homme avant de le faire uriner dans une bouteille stérile.

Avec ces données cliniques et les caractères de l'urine totale, le praticien pourra dépister la tuberculose rénale.

Qu'il en conçoive des doutes ou qu'il en ait la conviction de son existence, il doit faire compléter son examen pour confirmer la lésion, en établir la localisation exacte sur les reins et démontrer la valeur du rein sain et du rein malade. Le cathétérisme des uretères s'impose donc.

La cystoscopie concomittante permettra souvent à elle seule d'établir le diagnostic de bacillose rénale. Il existe, en effet, des lésions de la muqueuse vésicale caractéristiques de la tuberculose. Ce sont les *granulations* et les *ulcérations* qui représentent l'abcédation des précédents. Lorsque ces lésions siègent au sommet de la vessie, alors que le reste de la muqueuse est saine, elles sont pathognomoniques de la bacillose. En effet, lorsque la vessie est vide, la paroi supérieure s'affaisse et s'applique sur la région trigonale, de sorte que l'éjaculation urétérale projetant son urine bacillifère sur le sommet inocule plus certainement cette portion vésicale. De plus, dans la tuberculose rénale, il existe souvent une altération d'un des orifices urétéraux. Il est entouré soit d'un piqueté hémorragique, soit d'une exulcération, soit d'oedème. Dans d'autres cas, il est ulcéré, cratériforme et peut présenter un aspect « en gueule de four ».

En somme, dans la tuberculose urinaire le fait de voir des lésions siégeant ici et là sur une muqueuse saine est assez caractéristique. Par contre, lorsque au processus tuberculeux s'ajoute une infection banale, tous ces éléments perdent leur caractère propre au milieu des autres lésions de la muqueuse vésicale. La cystite tuberculeuse ne diffère pas alors des autres cystites et le diagnostic cystoscopique ne peut être affirmatif.

Les constatations cystoscopiques étant faites, on procèdera au cathétérisme des uretères. En autant qu'il est possible, les deux uretères doivent être cathétérisés.

L'examen des urines divisées recueillies doit comprendre deux parties: l'examen histo-bactériologique et l'examen chimique. L'ensemble de ces deux examens permettra de poser affirmativement le diagnostic.

L'examen histo-bactériologique doit porter principalement sur la recherche du pus et des microbes. La recherche du sang n'offre rien de caractéristique, toute sonde urétérale étant susceptible de faire soigner même un uretère sain. L'examen du pus aidera à orienter le bactériologiste vers l'idée de tuberculose. En effet, dans celle-ci les leucocytes apparaissent déformés, à contours irréguliers, tandis que dans les pyuries alcalines, ceux-ci sont réguliers, à contours nets. De plus, à la coloration une lame de pus bacillifère fait voir des leucocytes pâles, ayant mal pris le colorant.

Le bacille de Koch doit être recherché par la coloration ordinaire de Zielh-Nielsen. Pendant longtemps les auteurs ont admis la rareté de la présence de bacille de Koch dans les urines tuberculeuses, extraites du rein. En réalité, grâce au perfectionnement de la coloration et à la persévérance des bactériologistes dans la recherche du bacille de Koch, ce dernier peut être fréquemment identifié dans la tuberculose rénale. Gautier, chef de laboratoire Chevassu, le trouve dans 86% des cas, Casper de Berlin dans 80%, Røvsing de Copenhague dans 80%, et Eisendrath de Chicago dans 80%. Dans le service de Marion pendant l'année 1924 il a été fait 52 néphrectomies pour tuberculose rénale et parmi elles 41 fois le bacille de Koch a été identifié dans les urines divisées. *La condition essentielle à sa découverte est la ferme résolution du bactériologiste de le trouver en prolongeant patiemment sa recherche par l'inspection minutieuse de toute la lame.* On comprendra toute l'importance de cette partie de l'examen de l'urine divisée, puisque la présence du bacille de Koch signe la lésion.

L'étude de l'examen fonctionnel des urines divisées aidera et servira à porter le diagnostic. Cet examen est caractéristique et se présente de deux façons. *Au début*, on observe une polyurie compensatrice du rein malade. Sa *concentration uréique* est diminuée, d'autant plus que les lésions sont plus étendues. Son *débit uréique* est également amoindri, mais il peut être ramené presque à la normale par la quantité plus considérable d'urine émise. Quant au

débit phtaléinique, il subit toujours une chute du côté malade, tandis que son taux augmente du côté sain proportionnellement à la compensation. Plus tard, lorsque le processus tuberculeux a détruit une portion considérable de parenchyme, la polyurie disparaît. La chute de la concentration uréique et des débits uréique et phtaléinique est plus évidente et plus importante.

Cet examen histo-bactériologique et chimique des urines obtenues par le cathétérisme des uretères permettra toujours de porter un diagnostic certain.

Toutefois, il existe une autre recherche: *l'inoculation*. Elle possède le grave ennui d'exiger un laps de temps de six semaines. Il n'est pas besoin de dire quels inconvénients entraînent cette attente forcée et l'incertitude où il faut laisser le malade. De plus, la méthode n'offre pas toujours une conclusion positive. D'après Keene et John, elle n'aurait été positive que chez 70% de leurs malades atteints de tuberculose rénale. Barney du Massachusetts General Hospital sur une série de 252 cas de tuberculose rénale rapporte que l'inoculation a été positive 197 fois. *De la négativité de l'inoculation, on ne peut conclure à l'absence de tuberculose rénale.* De plus, ne voulant pas entrer ici sur une longue discussion de l'inoculation au cobaye, je vous dirais toutefois qu'un résultat positif n'implique pas d'une manière absolue l'idée de tuberculose rénale. En effet, il peut se présenter un malade atteint de lésions pulmonaires qui fait une bacillurie de Koch sans lésions du parenchyme rénal. Il est possible que chez ce malade les bacilles de Koch très virulents inoculent le cobaye. Nous avons eu l'occasion d'observer ce fait chez une de nos malades qui présentait concomitamment à une tuberculose pulmonaire, une pyélite à colibacilles. Comme les symptômes étaient caractéristiques de ceux de l'infection à colibacilles, nous nous sommes abstenus d'enlever le rein dont l'urine avait inoculé le cobaye. Et nous en avons été récompensé, car la

