

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872

Vol. LVI

FEVRIER 1927

No 2

REMARQUES SUR QUELQUES CAS D'APPENDICITE CHRONIQUE (1)

*Par le Docteur ROMEO BOUCHER,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.*

Docteur en Médecine de l'Université de Paris.

Aborder l'étude de l'appendicite chronique, après la vogue renouvelée qu'elle a connue vers la fin de l'année 1924, c'est s'exposer à des redites qui perdent d'autant plus leur intérêt qu'elles ont été souvent faites. Et l'énorme quantité de littérature médicale au sujet de cette forme de maladie peut remplir plusieurs volumes. Mais il reste de ces lectures une impression plus ou moins confuse, pouvant orienter difficilement un praticien vers un diagnostic précis. Doit-on ou ne doit-on pas faire opérer ses malades ? Quelle est la symptomatologie exacte de l'appendicite chronique ? Autant de questions à plusieurs réponses.

Il n'est *pas toujours facile* de faire le diagnostic d'appendicite chronique. Si dans certains cas, il se pose de lui-même à cause de crises aiguës antérieures, il en existe d'autres où la phase aiguë a pu passer inaperçue, soit parce que les anamnèses sont difficiles à retracer, soit parce que l'appendicite *n'a pas eu son caractère franc habituel*, qu'elle s'est bornée à un vague syndrome qu'on a qualifié alors d'infection intestinale, d'entéro-colite ou de toute autre étiquette. Quand l'inflammation de l'appendice est devenu chronique d'emblée ou petit à petit à la suite d'une série de manifestations intestinales bénignes auxquelles malades et médecins n'ont prêté nulle attention, le syndrome peut varier à l'infini et ne présenter nullement le tableau classique.

(1) Communication déposée au IXème Congrès de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord, au mois de septembre dernier.

Après l'étude attentive des observations que nous présentons, *nous sommes convaincus qu'on a donné à l'élément douloureux, provoqué ou non, une signification un peu trop pathognomonique.* Loin de nous la pensée de dénier à la douleur toute valeur clinique. Mais il ne faut pas à notre avis conclure à l'absence d'appendicite chronique parce qu'une palpation soignée de l'abdomen n'a révélé aucune douleur, ni aucune défense, phénomènes qui peuvent bien avoir disparu au moment de l'examen pour reparaitre plus tard. Combien de calculs biliaires n'ont-ils pas été mis en évidence à l'occasion d'une radiographie du tube digestif ou d'une intervention sans avoir jamais présenté de douleurs spontanées ou provoquées ?

A l'instar de ceux qui ont écrit sur ce sujet, nous accordons une *importance capitale à la douleur fixe*, provoquée au point de Mac-Burney, au refoulement des gaz du colon gauche dans le colon droit pour provoquer une douleur appendiculaire (signe de Rovsing), au pincement douloureux d'un appendice malade entre le psoas contracté et les doigts qui palpent, à la sensation de gonflement douloureux dans la fosse iliaque droite augmentée par la marche et par les règles. Mais nous sommes cependant convaincus que tous ces signes peuvent manquer et l'appendicite chronique exister quand même. Sans dire que ces signes n'ont jamais existé, nous prétendons que beaucoup de malades viennent nous consulter pour des troubles installés graduellement et depuis longtemps. La lésion est constituée, mais les phénomènes douloureux ont disparu pour faire place à des symptômes — la plupart du temps fonctionnels — sur lesquels nos observations (dont une auto-observation) veulent attirer l'attention.

Il en est de même des troubles digestifs. Ils n'existent pas toujours dans l'appendicite chronique, tout au moins d'une manière permanente. En toute sincérité, il faut cependant dire qu'alors leur présence, si elle ne s'affirme pas par une constipation opiniâtre, par des vomissements fréquents ou par des nausées continuelles, se signale toujours par des petits signes cliniques qui ne doivent pas échapper à l'attention parce qu'ils peuvent aider à éclairer un état pathologique. Nous n'avons pas la prétention de présenter des faits nouveaux. Des cliniciens éminents ont brossé de l'appendicite chronique des tableaux qui resteront. Nous voulons simplement grouper certains petits signes, leur donner une explication pathogénique, afin qu'ils ne passent pas aussi souvent inaperçus, surtout quand ils doivent être au premier plan dans certains diagnostics d'appendicite chronique.

Obs. I (résumée).—M. C., cultivateur, vient consulter pour un découragement profond causé par une incapacité physique de travailler. Il ne peut aller à l'église sans ressentir une sensation "de manquer d'air" qu'il ne peut s'expliquer. Sous l'influence d'une fatigue intense, comme il se voit, tous les jours, obligé d'abandonner son travail et qu'il est l'objet des moqueries de ses frères et amis, il en a conçu un vif ressentiment qui le porte à pleurer et semble aggraver son état. Il ne se plaint d'aucun malaise, ni d'aucune douleur. Les antécédents héréditaires ou personnels ne comportent qu'une coqueluche et une rougeole de la première enfance. Il se rappelle toutefois avoir eu vers l'âge de 15 ans des débâcles fréquentes de diarrhée, surtout à la suite de jeux violents. L'examen organique ne dénote qu'une arythmie respiratoire assez accentuée. Le palper abdominal fait plusieurs jours de suite et plusieurs fois dans la même journée ne dénote aucune zone douloureuse, ni aucune sensation de défense. L'examen du sang révèle une légère hyperleucocytose, sans mononucléose et sans éosinophilie. Opération: appendice gros, congestionné, contenant deux calculs. Adhérences multiples. Revu huit mois plus tard: a repris tout son entrain, ne ressent aucun trouble, parle d'acheter une terre et de se marier.

