

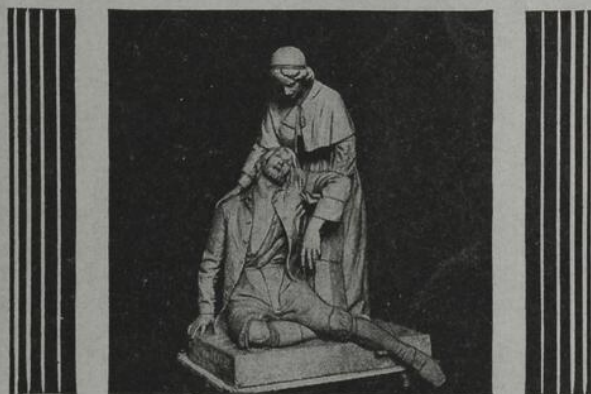
Numéro 2

Troisième année

LE JOURNAL

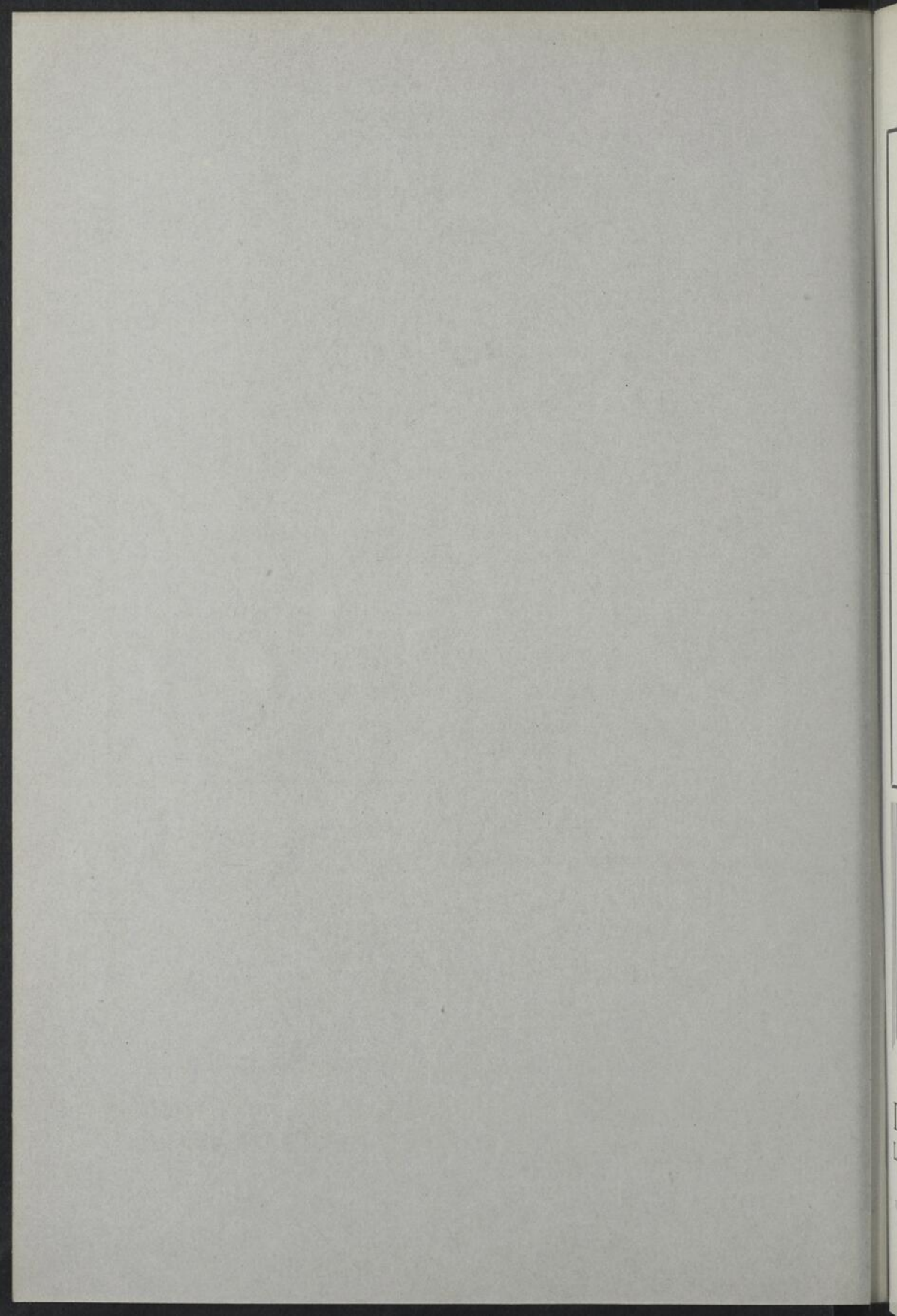
... de ...

L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL



MARS-AVRIL

1934



SOMMAIRE du No 2

MARS-AVRIL 1934

PIERRE MASSON: Quelques acquisitions récentes sur la circulation périphérique. <i>Les glomus ou anastomoses artérioveineuses</i>	73
GEORGES BARIL: Séméiologie de la typhoïde. <i>Relations du laboratoire et de la clinique</i>	91
PAUL LARIVIÈRE: L'état mental des parkinsoniens post-encéphalitiques	99
OSCAR MERCIER: Du traitement de l'hypertrophie musculaire du col vésical par la résection endo-urétrale	113
ADRIEN BRUNET: L'épigastralgie	122
EMILE LEGRAND: La pyrétothérapie dans certaines formes cliniques de syphilis nerveuse	128
JOSEPH-EDMOND DUBÉ: <i>Louis de Lotbinière-Harwood</i>	138
GEORGES BARIL: <i>Alfred-Napoléon Rivet</i>	143

FOVURASE

Par comprimé:

Ext. Foie sec 3 grs.
Levure desséchée 3 grs.
Nucléinate de Fer.... 1 gr.

Tonique nutritif, régénérateur des globules rouges, régulateur de l'intestin.

Un ou deux comprimés, trois fois par jour.

Sur demande, nous enverrons avec plaisir un échantillon.

LABORATOIRE NADEAU Limitée
LANcaster 2185 - 100 ST-PAUL OUEST, MONTRÉAL

CHANGEMENT DE NOM...

Vu que la substance analgésique contenue dans le Percaïnal est enregistrée au Canada et aux Etats-Unis sous le nom de Nupercaïne (En Europe, Percaine) il a été décidé de changer le nom du Percaïnal pour les deux pays en:

NUPERCAINAL "CIBA"

La nouvelle présentation du Nupercaïnal contiendra une canule rectale et chaque tube portera une étiquette en papier, facile à détacher pour la prescription.

COMPAGNIE CIBA Limitée, MONTRÉAL

LE YOGOURT CROIX VERTE

Un délicieux aliment qui fait la police de l'intestin

Savez-vous qu'en mangeant tous les jours le savoureux dessert qu'est le Yogourt, non seulement vous vous offrez un délicat régal, mais encore vous faites exactement ce qui convient pour vous entretenir en pleine forme et reculer la vieillesse.

Le Yogourt est un produit naturel du lait. C'est le type même de l'aliment complet. Mais ses vertus nutritives ne sont pas les plus précieuses. Le Yogourt contient, en effet, des ferments naturels bienfaisants qui assainissent le tube digestif en détruisant les toxines qui pullulent toujours

dans l'intestin. Le Yogourt aide merveilleusement la digestion, rafraîchit l'organisme et entretient le corps sain et jeune.

C'est à l'usage quotidien du Yogourt que certaines populations orientales doivent de parvenir à un âge très avancé, malgré leur hygiène primitive. En Europe, le Yogourt figure maintenant comme dessert sur toutes les tables. Il se mange nature, salé, sucré ou mélangé de confitures. Essayez dès aujourd'hui le Yogourt Croix-Verte particulièrement fin et riche en ferments bienfaisants.

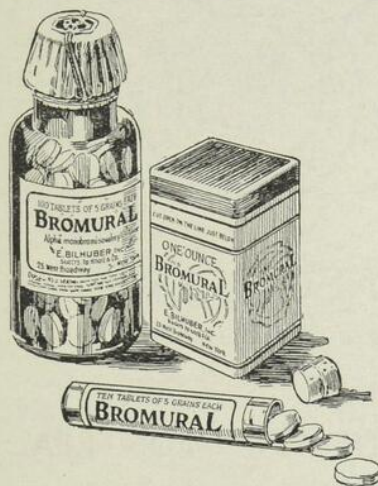
J. DELISLE

Fabricant

916, RUE DULUTH EST.

Tél.: AMherst 0434

Un sédatif d'emploi courant



BROMURAL

(*alphabromisovalérylurée*)

Indiqué là où les bromures seraient insuffisants, ou comme hypnotique rapide et léger. Ne contient pas d'acide barbiturique.

DOSES: *Sédative*: 5 grains (un comprimé) plusieurs fois par jour.

Hypnotique: 10 à 20 grains.

Littérature et échantillon envoyés sur demande.

MERCK & CO. Limited

412, RUE ST-SULPICE, MONTRÉAL

Vendeurs autorisés.

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

THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

Dans tous les cas d'inflammation

Conjonctivites, Blépharites, Orgelets, Kératites, Iritis, etc.

Le contenu d'un Sachet de Poudre

ROSASEPTOR

dissous dans 150 grammes d'eau bouillie donne une solution

Emolliente — Astringente — Antiseptique — Non Toxique

qui a été expérimentée avec succès dans les Hôpitaux de Paris.

Littérature et Echantillons sur demande à

G. GRAVET, 431, rue Malines, Montréal. Tél. PLateau 7005
(Face au Square St-Louis)

Concessionnaire exclusif pour les deux Amériques.

Laboratoire Aseptor — Paris

Dr Antoine, Docteur en pharmacie



CARRIÈRE & SÉNÉCAL LIMITÉE

Optométristes-Opticiens à l'Hôtel-Dieu

271 RUE SAINTE-CATHERINE EST, MONTRÉAL

Tél. LANcaster 7070

TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION

AVANTAGES

L'ISPAGHUL "TROUETTE-PERRET" est un produit naturel d'une innocuité absolue et d'une tolérance parfaite. Son mode d'action est exclusivement mécanique.

L'ISPAGHUL "TROUETTE-PERRET" rééduque l'intestin et facilite son travail biologique normal. C'est un lubrifiant.

INDICATIONS

Constipation sous toutes ses formes — Digestions lentes et difficiles — Gastro-Entérites
Insuffisance biliaire.

MODE D'EMPLOI

L'ISPAGHUL se prend sous la forme de fines semences dont l'absorption est très facilement acceptée. On les prend pures à sec, dans de l'eau ou dans un breuvage quelconque.

DOSES

ADULTES. Une cuillerée à soupe à chacun des principaux repas, midi et soir.

ENFANTS. Une cuillerée à café ou à dessert, suivant l'âge à chacun des principaux repas.

Agent pour le Canada: G. GRAVET

Distributeur Général, 431, rue Malines, MONTREAL, Téléphone PL. 7005
(face au Square Saint-Louis)

LABORATOIRES TROUETTE-PERRET, PARIS

LE RHUMATISME

articulaire ou toute autre manifestation rhumatismale, seront traités efficacement par des enveloppements d'Antiphlogistine, grâce à la chaleur humide durable de ce glycéroplasma et à ses propriétés analgésiques.

L'application de la chaleur sur la partie malade, et l'hyperémie qui s'ensuit, tendent à améliorer le métabolisme général, à favoriser la résorption des nodosités siégeant autour des jointures et des fibres musculaires et à atténuer l'épaississement des sacs synoviaux. Corrige en quelque sorte l'attitude vicieuse qu'avaient prise les articulations atteintes.

L'Antiphlogistine est un adjuvant précieux dans le traitement des états rhumatismaux où l'emploi de la chaleur humide prolongée est d'un grand secours.

Echantillon et littérature sur demande.

ANTIPHLOGISTINE

L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.

THE DENVER CHEMICAL M'F'G. CO.

153, LAGAUCHETIÈRE OUEST, . . . MONTRÉAL

COMPAGNIE D'OXYGÈNE du CANADA

(Oxygen Co. of Canada)

Etablie en 1896.

Pionniers et spécialistes dans la fabrication des gaz utilisés pour l'Anesthésie.

OXYGÈNE MÉDICAL. PROTOXYDE D'AZOTE.
MIXTURE D'OXYGÈNE ET DE GAZ CARBONIQUE.
ANHYDRIDE CARBONIQUE. ÉTHYLÈNE.

LOUAGE DE TENTE À OXYGÈNE.

Nous tenons à la disposition des praticiens des appareils à oxygène pour les cas de pneumonie, maladie du coeur et dyspnée, ainsi que pour la respiration artificielle.

Plus de 90% des hôpitaux de la province comptent déjà parmi nos clients.

Nos produits sont *chimiquement purs* et *traités en vue d'un emploi médical ou dentaire*.

Nous sommes les seuls à tenir à Montréal, un service de louage de tentes à oxygène, utilisées dans le traitement de la pneumonie.

Bureaux et Laboratoires :

1458, rue Mansfield,
MONTRÉAL



Le jour :

Téléphone: HARbour 7370

Le soir :

Téléphone: WALnut 0415M

MEANS



QUALITY

Membres Artificiels, Appareils Orthopédiques
Bandes Herniaires, Ceintures Abdominales, Bas Elastiques
et Corsets "Caniff"

Faits sur commande

MÉCANICIEN ORTHOPÉDIQUE

Attitré auprès des Hôpitaux suivants:

Children's Memorial Hospital

Montreal General Hospital

Montreal Children's Hospital

Royal Victoria Hospital

Shriner's Hospital

Western Hospital

HEURES DU BUREAU

Monsieur DUCKETT (sur rendez-vous seulement)

Le lundi est réservé aux patients des cliniques d'hôpitaux de 2.30 à 6.

Nos experts reçoivent les patients tous les après-midis, (excepté le samedi), de 2.30 à 6
et aussi sur rendez-vous.

Vous êtes cordialement invités à nous consulter au sujet de tous appareils
dont vos patients pourraient avoir besoin.

J. A. DUCKETT

2008-2014-2020, RUE BLEURY, angle Ontario,

MONTRÉAL

Téléphone: HARbour 0630

PAVERAL

*reste toujours le médicament de choix pour le traitement scientifique
de la*

COQUELUCHE

Le PAVERAL est journellement prescrit avec succès
pour les cas de coqueluche et des toux coqueluchoïdes.

Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

Agents : CANADA DRUG COMPANY

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice,

Montréal

ASSOCIATION JEANNE MANCE

Registre des gardes-malades graduées de
L'HÔTEL-DIEU DE MONTRÉAL

« SERVICE PRIVÉ
SERVICE À DOMICILE
SERVICE À L'HEURE »

S'adresser à

GABRIELLE BROSSARD, G.M.E.
Téléphone: ATLantic 5730

59, chemin Bellingham,
Outremont

Un traitement spécifique de l'Anémie

HEMOSTYL

L'HÉMOSTYL DU Dr ROUSSEL

possède en permanence 1,400 chevaux donneurs de Sérum.

L'INSTITUT DE SEROTHERAPIE HEMOPOIETIQUE
qui prépare

L'HÉMOSTYL DU Dr ROUSSEL

est le centre de Sérothérapie le plus important du monde.

Hémostyl fiolampoules - Hémostyl sirop

Dépôt général pour le Canada: J. EDDÉ, Limitée, New Birks Bldg, Montréal.

**iodaseptine
cortial**

TUBERCULOSE
PULMONAIRE CHRONIQUE

ADÉNOPATHIES
DE L'ENFANCE

RHUMATISMES
CHRONIQUES

SUPPRESSION DE LA DOULEUR
NI IODISME NI INTOLÉRANCE

LABORATOIRES
CORTIAL
15 B^o PASTEUR
PARIS (XV^e)

RHUMATISMES
AIGUS

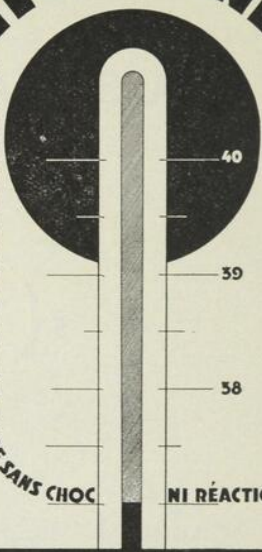
**iodaseptine
salicylée** UNIT

L'ACTION DE L'IODE A L'EFFET SALICYLÉ

DANS TOUTES LES GRANDES INFECTIONS AIGUES LA...

SEPTICEMINE

ENTRAINE UNE CHUTE DE TEMPERATURE SANS CHOC



LABORATOIRES CORTIAL . 15 BOUL' PASTEUR . PARIS

Uniques distributeurs pour le Canada : MILLET ROUX & LAFON Ltée

**VALÉRIANATE GABAIL
DÉSODORISÉ**

S'il faut associer les
Bromures, prescrivez
L'ELIXIR GABAIL Valéro-Bromoré
au Valérianate Gabail
désodorisé et sans alcool.
LABORATOIRE : 5, Rue Lefebvre . PARIS

L'ANGLO-FRENCH DRUG CIE MONTRÉAL

Tél.: CRescent 6163

THE PIZZAGALLI TERRAZZO TILE MANUFACTURING CO.

LIMITED

*Travaux en Marbre, Tuiles
et Terrazzo*

105, RUE JEAN-TALON OUEST, - - MONTRÉAL

Afin d'assurer la sécurité de vos envois d'argent



Quand vous envoyez de l'argent n'importe où en Canada, rappelez-vous qu'un moyen sûr, commode et peu coûteux c'est le mandat de la Banque Provinciale du Canada.

CES MANDATS OFFRENT LES AVANTAGES SUIVANTS :

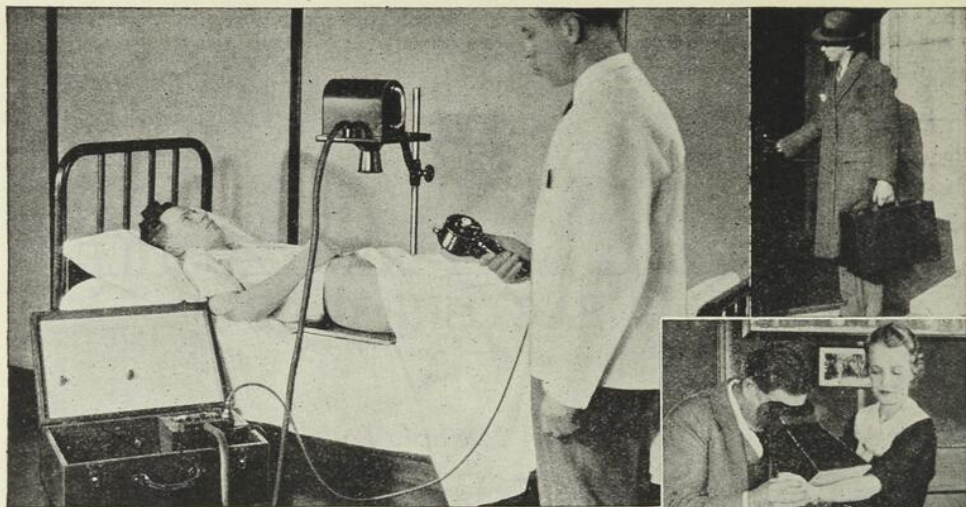
- 1° En vente dans toutes nos succursales et nos principales sous-agences;
- 2° Encaissables sans frais à n'importe quel bureau de banque à charte en Canada;
- 3° Émis à un coût minime;
- 4° Facilement remboursables si vous les égarez.

UTILISEZ LE MANDAT DE LA BANQUE PROVINCIALE DU CANADA POUR VOS ENVOIS D'ARGENT. ÉMIS JUSQU'À \$100. INCLUSIVEMENT.

La Banque Provinciale du Canada

S. J. B. ROLLAND,
Président.

CHS. A. ROY,
Gérant Général.



Un poste complet de Rayons X dans une mallette

Au bureau et en ville.

COMPACT !

SANS DANGER !

parce que le tube Coolidge est immergé dans l'huile.

Le Modèle F, le dernier-né de la famille "Shock-Proof", se loge dans une mallette ne mesurant que $19\frac{1}{4} \times 12\frac{3}{4} \times 7\frac{3}{4}$ pouces, et ne pesant que 30 livres. Se raccorde au secteur lumière.

On peut en toute sécurité faire radioscopies et radiographies dans des positions impossibles avec les postes nus.

Un collaborateur précieux dans votre cabinet médical, et prêt à vous accompagner partout où vous serez appelé. Malgré sa petite taille il accomplit des tours de force. Par exemple: la radiographie d'un bassin moyen en 6 secondes, avec une distance anti-cathode-film de 25 pouces. Grâce au foyer très petit du Coolidge immergé dans l'huile ("Benson focus") l'on peut se rapprocher du sujet sans sacrifier la netteté des images.

Bref, le Modèle F, avec un minimum d'encombrement et de poids, fournit un maximum de rendement et de sécurité.

Il comble une vieille lacune, puisqu'il fait l'office d'un poste fixe dans bien des cas, et peut se transporter n'importe où fort aisément.

VICTOR X-RAY CORPORATION



of Canada, Ltd.



Distributors for General Electric X-Ray Corporation • TORONTO—1221 Bay St., Toronto 5, Ont. • MONTREAL—524 Medical Arts Bldg. • VANCOUVER—Motor Transportation Bldg., 570 Dunsmuir St. • WINNIPEG—Medical Arts Bldg.

Le Journal de l'Hotel-Dieu de Montréal

No 2

Mars-avril 1934

QUELQUES ACQUISITIONS RÉCENTES SUR LA CIRCULATION PÉRIPHÉRIQUE.

*Les glomus ou anastomoses artério-veineuses.*¹

Par Pierre MASSON.

Messieurs,

Je vais vous entretenir d'une question nouvelle en apparence, bien vieille en réalité, presque centenaire, la question des *Anastomoses artério-veineuses* ou *Glomus neuro-myo-artériels*. Ne cherchez pas dans vos livres classiques: vous n'en trouverez pas mention. Jusqu'en 1934 elles étaient ignorées de la plupart des anatomistes et des physiologistes et seuls ceux qui les avaient successivement découvertes, redécouvertes et étudiées avaient compris leur intérêt. Les autres, les tenant pour absurdes *a priori*, les avaient dédaignées. Krogh lui-même, dont les recherches sur la circulation capillaire ont reçu les honneurs du prix Nobel, refuse de les admettre. Faute d'avoir voulu en tenir compte, il a diminué dans une large mesure l'importance de ses découvertes. Celles-ci restent valables pour les vertébrés à sang froid qui sont dépourvus d'anastomoses. Elles ne le sont plus que partiellement pour les vertébrés à sang chaud qui les présentent en abondance variable suivant les régions de leur tégument. Nos connaissances sur la circulation cutanée humaine doivent être révisées à la lumière des faits que je vais vous exposer.