malade a guéri de cette infection pyélique. Cette circonstance est heureusement rare. L'erreur sera évitée si le malade porteur de lésions pulmonaires donne une urine limpide sans pus. En effet, seules les tuberculoses rénales pyuriques relèvent de la chirurgie.

En résumé, nous croyons que l'étude attentive des symptômes cliniques, telle la cystite spontanée, rebelle au traitement, la connaissance du caractère des urines qui sont acides et aseptiques et l'examen des urines divisées par le cathétérisme des uretères sont des moyens plus rapides et plus certains que l'inoculation au cobaye pour parvenir au diagnostic précis de tuberculose rénale.



---

---

*Avis aux bibliophiles*

À VENDRE

Une édition rare à un prix d'occasion

**"Les Oeuvres d'Ambroise Paré"**

Onzième édition

Lyon, 1652

S'adresser à la Rédaction du Journal

## CONSIDÉRATIONS SUR UN CAS DE CORPS ÉTRANGER INTRA-BRONCHIQUE : CLOU À DOUBLE POINTE

Par CHARLES MATHIEU,

Médecin de l'Hôtel-Dieu,  
Assistant du service d'Oto-rhino-laryngologie.

Les corps étrangers des bronches sont rares, dit-on; oui, en effet, d'après Chevalier Jackson, de Philadelphie, un des pionniers de l'endoscopie, on ne les trouve que dans 2% des cas; mais d'autre part s'ils sont rares, ils ne sont que plus intéressants.

Nous nous permettrons donc de rapporter l'histoire de ce cas qui ne manquera pas d'intéresser tous ceux qui sont un peu au courant des difficultés et des dangers que peuvent présenter quelques corps étrangers, autant par leur forme que par leur position.

Le 6 août 1935, une fillette de 11 ans, R... M..., nous est amenée à la consultation de l'Hôtel-Dieu, par ses parents dirigés chez nous par leur médecin de famille qui les accompagne, avec une histoire de corps étranger de l'oesophage, diagnostic confirmé d'ailleurs par un autre médecin à l'aide de la fluoroscopie.

Une description assez fidèle du corps étranger nous est faite, cependant nous exigeons un nouveau contrôle radiologique.

*Rapport du Dr Léo Pariseau.* — « A la radioscopie, en position antéro-postérieure, le corps étranger se montre nettement à droite de la ligne médiane. Il participe à tous les mouvements respiratoires. C'est assez pour dire qu'il est dans la bronche droite et non dans l'oesophage; cependant, pour plus de certitude, nous avons fait avaler une bouillie barytée épaisse à la petite patiente, et l'avons examinée dans toutes les positions. L'épingle s'est montrée en dehors de l'ombre portée par la colonne de baryum. Ce que voyant, nous avons fait une téléstéréoradiographie qui vous permettra, grâce à la sensation du relief, d'apprécier très facilement la position des différentes parties du corps étranger. »

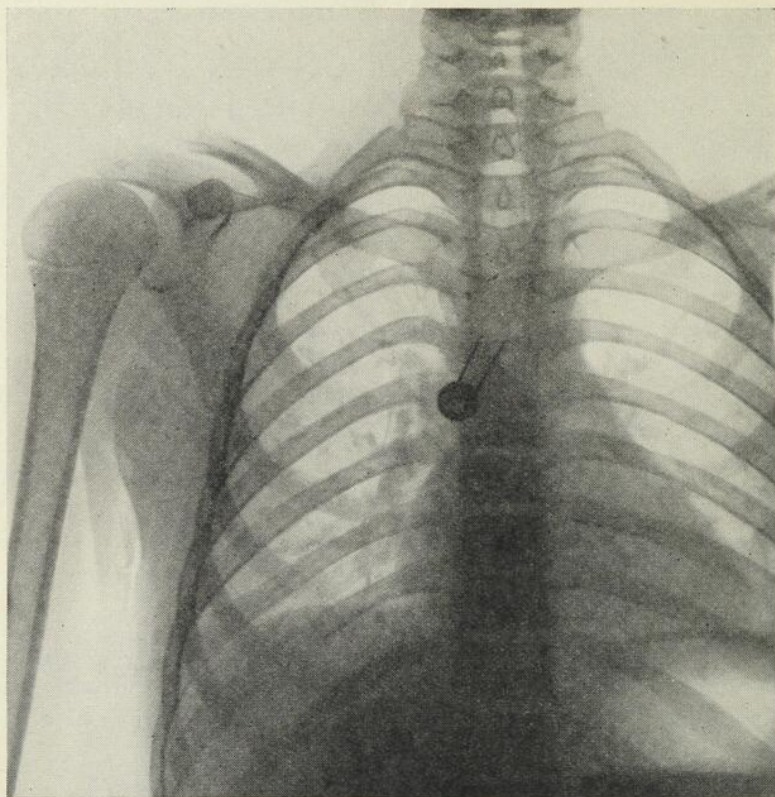


Figure 1

Tout étant maintenant changé, nous décidons d'intervenir par bronchoscopie sous anesthésie générale à l'éther, vu les grandes difficultés que présente l'intervention; il nous faut à tout prix éviter tout mouvement brusque que pourrait faire l'enfant qui est très nerveuse, tout mouvement même involontaire pourrait lui être fatal.