Obs. II (résumée).—Mlle T. C., garde-malade, apparemment en bonne santé, vient consulter pour des pertes de connaissance, le matin à jeun, à la chapelle ou à l'église. Ces pertes de connaissance sont pour elle une préoccupation constante. Elles s'annoncent par une sensation de manquer d'air et sont suivies de petites crises d'aérophagie et de transpiration. Examen organique: petit souffle systolique de la pointe, P.A. Mx:80, Mn:60 qui malgré les conseils d'usage n'atteint jamais plus de 100 comme maxima et 70 comme minima. A l'abdomen, un peu de défense musculaire à droite sans aucune espèce de douleur provoquée même par la contraction du psoas. Opération: appendice coudé, long, turgescence, rétro-coecal, avec une zone de sclérose vue au microscope sur tout le pourtour du col appendiculaire. Petit kyste ovarien gauche de la grosseur d'une noisette. Revue deux ans après, n'a perdu connaissance qu'une fois dans les mêmes circonstances, mais après quarante-huit heures de travail ardu.

Obs. III (résumée).—Mlle S. G., garde-malade, se plaint de fatigue à la marche et n'a aucun entrain pour accomplir sa tâche quotidienne. Naturellement gaie, se sent depuis quelque temps portée à la tristesse. A la sensation de manquer d'air dans un endroit où séjournent beaucoup de personnes (salle de garde, église, chapelle, cinéma, etc.). La palpation abdominale révèle une douleur légère mais constante au point de Mac Burney. A l'opération, on trouve du pus dans l'appendice et toute une paroi semble compromise. Revue 20 mois après, a engraisé de 20 livres et se sent très bien.

Obs. IV (résumée).—Mme A. S., 32 ans, vient consulter pour des troubles de l'estomac. La moindre contrariété provoque chez elle des

crises d'aérophagie. Mais ce dont elle se plaint surtout c'est de cette incapacité de rester dans une salle remplie de gens (concert, théâtre, cinéma). Il lui semble qu'elle va perdre connaissance; elle s'agite, ne peut tenir en place, manque d'air. Elle ne se remet qu'en quittant la salle et au prix d'une transpiration abondante et d'une petite crise de diarrhée. Musicienne accomplie et personne cultivée ne peut comprendre son état et devient d'un caractère de plus en plus difficile. A la phobie de conduire son auto depuis quelques mois. Pleure facilement, a toujours les extrémités froides. Examen organique: un peu de tremblement des mains sans exophtalmie; métabolisme basal + 12. Petit souffle systolique de la pointe sans propagation. Douleur sourde, spontanée, intermittente dans la fosse iliaque droite. **Rien à la palpation.** L'opération conseillée révèle un appendice rétro-coecal, long, en voie de sclérose presque complète et adhérent. Revue deux ans après, la malade a engraisé de 42 livres, assiste à tous les concerts sans ennui digestif ou autre, mais reste convaincue qu'elle a traversé une crise de neurasthénie aiguë.

Obs. V (résumée).—Mlle A. D., 26 ans, sténo-dactylo, vient consulter pour un état de nervosité qui l'empêche d'accomplir son travail quotidien. "Je me sens tellement nerveuse, dit-elle, qu'il me semble que je manque d'air et que je vais perdre connaissance; il faut qu'on ouvre les fenêtres pour que je puisse respirer." Les crises se terminent toujours par une petite débacle de diarrhée. Pas d'aérophagie. Examen organique: arythmie respiratoire, quelques petites extra-systoles très rares. Insuffisance respiratoire du côté droit. Point phrénique du sternocléido-mastoïdien douloureux (1). Appendicectomie: lésions tuberculeuses nettes de l'appendice. Revue six mois après, la malade a repris du poids et déclare n'avoir plus les ennuis accusés lors du premier examen. Cependant ayant repris son travail un mois après l'opération, elle a constaté que la sensation de manquer d'air a persisté pendant 8 à 10 semaines pour s'atténuer petit à petit.

Obs. VI (résumée).—J. P., prêtre, 30 ans, vient consulter pour une constipation plutôt psychique et une impossibilité absolue d'accomplir tout travail intellectuel. Somnolences invincibles entre 4 et 5 heures de l'après-midi. Phobie des salles remplies. Rien à noter au point de vue organique si ce n'est une pression artérielle très basse, 75/55, difficile à remonter. Aucune douleur à la palpation abdominale. Traité médicalement six mois sans aucune espèce d'amélioration notable. En deux ans, a maigri de 52 livres. L'appendicectomie démontre la présence de petites adhérences et de deux petits calculs dans l'appendice. Suivi depuis plus de six mois, le malade voit soit état s'améliorer graduellement jusqu'au point de pouvoir faire trois heures d'enseignement par jour. A repris vingt et une livres.

(1) Nous n'avons pas cherché systématiquement ce point phrénique chez tous nos malades et quand cette observation a été prise nous ne connaissions pas toute la portée de ce signe mis en valeur dans la communication récente de M. Ilescu, à l'Académie de Médecine.