J'étudierai tout d'abord les acquisitions sur les anastomoses artério-veineuses en suivant l'ordre historique. Ainsi nous envisagerons les progrès lentement réalisés par les méthodes d'observation

¹ Conférence faite à l'Hôtel-Dieu de Montréal, le 18 mai 1934.

histologiques. Nous étudierons ensuite les résultats de l'expérimentation et nous terminerons par une brève étude de la pathologie des glomus.

I. OBSERVATIONS ANATOMIQUES.

Le première notion des anastomoses artério-veineuses remonte à Berres qui les entrevit en 1837 dans les organes érectiles et à J. Müller qui les y décrivit en 1844.

En 1862 Sucquet, injectant les artères de la main, eut la surprise de voir la masse d'injection refluer dans les veines avant que le réseau capillaire ne fût rempli. En recherchant les voies de passage, indépendantes des capillaires, par où la masse avait envahi les veines, il découvrit un grand nombre d'anastomoses directes entre artères et veines.

Hoyer, employant, lui aussi, les techniques d'injection donna les premières descriptions précises de ces curieux dispositifs en 1872 et 1877.

En 1901, Grosser publia une bonne, mais incomplète description histologique des anastomoses artério-veineuses trouvées non seulement dans les doigts humains, mais dans ceux du cobaye, du rat, du chat et le long du bord libre des ailes des chauves-souris.

En 1908, von Schumacher reprit cette étude et décrivit les anastomoses que l'on trouve dans la queue des singes, des chats et des chiens et montra l'analogie de structure des anastomoses artério-veineuses avec la glande ou glomus de Luschka de l'homme.

Voici en quelques mots les caractères de ces anastomoses artério-veineuses, telles qu'ils ont été fixés par les recherches de Grosser et de Schumacher.

Les artères dermiques comportent deux réseaux horizontaux et superposés, l'un profond, l'autre superficiel, d'où s'échappent des artères de distribution à direction oblique ou verticale, qui se dirigent vers le derme papillaire en se ramifiant, après quoi elles se résolvent en capillaires dont le sang est collecté en des veines à peu près parallèles aux artères.

De loin en loin, avant leur épanouissement, les artérioles de distribution donnent naissance à une branche qui, au lieu de se résoudre en capillaires, va se jeter directement dans une veine après un trajet plus ou moins tortueux (fig. 1). Souvent (surtout dans la pulpe digitale humaine), ces artérioles anastomotiques se divisent en deux ou quatre branches qui rejoignent le réseau veineux en des points différents (fig. 2 et 3).



FIG. 1.

Microphotographie non retouchée (x300) d'une anastomose artérioveineuse de la plante du pied (coupe de $200\ \mu$ d'épaisseur). A gauche de la figure, artère se dirigeant de bas en haut. Les noyaux de ses fibres musculaires circulaires sont au point dans le haut de la photographie. L'artère donne naissance à une anastomose qui se recourbe sur elle-même, se dirige vers la droite, puis s'élargit et se transforme en une veine à paroi mince. Remarquer les nombreux noyaux arrondis de la paroi épaisse de l'anastomose. (D'après R. T. GRANT et E. T. BLAND.)

Ce qui frappe, dans ces artères anastomotiques c'est, (sur les pièces fixées vivantes) l'étranglement extrême de leur lumière — rétrécie au point d'être virtuelle —, l'épaisseur et la structure spéciale de leur paroi.

Cette paroi ne comporte plus de limitante élastique interne. L'endothélium est bordé extérieurement par des cellules qui tiennent

la place des cellules musculaires des artérioles ordinaires, mais ont un tout autre aspect. Leur corps protoplasmique est clair, indistinct et l'on ne voit nettement que leurs noyaux arrondis, très colorables, disposés sur plusieurs couches. Dans le voisinage de ces vaisseaux, il y a des corpuscules tactiles. En somme ces vaisseaux qui mettent directement en communication artères et veines jouent de toute évidence un rôle important dans la circulation périphérique.

Pour Sucquet, ils sont le siège d'une circulation dérivative en deçà des capillaires et maintiennent constante la pression dans les capillaires.

Pour Hoyer et Bourceret, ils maintiennent constante la température des extrémités. Cette opinion est rendue vraisemblable par leur absence chez les reptiles (Grosser).

Grosser et Von Schumacher, constatant la présence de corpuscules de Pacini dans leur voisinage, pensent que le jeu de ces vaisseaux (dilatation et contraction) est soumis à des réflexes dont les points de départ sont ces corpuscules, agissant comme contrôleurs de la pression interstitielle.

RECHERCHES PERSONNELLES

Depuis 1917, mon attention a été attirée sur les anastomoses artério-veineuses par de petites tumeurs sous-unguéales ou sous-cutanées, extrêmement douloureuses et dont je ferai plus loin l'étude. Ces tumeurs proviennent manifestement de ces anastomoses dont elles reproduisent, en les amplifiant, les caractères histologiques. Et comme elles ressemblent trait pour trait au glomus de Luschka, je me suis permis de leur donner le nom de *Tumeurs glomiques* et par extension de donner le nom de *glomus* aux organites hautement différenciés, — les anastomoses artério-veineuses — qui en sont le point de départ, et pour d'autres raisons que je dirai bientôt.

Les anastomoses artério-veineuses de Sucquet ne sont pas, en effet, de simples canaux dérivatifs. Ce ne sont pas des artères; ce ne sont pas des veines. Ce sont des vaisseaux tout à fait spéciaux, tortueux, rassemblés en une sorte de glomérule, auxquels il convient de donner un nom particulier: vaisseaux glomiques. Etudions donc ces vaisseaux.

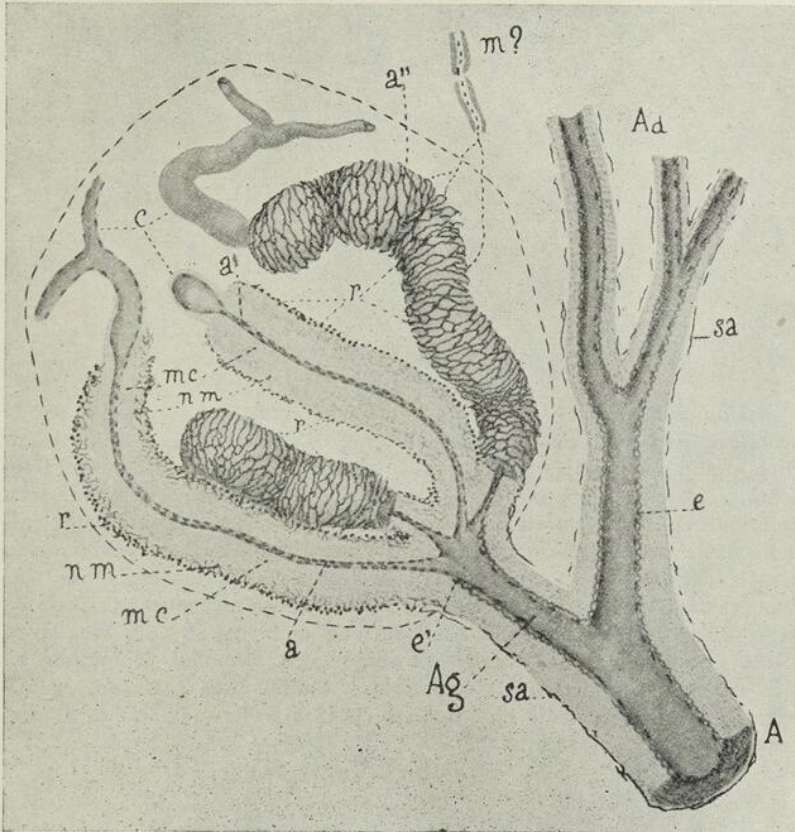
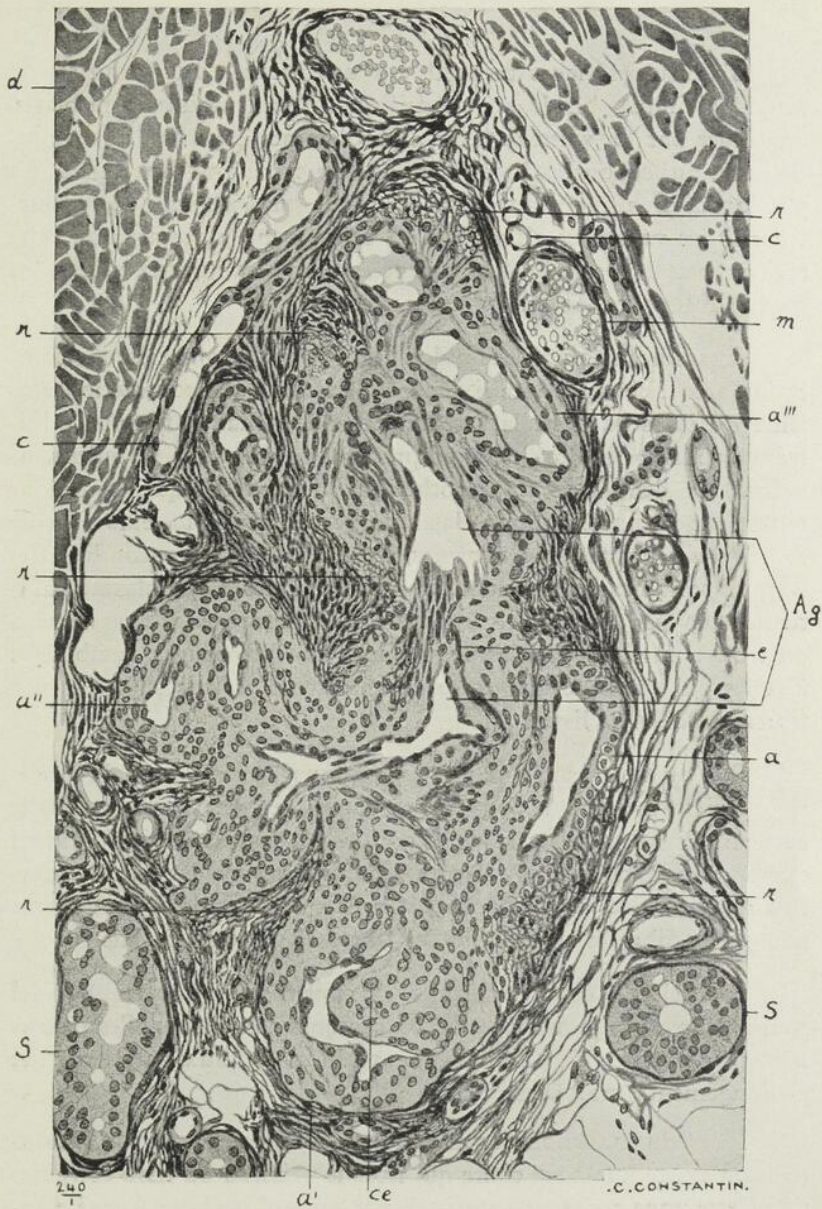


FIG. 2.

Reconstitution schématique d'un glomus de la pulpe digitale. A artère mère d'un cône artériel. Ad branches de distribution au derme superficiel. Ag artère afférente d'un glomus à 4 branches. Sa limitante élastique interne *e'* disparaît au moment où elle s'épanouit en artérioles glomériques. a artère glomérique en coupe longitudinale: *Lumière très étroite*; noyaux endothéliaux très rapprochés; mc couches de fibres lisses circulaires se continuant avec celle de l'artère afférente; nm couche de cellules claires, épithélioïdes, rameuses en continuité avec le manchon nerveux périphérique. a' autre artère glomérique dans laquelle les connexions entre les couches périphériques n'ont pas été représentées. En a'' artère glomérique en vue cavalière, pour montrer la résille nerveuse qui l'entoure. C, capillaires efférents, anastomotiques avec une veine. m connexion hypothétique avec une fibre à myéline.

FIG. 3.

Glomus normal de la pulpe à demi-contracté. Coupe passant par la première bifurcation de l'artère afférente. *Ag* les deux premières branches glomiques. *e* fin de la limitante élastique interne de l'artère afférente. *a, a', a'', a'''*, apparences lobaires répondant chacune à un vaisseau glomique contourné, mais non ramifié. Les couches musculaire et épithélioïde sont peu distinctes l'une de l'autre en raison de l'orientation capricieuse des vaisseaux qui sont sectionnés sous les incidences les plus variées. *ce* cellule épithélioïde. *r* résille nerveuse (manchon) périvasculaire. Cette résille est continue mais ne se voit bien à ce faible grossissement que dans les angles des branches glomiques où elle est coupée obliquement et, dès lors, semble plus épaisse. *c* capillaires efférents. *n* nerfs myéliniques. *s* glomérule sudoripare. *d* faisceaux collagènes dermiques.



J'ai esquissé leurs traits il y a un instant: une ramification artérielle simple, bifide ou quadrifide, à paroi épaisse, contractile, continuée par un vaisseau large à paroi mince, réduite à son endothélium, qui débouche directement à plein canal dans une veine. La portion la plus importante aux points de vue anatomique et fonctionnel des vaisseaux glomériques est ce segment juxta-artériel, cette région épaisse, à cellules peu distinctes, dont les noyaux seuls sont bien visibles avec les colorations ordinaires.

Examinons-la sur une pulpe digitale fixée vivante après coloration aux trichromes. Le fixateur a déterminé une contraction violente du vaisseau dont le revêtement endothélial s'affronte à lui-même, abolissant la cavité, et emprisonne souvent des globules sanguins. En dehors de cet endothélium, devenu cubique, et qui ne repose sur aucune limitante élastique, se trouvent plusieurs couches de cellules à noyaux multiformes, et le plus souvent arrondis. Ces noyaux sont eux-mêmes inclus dans des cellules à cytoplasme habituellement peu colorable, transparent et homogène. Par places, on trouve dans ce cytoplasme, de fines fibrilles rouges, semblables à celles qui donnent leur colorabilité intense et leur striation aux fibres musculaires lisses.

Si l'on examine le vaisseau glomérique au voisinage de l'artériole qui le commande, on trouve toutes les transitions possibles entre fibres musculaires lisses et cellules claires. Il devient évident que ces cellules claires des vaisseaux glomériques sont des cellules musculaires modifiées et pauvres en fibrilles contractiles comme sont pauvres en fibrilles contractiles les fibres du faisceau de His.

Ces cellules ont des formes extrêmement variables. Sur les coupes transversales des vaisseaux glomériques contractés, elles paraissent globuleuses, épithélioïdes et réunies les unes aux autres par des prolongements multiples.

Hors du manchon formé par leur réunion autour de l'endothélium existe une zone claire qui isole le vaisseau du tissu conjonctif. Cette zone claire est constituée par un étui nerveux formé d'innombrables filets sympathiques, enchevêtrés en un réseau.

Ce réseau, extrêmement développé double extérieurement le vaisseau et se mêle de façon inextricable avec ses cellules claires externes, avec lesquelles il semble souvent se continuer. Il règne avec la même abondance dans toute la longueur de la région épaisse du vaisseau glomique, s'amincit autour de son segment juxta-veineux, à paroi *mince*, ainsi qu'autour de son pédicule artériel.

Dans les vaisseaux glomiques fixés après la mort — non contractés — ou remplis par un caillot, les cellules claires sont aplaties, et forment une tunique trois ou quatre fois plus mince que celle des vaisseaux contractés; la résille nerveuse qui les entoure est légèrement distendue. Les segments juxta-artériels sont aussi larges que les segment préveineux qui leur font suite.

Ajoutons que l'ensemble d'un glomus — simple ou multifide — est inclus dans un bloc de tissu conjonctif qui fait corps avec lui et se montre nettement distinct du tissu dermique environnant.

De cette description du glomus en différents états, il sort qu'il est constitué par un vaisseau simple ou branchu, à la fois dilatable et contractile, contractile au point de devenir complètement imperméable.

La dérivation anastomotique qu'il établit entre artère et veine est soumise à son relâchement. Elle est diminuée, lorsqu'il se contracte partiellement, abolie quand il se contracte complètement. Ouvert, il dérive du sang de l'artère vers la veine et diminue d'autant la circulation dans les capillaires. Fermé, il oblige tout le sang artériel à irriguer les capillaires dermiques.

Les cellules contractiles ne fonctionnent pas comme les cellules musculaires lisses puisqu'elles ne contiennent pas de fibrilles capables de se raccourcir activement. Elles ne peuvent se raccourcir que par contraction en masse de leur cytoplasme qui devient sphérique, degré de raccourcissement interdit à toutes les cellules musculaires, lisses ou striées. De là l'oblitération totale des vaisseaux qu'elles bordent.

D'un autre côté, la résille nerveuse qui entoure ce vaisseau et le commande est distendue par lui lorsqu'il se dilate, comme elle

peut être comprimée par tout accroissement de pression de la lymphe interstitielle — accroissement qui dépend forcément de la pression dans les capillaires. Elle est en bonne place, cette résille, pour percevoir aussi bien la pression intra-artérielle et la pression interstitielle et pour agir directement sur les cellules contractiles du vaisseau glomique. D'où l'idée que le vaisseau glomique avec son armature nerveuse si développée, avec ses cellules contractiles si efficaces, est une sorte de régulateur, sensible et automatique, de la circulation capillaire.

Et comme cette résille nerveuse est en continuité avec le réseau moins riche qui entoure les artères préglomiques, on peut penser qu'il est soumis au sympathique artériel général, mais qu'il peut aussi agir sur lui.

Il y a plus. Ainsi que l'on montré Grosser et Schumacher, il existe des corpuscules tactiles de Vater-Pacini dans le voisinage des anastomoses artério-veineuses. Mais si l'on étudie la répartition topographique des glomus, on constate que leur nombre et leur degré de développement est d'autant plus grand que la région envisagée est plus hautement tactile: chez l'homme, leur nombre atteint une centaine par centimètre carré dans le lit sous-unguéal, 25 par centimètre carré dans la pulpe de l'index et décroît vers la région palmaire. Au dos de la main, on n'en trouve que de rares unités. Il n'y en a pas de reconnaissables dans le reste du tégument.

D'où l'idée que s'ils sont contrôlés par les corpuscules tactiles, ils peuvent tout aussi bien jouer un rôle dans la régulation de la pression interstitielle optima indispensable à la fonction du toucher. Telle fut la conclusion ou plutôt l'hypothèse de travail à laquelle me conduisirent mes recherches de 1924 à 1926.

II. EXPÉRIMENTATION.

A cette hypothèse, comme à celles de Hoyer, Grosser et Schumacher, manquait le contrôle expérimental. Cette lacune a été comblée, au moins en partie, par les travaux de R. T. Grant et E. F. Bland (1930-31), d'une part, par ceux d'Eliot R. Clark et Eleanor L. Clark (1934), d'autre part. Ceux-ci ont été présentés au dernier Congrès des Anatomistes Américains, à Philadelphie, en mars 1934.

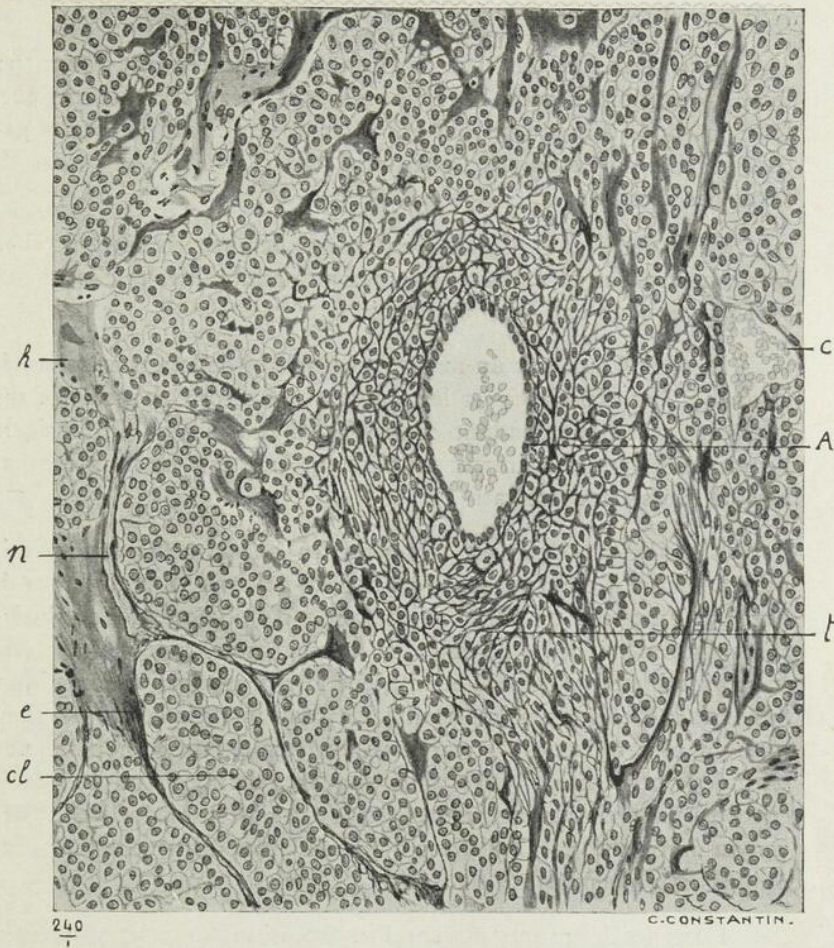


FIG. 4.

Angio-neuromyome artériel. A, vaisseau afférent volumineux, pourvu d'une épaisse tunique musculuse et commandant la circulation d'un tiers de la tumeur. Ce vaisseau est une artère modifiée; e, tout autour d'elle, travées irrégulières formées par des cellules épithélioïdes; t, région où l'on peut constater la continuité des cellules musculaires et des cellules épithélioïdes; n, fascicule nerveux inclus dans le tissu hyalin h qui sépare les travées épithélioïdes, les pénètre et se continue d'autre part avec les fibres collagènes qui isolent les fibres musculaires de l'artère A; c, capillaire bordé par des cellules tumorales; cl, lacune creusée entre les cellules épithélioïdes et contenant du sang. La plupart des travées épithélioïdes présentent, dans leur intérieur, des capillaires ou des lacunes sanguines.