*Instrumentation:* nous choisissons le bronchoscope de 40 cm. de longueur et de 7 mm. de diamètre, et une pince à corps étranger à mors plats. Nous nous servons de l'instrumentation de Chevalier Jackson.

Après introduction du bronchoscope, quelle ne fut pas notre surprise de voir les deux points du corps étranger à peine perceptibles à l'embouchure de la bronche droite.

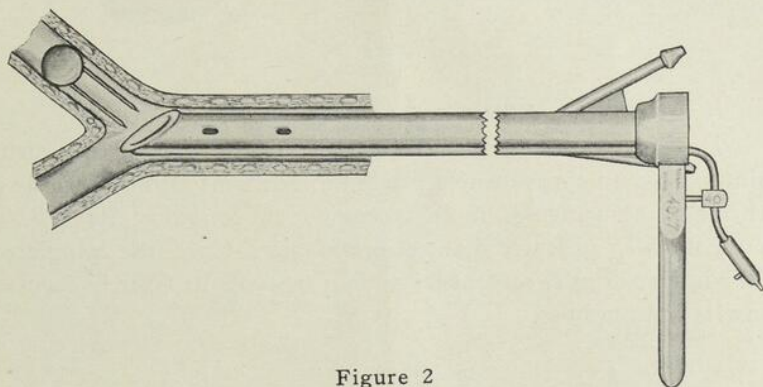


Figure 2

Nous saisissons la pointe la plus éloignée du bronchoscope et nous tentons de faire pénétrer les deux pointes à l'intérieur du tube, mais l'écartement des pointes nous en empêche; par un mouvement de rotation nous essayons de faire entrer la pointe libre dans l'ouverture de notre tube qui est en biseau. De multiples rotations douces et sans traction aucune sur la pince nous permettent enfin de mettre les deux pointes à l'abri et de protéger ainsi la muqueuse de la trachée de tout traumatisme, nous retirons doucement le bronchoscope de quelques centimètres et voici que par malheur la pince dérape et notre corps étranger si difficilement mis en place nous échappe et va se loger, cette fois, dans la bronche gauche, mais plus profondément. Ne perdant pas de temps et encouragés par le succès déjà obtenu par la méthode employée, nous recommençons et nous sommes vite récompensés, car cette fois l'écartement des pointes avait été quelque peu diminué par l'introduction de celles-ci dans la lumière du bronchoscope.

Donc après quelques rotations nous apercevons de nouveau les deux pointes dans le tube; tenant notre pince fermement nous retirons très lentement le bronchoscope et à notre grande satisfaction nous avons le corps étranger tant désiré.

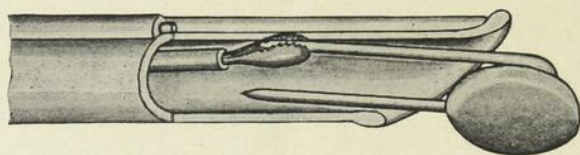


Figure 3

L'enfant était sauvé.

*Description du corps étranger* : c'était une épingle à deux pointes, avec un corps ou tête ronde; après maintes informations et recherches infructueuses nous avons pu en connaître l'utilité, et même, nous en procurer d'autres semblables. C'est une épingle ou clou à housse dont se servent les rembourreurs pour fixer les housses dans les automobiles.

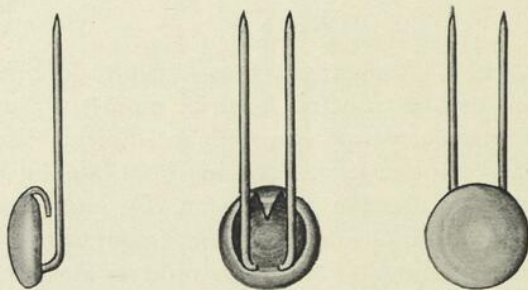


Figure 4

*Dimensions*: Longueur: 32mm, largeur: 13mm, épaisseur: 8mm, écartement des pointes: 8mm.

*Problème*: Nous étions ici en présence d'un des problèmes les plus difficiles à résoudre que nous rencontrons en bronchoscopie, à cause de la nature du corps étranger et de sa position.

Il fallait chercher à l'enlever sans faire aucune lésion, à la muqueuse, il nous fallait donc à tout prix mettre les deux pointes à l'abri, les faire pénétrer dans le tube.

Voyez ce que dit Chevalier Jackson sur l'extraction des clous à double pointe:

« Si ces objets sont la pointe en bas, il n'y a pas de difficulté, bien qu'il faille les aborder délicatement pour éviter les perforations. Si leur pointe regarde en haut, il faut les traiter avec beaucoup de soins. La plus légère traction peut compliquer le problème en enfonçant les pointes dans la paroi. Les expériences que j'ai recueillies dans l'extraction des clous à deux pointes m'ont conduit à préférer la méthode qui consiste à faire tourner de bout en bout le corps du délit, au moyen de ma pince à rotation appliquée à l'extrémité éloignée (courbe) du clou ou du clou coudé (crampe). »

Mais, fait-il remarquer, « Cela n'est faisable qu'avec un corps étranger relativement court ou une trachée large ».

Dans notre cas particulier toute tentative de version nous était défendue par les dimensions mêmes du corps étranger.