Obs. VII (résumée).—G. H., prêtre, 33 ans, vient consulter parce qu'il a la phobie de dire sa messe et surtout d'officier à la grand'messe. Il a la sensation de manquer d'air et croit, s'il ne sort pas, qu'il va perdre connaissance. N'a jamais perdu connaissance cependant. Ces malaises procèdent par petites crises et quand le malade a cédé à l'impulsion de sortir de l'endroit où se trouve la foule et qu'il peut selon son expression "respirer à son aise" des sueurs ruissellent sur son front, son dos, dans ses mains et aux aisselles. N'a jamais fait de diarrhée ou d'aérophagie consécutive. L'examen organique du malade ne révèle rien d'autre qu'une souplesse un peu moindre de la fosse iliaque droite sans aucune espèce de douleur. L'examen du sang démontre une hyperleucocytose assez marquée et de la mononucléose. A l'opération on trouve un abcès appendiculaire enkysté au milieu de multiples adhérences. Revu après l'opération, le malade a déjà repris huit livres et peut officier à sa guise n'importe quel office religieux.

Obs. VIII (résumée).—H. C., garagiste, 38 ans, vient consulter pour des somnolences invincibles entre quatre et cinq heures du soir, accompagnées de fatigue intense. A la phobie de l'obscurité et du cinéma. Au théâtre se place toujours au bord d'une allée. Il lui semble qu'il respire mieux et qu'il pourra sortir plus facilement s'il étouffe trop. N'a jamais eu de douleurs abdominales ni aucun trouble digestif. A l'examen, souffle d'insuffisance mitrale bien tolérée. Point phrénique douloureux (1). Douleur nette à la palpation dans la fosse iliaque droite au moment de l'examen. Cette douleur n'a jamais pu être retrouvée. Conseillons opération que le malade remet à huitaine. Part en voyage au cours duquel une perforation appendiculaire et une péritonite consécutive l'obligent à se faire opérer d'urgence sur place (New-York). Nous n'avons pas eu l'occasion de revoir le malade, mais nous savons qu'il a repris son travail.

Obs. IX (résumé).—P. H., mécanicien, 26 ans, se plaint surtout de malaises indéfinissables qu'il met sur le compte de l'anémie. P. H. est pourtant rougeaud et semble bien portant. Il accuse cependant des sensations de manque d'air, des ralentissements de la respiration, des palpitations, crises qui se reproduisent dans les endroits où il y a foule et surtout dans les tramways. Elles se terminent par de la transpiration et quelques gaz intestinaux. Aucun antécédent pathologique. Rien d'organique à l'examen. Pas de troubles digestifs, ni de douleur à la palpation. La suppression des hydrates de carbone dont le malade fait principalement son alimentation ne donne aucun autre résultat que de faire maigrir. L'examen du sang conseillé indique une hyperleucocytose et de la mononucléose. Appendicectomie : sclérose. Les troubles disparaissent rapidement. Revu pour une grippe banale dix-sept mois après l'opération, nous dit sa joie de ne plus avoir ses petits ennuis.

Obs. X (résumée).—M. L., avocat, 32 ans, a la phobie de l'obscurité. Ne peut aller au cinéma, ni se coucher sans lumière. Sensation de

(1) Même remarque que précédemment.

manquer d'air, de perdre connaissance, surtout marquée après une journée de travail ardent. Point phrénique droit douloureux. Rien à la palpation. Aucun trouble digestif. Rien d'organique à l'examen. Nous parvenons à le convaincre de se faire opérer. Appendicectomie: appendice boudiné, coudé à deux endroits et turgescents. Guérison totale se maintenant depuis six mois.

Obs. XI (résumée).—G. S., comptable, 25 ans, a des envies de dormir incontrôlables entre 5 heures et 6 heures du soir qui lui enlèvent tout courage et toute énergie. Cinq à dix minutes de sommeil le remettent immédiatement, sinon il ressent une immense lassitude qui ne disparaît que tard dans la soirée. Hypotension et hypothermie habituelles oscillant entre 100/70 et 105/72, 97.4 et 98°, pour descendre au moment des crises jusqu'à 90/60 et 96°. Ne peut aller en tramway, ni être en auto sans être poussé au sommeil. N'a aucune lésion organique appréciable à l'examen. Aucune douleur à la palpation abdominale, aucun trouble digestif, ne va jamais au cinéma, ni au théâtre parce qu'il y a la sensation de manquer d'air. Examen du sang: hyperleucocytose légère sans mononucléose. Opération: sclérose de la portion terminale de l'appendice. Deux petits calculs dans la lumière de l'appendice sont séparés par du pus. Guérison radicale.

Obs. XII (résumée).—P. R., 30 ans, a des sensations de vertige dans les foules et de manquer d'air. Impossibilité d'aller en auto sans avoir envie de vomir. Aucune douleur spontanée ou provoquée de la fosse iliaque droite, selle quotidienne normale. Aucune lésion organique apparente. Aucun trouble digestif. Amaigrissement. Fatigues subites très intenses. Opération: appendice un peu long, sans lésions apparentes. Au microscope, lésions tuberculeuses. Nous n'avons pu revoir le malade.