Les travaux de Grant et de Grant et Bland tendent à montrer le rôle des glomus dans les phénomènes de régulation thermique. Leur méthode consiste surtout en prises de températures locales par couples thermo-électriques, mais sans contrôle direct et visuel de l'état des glomus.

Ceux de R. et E. Clark n'ont pas ce défaut. Ils révèlent chez leurs auteurs une ingéniosité, une patience admirables et c'est d'eux seulement que je vais vous entretenir.

R. et E. Clark ont un magnifique élevage de lapins apprivoisés et dressés: les expériences et les observations seront poursuivies sur eux sans anesthésie pendant des mois, en des séances de plusieurs heures sans que les animaux manifestent émotion ni crainte capables de fausser les résultats.

L'oreille du lapin est très riche en anastomoses artério-veineuses, faciles à observer grâce à l'artifice suivant. Sur une face de l'oreille, on excise un carré ou un cercle d'épiderme et l'on insère à sa place une lamelle de mica de même forme, laquelle recouvre et protège le derme dénudé et empêche la régénération épidermique. Sur l'autre face de la même oreille, on pratique la même opération, mais en plus on enlève le cartilage auriculaire, puis on place une seconde lame de mica. On a ainsi une lame dermique mince, placée entre deux lamelles transparentes, où la circulation est facile à observer au microscope. Clarke en a présenté des films cinématographiques impressionnants.

Dans les jours qui suivent l'intervention, tous les vaisseaux, artériels et glomiques sont fortement contractés: influence sans doute de l'irritation traumatique. Peu à peu, ils présentent des alternatives de contraction et de relâchement avec dilatation d'allures assez variables suivant les points, variabilité peut-être en rapport avec la condition anormale, malgré tout, dans laquelle ces vaisseaux fonctionnent. Ces vaisseaux anastomotiques sont au nombre de 25 à 50 par centimètre carré. La plupart méritent bien le nom d'anastomoses artério-veineuses car ils établissent une communication directe entre artérioles et veinules. Mais — fait dont

j'avais déjà constaté l'existence — un certain nombre de branches artérielles, de même structure et propriétés générales que les anastomoses, s'épanouissent directement en capillaires; le nom d'anastomoses ne leur convient plus; autre raison pour donner le nom de glomus à toutes les formations artérielles, anastomotiques ou non, douées de la même structure et des mêmes manifestations physiologiques.

Ces manifestations, en quoi consistent-elles et qu'ont-elles de particulier ?

Comme les artères, les vaisseaux glomiques subissent des alternatives de contraction et de relâchement — mais tandis qu'une artère musculeuse ordinaire de l'oreille du lapin, excitée, met en moyenne 7 secondes pour se contracter au maximum — maximum qui rétrécit, mais n'abolit pas toute circulation dans sa lumière, — le vaisseau glomique se contracte brusquement en 1 seconde et demie et toute circulation peut y être abolie.

D'ordinaire, dans l'état de repos de l'animal, ces contractions sont suivies de relâchements pendant lesquels le vaisseau glomique, dilaté, livre cours au sang artériel; alors la veine dans laquelle le sang est apporté par le glomus subit une chasse d'une violence extrême, souvent accompagnée d'un refoulement de sang des veines dans les capillaires, d'une inversion circulatoire momentanée dans les capillaires.

Puis vient une nouvelle contraction brusque, suivie d'un nouveau relâchement, le tout selon un rythme fixe pour un vaisseau glomique donné — 2 à 12 cycles de contractions et de relâchements par minute. Ce rythme de contractions — de systoles — et de relâchements — diastoles — éveille une comparaison avec cet autre vaisseau à contractions rythmiques qu'est le coeur et évoque l'image de « *coeurs périphériques* »: les vaisseaux glomiques.

Les vaisseaux glomiques obéissent aux actions physiques qui modifient le calibre des artères: la chaleur les dilate, le froid les contracte. Mais, dans ces circonstances, ils manifestent leurs qualités et leur autonomie propres: brusquerie de la contraction, man-

que de synchronisme de leurs mouvements avec ceux des artères avec lesquelles ils sont branchés.

De même ils se contractent ou se dilatent sous l'influence de chocs ou d'émotions.

Ainsi les belles expériences de Clark et Clark confirment objectivement les hypothèses que Grosser, Schumacher et moi nous avons pu formuler à la suite de nos études morphologiques des glomus: alternatives de contraction oblitérante et de relâchement; régulation de la circulation capillaire, variant avec la température et certaines sensations tactiles et même sous l'influence d'émotion. Elles y ont ajouté la notion d'une succession de cycles fonctionnels, de systoles et de diastoles rythmiques, comparables à celles du coeur.

III. PATHOLOGIE DES GLOMUS

Mais il est une partie de mon hypothèse qui reste indémontrée, c'est la relation des glomus 1° avec la sensibilité tactile, 2° avec le fonctionnement du sympathique extra glomique.

Ici, l'expérimentation n'a pas encore donné de résultats: elle implique l'expression de sensations délicates que l'animal en expérience, ne saurait fournir. Il faudrait qu'un homme se dévouât et sacrifiât un doigt à la science . . .

La pathologie nous a cependant fourni des renseignements fort suggestifs sur ce point. Car il y a déjà une pathologie des glomus.

A) *Glomus et Syringomyélie.*

Dans un cas de syringomyélie avec anesthésie des doigts, j'ai observé une dégénérescence des fibres nerveuses des corpuscules de Wagner-Meissner et, en même temps une sclérose des glomus dont la cavité restait béante: on peut penser que le sang, perpétuellement dérivé dans la veine par l'anastomose toujours ouverte atteignait en quantité insuffisante les capillaires du derme papillaire et compromettait la nutrition et le fonctionnement des corpuscules — ou plutôt que l'atrophie primitive des corpuscules avait provoqué la dilatation permanente des glomus et leur sclérose.

B) *Glomus et sensibilité anormale.*

J'ai pu observer une lésion où le rôle des glomus dans la nutrition tégumentaire et la fonction tactile apparaît comme dans une expérience.

On sait que la peau de la face dorsale de l'avant-bras est normalement à peu près dépourvue de corpuscules tactiles de Wagner-Meissner et de glomus. Or un malade vint consulter mon collègue Stolz, de Strasbourg, pour une sorte d'excroissance papillaire, sessile, arrondie, de 3 à 4 cent. de diamètre qui siégeait à la face dorsale de l'avant-bras. Cette saillie était d'une sensibilité gênante. Elle fut extirpée.

L'examen microscopique montra un épiderme normal dans sa constitution élémentaire, mais à surface compliquée et papillaire. Dans les papilles hypertrophiées du derme se trouvaient de nombreux corpuscules de Wagner-Meissner. Le derme sous-jacent, épaissi, était rempli de vaisseaux glomiques.

La corrélation entre corpuscules de Wagner-Meissner hétérotopiques et la présence de glomus dans le derme sous-jacent paraît évidente.

C) *Tumeurs glomiques.*

Depuis 1924, j'ai attiré l'attention sur les tumeurs propres des glomus, les *Tumeurs glomiques* ou *Angio-myo-neuromes artériels*.

Ces tumeurs sont toujours petites — les plus grosses ne dépassent guère le volume d'une cerise. Elles ont pour siège de prédilection le lit sous-unguéal, mais on peut en trouver dans toute l'étendue du tégument, ce qui montre, entre parenthèses, que l'aptitude à la production de vaisseaux glomiques n'est pas l'apanage des seules artères digitales, mais de toutes les artères tégumentaires: la peau n'est-elle pas un vaste organe tactile, plus ou moins parfait suivant les régions, il est vrai, mais sensible partout ?

Elles sont toujours extrêmement douloureuses — elles forment une proportion importante des « tubercules douloureux »

bien connus des cliniciens — douloureuses spontanément. Douleurs continues, douleurs pulsatiles, douleurs intolérables provoquées par le moindre attouchement.

Les plus communes sont, je viens de vous le dire, celles qui siègent sous l'ongle. Souvent elles apparaissent après un traumatisme: pincement du doigt dans une porte, écrasement par un couvercle de pupitre, qui provoquent un hématome sous-unguéal. L'hématome, au lieu de se résorber après avoir changé de couleur, semble persister avec sa teinte bleue noire du début, et la douleur du traumatisme initial, loin de s'atténuer, persiste et s'exaspère. Des semaines se passent et la tache bleue s'accroît, fait bomber l'ongle à son niveau. Les malades comparent leur sensations à celles qu'ils éprouveraient si, une aiguille de machine à coudre animée d'un mouvement rapide leur transperçait la phalange. Le moindre contact exagère encore les douleurs et le malade devient un véritable infirme, incapable de tout travail et livré à l'insomnie. Le contact de l'eau froide ou de l'eau chaude est intolérable. Dans un cas que j'ai observé et publié avec Barré, les troubles douloureux furent bientôt suivis d'une atrophie, non seulement du doigt atteint, mais du bras et de la jambe et d'un syndrome de Claude Bernard-Horner du même côté!

Lorsque ces tumeurs siègent en d'autres points du tégument, c'est toujours la douleur qui les fait découvrir. Tantôt elles sont superficielles et apparaissent comme de petits naevi vasculaires, tantôt elles sont profondes et invisibles extérieurement: une incision seule les fait apparaître.

L'extirpation de ces tumeurs est fort simple. Elles sont toujours limitées, encapsulées et faciles à enlever en totalité. Dans les jours qui suivent, tous symptômes locaux et lointains disparaissent sans retour.

L'examen histologique de ces tumeurs montre qu'elles sont constituées par une agglomération de vaisseaux glomiques pelotonnés sur eux-mêmes, tantôt étroits, tantôt larges et caverneux, branchés sur une artériole et dont les intervalles sont peuplés d'innombrables filets nerveux: ce sont des glomus géants. (fig. 4)

Ainsi, à l'état normal le nombre des glomus semble d'autant plus grand que le nombre des corpuscules tactiles est plus grand lui-même. Quand la fonction tactile disparaît (syringomyélie) les glomus correspondants sont altérés et cessent d'être efficaces. Quand des corpuscules de Wagner-Meissner apparaissent en nombre anormal dans un territoire cutané qui en est normalement dépourvu, les glomus abondent au-dessous d'eux. Quand des glomus s'hypertrophient et forment des tumeurs, celles-ci sont douloureuses par elles-mêmes, sensibles au moindre contact.

Cet ensemble de faits ne tend-il pas à démontrer le rôle que jouent les glomus dans l'exercice même des fonctions tactiles?

Ceci n'exclut pas le rôle que depuis Hoyer, on leur attribue dans la régulation de la circulation locale et générale et la régulation thermique, rôle démontré par l'expérience, rôle démontré en outre par les syndromes vasculaires lointains qui accompagnent certaines de leurs tumeurs.

En résumé, constitués par des segments artériels pourvus de cellules contractiles, pâles à la façon des cellules du faisceau de His, capables de systoles et de diastoles rythmiques, les glomus ou anastomoses artério-veineuses apparaissent comme des organes autonomes, mais reliés à la fois au sympathique artériel et aux nerfs sensitifs et capables, par un jeu de réflexes dont ils sont, suivant les circonstances, le point de départ ou d'arrivée, de contrôler la circulation capillaire des téguments et de régler ainsi la nutrition, la température et la sensibilité de la peau.

BIBLIOGRAPHIE

- BOURCERET: Circulations locales, *La Main*, Paris, 1885.
- E. R. CLARK and E. L. CLARK: Observations on living arterio-venous anastomoses as seen in transparent chambers introduced into the rabbit ear. *Amer. Jour. of Anatomy*, p. 229, 1934.
- R. T. GRANT and E. F. BLAND: Observations on arterio-venous anastomoses in human skin and in the bird's foot with special reference to the reaction to cold. *Heart*, XV, no. 4, p. 385, 1934.

- OTTO GROSSER: Zur Anatomie und Entwicklungsgeschichte des Gefäßsystemes des Chiropteren. *Anat. Hefte*, H. 55, Bd. XVII, 1901.
- Ueber arteriovenöse Anastomosen an den Extremitätsenden beim Menschen und den krallentragenden Säugetieren. *Arch. f. mikr. Anat.*, Bd. 60, p. 191, 1902.
- H. HOYER: Ueber unmittelbare Verbindungen zwischen Arterien und Venen. *Denkschr. des Warschauer med. Gesell.*, pp. 51-54, 1873.
- Ueber unmittelbare Einmündung kleinster Arterien in Gefäßäste venösen Charakters. *Arch. f. mikr. Anat.*, Bd. XIII, p. 603, 1877.
- LAGUESSE: Bourrelets valvulaires chez les poissons. *Soc. d. Biol.*, t. IV, 1892.
- J.-F. MARTIN et DECHAUME: Tumeurs glomiques. *Annales d'Anat. Pathol.*, 1925.
- P. MASSON: Le glomus neuromyo-artériel des régions tactiles et ses tumeurs. *Lyon Chirurgical*, mai-juin 1924.
- (avec A. Barré): Etude anatomoclinique de certaines tumeurs sous-unguéales douloureuses (tumeurs du glomus neuromyo-artériel des extrémités). *Soc. Franc. de Dermatologie et de Syph.*, 7 juillet 1924.
- P. MASSON et LOUIS GERY: Les tumeurs glomiques sous-cutanées. *Annales d'Anatomie pathologique*, T. IV, n. 2, février 1927, p. 153.
- ASSEN PRODANOFF: Sur la localisation des tumeurs glomiques. *Annales d'Anat. pathologique*, T. IV, n. 2, février 1927, p. 147.
- SUCQUET: D'une circulation dérivative dans les membres et la tête chez l'homme. Paris, 1862. 6 planches.
- VON SCHUMACHER: Ueber das Glomus coccygeum des Menschen und die Glomeruli caudales der Säugetiere. *Arch. f. mikr. Anat.*, Bd 71, p. 58, 1908.
- J. W. THOMSON WALKER: Ueber die menschliche Steisdrüse. *Arch. f. mikr. Anat.* Bd., 64, p. 121, 1904.

SÉMÉIOLOGIE DE LA TYPHOÏDE

*Relations du laboratoire et de la clinique*¹

Par GEORGES BARIL,

Professeur de chimie physiologique à l'Université de Montréal.
Directeur des laboratoires des hôpitaux
Hôtel-Dieu et Sainte-Justine.

Dans l'article que nous avons publié en 1932 dans le *Journal de l'Hôtel-Dieu* (I), nous avons discuté des *relations du laboratoire et de la clinique*, et insisté sur deux points, à savoir:

1° *Qu'un examen clinique soigné du malade doit précéder toute réquisition d'analyse;*

2° *Que les analyses doivent être l'objet d'un choix judicieux.*

Ces deux principes, particulièrement fondés lorsqu'il s'agit d'analyses sortant de la routine journalière, compliquées et dispendieuses, s'imposent aussi à l'attention du médecin pour maintes recherches qui sont considérées comme courantes. Il est facile de concevoir les avantages de s'en tenir à cette pratique. L'examen clinique préalable évite une perte de temps à tout le monde: a) *au personnel du laboratoire d'abord*, qui aura le loisir d'utiliser le temps épargné à faire certaines recherches dont la science médicale ne pourra que bénéficier; b) *au médecin traitant* qui évitera bien des tâtonnements dans son diagnostic; c) *au malade lui-même* qui est anxieux d'être remis sur pieds le plus rapidement possible.

L'examen clinique préalable du malade, avant toute réquisition d'analyse, évite par ailleurs de faire faire des analyses inutiles, celles-ci pouvant être remplacées, quand nécessaire, par la répétition d'analyses qui doivent être exécutées en série pour avoir toute leur valeur diagnostique,

¹ Leçon clinique donnée à l'Hôtel-Dieu le 23 février 1934.

Nous plaçant uniquement au point de vue du diagnostic, nous entendons par analyses inutiles: a) Celles qui n'ont qu'un rapport très éloigné avec le cas traité, et n'ajoutent guère à la précision du diagnostic; b) celles qui sont pratiquées dans des conditions, ou à une période de la maladie, où elles ont quatre-vingt-dix-neuf chances sur cent d'être négatives; c) celles dont les résultats sont tellement discutés, ou tellement variables, qu'elles n'apportent aucun élément de certitude au diagnostic posé.

Nous avons déjà donné ailleurs (I) quelques exemples à ce sujet. L'étude de la SÉMÉIOLOGIE DE LA TYPHOÏDE va nous permettre d'illustrer de nouveau notre pensée. Ce n'est pas notre intention d'entrer dans le détail technique des examens de laboratoire que l'on peut pratiquer, pour diagnostiquer ou suivre l'évolution d'une fièvre typhoïde; nous voulons seulement offrir une vue d'ensemble de la question, et préciser l'aide que le laboratoire peut apporter à la clinique.

Pour la masse des médecins, la fièvre typhoïde s'identifie en matière de laboratoire, avec le *séro-diagnostic de Widal*; cela, toute la profession médicale le sait, et bien peu de médecins négligent de prescrire cette recherche. Par ailleurs, combien de médecins savent-ils: a) qu'une numération des globules blancs est pour le moins aussi utile et dans quelques cas plus sûre? b) que la diazo réaction d'Erlich faite dans les conditions voulues vaut presque le séro diagnostic? c) que dans beaucoup de cas, seule l'hémoculture donne le mot de la fin en fait de diagnostic, et, qu'à tout événement, c'est la seule recherche qui soit *pathognomonique* lorsqu'elle fournit un résultat positif? Combien de médecins savent-ils en outre dans quel ordre doivent se faire ces réactions, et quelle est leur valeur diagnostique précise? C'est à répondre à ces questions que vise notre leçon clinique.

Voici, schématisée, d'après Agasse-Lafont, la Séméiologie de laboratoire de la typhoïde:

I. — TYPHOÏDE BANALE, NON COMPLIQUÉE (si on peut ainsi parler) :

- 1° SANG. — a) Numération des globules blancs et recherche du réticulum fibrineux (cette dernière méthode due à Hayem) ;
 b) Séro-diagnostic de Widal ;
 c) Hémoculture.
- 2° URINE. — a) Diazo-réaction d'Erlich ;
 b) Aldéhyde-réaction (du même) ;
 c) *Trépied urinaire* { Albumine.
 Excès d'indoxyle.
 Excès d'acide urique.
- 3° FÈCES. — Recherche du bacille typhique (Porteurs).

II. — TYPHOÏDE COMPLIQUÉE. — L'aide apportée par le laboratoire dépend de la complication.

I. — TYPHOÏDE BANALE, NON COMPLIQUÉE

A. — *Analyse de Sang.*

1. NUMÉRATION DES LEUCOCYTES. — Dans la typhoïde on observe deux faits: 1° de la *leucopénie*; 2° de la *mononucléose* associée à cette leucopénie. Ces deux symptômes sont précoces; ils doivent être recherchés dès la première semaine de la maladie; ils s'intensifient durant le deuxième septenaire (1000 leucocytes par m.m.³) pour disparaître avec la défervescence.

Dans les conditions que nous venons de préciser, si ces deux symptômes manquent, ou mieux si l'on a une *augmentation* du nombre des globules blancs (leucocytose), et une *augmentation* du nombre des polynucléaires (polynucléose), le médecin peut, presque à coup sûr, affirmer ou bien qu'il ne s'agit pas de typhoïde, ou que celle-ci débute par une complication telle que pneumonie, ou autre infection. Notre expérience du laboratoire et de la clinique nous permet d'affirmer que cette notion repose sur des faits

incontestables. Il faut noter de plus que pour avoir toute sa valeur diagnostique, la numération des globules blancs doit être répétée plusieurs fois durant le premier septenaire.

La méthode n'est pas exempte de *causes d'erreur* dans son interprétation. Quelles sont-elles? Le médecin devra se rappeler qu'il peut y avoir *leucopénie*: a) dans certaines *infections aiguës*: rougeole, paludisme, fièvre méditerranéenne, infections aiguës à allure typhique, dont il n'est pas toujours possible de découvrir l'agent pathogène; dans l'agranulocytose, l'anémie aiguë toxique (en particulier celle qui est causée par des produits tel que le benzène, le 606, etc.), et la leucémie aiguë; b) dans certaines *affections chroniques*: paludisme chronique et quelques formes de splénomégalie.

Il est facile pour le médecin de faire le diagnostic clinique différentiel entre la typhoïde et la plupart des maladies mentionnées ci-dessus; quelques-unes mêmes n'ont pas cours dans notre pays jusqu'à date. Nous signalons aussi d'une façon toute particulière, qu'il peut s'établir de la *leucopénie* dans l'évolution des leucémies sous l'influence d'un traitement radiothérapique intense.

Enfin, accessoirement, la numération des globules blancs peut être complétée par la recherche du *réticulum fibrineux* de Hayem. L'absence de ce réticulum, à une température de 40° C, est en faveur du diagnostic de la typhoïde; par contre sa présence marquée chez un malade soupçonné de typhoïde, permettrait presque à coup sûr d'écarter ce diagnostic.

2. SÉRO-DIAGNOSTIC DE WIDAL. — C'est peut-être la méthode de diagnostic la plus connue et la plus répandue. Notre collègue Gauthier se réserve de causer un jour de sa technique et, en général, des recherches bactériologiques qui peuvent être faites.

Pour confirmer le diagnostic de la typhoïde, le médecin aurait tort de croire qu'un séro-diagnostic positif ou négatif impose nécessairement la conclusion correspondante.

Comme pour la numération globulaire il faut penser aux *causes d'erreur*:

1° Il peut exister ce que l'on est convenu d'appeler des *faux positifs*: chez les anciens typhiques; chez les sujets récemment vaccinés (trois mois).

2° Mais il peut y avoir aussi des *faux négatifs*: chez des malades qui ont réellement la typhoïde, avec tous ses symptômes cliniques, et chez lesquels le séro-diagnostic peut n'être positif qu'après le deuxième ou le troisième septenaire, voire même *pendant la convalescence* de la maladie. C'est au sujet de ces cas que Agasse-Lafont (2) conseille de rédiger le rapport comme suit: Le séro est *actuellement* négatif; ou, l'hémoculture est actuellement négative; ceci afin de permettre au médecin de traiter une typhoïde sans encourir les critiques d'une famille qui s'expliquerait mal ce traitement avec un *séro négatif* ou une *hémoculture négative*.