Toutefois il était inutile d'essayer de faire passer ce corps étranger à travers la glotte sans parvenir à mettre à l'abri les deux pointes; nous y sommes arrivés par des mouvements de rotation du corps étranger, le saisissant par une pointe et le faisant tourner sur lui-même nous avons fait une légère pression sur le tube afin de faire pénétrer à l'intérieur de celui-ci la pointe libre, utilisant en même temps le bec en biseau de notre tube, qui à la faveur de sa forme présente une plus grande surface qu'une section.

*Dangers:* il nous fallait éviter toute lésion de la muqueuse, de la bronche, de la trachée et de la glotte.

*Complications:* outre toutes les complications post-opératoires possibles de la bronchoscopie elle-même, dans notre cas il nous fallait éviter la piqûre dont la gravité varie suivant la profondeur de celle-ci, pouvant aller jusqu'à la médiastinite.

La déchirure est de beaucoup plus tragique car elle peut causer l'emphysème du médiastin qui est toujours mortel parce qu'il appelle l'asphyxie causée par l'infiltration des tissus par l'air échappé à travers la brèche faite à la muqueuse de la trachée.

L'enfant quitta l'hôpital dès le lendemain, ne présentant aucun signe de complication possible.

Nous tenons à remercier encore une fois Messieurs les Docteurs Pariseau et Manseau pour leur précieux concours.

## FORME DISSOCIÉE DE LA MALADIE DE VON RECKLINGHAUSEN

*Variété dermatologique. Publication d'un cas*<sup>1</sup>

Par PAUL POIRIER,

Chargé du Service de Dermato-Syphiligraphie de l'Hôtel-Dieu.

La maladie que Von Recklinghausen signala pour la première fois en 1882 est bien connue de la plupart des médecins.

Ceux qui en ont vu un cas-type à l'hôpital, notamment dans les asiles d'aliénés où ils sont, paraît-il, fréquents, ou dans leur manuel d'études, n'ont pu facilement mettre en oubli, si ce n'est le nom de l'auteur, l'image caractéristique de ces tumeurs nombreuses et de dimension variable, disséminées sur un même individu, qui ont fait donner à la maladie le nom de neurofibromatose et qui comporte comme autres systèmes cardinaux, des taches pigmentaires et des troubles mentaux. Et les cas de ce genre sans être légion, ne constituent pas nécessairement ce qu'il est convenu d'appeler vulgairement une « trouvaille ».

En l'espace de cinq mois, nous avons eu l'occasion d'en rencontrer cinq. Celui que nous avons l'honneur de vous présenter aujourd'hui a un intérêt plus particulier à cause de ses lésions discrètes.

### OBSERVATION :

Mademoiselle Germaine L., 19 ans, bonne-à-tout-faire, est hospitalisée dans un service de médecine de l'Hôtel-Dieu en février 1935, pour adénite latéro-cervicale droite supprimée, d'origine tuberculeuse (scrofuloderme).

### *Antécédents héréditaires:*

Père: 60 ans, a eu deux pleurésies.

<sup>1</sup> Malade présentée au Royal Victoria Hospital devant la British Dermatological Society (Canadian Branch), le 11 mai 1935.

Mère: morte à 35 ans, sans qu'on puisse préciser de quelle maladie.

Une tante maternelle, morte de tuberculose.

Une soeur, 28 ans, paralytique depuis l'âge de 22 ans et épileptiques.

Quatre soeurs en bonne santé, 32-25-23-22 ans.

Trois frères en bonne santé, 24-20-18 ans.

*Antécédents personnels:*

Rougeole dans le jeune âge.

Pneumonie.

Appendicectomie et amygdalectomie.

Curetage des ganglions latéro-cervicaux.

*Examen clinique:*

Bonne apparence générale — Poids: 139 livres.

Dents artificielles.

Coeur et poumons: nil (Examen radiographique négatif).

Abdomen: Cicatrice linéaire, suite d'intervention appendiculaire.

Système génito-urinaire: Rien de particulier.

Système nerveux:

Réflexes normaux.

Léger empâtement de la parole.

Développement psychique retardé: réponses contradictoires.

Tendance à l'hystérie.

Petits signes d'hémi-parésie.

*Recherches de laboratoire:*

Urines: Normales.

B. W.: Négatif.

Liquide céphalo-rachidien: Négatif.

TISSU TÉGUMENTAIRE

1. Semis de petites taches lenticulaires, couleur chocolat-au-lait, inégalement distribuées à la figure, au tronc et aux membres.

2. Grandes taches hépatiques de coloration plus foncée, au nombre de huit, localisées au cou, au tronc et à la racine des membres inférieurs.
3. Coloration diffuse de la peau en certaines régions, telles que le cou et le tronc.

A noter qu'il n'existe chez notre malade aucune tumeur cutanée, soit sous forme de molluscum pendulum ou de taches bleuâtres, ni de tumeurs perceptibles sur le trajet des filets nerveux sous-cutanés. Et il ne viendra à personne l'idée de classer sur un même compte l'adénite cervicale; l'aspect clinique nous le défend.

En somme peu de choses dans ce tableau, que des taches pigmentaires.

Cette simple curiosité dermatologique nous mit néanmoins sur la piste d'un syndrome et permit de placer cette dermatose dans son cadre nosographique et d'appeler la maladie par son nom.

Darier n'écrit-il pas dans son Précis de Dermatologie, édition 1930, page 962:

« Les pigmentations ont un aspect si caractéristique par l'association des trois formes, que, même si elles existaient seules, on serait en droit de diagnostiquer la maladie de Recklinghausen. »

Nous étions donc en bonne compagnie pour pouvoir affirmer sans peur de nous tromper qu'il s'agissait d'un cas fruste de la maladie de Von Recklinghausen. Les troubles mentaux de notre malade ne pouvaient nous apporter qu'un argument de plus.