Obs. XIII (résumée).—Mlle M. D., sténo-dactylo, a déjà eu plusieurs crises aiguës d'appendicite. Ressent des malaises qu'elle définit: "Je n'ai jamais assez d'air pour respirer." Douleur sourde après une marche dans la fosse iliaque droite. Constipation. Douleur provoquée par la contraction du psoas. Opération: appendice coudé, long, adhérent au retrocoecum. Amélioration pendant six mois. Engraisse de 18 livres. Elle se met alors à vomir fréquemment avec des douleurs stomacales très vives. N'a jamais accusé la sensation de manquer d'air. Diagnostic: péri-duodénite. Opération suivie d'une nouvelle amélioration, stable depuis vingt mois.

Obs. XIV (résumée).—P. S., mécanicien, 27 ans, a pendant qu'il travaille des somnolences invincibles qui lui font prendre en dégoût tout effort physique. Les crises se répètent toujours entre 4 et 5 heures de l'après-midi. Amaigrissement notable dû à des régimes excentriques et variés suivis sur les conseils d'un chacun. Pas de sensation de manquer d'air, ni de douleur provoquée de l'abdomen. Aucun trouble digestif si ce n'est quelques crises peu fréquentes de gaz intestinaux, le matin. Aucune lésion cardiaque ou pulmonaire. Hématologie: hyperleucocytose

marquée, mononucléose faible. Opération : calculs de l'appendice, coupures. Nous n'avons pas revu le malade.

Obs. XV (résumée).—B. G., religieux, 36 ans, vient consulter pour un dégoût invincible de son travail habituel, survenu brusquement à la suite d'une "grippe" et d'une bonne purgation qui l'a laissé affaibli outre mesure. Il se sent tellement "anémié" qu'il demande un congé. Même la surveillance des élèves à l'étude et à la chapelle lui deviennent impossibles; sensations de faiblesse, de manquer d'air et de perdre connaissance, transpirations diffuses, petites crises de diarrhée et d'aérophagie. Examen organique : insuffisance mitrale, dermatographisme, tremblement des mains, toujours moites et froides. Rien à la palpation de l'abdomen. Soumis à des régimes alimentaires divers et à des toniques puissants n'en ressent aucun bénéfice et perd six livres en un mois. Opération : abcès appendiculaire enkysté. Guérison se maintenant depuis trente mois. A engraisé de seize livres.

Obs. XVI (auto-observation résumée).—Se plaignait déjà au collège de ne pouvoir séjourner dans les salles d'étude, de récréation, à la chapelle. Sensation de **manquer d'air**, de perdre connaissance, transpirations diffuses. Ces troubles étaient surtout marqués après une journée de congé. A la phobie de l'obscurité et n'assiste une fois médecin qu'au prix de grands efforts aux examens radioscopiques. Somnolences invincibles entre quatre et cinq heures du soir. L'humidité et le froid aux pieds provoque incontestablement une débâcle de gaz. Impossibilité d'aller à l'église, au théâtre ou dans le métro. Véritable phobie du tramway. N'a jamais eu de troubles de l'appétit, ni de constipation, ni de diarrhée, notables. Pression artérielle toujours très basse, hypothermie constante. N'a jamais pesé plus de 110 livres. Opération conseillée et pratiquée par le Dr Baumgartner (Paris) révèle un appendice long, congestionné et turgescents, sans adhérences. Guérison radicale depuis sept ans.

Ces observations nous démontrent aisément que dans l'appendicite chronique, il peut y avoir des troubles digestifs sans douleur, provoquée ou non, et de la douleur sans troubles digestifs, que ces deux éléments peuvent même manquer tout à fait. Troubles digestifs sont alors remplacés par un syndrome fonctionnel sur lequel nous avons voulu attirer l'attention pouvant être la seule traduction d'un appendice malade ou se surajoutant aux troubles digestifs et à la douleur. Les symptômes accusés par les malades peuvent sembler ne pas être reliés entre eux, mais en étudiant de près le mécanisme de leur production, on s'aperçoit bientôt qu'ils ne sont pas aussi dégagés les uns des autres et qu'une seule et même cause peut les provoquer.

Ce qui frappe d'abord dans ces observations, c'est la fréquence du symptôme respiratoire. "Je manque d'air", "je ne peux pas respirer", "il me semble que je vais manquer d'air", sont des phrases qui reviennent souvent, quand le malade s'est mis en confiance. Il ne confie pas tout de suite des malaises de ce genre, surtout quand ils existent à l'état isolé. Les mettant toujours lui-même sur le compte d'une trop grande sensibilité du système nerveux, il a peur de passer pour imaginaire, pour un névrosé. Peut-être même le lui a-t-on dit déjà, ce qui n'a pas peu contribué à le rendre inquiet.

Cette sensation de manquer d'air se renouvelle le plus fréquemment dans des salles remplies d'air confiné: chapelle, église, théâtre, cinéma, etc., et constitue souvent pour le malade une véritable phobie. Y est-il entré depuis une dizaine de minutes que la crise commence. Vaguement inquiet, le malade aspire à grands traits un air qui ne paraît pas suffisant à ses besoins. Il lui semble qu'il va tomber en défaillance; il s'agite, devient nerveux, anxieux, pendant que son cœur lui donne de grands coups dans la poitrine. Toute sa pensée est concentrée sur l'idée de ne pas perdre connaissance. Ses yeux se ferment pour ne pas voir tourbillonner les objets autour de lui. Enfin n'y tenant plus, il se lève et sort, pâle, titubant, extrêmement fatigué. Le changement d'air produit aussitôt un effet remarquable. Les couleurs reviennent, les palpitations cessent, toute sensation de manquer d'air disparaît et la crise se termine par une transpiration assez abondante suivie parfois de diarrhée ou d'un eu d'aérophagie.