Le médecin ne devra jamais oublier que le séro-diagnostic est *toujours négatif dans le premier septenaire de la maladie*. Cette constatation me fournit l'argument auquel je faisais allusion concernant le choix judicieux des analyses: la numération des globules blancs *doit toujours précéder* le séro-diagnostic, puis l'accompagner.

3. L'HÉMOCULTURE. — Nous laissons à notre collègue Gauthier de préciser les conditions de cette méthode. Nous mentionnons seulement que, pour être utile, elle doit être hâtive (1er septenaire).

Pour résumer ce premier groupe de recherches de laboratoire, à savoir: les analyses que l'on peut faire du sang pour aider le diagnostic de la typhoïde, nous dirons que le médecin qui a fait un *diagnostic clinique* de cette maladie doit commencer par faire ou prescrire la numération des leucocytes et l'hémoculture, surtout s'il est appelé dans le premier septenaire; il répétera ces analyses, au besoin. Il les fera suivre subséquemment du séro-diagnostic, celui-ci pouvant être fait conjointement avec les recherches précédentes si le malade a dépassé le premier septenaire.

B. — Urines et Typhoïde.

Passons à l'examen des urines. Celles-ci fournissent au médecin plusieurs réactions dont les unes sont presque spécifiques de la

typhoïde, et, les autres, les manifestations habituelles de la plupart des infections.

Les réactions que l'on peut considérer comme *presque* spécifiques sont: la diazo-réaction d'Erlich et l'aldéhyde-réaction du même auteur.

Les recherches accessoires sont celles de l'indoxyle, de l'albumine et de l'acide urique, appelées par quelques auteurs « *le trépied urinaire* » de la typhoïde.

1. *La diazo-réaction d'Erlich.* — Cette réaction se fait peu, semble-t-il, dans nos services hospitaliers. Cependant, des auteurs autorisés recommandent qu'elle précède le séro-diagnostic. Elle doit être faite pendant le premier septenaire, ou mieux entre le cinquième et le dixième jour du début de la maladie. *Elle doit être répétée.* Pour ceux qui la préconisent, elle aurait une très grande valeur clinique, puisque 95% des typhiques la donnent. Mais elle comporte ses *causes d'erreur*, dont plusieurs sont faciles à éliminer:

1° Plusieurs *médicaments* la donnent, en particulier les médicaments phénoliques: gaïacol, thymol, créosote, naphthol, anti-pyrine;

2° On ne peut pas dire qu'elle soit rigoureusement spécifique, puisque les fièvres éruptives, les septicémies, les tuberculoses aiguës et certaines cachexies s'accompagnent d'une réaction diazoïque positive. Mais son fort pourcentage de positivité dans la typhoïde (95% des typhiques la donnent, nous venons de le voir) a une très grande valeur et permet, presque à coup sûr, d'éliminer le diagnostic de fièvre typhoïde quand, à *plusieurs reprises*, la diazo-réaction d'Erlich a été négative du cinquième ou dixième jour. C'est un renseignement qui, dans certains états pathologiques, peut avoir une réelle importance, et orienter le diagnostic du médecin dans une voie plus féconde.

2. *Aldéhyde-réaction.* — Cette réaction, qui utilise la diméthylaminobenzaldéhyde, est d'une technique plus simple que la diazo-réaction d'Erlich; elle fournirait, au dire d'auteurs sérieux, des résultats comparables.

3. *Examens accessoires.* — Le médecin pourra compléter le dossier clinique d'un typhique en faisant faire les recherches de l'albumine et de l'indoxyle, et le dosage de l'acide urique.

Bien que secondaires, ces réactions ne doivent pas être négligées parce qu'elles peuvent mettre sur la piste des complications du côté du foie ou des reins, organes qui doivent toujours être surveillés de près dans toutes les infections.

C. — *Fèces et typhoïde*

La recherche du bacille typhique dans les selles est aujourd'hui obligatoire dans les hôpitaux. Les autorités d'Hygiène publique y attachent une grande importance pour dépister les « porteurs de germes », et prévenir ainsi la dissémination de la maladie dans l'entourage immédiat d'un ancien typhique. C'est la dernière analyse que le médecin traitant doit faire exécuter avant de donner congé d'hospitalisation à son patient. Le bureau d'hygiène exige même qu'on le prévienne si le patient est encore « porteur de germes ».

II. — TYPHOÏDES COMPLIQUÉES

Il est impossible de passer en revue les complications de la typhoïde dans une leçon de quelque quinze minutes. Nous dirons seulement que le clinicien se doit de les dépister. Au besoin, il pourra s'aider du laboratoire. C'est ainsi, que si des abcès se produisent, si un foyer de pneumonie se forme, la numération globulaire l'indiquera immédiatement, à moins que la résistance du malade ne soit complètement abolie. L'hémoculture, faite et trouvée négative dans le premier septenaire, pourra être refaite, et révéler une septicémie à streptocoques ou à colibacilles. D'autres analyses, d'un ordre tout différent, seront quelquefois indiquées. Mais avant tout, le sens clinique du médecin doit saisir les complications sur le vif.

Bref, cette revue sommaire de la séméiologie de la typhoïde nous permet de conclure: 1° que le médecin qui ne connaît que le séro, et ne jure que par lui, risque de se tromper quelquefois, si son sens clinique est peu averti; 2° que non moins sujet à l'erreur

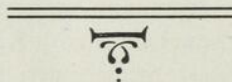
sera le médecin qui emploiera toutes les réactions susdites systématiquement, dans n'importe quel ordre, à n'importe quel stade de la maladie, et sans avoir constamment présent à l'esprit les principales causes d'erreur que nous avons signalées.

D'où il découle également que le choix judicieux de ces analyses de laboratoire nécessite *au préalable* une histoire de cas *bien faite* et un *examen soigné* du malade; que l'interprétation exacte des rapports du laboratoire suppose un *entraînement* méthodique et une solide *culture clinique* générale.

Enfin, cet exemple de la typhoïde montre une fois de plus que se servir à bon escient du laboratoire n'est pas aussi simple et aussi facile que beaucoup seraient tentés de le penser, et, que sa pratique est loin d'être quelque chose de mécanique. C'est à notre sens le cas d'employer une formule lapidaire, et de l'étendre à tout le domaine des applications du laboratoire à la clinique: « *le médecin est doué d'une intelligence, c'est pour s'en servir* ».

BIBLIOGRAPHIE

- (1) JOURNAL DE L'HÔTEL-DIEU — No 1 — 1ère année, 1932. « Laboratoire et Examen clinique du Malade ».
- (2) AGASSE-LAFONT. — Les applications pratiques du laboratoire à la clinique. — Vigot Frères, Editeurs.



L'ÉTAT MENTAL DES PARKINSONIENS POST-ENCÉPHALITIQUES

*Thérapeutique*¹

Par PAUL LARIVIÈRE,

Médecin de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu et de l'Hôtel-Dieu.

Les séquelles de l'encéphalite épidémique, particulièrement le syndrome parkinsonien post-encéphalitique, ont ouvert un nouveau chapitre de la pathologie nerveuse et mentale. Il nous a paru intéressant de grouper pour la Société Médicale les principaux troubles mentaux des parkinsoniens, en insistant sur ceux qui sont moins connus ou plus nouvellement décrits, et que le hasard de la clinique a pu nous offrir.

Jetons d'abord un rapide coup d'oeil de revue sur l'encéphalite épidémique et sur ses séquelles nerveuses. Nous ne ferons que résumer, ne retenant que les principales formes cliniques, car il n'est pratiquement pas un seul chapitre de la neurologie, ainsi que le fait remarquer le Prof. Guillain, qui ne soit intéressé par cette maladie. On sait que l'encéphalite épidémique a été isolée en France en 1917 par Cruchet et à Vienne par Von Economo qui en notèrent le caractère épidémique. Il semble du reste que cette maladie épidémique ait déjà été décrite en 1846, par Duhine, sous le nom de chorée électrique, en 1889-90 en Italie, sous le nom de nona, et en 1906 par Comby, sous le nom d'encéphalite aiguë infantile. Le nom d'encéphalite léthargique lui fut donné par Von Economo qui avait surtout observé la forme léthargique. Cruchet l'appela encéphalomyélite diffuse et Sicard proposa le nom de névraxite épidémique: le nom d'encéphalite léthargique ou épidémique est le nom généralement employé.

Nous ne ferons qu'énumérer, pour mémoire, les groupes de symptômes divers que présente l'encéphalite épidémique.

¹ Communication faite à la Société médicale, séance du 1er mai 1934, à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu.

- 1° Les paralysies des muscles extrinsèques de l'oeil:
 - a) le ptosis de la paupière,
 - b) le strabisme,
 - c) le diplopie (symptôme très fréquent et très important à rechercher).
- 2° Les troubles de la musculature intrinsèque de l'oeil:
 - a) affaiblissement ou perte de l'accommodation cristallinienne résultant de la parésie du muscle ciliaire;
 - b) les troubles pupillaires: inégalité, paresse ou paralysie dans la contraction à la lumière et à l'accommodation.
- 3° Les troubles du sommeil sont très importants et comprennent soit de l'hypersomnie, soit de l'insomnie. Le malade dort souvent des journées entières ou est dans une période de somnolence continuelle; d'autres fois, au contraire, il ne peut dormir durant des jours et des jours.
- 4° Les troubles moteurs sont souvent prépondérants et nous avons alors toute la série des mouvements anormaux; des myoclonies, du hoquet, de l'incoordination motrice, etc.
- 5° L'état général est celui des grandes infections; la température est généralement élevée.
- 6° L'état mental de la crise aiguë d'encéphalite est celui des infections profondes: délire, confusion mentale, état onirique fréquent.

L'encéphalite épidémique évolue généralement vers une rétrocession rapide de tous les symptômes dès les premières semaines, et il semblerait que le malade est guéri. Du reste souvent l'encéphalite est bénigne et ce n'est qu'au moment où apparaissent les séquelles, ou plus justement, les formes prolongées (Rimbaud) qu'on retrace les symptômes de la période aiguë passés alors à peu près inaperçus.

Ces séquelles sont très variées. Entre toutes « le syndrome parkinsonien représente la séquelle fondamentale et son importance est considérable » (Guillain). Ce syndrome est d'ailleurs, lorsqu'il est constitué, d'un diagnostic très aisé.

La date de son apparition est très variable, allant de quelques mois à plusieurs années (5 ans et plus) après l'accident initial. Il est constitué essentiellement par un tremblement spécial et par de l'hypertonie à caractère extra-pyramidal. Il s'agit là « d'une rigidité plastique et non élastique » (Guillain) accompagnée presque toujours d'une exagération des réflexes de posture.

Pour ma part j'attache beaucoup d'importance à ces réflexes de posture, qui me paraissent être le signe le plus constant, et souvent le plus précoce de l'hypertonie parkinsonienne. Une des manières les plus simples de les rechercher — au jambier par exemple — consiste à rapprocher au maximum de ses insertions le muscle jambier antérieur. Pour cela il suffit de fléchir le plus possible le pied sur la jambe en mettant le pied en légère adduction. Normalement il se produit un léger durcissement musculaire constatable au toucher, on sent très bien la corde du tendon du jambier antérieur. Si on abandonne le pied, celui-ci s'étend normalement et la contraction forcée du jambier cesse immédiatement: c'est là le réflexe normal. Le réflexe est exagéré lorsqu'au lieu de se décontracter rapidement le jambier reste contracté ou se décontracte très lentement. La sensation d'hypertonie est très facile à constater, la manoeuvre pour la recherche de ce réflexe est simple et encore une fois les renseignements fournis par lui sont précieux; il sera particulièrement utile au début d'un état parkinsonien quand les troubles du caractère, ressemblant à ceux de l'hystérie, rendent un diagnostic difficile, et quand la grande hypertonie musculaire n'est pas encore apparue.

Les crises oculogyres, ou plus exactement, des muscles oculogyres, dans l'encéphalite sont un des symptômes les plus intéressants à étudier en raison des différents problèmes qu'ils soulèvent. On décrit sous ce nom des spasmes du regard. Le globe oculaire apparaît bloqué d'une façon impressionnante. Le clignement a disparu. La crise oculogyre est généralement une crise tonique pure. Les yeux se dévient brusquement, le plus souvent en haut, se cachant sous la paupière. Le malade multiplie les tentations vaines pour abaisser les yeux et il cherche parfois à utiliser une position compensatrice de la tête (Guillain). Les spasmes oculogyres revê-

tent parfois le type clonico-tonique. Les globes sont alors animés de larges secousses.

Nous verrons tout à l'heure tout l'intérêt psychiatrique de telles crises.

Nous n'énumérerons pas non plus tous les symptômes de l'état mental des parkinsoniens. Il faudrait également pour cela repasser la psychiatrie tout entière. Tout arbitraire que soit mon classement, pour la commodité des faits que je veux mettre sous vos yeux, je vous propose l'exposé suivant :

- A) une revue rapide des symptômes classiques, connus depuis longtemps et qu'on trouve dans tous les manuels;
 - B) l'exposé de certains symptômes généralement connus, mais où une mise au point est nécessaire.
 - C) l'exposé des symptômes plus rares, plus récemment décrits, constitués par les états hallucinatoires et que les hasards de la clinique nous ont permis d'étudier particulièrement.
- A) Les symptômes classiques.

Un trait presque constant des parkinsoniens post-encéphaliques, c'est la transformation du caractère qui rend très souvent l'internement nécessaire. En même temps que s'installe le syndrome neurologique, il se produit des troubles nombreux et variés de caractère. Le parkinsonien devient d'une irritabilité extrême, il se fâche, il crie, il frappe les siens, puis il pleure, promet d'être calme et recommence. Il se produit une sorte de régression de la mentalité qui devient puérile et impulsive.

L'érotisme est fréquent accompagné d'hypergénitalisme. A côté de cet érotisme toutes les perversions sexuelles peuvent apparaître et très souvent une constitution normale devient franchement perverse, avec disparition du sens moral. Le vol, le vagabondage sont fréquents.

Les menaces de suicide et quelquefois les tentatives ne sont pas rares chez les parkinsoniens au début. Une malade « voulait se couper le cou avec un rasoir, se jeter sur la voie ferrée, s'empoï-

sonner avec des toxiques, se jeter dans un puits » (dossier d'internement).

Ces troubles du caractère s'accompagnent généralement d'une agitation plus ou moins considérable pouvant aller jusqu'à la grande crise maniaque, et très souvent sont conditionnés par un onirisme actif. Nous y reviendrons tout à l'heure.

Enfin un symptôme fréquent c'est la bradypsychie ou ralentissement du fonctionnement intellectuel, qui va de pair avec la bradykinésie ou ralentissement des mouvements musculaires. Les malades sont lents à penser et surtout lents à exprimer leur pensée. Quand il ne s'agit pas tout simplement d'un retard dans l'expression de la pensée causé par la contracture des muscles de la mâchoire, cette bradypsychie peut être comparée à une sorte d'engourdissement intellectuel. Le temps de réaction de l'attention, de la mémoire, de l'association des idées se trouve très augmenté.

Tous ces symptômes des séquelles encéphalitiques sont en quelque sorte classiques; nous ne nous y arrêterons pas davantage.

B) Précisons maintenant certains autres faits sur lesquels on a moins insisté.

D'abord la question de l'affaiblissement intellectuel. Une opinion généralement admise est qu'il n'y a, la plupart du temps, pas d'affaiblissement intellectuel dans le parkinson post-encéphalitique. Cependant, ayant étudié systématiquement le fonds mental de tous mes malades post-encéphalitiques, dans des examens répétés, en utilisant différents tests employés en psychologie appliquée, notamment ceux de Binet-Simon, j'ai l'impression très nette que chez beaucoup de ces malades il y a un affaiblissement intellectuel plus ou moins considérable, à type régressif, et que les grandes synthèses psychiques sont touchées. Même en faisant grande la part due à la bradypsychie, la mémoire de fixation et d'évocation paraissent bien être touchées. L'attention réfléchie, le jugement sont diminués. On trouve souvent chez des adultes, semblant avoir été d'une intelligence moyenne, des niveaux mentaux de 8, 9 et 10 ans. Dans tous les cas il semble assuré que le processus encéphalitique ne laisse pas indemnes les facultés intellectuelles supérieures.

Dretler, qui a étudié un grand nombre de ces cas, et dont l'autorité est incontestable en cette matière, donne des conclusions analogues sur ce sujet. « L'expérimentation psychologique, écrit-il, dans les Archives suisses de neurologie et de psychiatrie, permet d'affirmer l'existence chez les encéphalitiques d'un déficit intellectuel croissant . . . Il y a existence de troubles démentiels discrets et très lentement progressifs. »

Chose incontestable, la volonté, autre grande synthèse psychique, est atteinte au maximum. Nous sommes toujours en présence d'une aboulie considérable. Ces malades sont incapables de prendre une décision, même pour les petites choses de la vie courante. Il y a là encore une sorte de régression vers la puérité.

On a attaché beaucoup d'importance depuis quelques années à un trouble spécial de l'affectivité: c'est ce qu'on a décrit sous le nom d'affectivité visqueuse. Le mot fait image et reste juste. Ces malades collent littéralement. Ils suivent le médecin dans la visite, lui prennent les mains, cherchent à attirer son attention. « Je souffre le martyr, dit l'une d'elles, chaque fois qu'elle me voit, écrivez qu'on vienne me chercher ». Elle suit de la même façon les religieuses et les infirmières, ou va se plaindre à d'autres malades; toujours larmoyante, geignarde, « visqueuse ». Ces sortes de malades sont absolument insupportables dans les services: du reste, il faut en prendre son parti, rien ne les change, pas même les rebuffades qu'ils s'attirent des autres malades moins endurants que le personnel.

Les crises oculogyres, dont nous avons parlé plus haut soulèvent différents problèmes psychiatriques que nous ne ferons qu'énoncer, renvoyant ceux que la question peut intéresser à la belle étude de Delbeke et Van Bogaert, parue dans l'Encéphale de 1928, qui réunit 22 observations personnelles.

Ce qui a frappé tous les cliniciens c'est la ressemblance de ces crises avec les crises hystériques: action de la suggestion et de l'émotivité dans le déclenchement des crises, contagiosité, disparition soudaine de la crise, quelquefois à l'annonce d'une bonne nouvelle, ou sous l'influence de la suggestion, — et à côté de cela, l'organicité incontestable du syndrome parkinsonien.

Nous avons à ce point de vue plusieurs cas intéressants, deux particulièrement. (Je n'insiste pas sur leurs syndrômes parkinsoniens, ils sont classiques.)

Notre première malade a souvent des crises oculogyres avec déviation des yeux vers le haut: elle a le « regard au plafond » typique. « Au moment d'avoir mes crises, dit-elle, je viens le coeur gros, les yeux pesants . . . le sang me monte à la figure, j'ai chaud, c'est effrayant . . . j'ai un gros mal de tête. J'ai toujours peur d'avoir ces crises-là, je ne voudrais pas en avoir mais c'est plus fort que moi . . . Quand je suis pour avoir une crise, j'ai une crise de larmes ». Les crises s'accompagnent de mutisme complet bien qu'elle ait connaissance de ce qui se passe. Elle est couchée, immobile, le regard très fixe, muette, attitude que la religieuse décrit bien en disant qu'elle a « des extases ». « Quand j'ai mes extases, dit la malade, reprenant le mot, j'ai connaissance de tout ce qui se dit; quand je suis en extase, je suis plus raide, et il m'est impossible de parler ».

Les crises surviennent et cessent brusquement, souvent à la suite d'une contrariété ou lorsqu'on lui annonce une visite. Ces crises durent quelquefois jusqu'à deux jours.

Madame M . . . a de nombreuses obsessions. Elle cherche à se laver les mains constamment, obsédée par l'idée qu'elles sont sales. Elle les lave plus de cinquante fois durant la journée. Elle se regarde aussi constamment dans un miroir avec l'idée qu'elle pourrait devenir laide. Si on l'empêche de se laver les mains ou de se regarder dans le miroir elle fait une grande crise de colère, menace de se tuer, et ses crises oculogyres se déclanchent. Elles sont très fréquentes. Le « regard au plafond » avec extension de la nuque est classique. Il y a un clonus intense et vertical des globes oculaires. La raideur est très exagérée à ces moments-là. « Pendant la crise, j'entends tout ce qui se dit, dit-elle, j'ai mal aux yeux, j'essaie de répondre mais je ne peux pas. »

La crise se déclanche souvent au moment où je commence ma visite et cesse également souvent au moment où on lui apporte son dîner. Il arrive aussi qu'une crise de sa voisine l'incite à en faire une.

Notons que dans ces deux cas il n'y a aucun affaiblissement intellectuel appréciable.

Si nous analysons ces observations nous voyons qu'il entre dans les crises oculogyres trois facteurs importants ainsi que les ont isolés Delbecke et Van Bogaert.

- a) le syndrome d'angoisse qui précède l'accès (très net chez nos deux malades).
- b) l'inhibition psychique qui se présente à des degrés variables.

« Ce qui caractérise avant tout l'état psychique de ces malades, dit Van Bogaert, c'est le blocage de tous les processus actifs, l'activité réceptrice étant conservée. Le malade entend mais ne peut répondre. Il comprend tous les ordres, mais se trouve incapable de les exécuter. Il voit, mais il ne reconnaît pas. Les idées perçues éveillent très peu d'échos et le contenu mental est pauvre. La mémoire des faits vécus pendant la crise est conservée; jamais nous n'avons vu d'amnésie même dans les crises les plus graves.

« Cette inhibition s'installe avec la brusquerie d'un dé clic et elle cesse de même, l'activité du malade reprend aussitôt et sans fatigue. »

- c) enfin les états d'obsession, se présentant très souvent au moment de la crise.

On le voit, en présence de ces états, il est difficile de ne pas penser au pithiatisme. Qu'il ne s'agisse cependant pas de pithiatisme, cela semble certain; il y a trop de signes organiques indiscutables et Babinski lui-même disait que la preuve en était que si ces crises oculogyres pouvaient survenir à la suite de suggestions et disparaître de la même façon, jamais elles ne guérissaient totalement par suggestion, ce qui se produit couramment dans les phénomènes pithiatiques.

« La question fondamentale, et *irrésolue*, dit encore Van Bogaert, est de savoir pourquoi dans certaines affections organiques ces mécanismes psychiques entrent en jeu avec tant de force pour déclancher les symptômes organiques. »

Peut-être les lésions des noyaux gris centraux rendent-elles les sujets plus suggestionnables, plus aptes à recevoir les influences du dehors (Marinesco); mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Le Film Radiographique **ILFORD** X-Ray

*Répond à toutes les exigences
de toutes les techniques*

En Angleterre, son pays d'origine, ILFORD X-RAY FILM est célèbre depuis déjà longtemps, à cause de la haute valeur diagnostique des images qu'il permet d'obtenir.