L'apparence macroscopique des éléments ne pouvait nous faire penser à autre chose qu'à des naevis, de même les taches hépatiques, etc. Et les histologistes confirment nos prétentions.

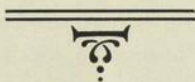
Les admirables travaux du Professeur Pierre Masson ne nous laissent aucun doute là-dessus: ses études anatomo-pathologiques démontrent d'une façon indubitable l'origine des naevis pigmentaires au dépens des terminaisons nerveuses de la peau, et cette pigmentation selon le même auteur constitue le premier signe de l'envahissement des nerfs cutanés par la fibromatose, ayant une identité absolue avec les tumeurs sous-cutanés que l'on rencontre dans la neurofibromatose.

## COMMENTAIRES

Cette brève observation se rapproche à quelque chose près de la communication <sup>2</sup> très documentée de notre savant ami Amyot, publiée dans l'Union Médicale du Canada en mars 1934; dans l'une, taches pigmentaires et quadriplégie, dans l'autre, taches pigmentaires et hémiparésie. Il n'est pas superflu, croyons-nous, de revenir sur la leçon qu'il s'y dégage.

La recherche des taches pigmentaires peut, dans certains cas, rendre des services considérables aux médecins et en conséquence aux malades comme on a pu le constater dans la publication de notre confrère. Il est donc recommandé en présence de tumeurs isolées du système nerveux de faire la recherche systématique de ces petits signes cutanés qui peuvent nous mettre sur la piste de la constitution histologique de ces tumeurs.

Il n'est que trop juste de rappeler ici la très large part que le Docteur Penfield a prise dans l'édification des travaux qui ont conduit, par la voie de la neuro-chirurgie, des infirmes à la guérison.



<sup>2</sup> Compression médullaire par un fibro-gliome méningo-radicaire sous-dural: Opération effective — Type fruste de la maladie de Von Recklinghausen.

## LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR L'ANTIGÈNE MÉTHYLIQUE

Par JOSEPH-HENRI LEGENDRE,  
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Après avoir lu le livre de Nègre et Boquet sur ce sujet, l'idée nous est venue de traiter quelques malades par l'antigène méthylique et devant les résultats remarquables observés chez nos malades, nous croyons intéresser la profession médicale en exposant aussi brièvement et aussi simplement que possible dans le Journal de l'Hôtel-Dieu cette intéressante question.

Nous apprendrons d'abord ce qu'est l'antigène, puis, nous étudierons son mode d'action, son mode d'administration et enfin ses résultats.

Ce mode de traitement, ignoré de plusieurs, mérite d'être connu, répandu, vulgarisé, de passer dans la pratique courante car il n'est pas de praticiens qui n'aient dans leur clientèle des cas: d'adénite tuberculeuse, de tuberculose ostéo-ortriculaire, péritonéale, pleuro-pulmonaire, etc., etc., et que cette méthode de traitement a donné des résultats et a réussi là où les autres thérapeutiques telles Rayons-X, Ultra-Violets, poursuivies pendant plusieurs mois ont échoué.

D'après ces auteurs, la tuberculose par ce moyen de traitement, d'ici peu d'années peut-être, lorsqu'on aura mieux précisé la technique de son emploi, sera le remède spécifique. Il n'est pas exagéré d'affirmer la chose devant l'efficacité manifeste de la cure dans les localisations ganglionnaires, osseuses, articulaires, séreuses. Les faits d'observations cliniques sont assez nombreux et assez nets pour nous convaincre que, très certainement le traitement par l'antigène méthylique doit prendre une place de plus en plus importante dans la thérapeutique des diverses manifestations de l'infection tuberculeuse.

### 1) CE QU'EST L'ANTIGÈNE MÉTHYLIQUE :

L'antigène méthylique que l'Institut Pasteur délivre en ampoules de 1 cc. se prépare de la façon suivante: Des bacilles tuber-

culeux stérilisés par chauffage pendant une heure à 120 degrés C. lavés et desséchés à l'étuve, ou sous la cloche à vide, sont mis en contact à la température de laboratoire avec de l'acétone à raison de 1 centigramme de corps bacillaires par centimètre cube de liquide; 24 à 36 heures après, le mélange est filtré sur papier et les bacilles de nouveau desséchés à l'étuve sont traités par de l'alcool méthylique à 99 degrés dans les mêmes proportions que précédemment. L'émulsion est agitée. Après dix jours de contact les microbes sont séparés par filtration. L'extrait alcoolique ainsi débarrassé des corps bacillaires, constitue l'antigène méthylique tuberculeux. On verse d'abord, goutte à goutte, puis, plus rapidement sans cesser d'agiter, une quantité d'eau distillée et on distille le mélange dans le vide à 48 ou 50 degrés jusqu'à évaporation complète de l'alcool. Finalement, on isotonise l'émulsion par addition d'une quantité égale d'eau salée à 16 pour 1000 et après qu'elle a été répartie en ampoules, on la chauffe à 56 degrés pendant une heure. On s'assure qu'elle est parfaitement stérilisée par des ensemencements sur les milieux habituels.

## 2) SON MODE D'ACTION:

a) Action de l'antigène méthylique sur les anticorps: L'antigène méthylique augmente dans une très forte proportion les anticorps chez les lapins tuberculeux. De vingt unités avant le traitement, le taux des anticorps s'élève à 1200 unités après quelques injections. Sans préjuger du rôle des anticorps sur l'évolution de la tuberculose on peut admettre qu'une augmentation aussi importante de ces sensibilisatrices spécifiques, témoigne que la résistance organique à l'extension du processus tuberculeux se trouve renforcée.

b) Action de l'antigène méthylique sur l'intoxication tuberculeuse: Des observations ont été faites par des cliniciens qui ont montré que des malades traités par des injections bi-hebdomadaires d'antigène méthylique se maintiennent en bon état général alors que d'autres malades non traités diminuent de poids et se cachectisent rapidement. Son action est, aussi, manifeste sur la formule leucocytaire et sur la sclérose cicatricielle.