Les circonstances qui accompagnent cette crise varient souvent.

Le séjour à l'obscurité (2 cas) ou la marche un peu prolongée (1 cas) peuvent la déclencher. Mais la crise elle-même reste toujours la même dans ses grandes lignes, accompagnée ou non de *petits signes satellites* de première importance dans le diagnostic, au deuxième plan dans les ennuis du malade: somnolence invincible à heure fixe (vers quatre ou cinq heures de l'après-midi principalement), fatigue profonde, se réparant par quelques minutes de sommeil et dont la durée ne paraît pas proportionnée au bien-être qu'il procure.

Comme nous l'avons déjà dit, le palper abdominal soigné peut ne donner aucun renseignement. Le malade se rappelle bien avoir eu quelques douleurs spontanées, violentes parfois, mais c'est exceptionnel. Les troubles digestifs sont aussi la plupart du temps à l'arrière-plan, et la crise se termine souvent sans diarrhée, ni aérophagie. Seule, la transpiration existe toujours, plus ou moins marquée. Plusieurs des cas que nous avons observés avaient un

fonctionnement normal de tout le tractus digestif. Nous n'avons jamais trouvé d'entéro-colite muco-membraneuse chez ces malades et ceux que nous avons pu revoir après leur opération se plaisent à répéter que tous leurs ennuis ont disparu.

Comment expliquer pathogéniquement ces symptômes ? Disons tout de suite que ce sont des troubles d'irritation par innervation colique, où le vague joue un rôle primordial. Qu'une excitation permanente existe, sur son trajet naissent des troubles divers que nous étudierons plus loin. Le chemin anatomo-physiologique parcouru part du point d'irritation pour passer par le *ganglion mésentérique supérieur*, puis par le *semi-lunaire droit* pour gagner de là le cœur et les poumons. C'est cette route qui nous permettra de comprendre les signes particuliers s'ajoutant à des symptômes généraux d'excitation du vague tels que les transpirations par exemple. Elle démontre amplement le rôle prépondérant du vague dans l'innervation de l'angle colique droit, du colon ascendant et surtout du cœcum. Force nous est donc de compter sur ce que son excitation par quelque épine irritative produira. La voie anatomique est libre et répond bien aux données que nous avons des réflexes viscéromoteur et sensitif. Mais pouvons-nous expérimentalement expliquer les phénomènes cliniques que nos malades présentent ?

En les interrogeant plus soigneusement et en faisant un examen personnel sur cette sensation si souvent accusée "de manquer d'air", nous en sommes venus à la conclusion qu'elle était due surtout à *une légère constriction thoracique*. Le malade, inquiet par ce phénomène nouveau, tombe en arrêt devant lui, la respiration se ralentit, le cœur se met à battre avec violence. Si cet état se propage quelque peu, des vertiges, des défaillances, des lipothymies surviennent pouvant aller jusqu'à la syncope.

Laubry et Vadon, au sujet de l'angine de poitrine, viennent d'étudier toutes les sensations propres, réfléchies et réflexes du thorax et de ses organes et expliquent par la constriction la sensation d'anxiété et d'angoisse, dont, à notre avis, la sensation d'étouffement ou, plus exactement, de manquer d'air n'est qu'une modalité un peu moins accusée. Comme le disent si bien ces auteurs, c'est "*une exaltation des rapports naturels des viscères et de leur solidarité qui fait que l'un peu réagit sur l'autre et réciproquement*".

D'ailleurs, d'autres faits peuvent venir à l'appui de ce que nous avançons. Sans insister beaucoup sur l'*excitation expérimentale du pneumogastrique* produisant un arrêt momentané du cœur ou tout

au moins un ralentissement — expérience courante de laboratoire — laquelle n'expliquerait pas l'excitation à distance, disons cependant qu'une excitation sensitive brusque peut provoquer une petite crise algide assez rapprochée du syndrome que nous avons tenté de décrire (Delaunay). "Le sujet pâlit, a des sueurs froides et se rétablit rapidement sans perdre connaissance. Dans certains cas il présente un état syncopal, le pouls est ralenti, la pression abaissée." Tous ces petits signes n'indiquent-ils pas que l'excitation a porté sur le vague ? On pourrait objecter que la douleur a été, dans cette expérience, le point de départ des phénomènes et que nos malades ne ressentent jamais, pour la plupart, de crise douloureuse. N'oublions pas toutefois les travaux importants de François Franck sur le spasme réflexe des vaisseaux pulmonaires sous l'action d'excitations viscérales d'origine abdominale par simple "irritation des nerfs de la sensibilité générale".

Fait intéressant, et nous l'avons souvent constaté chez nos malades, la pression artérielle est toujours basse. L'observation II est très caractéristique à ce sujet. Avant l'intervention, pression très basse, remontant difficilement même sous l'action des hypertenseurs les plus puissants; elle remonte d'elle-même après l'intervention. Cette faiblesse de la pression artérielle est sous le contrôle direct et dépressive de l'excitation organique des territoires du vague, physiologiquement facile à mettre en évidence. En effet la malaxation de l'intestin d'une grenouille, produisant une chute de la pression artérielle, indépendante du ralentissement cardiaque qui l'accompagne (Delaunay) situe bien dans notre syndrome clinique le symptôme d'hypotension artérielle qui "peut avoir pour cause première une irritation des organes à innervation vago-sympathique".