Les Radiologistes

QUI L'EMPLOIENT déclarent qu'il est supérieur à tous les autres sous le rapport de la rapidité, de la vigueur des contrastes, de la richesse des détails.

Ils louent particulièrement sa sensibilité, toujours la même pour une pose donnée, ainsi que sa résistance au voile dans les conditions défavorables.

La Victor X-Ray Corporation of Canada aura toujours en magasin une généreuse provision de films Ilford frais, de tous formats.

VICTOR X-RAY CORPORATION



of Canada, Ltd.



Distributeurs pour la General Electric X-Ray Corporation
MONTRÉAL: 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.

EN CHIRURGIE

EN UROLOGIE

EN OTO-RHINO-

-LARYNGOLOGIE

LE

METAPHEN 2500

S'IMPOSE



COMME L'ANTISEPTIQUE IDÉAL
POSSÉDANT UN POUVOIR ANTISEPTIQUE
ÉGAL À CELUI D'UNE

SOLUTION D'ACIDE PHÉNIQUE À 20%



D'usage essentiellement pratique, la solution de Mètaphen au 2500ème peut être employée pure sans danger: elle n'irrite pas, ne tache pas, n'est pas toxique. Elle est de plus parfaitement stable et économique.

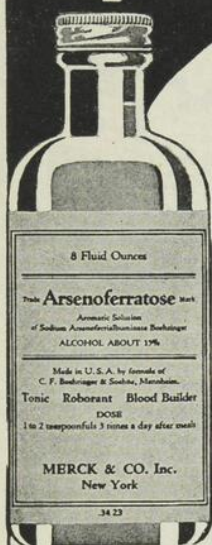


Ne manquez pas de demander votre échantillon

LABORATOIRES ABBOTT LIMITÉE, - MONTRÉAL

Arsenoferratose

TRADE-MARK



tonique reconstituant

L'Arsenoferratose s'emploie beaucoup comme altérant et reconstituant dans le traitement de l'anémie, de la chlorose, dans la chorée, dans les dermatoses rebelles, dans la maladie de Basedow et dans tous les troubles d'origine nerveuse.

D'un goût agréable, les femmes et les enfants n'hésitent aucunement à prendre cette préparation qui est bien tolérée. Elle ne tache pas les dents et ne cause pas de constipation.

Votre pharmacien peut vous procurer l'Arsenoferratose sous forme de comprimés, en flacons de 75, et sous forme liquide, en bouteilles de 8 onces.

Ecrire pour la littérature

VERODIGEN

(la fraction gitalinique des feuilles de digitale)

est la préparation digitalique qui agit le plus rapidement par ingestion. Il surpasse les autres préparations par sa rapidité d'action et se rapproche par là des digitaliques administrés par voie intraveineuse ainsi que de la strophanthine.

Autres avantages:

Bonne tolérance de la part de l'estomac, pas d'accumulation toxique.

Emballage: tubes de 12 comprimés

Des échantillons sont en tout temps à la disposition de M. M. les médecins.

MERCK & CO. Ltd.
MONTREAL

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 DOCT: ZIZINE

27 Rue de Fécamp - PARIS

ANÉMIES
et INSUFFISANCES HÉPATIQUES

Hépatrol

EXTRAIT de FOIE de VEAU FRAIS
en ampoules hypodermiques

MÉTHODE de WHIPPLE

ADULTES et ENFANTS
sans contre-indications

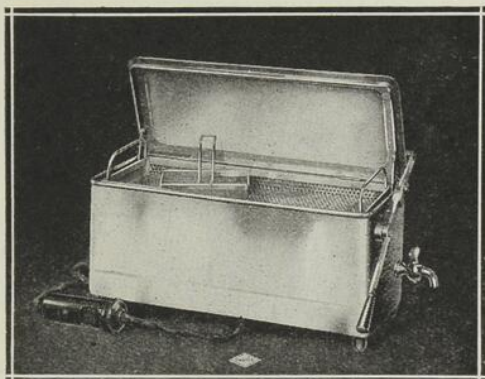
LABORATOIRES ROLLAND
31, rue des Francs-Bourgeois (4^e)
Paris



STÉRILISATION

EFFICACE AUTOMATIQUE ÉCONOMIQUE

Pour MÉDECINS ET HÔPITAUX



Les Stériliseurs 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)

Générateurs 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

ANTI-CORYZA CHOMEDY

POMMADE VACCINANTE

Filtrat et autolysat de staphylocoque, streptocoque, pyocyanique, pneumobacille de FRIEDLANDER, pneumocoque, entérocoque, microccus catarrhalis, bacille de PFEIFFER	1.5
Soziodol de zinc	0.15
Chlorhydrate d'éphédrine	0.15
Eucalyptol	0.15
Chlorétone	8 gouttes
Novocaïne	0.07
Solution d'adrénaline 1/1000	10 gouttes
Lanovaseline	Q. S.

NOUVEAU TRAITEMENT des rhinites, coryzas, pharyngites, influenzas, rhumes des foins, et de toutes les inflammations du nez et de la gorge par la **pommade vaccin Anti-coryza Chomedy**.

La **pommade vaccin Anti-coryza Chomedy** réunit les principes d'une excellente pommade thérapeutique adaptée aux infections de la muqueuse nasale avec les filtrats et les autolysats stérilisés des germes que l'on rencontre le plus communément dans les affections du nez et de la gorge.

La **pommade vaccin Anti-coryza Chomedy** est donc une pommade à la fois thérapeutique et immunisante.

Elle agit d'abord en immunisant la muqueuse nasale et pharyngée contre les affections microbiennes. Elle est de plus calmante, résolutive, antiseptique et vasoconstrictive.

Agents généraux pour le Canada :

HERDT & CHARTON, Inc.

2027, AVENUE DU COLLÈGE MCGILL - MONTRÉAL

11, KING STREET WEST — TORONTO

128, JAMES STREET — WINNIPEG

Chez l'adulte.

une heure avant le coucher,

la prise d'un ou deux comprimés de

SONERYL

(Butyl-éthyl-malonylurée)

suivie d'une infusion chaude,
permet un sommeil

calme, réparateur,

assure un

réveil euphorique.

Le SONERYL est présenté
en tubes de 20 comprimés dosés à 0 gr. 10
de produit actif par comprimé.

Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Limitée

(Licence Rhône-Poulenc)

Distributeurs : ROUGIER FRÈRES - MONTRÉAL

POMMADE MIDY

SUPPOSITOIRES MIDY

ADRÉNALINE
STOVAINE
ANESTHÉSINE
EX¹ DE MARRONS
D'INDE FRAIS STABILISÉ



4
PRINCIPES
ACTIFS

HÉMORROÏDES

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY, New Birks Bldg., MONTRÉAL

J. EDDÉ, Limitée, Edifice New Birks, Montréal, agent général pour le Canada.

Depuis 20 ANS, des milliers de personnes ont été immunisées
contre la FIEVRE DES FOINS (Asthme des Foins)

par l'ANTIGÈNE POLLINIQUE

Introduit par Lederle Laboratories en 1914

Lederle

Pour combattre la fièvre des foins durant les mois
d'avril - mai - juin et juillet.

Diagnostic de l'Asthme des Foins

Avec les épreuves polliniques Lederle, le diagnostic peut être fait au bureau du médecin ou chez le patient. Une réaction positive obtenue avec un pollen fréquemment rencontré par le patient lors de son attaque de fièvre des foins, indique exactement quel antigène pollinique est indiqué pour l'en désensibiliser. Cette épreuve est facile à faire, exacte et sans danger.

Quand les réactions obtenues par les épreuves diagnostiques sont à peu près égales pour deux plantes ou plus, mais plus marquées que celles des autres, et si l'histoire du cas à traiter prouve que d'après les symptômes, l'attaque a lieu de la fin du mois d'avril jusqu'au premier août, servez-vous de l'ANTIGÈNE POLLINIQUE (Lederle)

dit TYPE DU PRINTEMPS

Informations sur demande.

LEDERLE LABORATORIES, Incorporated
1396 ouest, rue Ste-Catherine, MONTRÉAL, Qué. PL. 3968



Quoi qu'il en soit, il est important pour le clinicien de bien connaître ces états si complexes, à allure constitutionnelle et pourtant bel et bien organiques. N'oublions pas que le pithiatisme est une chose très rare et qu'il faut épuiser tous les autres diagnostics avant de s'arrêter à celui-là.

- C) Le chapitre le plus récemment abordé de l'état mental des parkinsoniens est celui des états hallucinatoires.

Les états hallucinatoires semblent assez rares. Il n'en existe que quelques observations dans la littérature française. Steck, en Allemagne, qui a observé un assez grand nombre de cas en a fait une belle synthèse et Claude et Ey en France ont repris cette question en 1933.

Nous adopterons leur division, négligeant le côté pathogénique, nous bornant seulement à l'étude séméiologique de ces états hallucinatoires.

On distingue :

- 1) des états oniriques, semblables au délire de rêve des alcooliques, assez fréquents.
- 2) des délires paranoïdes, c'est-à-dire polymorphes, non systématisés, plus rares.
- 3) des délires d'influence, se rattachant au syndrome d'action extérieure de Claude ou d'automatisme mental de Clérambault, dans lesquels le malade a le sentiment d'être influencé par une force extérieure. Ces délires fréquents dans d'autres maladies mentales sont très rares chez les parkinsoniens post-encéphaliques.

Les états oniriques sont les plus fréquents et se voient soit à la phase aiguë, soit au moment où s'installe le syndrome parkinsonien.

Si nous essayons de les caractériser, nous voyons que ces états sont constitués par des scènes terrifiantes que le malade a plus ou moins la sensation de vivre. C'est une sorte de cauchemar fantastique et éveillé :

- a) ils ont un caractère nocturne ou une prédominance vespérale;
- b) l'anxiété est fréquente et l'érotisme presque de règle;

- c) les illusions et les fausses hallucinations sont fréquentes, ainsi que les phénomènes d'hallucinoïse, c'est-à-dire d'hallucination consciente;
- d) les troubles confusionnels ne sont pas très fréquents et sont peu profonds (Claude et Ey).

Une de nos malades, au moment de son internement, disait qu'elle voyait sa nièce sur le mur. « Sa nièce lui disait qu'elle venait la chercher pour l'amener au ciel ». Puis il lui semblait qu'elle perdait connaissance, tout devenait violet et de toutes sortes de couleurs. Elle se rend compte maintenant que tout cela était absurde.

Lucienne M. se levait la nuit, enlevait les ampoules électriques, essuyait le parquet avec sa robe, ouvrait les portes de la maison.

W. P. a encore des crises de narcolepsie. « Au moment où je m'endors, dit-il, je déparle ». Un soir, au cinéma, il est sur le point de toucher l'épaule d'un spectateur assis en avant de lui: il rêvait que c'était son frère.

X... voyait des serpents dans sa maison.

Tous ces états oniriques à base d'hallucinations, d'illusions et de délire de rêve, sont donc à rapprocher de certaines intoxications chroniques, comme l'alcoolisme chronique. Il semble qu'il y ait une atteinte élective, dans ces conditions, de la sphère visuelle, ainsi que l'a montré Lhermitte dans ses beaux travaux sur l'hallucinoïse pédonculaire.

A côté de ces états oniriques simples se rencontre un second groupe constitué par des délires paranoïdes et la question s'est posée de savoir s'il ne s'agissait pas là d'un état démentiel: type démence précoce paranoïde. Il semble que, dans certains cas, l'inaffectivité, l'affaiblissement considérable des facultés intellectuelles, le délire polymorphe absurde et non systématisé, tout cela réalise les symptômes de la démence précoce paranoïde (Steck).

Dans d'autres cas la personnalité du malade serait moins atteinte, moins transformée et l'affectivité visqueuse décrite plus haut feraient de ces délires paranoïdes une forme spéciale de l'encéphalite chronique. Mais dans tous les cas nous retrouvons, à la

base de ces délires « très scéniques à caractère étrange, fantastique, mobile » (Claude et Ey) l'élément onirique. C'est un délire basé sur l'onirisme du début de l'encéphalite ou renouvelé lors de l'apparition des formes prolongées.

Nous en avons un exemple typique dans notre service. Madame D. . . nous raconte à chaque instant qu'elle a des diamants dans les cheveux. La preuve en est que lorsqu'elle ferme à demi les yeux devant le soleil, si elle met un cheveu devant ses yeux elle voit des diamants. La conviction délirante est forte. La malade se croit très riche, elle a des millions. « Mes cheveux valent 8 millions à cause des diamants qu'ils contiennent. — Comment le savez-vous, lui demandai-je ? — Ils l'ont marqué dans la Presse il y a une bonne secousse. — Où est votre fortune ? — J'ai assez parlé, ça va être répété. Je n'aurais pas dû parler de mes cheveux. »

Nous sommes ici en présence d'un délire paranoïde, à base d'onirisme et de fantasmes visuels. Délire mégalomane, absurde, pauvre (si on peut dire !) se bornant à ces deux idées qu'elle a des diamants dans les cheveux, et qu'elle est millionnaire.

Il ne semble pas y avoir d'affaiblissement intellectuel prononcé. Elle est très inactive, assez indifférente. L'érotisme, très vif au début de son encéphalite, est calmé maintenant et on se demande si on ne peut pas porter ici le diagnostic de délire paranoïde assimilable à ceux de la démence précoce paranoïde.

Je rapporterai enfin le cas d'un malade chez qui s'est développé un magnifique syndrome d'influence avec manifestations oniriques. Dretler a donné une dizaine d'observations où les malades se plaignent d'avoir des idées qui ne leur appartiennent pas, d'avoir leur pensée qui fuit, d'éprouver des sensations anormales, à bases sexuelles le plus souvent. Claude et Ey soulignent les relations d'un tel syndrome avec les états oniriques qui passent souvent inaperçus chez ces malades. Ils sont tout à fait en évidence chez la nôtre.

Elle se plaint d'abord qu'on lui enlève sa mémoire. On arrête sa pensée et on l'empêche de parler. C'est l'oeuvre d'un médecin de la maison, par magnétisme. « Il enlève mon esprit et travaille dans

ma tête, dans mon intelligence ». D'autres fois, elle l'entend qui lui dicte des ordres ou qui commente ses actes: la plupart du temps, ainsi qu'il est classique, il s'agit de choses obscènes.

Puis viennent les hallucinations oniriques nombreuses. Ainsi ce médecin lui fait voir l'image d'un autre médecin par la fenêtre de la salle, qui lui apparaît nu. La nuit, celui-ci rôde autour d'elle et se livre sur elle à différents attouchements. Très souvent aussi elle éprouve de la part d'un inconnu une agression corporelle accompagné de possession. Elle voit également la nuit un serpent qui pénètre par la fenêtre, la cherche, et entre dans son corps pour lui prendre son ver solitaire (sic).

Sainte-Thérèse lui apparaît très souvent et une fois, entre autres, durant notre interrogatoire: « Elle est en rouge et en blanc ». Elle est très grande quand la malade regarde par la fenêtre, et devient minuscule quand elle porte son regard sur le mur. « Je ne comprends pas que vous ne la voyiez pas, me dit-elle avec un peu d'irritation devant mon incrédulité. Elle est là, dans le coin de la fenêtre. Je la vois belle, majestueuse, enveloppée dans de la soie. Ses yeux sont bruns, etc . . . La nuit elle m'apparaît en chair et en os », et de nouveau le thème érotique délirant recommence.

Enfin, pour compléter, elle est l'épouse du Prince de Galles, et s'intitule « la princesse de Galles » et souvent écrit à son volage époux . . . qui cependant vient la retrouver tous les soirs, mais c'est là un mystère qu'elle ne peut expliquer. « Il est spirituel et corporel. Il est bien en Angleterre, mais il peut être partout à la fois, car un corps peut se multiplier des milliers de fois et on peut avoir des millions et des millions d'esprits ».

Voilà cette fois un délire riche. Mais à travers toute cette fantasmagorie nous retrouvons les traits principaux propres à l'onirisme post-encéphalitique: la prédominance vespérale, le sentiment très fort d'action extérieure, les phénomènes de prise de pensée, d'énonciation des actes, les troubles cénesthésiques d'agression corporelle et surtout la forte charge érotique.

A côté de cela une conservation complète des facultés intellectuelles. La malade est bien orientée et est d'une bonne moyenne d'intelligence. Ces états délirants paranoïdes et à type d'influence,

sont d'après Claude et Ey des délires qui supposent des états oniriques initiaux et qui les continuent. De plus ils marqueraient une recrudescence de l'épisode aigu. « Ce sont des accidents tardifs et parfois très tardifs de l'encéphalite pouvant accompagner un parkinson fruste ». Mais, chez notre malade, il y a bel et bien un hémi-parkinson typique.

Je ne dirai que quelques mots concernant le traitement qui, cependant, demanderait qu'on y insiste davantage.

Je voudrais simplement attirer votre attention sur l'intérêt d'un médicament, plus efficace que les autres — ai-je trouvé — au point de vue symptomatique, et sur lequel les formulaires n'insistent pas. Il s'agit du *datura stramonium* qu'on donne à des doses variées pouvant aller jusqu'à un gramme et plus par jour, sans empêchement fâcheux. Je connais peu de parkinsoniens qui n'en éprouvent pas un soulagement considérable et souvent une diminution appréciable de la raideur, à tel point qu'ils réclament énergiquement leur médicament. « Je me sens reposée, dit l'une d'elles, je tremble beaucoup moins. Si j'en suis privée, je tremble beaucoup et je pleure ». Et une autre: « Les poudres me font beaucoup de bien. Je me sens les yeux plus alertes, moins de raideur dans les bras. Je me sens de meilleure humeur. Quand je cesse je deviens raide et j'ai les yeux tournés à l'envers ».

Signalons également l'atropine, l'hyoscine, l'hyoscyamine qui sont couramment employés mais ne m'ont jamais donné d'aussi bons résultats que le *stramonium*. Ajoutons le bleu de trypan, l'un des derniers venus de la thérapeutique, qui, au début de la maladie, donne peut-être quelques bons résultats.

Me plaçant au point de vue de la pratique médicale je terminerai par les quelques réflexions suivantes:

- 1) Ne jamais négliger un état confusionnel, surtout onirique; penser dans ces cas à la possibilité d'une encéphalite épidémique et en rechercher les symptômes.
- 2) En présence des troubles du caractère, de crises hystérisiformes, ne pas porter trop vite le diagnostic d'hystérie, et chercher s'il n'y a pas une séquelle d'encéphalite qui s'annonce.

- 3) Traiter longuement, patiemment les parkinsoniens: la raideur parkinsonienne est quelque chose de très douloureux à la longue; et il s'agit de soulager les malades le plus possible puisqu'aucun traitement spécifique ne peut leur être appliqué.
- 4) Enfin le cas des parkinsoniens post-encéphalitiques me semble démontrer d'une façon évidente l'importance des symptômes psychiâtriques dans les maladies infectieuses, et nous permet d'insister une fois de plus sur ce fait que, contrairement à un préjugé trop courant, la psychiâtrie doit se rattacher de plus en plus à la pathologie générale.

BIBLIOGRAPHIE

- CLAUDE et EY. — Les états hallucinatoires à type schizophrénique de l'encéphalite épidémique chronique et le problème des hallucinations. (*Encéphale*, juillet-août 1933).
- CLAUDE et EY. — Encéphalite épidémique chronique avec troubles psycho-sensoriels et états oniriques. (*Presse Médicale*, 10 août 1933).
- CLAUDE et EY. — Hallucinations, pseudo-hallucinations et obsessions. (*Annales Médico-psychologiques*, octobre 1932).
- CLAUDE et EY. — Hallucinoïse et hallucination. Les théories neurologiques des troubles psycho-sensoriels. (*Encéphale*, juillet 1932).
- DELBEKE et VAN BOGAERT. — Le problème général des crises oculogyres au cours de l'encéphalite épidémique chronique. (*Encéphale*, décembre 1928).
- DRETLE. — Les troubles de l'intelligence dans l'encéphalite épidémique chronique. (*Archives suisses de neurologie et de psychiâtrie*, vol. XXX, Fasc. 2 et vol. XXXI, Fasc. 1er, 1933, in *Ann. Med. psych.*, mars 1934).
- GUILLAIN et MOLLARET. — Les séquelles de l'encéphalite épidémique. (*Doin*, 1932).
- MARINESCO et NICOLESCO. — Sur un cas d'amnésie hystérique rétrograde avec quelques réflexions sur le mécanisme de l'hystérie. (*Encéphale*, avril 1933).
- NEUBERGER. — Comment diagnostiquer, comment traiter les maladies mentales. (*Maloine*, 1932).
- RADOVICI. — L'hystérie et les états hystéroïdes organiques. (*Revue neurologique*, 1930, tome I, page 1164).
- RIMBAUD. — Précis de neurologie. (*Doin*, 1933).
- VAN BOGAERT. — L'hallucinoïse pédonculaire. (*Revue neurologique*, 1927, p. 608).

Du traitement de l'hypertrophie musculaire du col vésical par la résection endo-urétrale

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

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

En décembre 1929 nous soutenions notre thèse d'agrégation sur « l'hypertrophie musculaire du col de la vessie ». A ce moment, nous proposons de rejeter les interventions par voie urétrale, parce qu'elles exposaient à des accidents et qu'elles donnaient des résultats incertains. Et nous affirmions que seule l'ablation du col par voie transvésicale était capable de guérir totalement ces malades. Nous avons mis en pratique nos conclusions et jusqu'en janvier 1933 nous avons pratiqué l'ablation du col vésical par voie transvésicale selon la technique de Marion chez nos malades souffrant d'hypertrophie musculaire de la région cervicale de la vessie. Lorsque nous avons été en possession de l'électrotome endoscopique de MacCarthy, nous avons commencé à l'utiliser dans cette catégorie de cas. Le succès a été si complet que nous présentons ici sept observations qui nous incitent à revenir sur nos conclusions de 1929. Avant de présenter ces observations et les réflexions qu'elles comportent, nous voulons résumer, afin de mieux faire comprendre le traitement, les notions anatomiques et séméiologiques de l'hypertrophie musculaire du col de la vessie.

L'hypertrophie musculaire du col de la vessie est une maladie dont le substratum anatomique consiste en une augmentation du nombre et du volume des fibres du sphincter interne, parfois acquise, parfois congénitale et dont les symptômes sont ceux du prostatisme.