## 3) SON MODE D'ADMINISTRATION :

Depuis 1923, les essais des premiers cliniciens qui l'ont employé ont établi l'innocuité et l'efficacité de l'antigène méthylique dans les diverses formes de l'infection bacillaire et ont montré que sans présenter les inconvénients de la tuberculine, il devait être employé à doses progressivement croissantes et en injections suffisamment espacées. Les résultats de ces auteurs ont été confirmés par un grand nombre de travaux d'où il ressort que l'action de l'antigène méthylique dans la thérapeutique de la tuberculose, ne dépend pas de la quantité injectée, car dans la plupart des cas, les doses faibles sont aussi efficaces et souvent même plus efficaces que les doses fortes.

Le traitement doit être poursuivi d'une façon lente et méthodique en évitant toute réaction générale ou focale importante. Pour le conduire à bonne fin, le praticien devra s'inspirer des directives suivantes: Les injections d'antigène méthylique sont pratiquées deux fois par semaine sous la peau. Il est formellement contre-indiqué de les répéter plus souvent. Pour le traitement des tuberculoses externes et chirurgicales, on commence par injecter  $\frac{1}{4}$  cc. de la solution diluée, on répète cinq fois chaque dose:  $\frac{1}{2}$  cc.;  $\frac{3}{4}$  cc.; et 1 cc. Lorsque le malade a reçu cinq fois un cc. d'antigène dilué, on lui injecte  $\frac{1}{4}$  cc. d'antigène pur en surveillant très attentivement ses réactions, puis,  $\frac{1}{2}$  cc.;  $\frac{3}{4}$  cc.; 1 cc. en progressant de la même façon que pour l'antigène dilué: c'est-à-dire en répétant chaque dose cinq fois. On continue ensuite les injections à la dose de 1 cc. de la solution pure jusqu'à amélioration suffisante ou guérison. Le traitement peut être continué pendant plusieurs mois. Si au cours du traitement, on observe une réaction fébrile dépassant un demi-degré, on diminue de un quart de cc. la dose qui avait été injectée en dernier lieu pour revenir progressivement à la dose supérieure lorsque les injections sont bien tolérées. Pour la progression des doses, les praticiens ne doivent donc pas se laisser guider uniquement par les réactions générales ou locales que le malade peut présenter; mais également, par l'amélioration de l'état général et des lésions et par l'augmentation du poids.

Si les progrès constatés pendant la première période du traitement s'arrêtent, il est recommandé de revenir à des doses plus faibles. Lorsque les malades présentent de la fièvre, il faut répéter plus longtemps les injections des doses faibles,  $\frac{1}{4}$  cc. et  $\frac{1}{2}$  cc. d'antigène dilué jusqu'à disparition de l'hyperthermie. La durée du traitement peut varier de deux à trois mois et même plus suivant la nature des lésions et suivant le malade. Il est recommandé de continuer les injections pendant quelques semaines après la guérison pour la consolider et éviter toute récurrence. En prenant toutes ces précautions, il est tout à fait exceptionnel d'observer des réactions générales ou focales.

*Traitement des adénites tuberculeuses:*

Comme les quelques cas que nous avons sous traitement sont des cas d'adénite tuberculeuse et dont nous rapporteront les observations dans un article ultérieur, nous passerons sous silence toutes les guérisons obtenues par les différents cliniciens dans les cas de tuberculose ostéo-articulaire, péritonéale, oculaire, laryngée, pleuro-pulmonaire.

Nous nous rapporterons sur l'expérience de Courcoux et Biderman qui ont été les premiers à mettre en évidence l'action de l'antigène méthylique sur les tuberculoses ganglionnaires. Ils ont toujours constaté une action manifeste et précoce du traitement sur la périadénite quels que fussent l'état anatomique et l'ancienneté des ganglions. Dans les adénites suppurées, récentes ou anciennes, ils ont constaté l'arrêt de la suppuration, la cicatrisation des fistules, la rétrocession partielle ou complète des ganglions. Une malade a vu disparaître en cinq semaines une adénite suppurée ayant les dimensions d'un oeuf de poule. Dans un autre cas, la suppuration datait de douze ans et avait résisté à un traitement par les Rayons-X et ultra-violets poursuivi pendant un an et demi. Courcoux a traité cinquante cas par l'antigène méthylique pour tuberculose ganglionnaire. Quarante-trois, soit 86% ont tiré de ce traitement poursuivi pendant trois à six mois, un bénéfice tel qu'on peut parler de guérison. Dans les cas de suppuration, Courcoux pratique le drainage filiforme et y associe régulièrement l'injection dans l'abcès même

de cinq à six gouttes, quelquefois plus, d'antigène pur. Cette méthode lui donne les meilleurs et les plus rapides résultats. Il a vu des suppurations s'arrêter en quinze jours après deux à trois injections dans l'abcès par semaine. Courcoux insiste sur la nécessité pour bien diriger le traitement de commencer par des doses minimales d'antigène dilué et de surveiller le poids. Il a constaté que l'heureuse action de cette médication est toujours indiquée d'abord par une augmentation régulière du poids, même chez les malades qui travaillent. Il insiste également sur les résultats sociaux de ce traitement ambulatoire, très apprécié des employés et de leurs employeurs.