Il devient plus difficile d'expliquer pourquoi la sensation de manquer d'air se produit toujours dans les mêmes circonstances, c'est-à-dire dans une salle contenant une foule. Action directe de l'air confiné sur les alvéoles pulmonaires ? L'air confiné peut-il augmenter à distance l'irritation de l'épine déjà existante ? Simple trouble nerveux qui ferait qu'ayant occasionnellement déjà ressenti ces troubles le malade en aurait toujours la phobie ? Mais comment expliquer alors la fatigue, la diarrhée et la transpiration consécutive ? Le problème se pose.

Quant aux autres symptômes accompagnant le petit tableau que je viens de décrire, ils proviennent sans discussion des troubles du vague. Transpiration diffuse, petites crises de diarrhée, somnolence

invincible, fatigues subites sont des choses connues et classées depuis longtemps déjà, sur lesquelles nous passons rapidement non sans ajouter qu'elles viennent renforcer notre conviction.

En résumé, les observations que nous présentons ont trait à des malades à pression basse, ayant une somnolence invincible vers quatre ou cinq heures de l'après-midi, précédée ou suivie d'une fatigue intense, et qui viennent surtout consulter — symptôme capital — pour une sensation de manquer d'air, d'étouffement, chaque fois qu'ils se trouvent dans une foule: cinéma, église, etc. A ce moment, ils deviennent anxieux, pâles, leur cœur bat fortement; ils peuvent même perdre connaissance. L'air extérieur les ranime immédiatement et la crise, même sans perte de connaissance, est suivie de transpiration, de diarrhée ou d'aérophagie. A l'examen, ces malades ne présentent aucune lésion organique pouvant expliquer ces phénomènes. Règle générale, ces malades ne présentent de douleurs abdominales, spontanées ou provoquées, que de façon intermittente et peu prononcée et les troubles digestifs peuvent manquer absolument. Les 16 cas que nous présentons — dont une auto-observation — ont révélé à l'intervention des lésions certaines d'appendicite chronique.

SUR UN CAS DE COMPRESSION CHRONIQUE DU DUODENUM PAR LE PEDICULE MESENTERIQUE

LA DUODENO-JEJUNOSTOMIE (1)

Par les

*Docteur ALEXANDRE ACHPISE,
De la Faculté de Médecine de Paris,
Licencié du Conseil Médical du Canada,*

Licencié du Conseil Médical Général de l'Empire Britannique.

et

*Docteur ALBERT COMTOIS,
Radiologiste de l'Hôpital Sainte-Justine.*

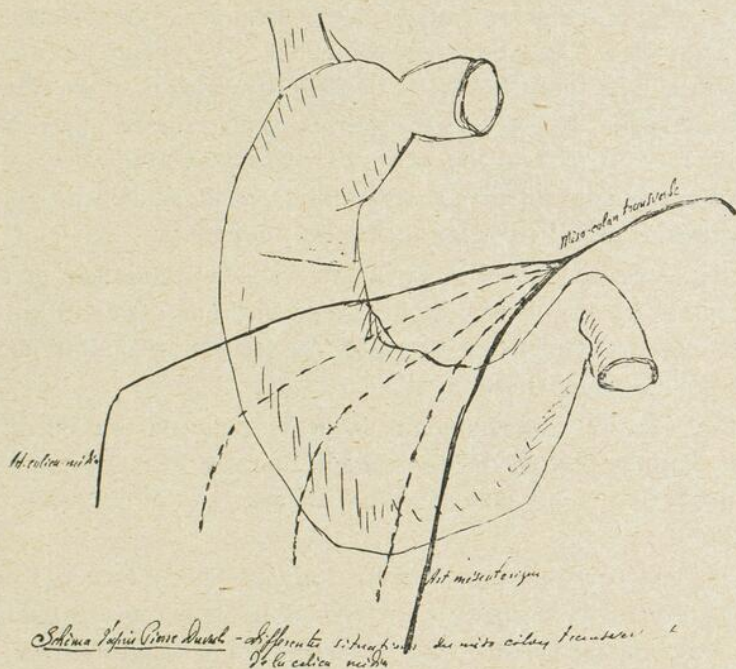
La compression chronique du duodénum par la corde mésentérique est relativement une page récente de la pathologie chirurgicale. Les premiers travaux ont été faits sur la compression du duodénum et sur le syndrome de la dilatation aiguë de l'estomac qu'elle occasionne. Il y a quatre ans déjà, l'un de nous a publié un cas de dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac dont la genèse s'expliquait aisément par la compression aiguë du duodénum. Les travaux sur la compression chronique du duodénum, commencés par la thèse de doctorat de la Faculté de Paris, de L. A. Petit, en l'année 1900, ont été de plus en plus nombreux.

En France, ce sont les observations de Delagénière (1910), de Bérard (1914), les travaux d'Ombredanne, de Grégoire, de Leveuf, le cas opératoire de notre maître le professeur Delbet, présenté en 1920 à la Société de Chirurgie.