Cette affection a d'abord été mise en évidence par M. le professeur Legueu en 1922 dans ses cliniques de Necker. Pour lui, la maladie prostatique serait produite par une hypertrophie de tous les éléments glandulaires, musculaires et fibreux qui constituent le col vésical. Dans certains cas l'hypertrophie porterait presque seulement sur les éléments musculaires.

En février 1927, M. le professeur Marion décrit dans le Journal d'Urologie, une entité morbide « l'hypertrophie congénitale du col de la vessie ». Pour lui, les troubles de prostatisme observés chez les jeunes sujets auraient pour cause une hypertrophie congénitale du sphincter interne. L'une et l'autre théories semblaient s'opposer: la première admettant le phénomène comme acquis, et l'autre prouvant que cet état était congénital. Dans notre thèse, nous concilions les deux théories et nous envisagions que l'hypertrophie musculaire du col vésical est tantôt acquise, tantôt congénitale. C'est cette conception que M. le professeur Marion a exposée dans son rapport sur la maladie du col au 5^e congrès de la Société Internationale d'Urologie, tenu à Londres en juillet 1933.

Cette hypertrophie du sphincter interne congénitale ou acquise a pour résultat de le rendre moins élastique et moins extensible. Il s'en suit donc un obstacle à la libre évacuation de la vessie et conséquemment l'apparition d'un résidu vésical plus ou moins marqué.

Au point de vue clinique des symptômes identiques à ceux produits par l'hypertrophie de la prostate apparaissent: ce sont la pollakiurie et la dysurie initiale. Ces troubles se compliquent parfois de rétention complète aiguë d'urine.

Le traitement a pour but d'enlever l'obstacle soit en sectionnant le sphincter, soit en pratiquant son ablation.

L'ablation du col vésical par voie hypogastrique trans-vésicale est l'opération que nous proposons en 1929. La section du col par voie trans-urétrale nous paraissait alors une technique dangereuse et incertaine. L'idée de cette opération avait depuis longtemps séduit l'esprit des urologues. Déjà en 1834 Guthri, Mercier et Civiale coupèrent le col avec une lame fixée à l'extrémité d'une sonde. Le procédé fut rapidement abandonné, car il donnait lieu à de terribles hémorragies. Plus tard, Bottini, pour obvier à cet inconvénient, a présenté un instrument à l'aide duquel l'incision est pratiquée par un cautère opérant simultanément l'hémostase. Luys conseilla la méthode thérapeutique qu'il réalise à l'aide de son urétroscope à vision directe et qu'il nomme « forage de la prostate ». Il cherche à creuser à l'aide d'électrocoagulation une sorte

de tunnel à travers la partie inférieure du col. Avec ces instruments, on ne peut réaliser que des opérations grossières et aux résultats définitifs douteux. Et toutes ces techniques ne sont plus que de l'histoire. Nous devons dire que les opérations trans-urétrales sur le col ont pris naissance en Amérique; elles s'y sont développées et perfectionnées. Les instruments fabriqués à cette fin sont nombreux. Le premier construit et utilisé fut celui de Young nommé « Cautery Punch ». Il comporte le grand inconvénient d'opérer à l'aveugle, sans que l'opérateur ne puisse voir et prendre connaissance de la région où l'incision est pratiquée. Les urologistes américains se sont orientés vers la construction d'un appareil capable d'opérer la section du col sous la vision de l'opérateur et avec la sécurité de l'hémostase. Plusieurs appareils ont été présentés au public médical; les uns excellents, les autres nuls. L'électrotome endoscopique de Stern McCarthy, actionné par l'appareil à haute fréquence dite « McCarthy Surgical Unit » est le plus utilisé de tous; il est celui que nous avons employé dans le cas que nous présentons.

L'électrotome « Stern McCarthy » (figure I) comprend une gaine avec son obturateur et une autre pièce qui consiste en une pièce coupante et un optique. La gaine est un tube droit en « bakelite » ou en métal, sans bec, et dont l'orifice terminal est oblique. Le système optique permet la vision à la fois droit en avant et oblique en bas d'où son nom anglais très démonstratif « fore-oblique ». A cette pièce optique est ajustée une anse métallique avec une crémaillère et une roue dentée qui permet le mouvement de cette anse en avant et en arrière.

La technique de l'opération, théoriquement facile, demande à être mise en pratique par des mains familiarisées avec les méthodes endoscopiques, habiles à se servir d'instruments délicats. Le tissu est reséqué par morceau en plaçant l'anse derrière la portion obstruante et en l'attirant lentement et fermement à travers l'obstacle, jusqu'à ce qu'elle soit rentrée dans la gaine. Cette section d'arrière en avant est répétée jusqu'à ce qu'un tunnel bien formé soit établi sur la face inférieure du col vésical. Les fragments sectionnés sont retirés de la vessie au fur et à mesure de leur section;

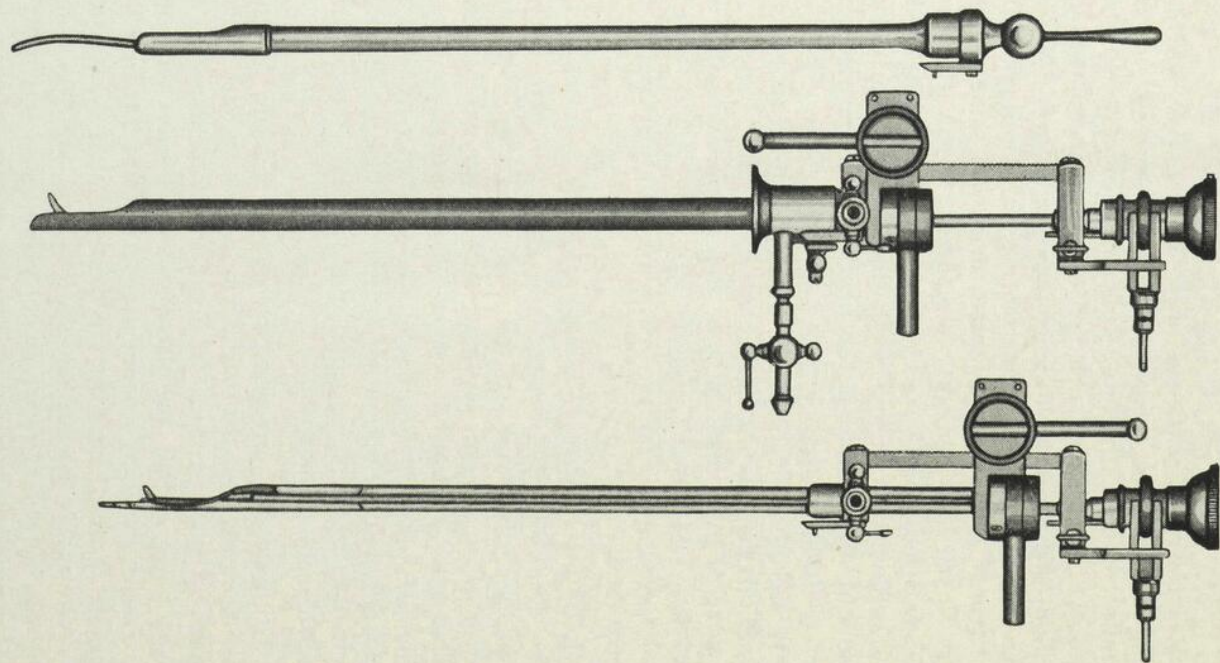


FIGURE 1

ils sortent par la pression du liquide à travers la gaine, la pièce coupante étant retirée. L'opération terminée, une sonde à demeure du calibre no 20 à type Marion est laissée à demeure. Le temps que cette sonde doit rester à demeure est encore un point de technique fort discuté parmi les urologistes. Au début partisan du séjour prolongé, nous retirions la sonde vers la 5e ou 6e journée. Maintenant, nous l'enlevons après 48 heures et nos malades ne font plus d'élévation thermique.

Les sept malades dont nous rapportons plus loin les observations ont tous été complètement guéris de leurs troubles produits par l'hypertrophie musculaire du col vésical. Chez deux, il s'agissait de type acquis, chez les autres la maladie était nettement d'ordre congénital. Parmi ces derniers, l'un (obs. III) présentant concomitamment un diverticule de la vessie. Nous avons pratiqué la résection de ce diverticule et lorsque la vessie se fut entièrement fermée et cicatrisée, à notre grand désappointement la rétention complète d'urine persista. Une résection du col vésical avec l'électrotome de « Stern McCarthy » mit fin à cette rétention en quelques jours. Un autre des malades de cette catégorie présentait un résidu vésical de 400 grammes, qui l'obligeait à uriner à toutes les 30 ou 40 minutes et avec une lenteur désespérante; après la résection, nous eûmes le plaisir de constater que la vessie de ce malade se vidait entièrement et actuellement ses mictions sont normales.

En conclusion, nous devons dire que l'hypertrophie musculaire du col de la vessie est certainement la maladie où la résection endourétrale du col vésical par l'électrotome de « Stern McCarthy » donne les résultats les plus brillants. Et nous ajoutons que si la valeur de cette méthode reste sujette à désaccord et suspecte de critiques dans le traitement de l'hyperrophie de la prostate, elle est devenue la seule à utiliser dans le traitement de l'hypertrophie musculaire du col de la vessie.

OBSERVATIONS (Résumé)

OBSERVATION I. — L. T . . . , âge 54 ans.

Salle St-Paul, lit 179.

Date d'entrée le 25 février 1933.

Symptômes: dysurie et pollakiurie.

Toucher rectal: disparition du sillon median de la prostate.

Cystoscopie: signe de Marion.

Résidu vésical: 135 c.c.

Réséction endo-urétrale du col vésical le 9 mars 1933 sous anesthésie à l'éther.

Suites opératoires: Pas de fièvre, sonde à demeure pendant cinq jours.

Résidu après opération: nul.

Examen anatomo-pathologique des fragments: Fragments de tissu musculaire lisse renfermant des glandes du type urétral légèrement hyperplasiées.

Date de sortie: 16 mars 1933.

OBSERVATION II. — L. P . . . , âge 22 ans.

Département Olier, lit 14.

Date d'entrée: le 27 mars 1933.

Symptômes: dysurie marquée et pollakiurie.

Prostate normale.

Cystoscopie: signe de Marion.

Cathétérisme des uretères et pyélographie: rien à noter.

Résidu vésical: 185 c.c.

Réséction endo-urétrale du col vésical le 31 mars 1933 sous anesthésie à l'éther.

Suites opératoires: pas de fièvre, sonde à demeure pendant cinq jours.

Résidu après opération: nul.

Examen anatomo-pathologique: Fragments de tissu musculaire lisse renfermant en proportions variables des glandes de type urétral.

Date de sortie: le 15 avril 1933.

OBSERVATION III. — E. L . . . , âge 40 ans.

Salle St-Paul, no 179.

Date d'entrée: le 27 avril 1933.

Symptômes: rétention complète aiguë d'urine datant de 8 jours. Antérieurement dysurie totale et pollakiurie diurne et nocturne. Mictions en deux temps.

Prostate normale.

Cystoscopie: Orifice diverticulaire face latérale droite. — Signe de Marion.

Cyto-radiographie: Diverticule latéral droit du volume d'un gros oeuf.

Le 10 mai 1933: *Résection du diverticule*.

Le 14 juin 1933: La plaie vésicale est cicatrisée et la rétention complète d'urine persiste.

Le 16 juin 1933: *Résection endo-urétrale du col vésical*.

Le 22 juin 1933: Retrait de la sonde, le malade urine normalement.

Le 7 juin 1933: Congé. — *Résidu vésical nul*.

Examen anatomo-pathologique: Fragments de tissu musculaire lisse partiellement recouvert d'une muqueuse de type malpighien et renfermant de rares éléments glandulaires.

OBSERVATION IV. — A. T . . . , âge 39 ans.

Département St-Ignace, chambre no 254.

Date d'entrée: le 16 février 1934.

Symptômes: Début, il y a 15 ans, par une dysurie marquée. Depuis 6 ans, pollakiurie et dysurie. De temps à autre crise de rétention incomplète d'urine.

Prostate normale.

Résidu vésical: 250 c.c.

Cystoscopie: signe de Marion.

Le 20 février 1934: *Résection endo-urétrale du col vésical* (rachianesthésie). Sonde à demeure.

Le 22 février 1934: Retrait de la sonde.

Congé le 2 mars: Résidu vésical nul, mictions normales.

Examen anatomo-pathologique: Fragments de tissu musculaire lisse. Rares éléments glandulaires.

OBSERVATION V. — R. L . . . , âge 55 ans.

Département St-Ignace, chambre no 252.

Date d'entrée: le 27 février 1934.

Symptômes: Début il y a 10 ans par pollakiurie et dysurie, qui existent encore.

Prostate: disparition du sillon median sans hypertrophie.

Résidu vésical: 80 c.c.

Cystoscopie: signe de Marion.

Le 2 mars 1934: Résection endo-urétrale du col vésical (rachianesthésie).

Le 4 mars 1934: retrait de la sonde.

Le 10 mars 1934: Congé, résidu vésical nul.

Examen anatomo-pathologique: Fragments de tissu musculaire lisse dans l'épaisseur duquel on trouve quelques glandes prostatiques.

OBSERVATION VI. — V. L . . . , âge 38 ans.

Salle Ste-Famille, lit 420.

Date d'entrée: le 5 avril 1934.

Symptômes: dysurie très marquée, pollakiurie diurne et nocturne (à toutes les 30 minutes).

Prostate normale.

Résidu vésical: 400 grammes.

Cystoscopie: signe de Marion.

Le 7 mars 1934: Résection endo-urétrale du col vésical (rachianesthésie).

Le 9 mars 1934: retrait de la sonde.

Le 19 mars 1934: Congé, résidu vésical nul.

Examen anatomo-pathologique: Fragments de tissu musculaire lisse.

OBSERVATION VII. — C. E. St-P . . . , âge 35 ans.

Salle Ste-Famille, lit 418.

Date d'entrée: le 13 avril 1934.

Symptômes: dysurie, pollakiurie, incontinence post-mictionnelle. Début il y a trois ans.

Prostate normale.

Résidu vésical: 120 grammes.

Cystoscopie: Signe de Marion.

Le 17 avril 1934: Résection endo-urétrale du col vésical (rachianesthésie).

Le 19 avril 1934: retrait de la sonde.

Le 28 avril 1934: Congé; résidu vésical nul.

Examen anatomo-pathologique: Fragments de muscles lisses et muqueuse urétrale réduite à son chorion.

OUVRAGES À CONSULTER :

- MERCIER, OSCAR: L'hypertrophie musculaire du col vésical. Thèse d'agrégation. — Faculté de Médecine, Université de Montréal, décembre 1929.
- MARION, GEORGES: Maladie du col vésical. 5e Congrès de la Société Internationale d'Urologie. — Londres, juillet 1933.
- WEYTLANDT, J.-A.: On the Surgery of the Bladder Neck. 5e Congrès de la Société Internationale d'Urologie. — Londres, juillet 1933.
- WALKER, K.: The Surgery of the Bladder Neck. 5e Congrès de la Société Internationale d'Urologie. — Londres, juillet 1933.
- MAC CARTHY, J. F.: Une nouvelle méthode de révision endoscopique de la glande prostatique hypertrophiée. — Archives des Malades des Reins et des Organes génito-urinaires. T. VII, no 4, 1933.
- RANDALL, ALEXANDER: The Pathology of Bladder Neck Obstructions: The Journal of Urology. — Vol. XXVIII, No 5, 1932.
- MAC CARTHY, J. F.: A Technical Consideration of Endoscopic Revision of the Obstructing Prostate. — The Journal of Urology, Vol. XXVIII, No 5, 1932.
- COLLINGS, CLYDE W.: Transurethral Electrosurgery for the Relief of Prostatic Obstruction. — Journal of Urology, Vol. XXVIII, No 5, 1932.
- KIRWIN, THOMAS J.: The Evolution of Vesical Neck Resection. — Journal of Urology, Vol. XXVIII, No 5, 1932.
- ALCOCK, N. G.: Ten Months Experience with Transurethral Prostatic Resection. — The Journal of Urology, Vol. XXVIII, No 5, 1932.
- BUMPUS, H. C. Jr.: Results Five Years After Transurethral Treatment of Benign Prostatic Obstruction. — The Journal of Urology, Vol. XXVIII, No 5, 1932.
- DAY, ROBERT: Endoscopic Resection of the Prostate. — The Journal of Urology, Vol. XXVIII, No 5, 1932.
- FOLEY, F. E. B.: Cystoscopic Prostatectomy. A Final Report. The Journal of Urology, Vol. XXX, No 5, 1933.
- THOMPSON, G. J.: Factors of Safety in Prostatic Resection. — The Journal of Urology, Vol. XXX, No 5, 1933.
- CAULK, J. R., & PATTON, J. F.: The Influence of the Type of Current upon the Post-operative Complications in Transurethral Surgery. — The Journal of Urology, Vol. XXX, No 5, 1933.
- SARGENT, JAMES C.: Some Dangers and Difficulties of Transurethral Resection. — The Journal of Urology, Vol. XXX, No 5, 1933.
- PAPIN, ED.: La Résection Endoscopique de la Prostate. — Gauthier-Villars, Editeur, Paris, 1934.

L'ÉPIGASTRALGIE

Par ADRIEN BRUNET,

Assistant bénévole à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Est-il une région aussi compliquée que le creux épigastrique? L'épigastre, carrefour gastrique, et sa partie voisine l'hypocondre droit sont deux régions où toute disinction est assez arbitraire. Leurs limites se déterminent mal et les organes qui correspondent à ces régions font partie autant de l'une que de l'autre.

La multiplicité des organes de l'étage supérieur de l'abdomen, leur intrication rendent difficile la localisation précise de la souffrance. Zone solaire, zone sous-hépatique ne sont séparées anatomiquement que par des limites arbitraires. En clinique, elles sont souvent confondues et la douleur qui s'y manifeste est difficilement localisée.

De plus et surtout, c'est par leur innervation que ces deux régions sont solidaires. Les filets nerveux vecteurs de la sensibilité de l'un ou l'autre carrefour aboutissent au plexus médian et paramédian du sympathique. Enfin, il y a le plexus solaire qui constitue la majeure partie de l'innervation stomacale et qui fournit aussi des nerfs à d'autres viscères abdominaux. C'est sur lui que viennent se concentrer et souvent se réfléchir les impressions douloureuses de ces viscères. Un exemple: la lithiase vésiculaire ne manifeste-t-elle pas souvent sa douleur au creux épigastrique.

Aussi, quand nous voulons parler de douleur épigastrique, devrions-nous comprendre, au point de vue clinique, toute une région qui englobe aussi bien l'hypocondre droit que l'épigastre.

L'on voit d'ici où nous conduit l'étude de la douleur du creux épigastrique, l'on comprend qu'elle doit être envisagée dans toutes ses modalités.

Mon but n'est pas, dans cet article, de répéter tout ce que nous enseigne la séméiologie sur les différents caractères de la dou-

leur du creux épigastrique; je ne veux attirer l'attention que sur une modalité de cette douleur: son évolution dans le temps. Je veux dire que, si l'on analyse la douleur non plus en s'attachant à ses détails journaliers, mais à son déroulement au cours du temps, ce que Gutman a appelé « l'année du dyspeptique » l'on verra apparaître des types avec un aspect clinique différent et souvent caractéristique. C'est sur ce fait que je veux insister.

En pathologie digestive, contrairement aux autres branches de la médecine, nous n'avons pas, pour nous guider, de signes somatiques nets et sensibles. C'est seulement sur la foi de ce que nous dit le malade que nous pouvons poser un diagnostic. Après un bon interrogatoire le diagnostic doit être fait. Il est donc très important pour nous de bien chercher à connaître la physionomie clinique propre à chaque malade en l'étudiant dans tous ses détails.

Si nous étudions l'évolution de la douleur dans le temps nous verrons qu'il y a des périodes où les malades souffrent et qu'il y a des périodes où ils ne souffrent pas. Partant de ce point nous allons considérer différents aspects.

1. Certains malades n'ont aucune périodicité, leur douleur est continue. Ils souffrent toute la journée et tous les jours de la même manière. Même la nuit s'ils ne dorment pas ils sentent cette gêne au creux épigastrique. Si les repas tendent parfois à donner une certaine recrudescence à la douleur, parfois les repas n'ont aucune influence sur elle. Les alcalins, aussi bien que plusieurs autres traitements restent inactifs et n'apaisent aucunement les souffrances de ces malades. Ce mode de souffrir appartient à la péritonite chronique, adhérences, épiploite due à un ulcère ou un cancer extériorisés.

2. La deuxième catégorie des malades, ce sont les nerveux, les coenestopathes. Leur caractéristique est surtout l'irrégularité de leur souffrance. Leur mode de souffrir n'est jamais le même, leur douleur n'a jamais non plus d'irradiations semblables d'une journée à l'autre. Tantôt ce sont des sensations de froid, tantôt de chaleur, ce sont parfois des tiraillements, parfois des brûlures, ils énumèrent tout ce que leur imagination leur suggère. Leur interroga-

toire est très difficile. Si leurs douleurs cessent elles reprennent toujours sans aucun rythme et dans des laps de temps toujours variables.

3. Un troisième groupe de malades se présentent à nos yeux: ce sont les dyspeptiques hyper ou hyposthéniques. Voilà une catégorie de malades dont il faut bien connaître l'identité clinique, car trop souvent, hélas, certains médecins font de ces malades des ulcéreux, en se basant sur le symptôme de douleur tardive après le repas. La douleur tardive n'est pas le symptôme pathognomonique de l'ulcère ni de l'hyperchlorhydrie, elle n'est que le signe banal d'une perturbation quelconque dans l'estomac due à des causes les plus diverses.

Comment donc reconnaître les malades souffrant de dyspepsie hyper ou hyposthénique? Il s'agit de malades qui n'ont pas de périodes bien nettes dans l'année, mais, par contre, leurs douleurs sont nettement en rapport avec les repas. Ils souffrent pendant des semaines et des mois puis au beau milieu de leur souffrance ils sont un jour ou deux sans douleur. Sous l'influence du repos, du régime et des traitements qui s'adressent à la cause première progressivement leurs douleurs s'atténuent, leur état s'améliore; puis progressivement aussi ils recommencent à souffrir pendant des semaines et des mois.