#### 4) RÉSULTATS :

L'antigène méthylique exerce une action évidente sur l'état général des malades. Presque tous les sujets traités augmentent de poids, tandis que leurs forces reviennent et que leur appétit augmente. Chez les malades qui présentent une fièvre élevée, elle redevient normale peu de temps après le début du traitement. L'antigène fait régresser et disparaître presque toujours complètement les lésions ganglionnaires récentes ou anciennes non suppurées mais nettement en activité. Cette régression se produit plus rapidement lorsqu'il s'agit de lésions récentes. S'il s'agit de lésions anciennes, accompagnées de périadénites, l'antigène agit d'abord sur la périadénite qui disparaît. Il agit aussi sur les ganglions et sur les ulcérations qui peuvent se développer autour de la fistule ganglionnaire. Les fistules et les ulcérations se cicatrisent et laissent des cicatrices souples et non adhérentes. Le traitement des adénites bacillaires est inoffensif et, dans la grande majorité des cas, efficace. Il réussit là où d'autres thérapeutiques ont échoué, et il offre le grand avantage de permettre aux malades de continuer à vaquer à leurs occupations.

## PIERRE-ZÉPHYR RHÉAUME



Quand soudainement et brutalement la mort nous enlève un ami, tous, nous nous sentons écrasés sous le poids de la douleur.

Plus tard, tout naturellement, il vient à notre mémoire des souvenirs doux et précieux et ces nombreux souvenirs gravent dans nos esprits les grands traits de celui qui n'est plus.

Quels sont les grands traits qui ont caractérisé notre confrère le Professeur Rhéaume?

Je l'ai bien connu quand nous étions étudiants à l'Université, et mieux encore quand nous avons plus tard travaillé ensemble à l'Hôtel-Dieu; jusqu'à l'heure de sa mort, nous avons toujours été des intimes.

Pendant ces années déjà nombreuses, il n'a jamais changé. Il était toujours le même. A l'Université, très populaire, très aimé de ses compagnons et avec raison; à l'Hôtel-Dieu, toujours gentil envers ses confrères, toujours sympathique envers ses malades. Je ne lui ai jamais entendu dire du mal de personne. De plus, il était un compagnon au sourire constant; même quand il était très sérieux, on voyait que le sourire n'était pas loin et quand il riait, c'était un rire naturel, si enfantin, si honnête que nous étions envahis par sa gaieté et nous riions avec lui.

Quels sont, je le répète, les grands traits prédominants qui resteront gravés dans l'âme de ceux qui l'ont connu et qui l'ont apprécié? Ce ne sont pas les honneurs si nombreux et si bien mérités

qu'il portait modestement. Ce ne sont pas ses travaux clairs et scientifiques, ni ses succès frappants dans toutes les organisations qu'il a touchées. Ce n'est pas encore dans sa dextérité opératoire, une dextérité que personnellement j'ai toujours admirée.

Si on le dépouille de tous ces attributs, il reste l'essentiel, il reste Pierre-Zéphyr Rhéaume, un brave homme, un homme de grand cœur.

L'heure est venue de s'incliner tristement devant sa tombe et de lui souffler nos adieux.

Respectueusement, nous offrons à Madame Rhéaume nos condoléances les plus sincères dans sa perte irréparable.

À l'Hôtel-Dieu, nous resterons tous avec le souvenir triste d'un confrère que nous estimions, d'un ami que nous aimions et d'un galant homme que nous n'oublierons pas.

DONALD A. HINGSTON.

---

---

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



*Page(s) manquante(s)  
ou non-numérisée(s)*

Veillez vous informer auprès du personnel de BANQ  
en utilisant le formulaire de référence à distance, qui se trouve en ligne :

[https://www.banq.qc.ca/formulaires/formulaire\\_reference/index.html](https://www.banq.qc.ca/formulaires/formulaire_reference/index.html)

ou par téléphone **1-800-363-9028**

**Bibliothèque  
et Archives  
nationales**

**Québec** 

ENCOURAGEZ NOS IMPRIMEURS!

IMPRIMEURS - LITHOGRAPHES

*Thérien Frères*  
LIMITÉE

GRAVEURS - IMAGIERS  
ÉDITEURS - RELIEURS



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

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

FINANCE

ADMINISTRATION

ASSURANCES

**Guardian Finance & Investments Co.**  
AGENTS FINANCIERS

*Spécialité : Assurances contre les risques professionnels*

266 RUE ST-JACQUES OUEST . . . . . MONTRÉAL

GASTON RIVET, Gérant.

Tél. MARquette 2587

*Renseignez-vous auprès de vos confrères et demandez nos conditions.*

*Près de 300 médecins sont nos clients satisfaits.*

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

## TABLE DES ANNONCEURS

	Page		Page
Abbott Laboratories .....	XII	Hudson-Grenier .....	XXVIII
Anglo-French Drug .....	III	J. J. Joubert .....	XXV
Antiphlogistine .....	IV	Lechasseur Limitée .....	VIII
Association Jeanne-Mance .....	VII	Lederle Laboratories .....	XX
Banque d'Epargne .....	Couverture 2	LeMat, Marcel, fleuriste .....	XXIII
Banque Provinciale du Canada .....	VII	Manoir Ste-Marguerite .....	XXI
Bière Dow .....	XXVI	Merck & Co. ....	XIII et couvert. 4
Bilhuber-Knoll .....	XIII	Millet, Roux & Lafon .....	XIV et XXI
Birks, Henry & Sons .....	XIII	Mowatt & Moore .....	IX
Canada Drug Co. ....	VI	Nadeau (Laboratoire) .....	I
Canada Starch Co. ....	VIII	Oxygène du Canada (Compagnie) .....	IV
Carrière & Sénécal .....	XXII	Pizzagalli .....	IX
Casgrain & Charbonneau .....	XV	Phelan, F. H. ....	XXV
Ciba (Compagnie) .....	II	Robin, Jos., boulanger .....	XXIII
Cognac Monnet .....	XIX	Rougier Frères .....	XVII
Duckett, J. A. ....	VI	Sarrazin & Choquette .....	XXIV
Eddé, J. ....	XX et XXIII	Société d'Administration et de Fiducie .....	II
Elastoplast .....	XVIII	Thérien Frères Limitée .....	XXVII
Fleischmann (Levure) .....	V	Vandelac (Geo.) .....	XXIV
Guardian Finance Co. ....	XXVII	Victor X-Ray .....	X et XI
Herdt & Charton .....	XVI	Yoghourt Orbis .....	XXII
Ilford X-Ray Films .....	XI		