En Amérique, Byron Robinson en 1900, Finley, en 1906, signalent la sténose duodénale incomplète d'originale mésentérique, mais il faut surtout signaler le travail très important de Bloodgood (1912) puis les publications de Kellog (1924), ainsi que les nombreux travaux parus dans les Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition et la Société Nationale de Chirurgie. La monographie importante de Pierre Duval, Jean Charles Roux et Beclère publiée en 1924, fait la synthèse des travaux parus antérieurement et présente la question sous son aspect actuel.

(1) Travail présenté au IXe Congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, Montréal, 22 septembre 1926.

Les traces du passage de la mésentérique sur la troisième partie du duodénum, existent normalement. En 1889, Glénard attribuait même à une certaine stagnation des aliments à ce niveau, un mélange du liquide pancréatique avec la bile. Pierre Duval, sur 65 cadavres examinés à ce propos, a constaté douze fois un aplatissement et deux fois un sillon sur la troisième partie du duodénum. Il semble établi actuellement que deux artères peuvent produire cette compression duodénale: *l'artère mésentérique supérieure*, et sa branche, *l'artère colica média*. La compression par l'une ou l'autre de ces artères produit un type clinique différent.



Différentes situations du mésocolon transversale et de la colica média
(Schéma d'après Pierre Duval)

Dans la compression par l'artère mésentérique, on constate une grosse dilatation du duodénum au-dessus de l'obstacle, un duodénum qui dépasse largement le bord droit du grand épiploon. Immédiatement au-dessous de la corde mésentérique, le duodénum est normal et l'opérateur en soulevant cette corde peut constater le passage libre des aliments.

Dans la compression par la colica média, la dilatation duodénale est moins prononcée et ce sont les lésions qui semblent secondaires, mais qui sont, comme nous le verrons plus tard, pathogéniques, qui

attirent l'attention. Il s'agit d'une ptose partielle et totale de la partie droite du colon. En plus, dans la première comme dans la seconde forme, la compression peut s'accompagner de périoduodénite sus ou sous-mésococonique. L'estomac, normal dans la grande majorité des cas, peut être dilaté (observation de Grégoire, Salomon, Robinson).

*

* *

Quatre théories ont été proposées pour expliquer la compression vasculaire de la troisième partie du duodénum. Bloodgood admet que la brièveté du mésentère provoque un tiraillement constant sur le duodénum par toute la masse de l'intestin grêle. Elle aboutit à la forme clinique de compression par l'artère mésentérique. Kellog croit que la trop grande longueur du mésocolon transverse, provoquant sa chute dans la cavité abdominale, peut également produire la compression de la troisième partie du duodénum.

Codman est le défenseur de la théorie évolutionniste, et admet que la station bipède, au lieu de la station normale, — quadrupède — provoque un tiraillement de la masse du grêle et secondairement, la compression du duodénum.

Enfin, Alglave considère que la ptose rénale droite entraîne la chute de l'angle colique droite, laquelle conduit à la traction de la colica média sur la mésentérique même, et à la compression duodénale.

Dans leur monographie, Pierre Duval, Jean Charles Roux et Beclère, arrivent à synthétiser ces différentes théories et admettent qu'à la base du mécanisme, il y a toujours une malformation congénitale. Il semble logique d'admettre que la ptose rénale est contemporaine à la ptose colique, les deux faits relevant également d'une même malformation congénitale. Cette malformation aboutit évidemment à la compression par la colica média. Les faits opératoires semblent très affirmatifs et la colopexie réalise en même temps, et le maintien de l'angle colique droit et la disparition de la compression duodénale par la colica média.

Quant à la compression duodénale par la mésentérique supérieure, le fait expérimental du soulèvement de la corde au cours de l'acte opératoire et la constatation du passage libre des aliments, plaident souverainement en faveur de la brièveté congénitale du

mésentère et de la compression du duodénum, par tiraillements de la masse de l'intestin grêle.

En résumé, il nous semble logique d'admettre avec Pierre Duval, Jean Charles Roux et Beclère, que deux formes anatomiques et pathogéniques, les deux également congénitales, s'observent dans la compression vasculaire de la troisième portion du duodénum — *la compression par la colica média, conséquence de ptose colique droite* — *la compression par la mésentérique, conséquence de la ptose massive du grêle, secondaire à la brièveté du mésentère.*

*

* *

La Symptomatologie de la compression vasculaire de la troisième partie du duodénum peut être schématisée en deux formes cliniques, qui se superposent aux deux types anatomiques et pathogéniques que nous avons envisagés antérieurement. À notre point de vue, cette synthèse de la question fort complexe est l'aboutissement logique aux deux formes cliniques: duodéno-gastrite et colique. En expliquant le syndrome de la compression chronique du duodénum, elle indique la base scientifique indéniable de la question et la formation de l'entité morbide définie.