Mais, quelle que soit l'évolution dans l'année les douleurs sont nettement post-prandiales, ce qui indique une réaction anormale de l'estomac vis-à-vis l'arrivée ou l'évacuation des aliments.

Pour bien comprendre la différence entre les dyspepsies et l'ulcus, il suffit de tracer ici le schéma de l'ulcère pour voir apparaître les principaux caractères différentiels.

4. Quel sera donc maintenant le schéma de l'ulcère d'estomac? Pour pouvoir poser un diagnostic de quasi-certitude d'ulcus gastrique, nous devons constater, dans l'évolution de l'élément douleur durant l'année, des périodes douloureuses nettes d'un mois environ séparées de périodes de sédation également nettes et plus longues. L'histoire d'un ulcéreux est quelque chose comme ceci: Brus-

quement le malade commence à souffrir et à partir de ce moment il souffre tous les jours, après les repas, à une heure à peu près constante chez le même malade, sans un seul jour de manque. Puis, après un mois environ de souffrances, la douleur cesse brusquement comme elle a commencé. Le malade est « guéri ». Ce qui caractérise cette guérison c'est la durée plus longue que l'état douloureux. L'ulcéreux reste six mois, un an et même cinq à six ans sans ressentir aucun malaise. Puis, à un moment donné, sans qu'il semble avoir aucune raison pour la motiver, le malade recommence à souffrir de la même manière suivie d'une nouvelle et semblable guérison apparente.

Voici une observation qui illustre bien ces données:

M. Joseph D. . . . 47 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Dr G. Hamel, au mois de décembre 1933, pour des troubles dyspeptiques. Il se plaint de douleurs gastriques, sous forme de brûlures, survenant 3 ou 4 heures après le repas, surtout le jour et souvent la nuit. Le début de sa maladie remonte à huit ans. Depuis huit ans le malade a eu cinq crises semblables dont il se souvient bien. Ces crises nettes, bien tranchées, d'un mois et demi environ sont caractérisées par une sensation de brûlure au creux épigastrique qui le font beaucoup souffrir, 3 à 4 heures après le repas. Un médecin consulté pose le diagnostic d'ulcère d'estomac et lui donne des alcalins qui le soulagent bien. Le malade a remarqué pendant ces crises que ses selles étaient plus foncées.

A l'examen: aspect général, bon; respiration: 20; pouls: 68; P. A.: 120-80; Azotémie: 0 grm. 500; B.W.: négatif; urines: négatives; selles: sang, présence. — Numération globulaire: Hémoglobine: 74%; Globules rouges: 4,392,813; Globules blancs: 7,184.

Examen radiologique fait par le docteur Léo Pariseau: « Ulcère pylorique ou pyloro-duodénal probable. Région pyloro-duodénale déformée. Stase du colon proximal après 48 heures. »

5. Il reste un autre genre de malades également caractérisé par des périodes de douleur et des périodes de sédation. Ces sont les vésiculaires. Mais leur histoire est différente des ulcéreux en ce que leurs périodes et d'accalmie et de souffrance, sont plus courtes.

Un vésiculaire, la plupart du temps la nuit, est brusquement réveillé par une douleur qui le tenaille du côté droit.

Cette crise sera relativement courte; de quelques heures à peine, elle pourra atteindre 3 jours ou une semaine, rarement plus. Pendant ce temps, ou bien le malade souffre toute la journée ou bien les douleurs sont rythmées par les repas et ont souvent une prédominance nocturne.

Contrairement aussi à l'ulcère, les périodes de sédation seront plus courtes: un, deux ou trois mois.

Contrairement encore une fois à l'ulcère, la crise vésiculaire fait suite souvent à un repas copieux ou à une infraction au régime: chez la femme, elle coïncide avec les menstruations; elle est souvent accompagnée de subictère, d'un état nauséux et d'un peu de température.

Pour ceci, laissez-moi vous raconter une autre histoire de cas.

Monsieur A. B., âgé de 31 ans, est malade depuis près de 4 ans. Au mois d'août 1930, une nuit, il est réveillé par une douleur sourde dans l'hypocondre droit. Croyant à une digestion difficile (il avait mangé un peu de fromage la veille), il reste immobile dans son lit, la douleur se supportant facilement. Une demi-heure après, tout était rentré dans l'ordre et, le lendemain, il vaque à ses affaires comme si rien ne s'était passé. Par trois fois, dans la suite, la même douleur se répète, toujours la nuit, toujours après un repas copieux, en augmentant toutefois d'intensité au point de devenir moins supportable. Deux autres crises dernièrement ont nécessité l'emploi de calmants.

Une radiographie faite par le Dr Léo Pariseau montre: « En dépit d'une bonne absorption du tétraïode, la vésicule ne s'est pas montrée. Suspecte. »

Voici les principaux schémas que nous pouvons rencontrer. Il est bien entendu que les malades ne se présentent pas toujours au médecin avec des aspects cliniques aussi nets, mais, quand nous trouvons des malades s'adaptant assez fidèlement aux types énumérés plus haut, on est en mesure de poser un diagnostic presque certain de lésions correspondantes.

Un fait certain, c'est que ces différents types cliniques peuvent s'intriquer; un ulcère peut s'extérioriser et donner lieu à de la péritiviscrite, une cholécystite peut marquer son cycle sur un fond de dyspepsie. Nous pouvons trouver aussi toutes sortes de combinaisons. C'est pourquoi il ne faut pas prétendre faire entrer dans ces cadres tous les malades du carrefour supérieur de l'abdomen.

Cet article ne fournit qu'une esquisse d'ensemble sans pénétrer dans les détails cliniques et à ce point de vue, je crois qu'il sera d'une grande utilité pour ceux qui aimeraient à prendre ces différents schémas comme base d'interrogatoire.



La pyrétothérapie dans certaines formes cliniques de syphilis nerveuse

(suite)

Par ÉMILE LEGRAND,

Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu,
Chargé de la consultation de neuro-psychiatrie de
l'Hôtel-Dieu.

LES AUTRES PYRÉTOTHÉRAPIES

Les agents pyrétothérapeutiques sont nombreux. Certains cliniciens prônent les avantages de l'un d'eux sur toutes les méthodes employées, alors que d'autres le trouvent inefficace. Pour certaines de ces pyrétothérapies sur lesquelles il nous est impossible de formuler une appréciation exacte, ne les ayant pas expérimentées, nous ne ferons que les rappeler brièvement. Celles que nous avons vérifiées seront l'objet d'une plus longue étude.

a) *Produits bactériens.*

Ils ont servi de base aux premiers essais pyrétothérapeutiques. Après la première tentative thérapeutique de la paralysie générale par l'inoculation de l'érysipèle en 1887, c'est à la tuberculine (1890) que Wagner-Jauregg s'adressait avec plus ou moins de succès. Comme cette méthode réveillait parfois d'anciens foyers tuberculeux, il l'abandonna pour utiliser les injections intraveineuses de vaccins typhiques. Ces multiples tentatives ne donnèrent que des résultats instables, car les rechutes étaient très fréquentes. Toutefois, elles montrèrent à l'auteur qu'il était dans la bonne voie. Finalement il utilisa, en 1917, le paludisme.

DMELCOS

En 1927, Sicard, Hagueneau et Wallick, dans une revue critique de la malariathérapie, refusaient à l'hématozoaire le rôle d'une évolution inhibitrice sur le tréponème. Pour eux, les succès obtenus ne dépendaient que de l'hyperthermie. D'un autre côté, comme la malariathérapie entraînait, rarement il est vrai, des complications mortelles, était d'un maniement délicat, exigeait un renouvellement constant du matériel humain, échappait au contrôle médical dans le règlement des accès, ils cherchèrent à lui substituer un agent susceptible de provoquer chez le paralytique général un accès thermique identique pouvant être réglé à volonté dans son intensité et sa répétition.

Après plusieurs essais peu satisfaisants, faits avec différents vaccins, les auteurs ont eu recours au vaccin anti-chancrelleux, connu sous le nom de « Dmelcos ». Ils ont donné ce produit par voie intra-veineuse. A chaque fois, ils ont obtenu un accès fébrile, variant de 100° F. à 104° F., selon les doses employées. Par la répétition des injections qu'ils ont portées jusqu'au nombre de 43, ils se sont assurés de la régularité des accès thermiques. Il n'y avait pas de sensibilisation de l'organisme. Les doses injectées étaient les suivantes: $\frac{1}{2}$ c.c., 1 c.c., 1.5 c.c., $2\frac{1}{2}$ c.c., 3 c.c. et 4 c.c.

Leur traitement de la paralysie générale comportait 10 à 12 injections. Chacune d'elles était suivie après une ou deux heures d'une sensation de froid, d'un grand frisson, d'un malaise général et de céphalées légères. L'acmé de la température s'observait 4 à 5 heures après l'injection. Une transpiration abondante terminait la crise, et le lendemain la température était redevenue normale.

Les injections étaient espacées de trois à quatre jours. La médication spécifique par la tryparsamide ou le sulfarsénol était associée à cette méthode pyréthérapique, et quelquefois se donnait avec la même aiguille.

Sur trois paralytiques généraux ainsi traités, ils ont obtenu des rémissions remarquables. Par contre, la sérologie du liquide céphalo-rachidien ne s'est pas modifiée.

Des observations analogues ont été rapportées par Mlle Pascal (1928), Trénel (1928), Euzière et Viallefont (1931). Sur 13 paralytiques généraux traités par cette méthode, Beaudoin et Dupont ont constaté des améliorations nettes, disent-ils, mais ces améliorations n'ont pas été suffisantes pour permettre la reprise du travail ou la sortie de l'asile, à l'exception toutefois d'un cas qui semble avoir été très amélioré.

Personnellement, nous avons soumis 7 paralytiques généraux à ce traitement. Voici l'observation de l'un d'eux:

OBSERVATION. — M. Henri P... âgé de 34 ans, est admis le 4 avril 1928 avec le certificat suivant: « 1er accès ayant débuté il y a 12 mois par des troubles de la mémoire, de la lenteur de l'idéation, des modifications du caractère, de l'incohérence, etc. Syphilis ancienne. »

L'examen préliminaire révéla une désorientation complète dans le temps et l'espace, de l'asthénie, de l'indifférence affective, de l'apathie, de l'inconscience de l'état morbide et du milieu ambiant, en un mot, de l'affaiblissement global des facultés intellectuelles. Tremblement léger de la langue. Dysarthrie. Réflectivité irienne faible. Parésie faciale gauche du type central. P.A. 105/80. Wass. positif dans le sang. Dans le liquide céphalo-rachidien: Wassermann xxxx à 0.4 xxxx à 0.4; globuline: xxxx; albumine: 0.92; éléments: 68; réaction de Lange: 5555554210.

Dès le 30 avril 1928, il est soumis à la pyrétothérapie par l'intermédiaire d'un vaccin anti-chancrelleux, le Dmelcos. Les injections ont toutes été administrées par voie intra-veineuse à 2 ou 3 jours d'intervalle. La température qui apparaissait environ une demi-heure après l'injection s'annonçait par un léger frisson, et montait jusqu'à 105 et 106° F. En tout, on lui a donné 20 injections. Les doses variaient de 225 millions à 1100 millions de microbes. Dans la suite, le malade ne présenta aucune amélioration clinique ou humorale. Il évolua peu à peu vers une grande déchéance physique et psychique et mourut dans le marasme, vers le 13 février 1929.

En général, nous avons eu très peu de succès avec cette médication. Quelques améliorations ont été notées, mais aucune d'elles n'a permis le retour à la capacité professionnelle antérieure ou n'a permis la sortie de l'asile. Les réactions sérologiques étaient peu ou

pas modifiées. Dans la plupart des cas, nous avons dû faire appel à la malariathérapie. Notre expérience nous permet de conclure que les résultats obtenus avec la malaria sont nettement plus favorables et plus durables. Aussi, nous avons abandonné l'emploi du Dmelcos dans le traitement de la paralysie générale.

LA FIÈVRE RÉCURRENTÉ

Son emploi comme agent thérapeutique semble avoir été imaginé par Rosenblum à Odessa, dès 1876. Elle fut utilisée en 1919 par Plaut et Steiner qui obtinrent des résultats favorables. Depuis, plusieurs (Marie A., Claude, Lépine, Nicolle, Anderson, Bailly, etc.) l'ont employée avec succès. Toutefois il semble que ce traitement ait une plus mauvaise influence sur l'état général que la malaria et que la mortalité soit grande.

LE SOUFRE LIPOSOLUBLE

Malgré son utilité incontestable et sa relative innocuité, la malaria a ses contre-indications et présente quelques dangers qui restreignent, dans une certaine mesure, sa pratique. Ce mode de traitement étant basé sur une infection est parfois mal toléré par les malades. Rapidement, leur état général s'altère d'une façon telle qu'il nous faut en interrompre l'évolution dès le début. D'autres fois le traitement devient plus dangereux et amène la mort. Cette éventualité, bien que rare, existe tout de même et ne nous permet pas d'éliminer les dangers de la malariathérapie. La pratique de l'impaludation est encore compliquée par le fait que le virus vivant utilisé exige un renouvellement constant du matériel humain, de sorte que ce traitement n'est souvent possible que dans les asiles d'aliénés. Un certain nombre de malades sont cependant réfractaires au paludisme.

Pour parer à toutes ces difficultés, Schroeder-Knud a, ces dernières années, proposé le traitement pyrétogène de la paralysie générale par une préparation de soufre liposoluble (Sulpholéum ou Sulfosine). Administré dans les masses musculaires de la fesse cette

préparation produit des réactions fébriles de nature chimique dans l'organisme du malade. D'après Schroeder, « l'action thérapeutique obtenue dans la paralysie générale par le traitement au soufre équivaut à celle de l'impaludation sans en impliquer les dangers et les imperfections. On peut y avoir recours aussi dans les cas où la malariathérapie s'est montrée inactive, ou quand l'état du malade en contre-indique l'application. » L'auteur appuie sa thèse par le traitement de 14 cas de paralysie générale. Sur ce nombre, 8 cas, soit 57%, sont en rémission plus ou moins totale, 6 mois, 1 an, 5 ans et 6 ans après le traitement.

Quant aux conditions sérologiques et chimiques du liquide céphalo-rachidien, l'auteur croit avoir obtenu des rémissions énormes. C'est ainsi que 5 de ces malades ont des réactions séro-négatives et une baisse de la lymphocytose vers l'état normal dans le liquide céphalo-rachidien. Toutefois, dans certains cas, comme dans l'impaludation, il n'y a pas de parallélisme entre la rémission clinique obtenue et les conditions sérologiques du liquide.

D'autres auteurs auraient obtenu des rémissions à la fois cliniques et sérologiques. Marcuse et Kellman ont eu 59% de rémissions dont 18% définitives (statistiques comprenant 32 cas). Warsstadt déclare que, comparée à la malariathérapie, la sulfosine paraît être un équivalent remarquable. Sur 8 cas de tabès ainsi traités, tous sont entrés en rémission. Dans un cas, les crises gastriques cessèrent. Winkler rapporte également que le traitement au soufre a eu un bon effet dans 3 cas sur 5 d'atrophie du nerf optique dans le tabès. Cette action thérapeutique serait probablement liée à la réaction thermique, comme c'est le cas pour la malaria, déclanchée dans l'organisme du malade par les injections de soufre.

En 1931, MM. Levaditi, Pinard et Even, ont expérimenté cette méthode. Ils concluent de leurs observations: 1° que les réactions de soufre sont bien supportées par les malades. 2° Qu'elles déterminent des accès fébriles rappelant ceux de l'impaludation; toutefois, ces accès sont inconstants. 3° Que dans tous les cas, ils n'ont jamais obtenu la moindre amélioration, ni clinique, ni humorale. Cependant, ils reconnaissent que chez des syphilitiques à la

période secondaire ou à la période tertiaire (en dehors de la paralysie générale) ils ont observé des améliorations incontestables sous l'influence du soufre, alors que les autres thérapeutiques habituelles (mercure, bismuth, arsénic) avaient échoué.

Schilvock en 1930 était arrivé à des conclusions analogues. Kairinkstir, pour sa part, trouve que les injections de soufre donnent des résultats bien moins favorables que l'impaludation et ne saurait remplacer celle-ci. Cette action n'est nullement spécifique puisque le soufre agit dans d'autres maladies, le rhumatisme, par exemple.

Depuis quelque temps, nous avons eu l'occasion de traiter dans notre service de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, 6 paralytiques généraux chez lesquels le diagnostic semblait certain, par une solution huileuse de soufre concentré à 1%. Notre technique fut la suivante: tous les 3 jours nos malades recevaient dans les masses musculaires de la fesse, une injection d'huile soufrée, avec la progression suivante: 1^{ère} injection, 2 c.c.; 2^e, 4 c.c.; 3^e, 5 c.c.; les injections suivantes, 10 c.c. Le traitement comprenait en tout 10 injections. Chaque injection était suivie, 10 à 12 heures après, d'une élévation thermique assez brusque, allant jusqu'à 103, 104 et même 105° F., et d'une lente descente de la température vers la normale. Cette courbe marquant les variations de la température, est celle décrite par Schroeder: « Montée plus soudaine que la descente qui se fait par étapes, décrivant ainsi une large courbe caractéristique de la fièvre déterminée par le Sulfosine. »

Nous reportons les deux observations suivantes:

OBSERVATION I. — Mme B . . . âgée de 36 ans, est admise dans notre service à l'hôpital St-Jean de Dieu, le 12 juin 1931, avec le certificat suivant: « 1^{er} accès ayant débuté il y a environ un mois par des idées délirantes de persécution mal systématisées, des paroles ordurières, des menaces proférées à l'égard de son mari, des sévices contre son entourage, des bris d'objets, de l'incohérence, de la suggestibilité pathologique, etc. »

Dès le premier contact avec la malade, le lendemain de son arrivée, la dysarthrie, la désorientation complète dans le temps et l'espace, la déficience globale des facultés intellectuelles, et en parti-

culier de la mémoire, du jugement et de l'attention, l'euphorie extrême, l'indifférence affective, l'approbativité, la perte du sens auto-critique, l'inconscience de l'état morbide et du milieu ambiant, imposaient le diagnostic de paralysie générale. De plus, l'examen neurologique révéla, en dehors du tremblement fibrillaire de la langue, des muscles péri-buccaux, des doigts, une abolition de la réflexivité tendineuse des membres inférieurs accompagnée d'une légère ataxie. Pas de paralysies, pas de troubles sensitifs, pas de troubles trophiques. Les pupilles sont en myosis et ne réagissent pas à la lumière. Un tabès est donc associé à la paralysie générale. Ce diagnostic est confirmé par l'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien. Dans le liquide céphalo-rachidien, le Wassermann est xxxx avec 0.2 c.c. avec 0.2 c.c.; la réaction de la globuline positive; la réaction de Lange positive (4443100); la réaction de Guillain positive (22222200); l'albumine 0.35; la lymphocitose 16; la gomme de Bertrand xxxx. Dans le sang, le Wassermann est également positif.

Nous décidons le traitement par le soufre lipo-soluble. Du 24 août au 24 septembre 1931, la malade reçoit une injection intramusculaire, tous les 3 jours, d'une solution à 1 p. 100, et chaque fois, 10 heures après l'injection, elle présente des petits frissons et de la température autour de 101 à 103° F. Une fois, elle est montée à 105° F. (Voir courbe annexée).

Le 22 octobre 1931, soit un mois après les 10 injections, une ponction lombaire donne les résultats suivants: Wass. xxxx 0.8 à xxxx 0.4; 7 éléments; 0 gr. 60 d'albumine; réaction de Lange positive (555531100); réaction de Guillain positive (22222); réaction de la globuline positive (x). L'état mental de la malade n'est pas amélioré; au contraire, elle paraît plus démente qu'à son arrivée. Cependant, l'état général reste bon. Il n'y a pas plus d'amélioration clinique qu'humorale.

Le 26 janvier 1932, devant cet échec, nous impaludons notre malade. Après le 12^e accès fébrile, nous voyons l'état mental s'éclaircir peu à peu et environ 2 mois plus tard, la rémission clinique est à peu près complète. La malade est parfaitement orientée à tous les modes, se rend compte de son état morbide antérieur, en fait une critique adéquate, à une bonne mémoire, témoigne de beaucoup d'activité, etc. La légère ataxie tabétique est même disparue. Toutefois, l'aréflexie tendineuse des membres inférieurs persiste. Une nouvelle ponction lombaire pratiquée en septembre 1930 montre une rémission partielle du syndrome humoral. Wassermann xxxx avec 1.5 c.c. xxxx avec 1.5 c.c.; albumine 0 gr. 60; éléments 4; réaction de Lange 5431100; réaction de Guillain 22000.

Où le traitement par le soufre avait échoué, la malaria a donné une rémission clinique quasi-totale et une rémission humorale partielle.

OBSERVATION II. — Dame D . . . , âgée de 28 ans, est admise dans notre service à l'Hôpital St-Jean-de-Dieu, le 9 mai 1931. Il y a 2 ans, elle aurait présenté un état confusionnel à la suite d'hémoptysies répétées. En février 1931, elle est devenue taciturne, inattentive, indifférente à tout, puis, incohérente. Plus tard, une agitation psycho-motrice se développa, se manifestant surtout par de l'euphorie, de la logorrhée, de l'érotisme, des bris d'objets, de grandes libations d'alcool, etc. Mais cette agitation restait diffuse et absurde.

Dès le premier contact avec la malade, la désorientation dans le temps et l'espace, la grande agitation psycho-motrice avec logorrhée, fuite des idées, bris d'objets, la déficience de la mémoire, l'incohérence, l'inconscience du milieu ambiant et de l'état morbide, l'absence du sens critique aiguisé des véritables maniaques qui prennent prétexte de leur milieu pour enrichir le thème de leurs divagations, nous imposèrent le diagnostic d'un état démentiel au début. La dysarthrie était des plus légères; à peine apparaissait-elle aux mots d'épreuves. L'examen neurologique ne révélait rien de particulier. Les organes des grandes fonctions internes étaient d'apparence normale. Dans le sang, le Wassermann était positif. Dans le liquide céphalo-rachidien nous avons les résultats suivants: Wass. xxxx avec 0.2 c.c. xxx avec 0.2 c.c.; gomme Bertrand xxxx; globuline x; réaction de Lange 55553310; réaction de Guillain 222122; albumine 0 gr. 50; élément 75. Le diagnostic de paralysie générale au début s'imposait. C'est alors que nous décidâmes le traitement par le soufre lipo-soluble. Du 14 juin au 14 juillet, la malade reçoit tous les trois jours une injection intra-musculaire d'une solution à 1 p. 100; 8 heures environ après l'injection, elle présente de petits frissons et la température monte autour de 104 à 105° F.