*Quartiers généraux du*

# TERRAPLANE - HUDSON

VENTES et SERVICE

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

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

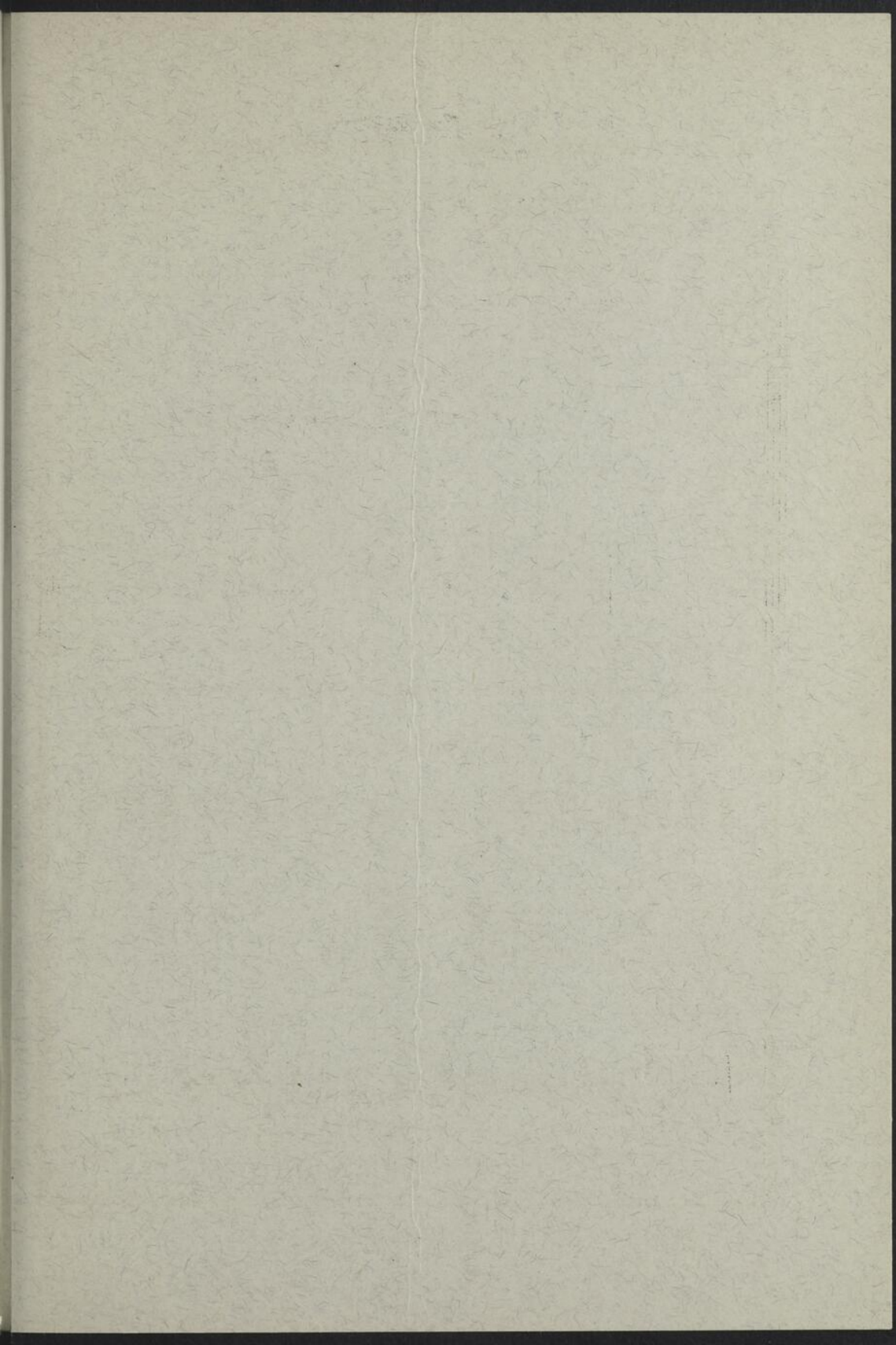
*Distributeurs*

## HUDSON - GRENIER

Motors Limited

2087 RUE STE-CATHERINE OUEST

Fitzroy 6383





Monohydrochlorure de phénylazo - alpha - alpha - diamino - pyridine

## PYÉLITE - CYSTITE

**L**E soulagement rapide des symptômes douloureux dans les infections urinaires et leur traitement.

D'innombrables recherches cliniques et pharmacologiques, faites avec le Pyridium et rapportées dans des journaux médicaux, ont été reçues de milliers de praticiens. Tous s'accordent à dire que le Pyridium *per os* donne des résultats extrêmement rapides.

# MERCK & CO. LIMITED

*Fabricants de produits chimiques*

**MONTRÉAL, P. Q.**