Le 14 août 1931, soit 1 mois après les 10 injections, une ponction lombaire donne les résultats suivants: Wassermann xxxx 0.2 xxxx 0.2 c.c.; gomme xxxx; globuline xx; réaction de Lange 55553100; réaction de Guillain 22222210; albumine 0 gr. 45; éléments.

L'état mental n'est que légèrement amélioré en ce sens que l'agitation est disparue. Mais la déficience intellectuelle est encore notable. La modification clinique est légère alors que les modifications humorales restent les mêmes.

Dans deux cas, nous avons dû interrompre le traitement après la 3^e et la 4^e piqûre parce que chaque infection déclenchait une diarrhée telle que l'état général du malade devenait précaire. Dans les autres cas, les résultats obtenus sont analogues à ceux rapportés dans les observations précédentes.

1° Que si les injections de soufre sont habituellement bien supportées, il existe tout de même des cas où elles provoquent des réactions généralés désastreuses.

2° Que les accès fébriles qu'elles déclenchent sont inconstantes; mais ces accès rappellent les poussées fébriles de l'impaludation.

3° Que dans 5 de nos cas, nous n'avons jamais obtenu la moindre amélioration ni clinique ni humorale; que dans un cas, la rémission clinique n'a été que très légère, alors que le syndrome humoral est resté le même; que dans un autre cas, où le soufre avait échoué, la malariathérapie s'est montrée très efficace.

Le traitement par le soufre liposoluble ne paraît donc pas supérieur aux autres moyens pyrétothérapeutiques, hucléinate de soude, vaccin anti-chancrelleux, et il paraît beaucoup moins efficace que la malariathérapie qui reste la médication vraiment héroïque.

PROCÉDÉS PHYSIQUES

Neymann et Osborne en 1929 ont appliqué la diathermie au traitement de la paralysie générale. Ce procédé utilise l'effet Joule des courants de haute fréquence (ondes moyennes des physiciens). Ce procédé électropyrexique, d'un maniement délicat, exige des électrodes immenses pour éviter les brûlures. De plus, il faut envelopper le malade dans de multiples couvertures pour éviter la déperdition de la chaleur. Son application extrêmement longue met le malade en proie à une crise sudorale abondante et nécessite la présence continuelle du médecin. L'utilisation d'un tel procédé est forcément difficile chez les paralytiques généraux, surtout quand ils sont agités. Vingt séances sont nécessaires pour obtenir une cure efficace. Les résultats obtenus par Neymann et Osborne seraient excellents.

Récemment, Bosch et Ino (1931) avec une technique plus rapide ont obtenu en 20 minutes une température de 103 à 104° F. Ils ont ainsi traité 50 cas et ont obtenu des résultats comparables à ceux du paludisme expérimental.

Par contre, Schiff, Misset et Trelles (1932) n'ont observé aucune amélioration chez trois paralytiques généraux traités par l'électropyrexie.

Les ondes hertziennes courtes sont actuellement mises à l'essai par Wagner-Jauregg, Halphen et Auclair. Cette méthode qui n'exige aucune électrode, respecte les libres mouvements du malade. Mais pour éviter les brûlures à la suite de la sudation abondante il faut des procédés spéciaux d'assèchement par l'air et un contrôle minutieux de la température avec un thermomètre électrique *ad hoc*. Dans une heure, ils atteignent une température de 103 à 104° F.

Ces études ne font que commencer. Personnellement, nous ne pouvons pas formuler d'opinion à leur égard.

Tous ces procédés pyréthériques supposent que ces rémissions obtenues par la malaria sont dues à l'action exclusive de l'hyperthermie. Nous verrons au chapitre de la pathogénie que la température ne joue qu'un rôle secondaire et minime, puisque des rémissions ont été observées après l'évolution d'une malaria apyrétique. De plus, les expériences de Hoff et Silberstein ont montré qu'après la malaria, le sérum sanguin et le liquide céphalo-rachidien, mis ou contact des spirochètes, les immobilisaient et les désagrégeaient au bout de deux heures. Tout cela prouve que l'hyperthermie n'est pas tout dans l'action de la malaria. Jusqu'à plus ample informé nous persistons à croire que le paludisme est la méthode pyréthérique de choix.

(à suivre)

LOUIS DE LOTBINIÈRE-HARWOOD

1866 - 1934

La mort soudaine, dans la nuit du 15 mai dernier, de notre cher ami Louis de Lotbinière-Harwood, Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, a causé une peine profonde chez ses intimes et tous ceux qui l'ont connu au cours de sa longue carrière professionnelle.

Né à Vaudreuil le 27 avril 1866, Louis de Lotbinière-Harwood était le fils d'Henry Harwood et de Joséphine Sydney-Braunies, et le petit-fils de Robert Unwin Harwood, gentilhomme anglais venu au Canada en 1826, et de Louise-Josephite de Lotbinière, fille aînée du marquis Eustache-Gaspard de Lotbinière, seigneur de Vaudreuil et de Rigaud, mort à Montréal en 1822. Le marquis Eustache-Gaspard de Lotbinière était le dernier descendant mâle direct de Louis-Théandre Chartier, sieur de Lotbinière, arrivé au Canada en 1651 avec le gouverneur de Lauzon dont il était l'allié de famille.

Le docteur Louis de Lotbinière-Harwood était de haute et noble descendance.

Il fit ses études aux séminaires de Ste-Thérèse et de Rigaud et son cours de médecine à l'Université Laval de Montréal où il gradua en 1890. Il partit peu après pour Paris et il devint l'élève et l'ami de Pozzi, le gynécologue de grande renommée de l'époque.

De retour à Montréal il fut nommé assistant dans le service de gynécologie du Professeur Michael Brennan, à l'hôpital Notre-Dame, auquel il succéda en 1905 en même temps qu'il était nommé professeur de gynécologie.

En 1906 il devint surintendant de l'hôpital Notre-Dame.

Quelques années plus tard il devint membre du Conseil de la Faculté de Médecine et fut élu doyen en 1918 à la mort du Professeur E. P. Lachapelle.

Nous avons connu Louis de Lotbinière-Harwood, Boulet, LeSage et moi-même pendant notre vie d'étudiants et plus particulièrement à Paris alors qu'il était chez Pozzi en 1895.

A notre retour à Montréal le docteur Louis de Lotbinière-Harwood était déjà assistant en gynécologie à l'hôpital Notre-Dame, et le Dr. Rodolphe Boulet était assistant à la clinique d'Ophtalmologie du professeur A. A. Foucher dans le même institution.

Plus tard les professeurs A. Marien et Henri Hervieux se joignirent à nous lorsque nous entreprîmes de réorganiser «L'Union Médicale du Canada».

La mort d'Hervieux fut notre première grande épreuve. Je crois que c'est autour de la table de rédaction de l'« Union Médicale » que sont nées en grande partie les initiatives qui ont présidé depuis au progrès de nos institutions hospitalières et de notre Université. Six hommes de bonne volonté, nourrissant un même idéal et avides de progrès peuvent accomplir des oeuvres de bien s'ils se voient souvent et travaillent en communion d'idées.

La rédaction de l'« Union Médicale du Canada » exigea beaucoup d'efforts de notre part, mais elle se fit sans heurt, bien qu'elle fut assez difficile au début de la nouvelle administration. Du contact fréquent de ses rédacteurs naquit ^{en} à l'« Union Médicale » le respect de nos institutions hospitalières et l'esprit universitaire et scientifique qui caractérisent ce journal.

Le Docteur Harwood fut toujours au premier plan lorsqu'il s'est agi de défendre les intérêts de notre Université. Il fut le premier d'entre nous à faire partie du Conseil de la Faculté de Médecine et, grâce à sa distinction et à son extrême obligeance, il devint bientôt l'ami de tous ses collègues et le bras droit du doyen, le professeur E. P. Lachapelle, auquel il succéda plus tard.

Les activités d'Harwood furent considérables à l'Université. Qu'il me suffise de rappeler ici la part importante qu'il prit dans l'organisation de l'Hôpital Laval qui sut si bien nous représenter en France pendant la grande guerre, sous le commandement du

Colonel G. E. Beauchamp, médecin de l'Hôtel-Dieu et professeur agrégé à l'Université. La tâche de conduire à bien l'organisation de cet hôpital fut fort ardue, mais Harwood sut s'entourer de citoyens importants de notre ville et les difficultés furent aplanies.

Le Docteur Harwood fut également l'un des dirigeants dans le grand mouvement d'opinion qui détermina finalement la fondation d'une Université autonome à Montréal.

Le Docteur Harwood, par sa probité, sa clairvoyance et un jugement sûr, toujours secondés par beaucoup de tact et une finesse d'esprit qui lui était bien personnelle, gagnait tout le monde aux idées que partageaient ses collègues et les amis de la cause universitaire.

Le docteur Louis de Lotbinière-Harwood, dans l'exercice de ses fonctions de doyen et de professeur de gynécologie, s'était créé des relations considérables au Canada, aux Etats-Unis et en France où il comptait de nombreux amis. Il fut créé Chevalier puis Officier de la Légion d'Honneur. Il représenta notre Université aux grandes fêtes de Pasteur lors de l'inauguration de son monument à Strasbourg.

Harwood avait conservé de sa jeunesse passée à Vaudreuil l'amour de la terre et il ne tarda pas à acquérir à cet endroit la belle propriété des « Chenaux » où il recevait ses amis avec tant de grâce et de distinction. Il était le « gentleman farmer » de l'endroit. Il rendit de nombreux services à ses fermiers voisins en les gagnant par l'exemple à la culture moderne et à l'élevage des animaux de race.

Le docteur Harwood comprenait fort bien que l'enseignement de la médecine à nos élèves ne se fait pas seulement dans les laboratoires et les amphithéâtres de l'Université. En savant clinicien qu'il était, il apportait une attention spéciale à leur formation clinique dans nos services hospitaliers. Plus d'une fois il eût pour mission d'aller voir les autorités de nos hôpitaux pour le règlement de quelques difficultés survenues au cours de l'année scolaire. Il était

reçu partout avec beaucoup d'égarde et toujours, grâce à son esprit de conciliation et à son prestige personnel, les choses s'arrangeaient favorablement.

Le docteur Harwood favorisa avec enthousiasme la création de la commission actuelle des infirmières, présidée avec tant de zèle par le professeur E. P. Benoit. C'est dire qu'il approuvait la surveillance, par la Faculté de Médecine, des écoles d'infirmières des hôpitaux affiliés, et la création d'un certificat accordé aux infirmières graduées de ces hôpitaux qui subissent avec succès l'examen universitaire.

Il accorda également son patronage à l'Ecole d'Hygiène Sociale Appliquée, fondée par le Dr J. A. Baudouin, notre professeur d'hygiène, avec le concours de la commission des infirmières de la Faculté de Médecine, qui a pour but, par son enseignement supérieur, la formation d'infirmières spécialisées en hygiène sociale.

Il aurait voulu, enfin, organiser un Institut Biologique, projet si cher au Professeur Baudouin, avec le concours des autorités gouvernementales et municipales; la crise financière actuelle n'en a pas permis la réalisation.

La grande gêne financière qui menace de terrasser l'Université de Montréal affectait beaucoup notre cher doyen; jamais il ne cessa de joindre ses efforts à ceux de ses collègues et des amis de l'Université qui ont encore confiance que la Providence arrangera tout.

Il apporta tout le poids de son autorité pour obtenir l'organisation d'une loterie qui aurait pu sauver notre Université, mais aucune loi fédérale n'en permettait la réalisation. Il s'associa enfin à plusieurs de ses collègues et aux hommes d'affaires dans le projet d'Assurance-Vie approuvé par les plus hautes autorités en assurance, et qui fournira, croyons-nous, les fonds suffisants pour assurer le fonctionnement de notre Université. La veille de sa mort, notre cher ami assista à deux assemblées où ce plan d'assurance fut discuté et finalement accepté par les autorités universitaires après avoir entendu son vigoureux plaidoyer.

Il est permis de dire, par conséquent, que le Docteur Louis de Lotbinière-Harwood a lutté jusqu'à la fin de sa vie pour son Université et qu'il est mort au champ d'honneur.

Le Docteur Harwood était Président de l'« Union Médicale du Canada » et Vice-Président de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, dont le congrès aura lieu à Québec en fin d'août prochain, en même temps que le congrès Français de Médecine dont les membres viendront de France et d'autres pays d'Europe à l'occasion du quatrième centenaire de l'arrivée de Jacques-Cartier au Canada.

Les Dames Religieuses de l'Hôtel-Dieu et son personnel médical offrent leurs plus sincères condoléances à Madame de Lotbinière-Harwood, à ses enfants et aux autres membres de sa famille dans l'épreuve qui les a si cruellement frappés.

J. E. DUBÉ

Le 4 juin, 1934.



ALFRED-NAPOLÉON RIVET

M. l'abbé Elie Auclair a fait de son vieil ami le docteur Rivet un éloge qui pourrait presque nous dispenser d'écrire les quelques lignes qui vont suivre. Il est cependant un fait qui, nous semble-t-il, n'a pas été suffisamment mis en lumière: c'est que le docteur Rivet fait partie de cette génération de médecins généreux et remplis d'idéal dont les *sacrifices* ont rendu possible l'existence de l'Université de Montréal actuelle.

Ce fait, aucun médecin canadien-français ne doit l'oublier; et, le mot « sacrifices » n'est pas exagéré. C'en fut d'abord un pour le docteur Rivet, nous n'en doutons pas, de permuter du professorat d'anatomie qu'il faisait par goût et dans lequel il excellait, à l'enseignement si ingrat de la chimie qu'il accepta par devoir. C'en fut un autre, et tant qu'il enseigna cette dernière science, de travailler dans les conditions misérables où il était placé.

Nos jeunes confrères de moins de quinze ans de pratique ignorent tout de ces conditions pénibles dans lesquelles le docteur Rivet devait professer les cours de chimie. Sans aide compétent, sans démonstrateur qualifié, sans garçon de laboratoire ni technicien pendant plus de dix ans; avec des crédits encore plus limités que ceux que nous trouvons aujourd'hui trop restreints, prenant sur ses veillées au chevet des malades le seul temps dont il pouvait disposer pour préparer et revoir ses leçons; ne recevant, comme beaucoup de ses collègues et par la force des circonstances, qu'une rétribution infime compensant à peine l'heure de conférence qu'il donnait; privé de l'ambiance scientifique que, plus fortunés que lui, nous commençons de connaître, il n'en fut pas moins assidu, jusqu'à son départ pour la guerre, à faire le mieux qu'il pouvait, rêvant toujours d'une installation et de conditions de travail qui lui permettraient un jour de donner à son enseignement ce complément indispensable que sont les travaux pratiques de chimie et la recherche.

Aussi bien, si le titre de « bon médecin de famille à l'ancienne mode . . . attentif, zélé, consolant et réconfortant pour ses malades »

suffit déjà à mériter à notre prédécesseur une place d'honneur dans l'histoire de la médecine canadienne-française, le rôle courageux et ingrat qu'il joua dans notre enseignement universitaire, à une heure difficile de l'existence de la Faculté de Médecine, doit lui assurer un rang honorable dans la galerie des anciens professeurs.

On connaît par ailleurs sa vie si méritante et pleine de beaux traits: l'affection touchante qu'il conservait à ses anciens maîtres du collège Sainte-Marie; son assiduité aux réunions de l'Association des anciens élèves de cette institution dont il fut un jour le président; son attachement à ses professeurs de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal (ancienne Ecole Victoria); le dévouement qu'il apportait à faire son service à l'Hôtel-Dieu quand, de 1890 à 1922, son tour de rôle l'y appelait; la part qu'il prit aux oeuvres sociales et de charité de sa paroisse natale; enfin, le magnifique exemple de générosité qu'il donna en offrant, à l'âge de cinquante ans, ses services à l'Hôpital militaire Laval et en partant pour la guerre, en 1916.

Le docteur Rivet était en outre un esprit cultivé. Ceux qui l'ont connu dans l'intimité aiment à rappeler l'homme de beaucoup de lecture qu'il était. L'Histoire naturelle l'intéressait au plus haut point et, l'Histoire tout court le passionnait. Et, comme il ne lisait pas pour le simple plaisir de passer le temps, la partie de ses cours qui lui permettait de faire preuve de son érudition historique n'était pas la moins intéressante.

A l'universitaire et au médecin de l'Hôtel-Dieu, il convenait qu'un universitaire-médecin de l'Hôtel-Dieu rendit un dernier hommage. Nous le faisons sans arrière-pensée. Puisse l'abnégation dont il fit preuve et qui est la grande leçon de sa vie, trouver toujours de nombreux imitateurs dans la profession médicale dont il fut un des membres distingués, et dans la famille universitaire à laquelle, pendant plus de trente ans il consacra les moments de loisir que lui laissait sa clientèle.

Les médecins de l'Hôtel-Dieu offrent à Madame Rivet et à sa famille l'expression de leurs sincères condoléances.

Georges BARIL.

Belladenal "Sandoz"

Le sédatif nervin des cas résistants, douleur morale, phénomènes convulsifs et spasmodiques. Il remplace les bromures, les barbituriques et l'opium.

Pour échantillons s'adresser à

THE WINGATE CHEMICAL COMPANY Ltd.

378 OUEST, RUE SAINT-PAUL

MONTRÉAL



LE JOURNAL DE L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL

*remercie ses annonceurs et prie les lecteurs
de leur accorder un bienveillant
patronage.*

* Tél. MARquette 6262

SARRAZIN & CHOQUETTE

PHARMACIENS

La plus grande pharmacie au Canada

..:)] *Nous envoyons chercher* [C:..
les ordonnances à domicile

ARTHUR SARRAZIN
Bachelier de l'Université de
Montréal, boursier en matière
médicale et chimie
1919, 1920

LUC CHOQUETTE
Docteur de l'Université de
Paris, bachelier de l'Uni-
versité de Montréal

921 rue Ste-Catherine, Est - - Montréal

SERVICE DE VOITURES AMBULANCES à la VILLE et à la CAMPAGNE, JOUR et NUIT

Spécialistes dans le transport des malades et des blessés

GEO. VANDELAC LIMITÉE

Fondé en 1890

G. VANDELAC, jr.

ALEX. GOUR

DIRECTEURS DE FUNÉRAILLES
SALONS MORTUAIRES

120 RUE RACHEL EST, - - MONTRÉAL

Tél.: BELair 1717

LAIT DE "SANTÉINE"
BEURRE

Préparé par une maison canadienne.
Le lait le plus riche en ferments lactiques.

INDIQUÉ spécialement
dans les cas d'entérite ou de stase intestinale.

J. Joubert
LIMITÉE



PIPÉRAZINE

MIDY

"ANTI-URIQUE TYPE."



LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY
New Birks Bldg. MONTREAL

2 à 4 cuillerées à café par jour.

J. EDDÉ, Limitée, Edifice New Birks, Montréal, agent général pour le Canada.

À LOUER

F. H. PHELAN

MARCHAND DE CHARBON

à la tonne ou au wagon

Anthracite Gallois — Anthracite Ecosais

ANTHRACITE SCRANTON

“Buckwheat” et petites variétés.

Charbon bitumineux de première qualité.

HUILE À CHAUFFAGE

315, RUE COLBORNE, - - MONTRÉAL

Téléphone : MArquette 1270 et 1279

GARAGE LEONARD

LIMITÉE

5430 BOULEVARD ST-LAURENT

MONTRÉAL



Maintenant Vendeur autorisé des voitures

" CHRYSLER " et " PLYMOUTH "

Modèles variés

SERVICE SPÉCIAL DE RÉPARATIONS

TOUS LES MÉDECINS SONT LES BIENVENUS

FINANCE

ASSURANCES

Nouvelle raison sociale

Guardian Finance & Investments

COMPANY

Agents financiers

266 RUE ST-JACQUES OUEST MONTRÉAL

Tél. MARquette 2587

GASTON RIVET, Gérant.

*Renseignez-vous auprès de vos confrères et demandez nos conditions.
Près de 300 médecins sont nos clients satisfaits.*

TABLE DES ANNONCEURS

	Page		Page
Abbott Laboratories	XII	Léonard Limitée (Garage) ..	XXIII
Anglo-French Drug Cie	VIII	Merck & Co. .. III, XIII et couverture	
Antiphlogistine (Denver)	V	Millet, Roux & Lafon ..	VIII, XIV
Association Jeanne Mance	VII	Nadeau (Laboratoire)	I
Banque Provinciale du Canada		Oxygène du Canada (Compagnie) V	
(la)	IX	Phelan, F. H.	XXII
Canada Drug Co.	VI	Pizzagalli Terrazzo Tile	IX
Carrière & Sénécal	IV	Pyridium (Merck)	Couverture 4
Casgrain & Charbonneau	XV	Rougier Frères	XVII
Ciba (Compagnie)	II	Sarrazin & Choquette (Phar-	
Duckett, J. A.	VI	macie)	XX
J. Eddé (limitée) VII, XVIII, XXI		Thérien Frères Limitée	XXIV
G. Gravet	III, IV	The Wingate Chemical Com-	
Guardian Finance Co.	XXIII	pany Ltd.	XIX
Herdt & Charton	XVI	Trouette-Perret (Laboratoires) ..	IV
Ilford X-Ray Films	XI	Vandelac, Geo.	XX
J. J. Joubert	XXI	Victor X-Ray	X, XI
Lederle Laboratories	XVIII	Yogourt (J. Delisle)	II

ENCOURAGEZ NOS IMPRIMEURS !

Thérien Frères ^{LIMITÉE}

Imprimeurs
Lithographes
Graveurs
Éditeurs
Relieurs

Tél.: HARbour *5288

334, RUE NOTRE-DAME EST,

MONTRÉAL

II
I
V
I
X
I
II
X
IV
IX
IV
X
XI
II

LE PYRIDIUM

administré par voie
buccale, soulage
les cas de
cystite



Donnez le PYRIDIUM par la bouche et vous verrez presque toujours les urines troubles s'éclaircir dans les cas d'infection des voies urinaires. On obtient généralement ainsi un soulagement rapide de tous les symptômes alarmants qui accompagnent si souvent la cystite, la pyélite et l'urétrite.

MERCK & CO. LIMITED

Fabricants-Chimistes

MONTRÉAL, QUÉ.