Le symptôme capital de l'affection est le vomissement électif de bile d'une extrême abondance. Les vomissements peuvent être alimentaires, surchargés de bile. Ces vomissements correspondent à deux types cliniques différents. Dans le premier cas, ils sont abondants, se font sans effort et peuvent atteindre deux litres et plus. Dans le second cas, ils surviennent après une crise de douleurs paroxystiques mais sont peu abondants. Comme nous l'avons dit, la compression duodénale aboutit à une dilatation du duodénum, en amont de l'obstacle. Si cette dilatation est localisée seulement au duodénum, ce sont les crises de contraction paroxystique qui forcent le pylore et provoquent les vomissements. Si le mécanisme de la dilatation va plus loin, il force le pylore et produit une dilatation stomacale. Ainsi dans un cas de Staveley, le pylore béant pouvait laisser passer plusieurs doigts. Le vomissement dans ce cas est abondant non douloureux et se produit par débordement de la stase alimentaire ou biliaire, dans tout le tractus duodéno-stomacal. L'élément douleur, de siège variable et paroxystique, est presque constant. Il s'accompagne de pesanteur, de tension épigastrique. En même temps s'observe une voussure avec tympanisme, et une dis-

tension stomacale. Ombredanne a eu l'occasion d'observer une anse duodénale tellement distendue, qu'elle donnait à la main la sensation d'une tumeur.

Les malades atteints de cette affection ont le teint bistré ou sub-ictérique avec une peau flétrie et rugueuse, avec dans notre cas même, un état mental déficient ; ce sont ordinairement de grands intoxiqués. Plus fréquemment, ils peuvent présenter des crises diarrhéiques intermittentes, différenciées par Pierre Duval et Jean Charles Roux sous la dénomination de "diarrhée duodénale". Certains procédés cliniques ont été préconisés pour faciliter le diagnostic. Hayes attache une grande importance à la pression paradoxale qui consiste à appuyer avec les deux mains au-dessus de l'ombilic et à refouler le contenu abdominal en haut et à gauche. On soulève ainsi la masse de l'intestin grêle, on soulage la compression duodénale et on observe la disparition du tympanisme. Une importance plus grande dans le diagnostic clinique doit être attribuée à la position dite de "posture". Les malades remarquent eux-mêmes généralement que la position génu-pectorale ou sur le ventre soulage la crise douloureuse. Cette position réalise le même phénomène de décompression que la pression paradoxale de Hayes.

Réalisée et observée plusieurs fois par le malade, elle a une valeur clinique indiscutable.

Enfin Kellog, en Amérique, Grégoire, en France, ont constaté dans les cas sans vomissement, que le tubage de l'estomac contient de la bile en quantité plus grande que normalement. Bloodgood considère que cette constatation est un signe indéniable de compression chronique du duodénum.

Mais si cette symptomatologie à prédominance de troubles fonctionnels dans l'étage sus-mésocolique est nette dans la forme gastro-duodénale, dans la forme colique, ces signes sont très atténués. On observe de la voussure épigastrique, une ballonnement épigastrique dans les flancs ainsi que des signes d'incubation duodénale, mais c'est surtout la constipation colique droite avec stase stercorale qui domine le tableau clinique. A ces symptômes, se surajoutent des crises de douleurs paroxystiques, lesquelles s'accompagnent de vomissements. Fait important, ces crises douloureuses sont soulagées par une évacuation massive du contenu colique.

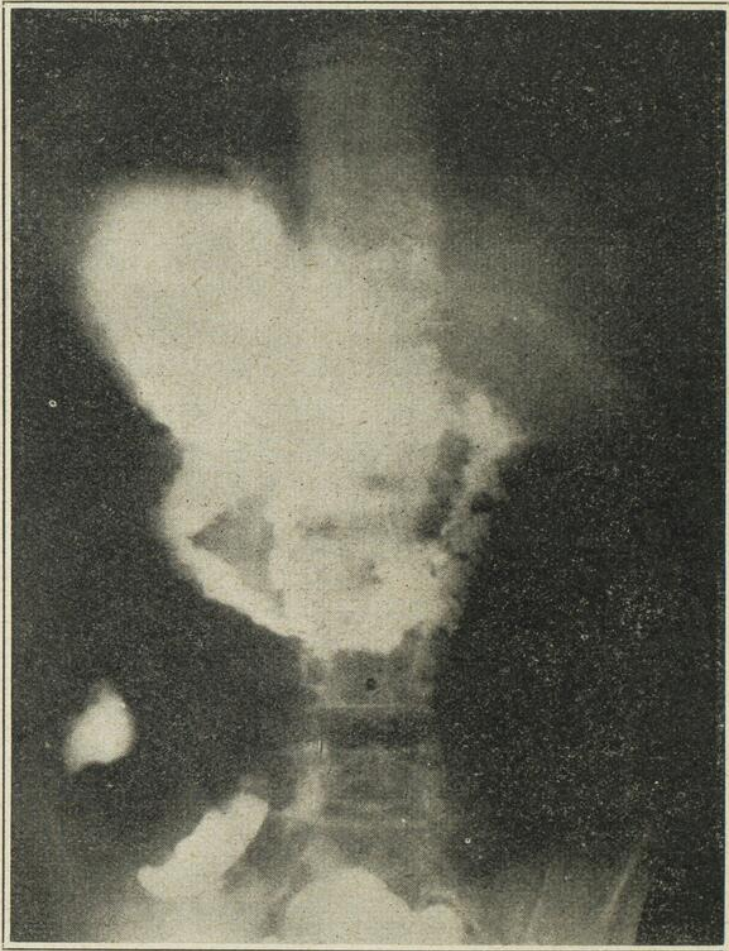
Le malade que nous avons observé et opéré présente, à notre avis, un cas type de cette forme colique de compression duodénale.

Monsieur Antonio B., âgé de 37 ans, boulanger, sans antécédent pathologique, nous consulte le 30 juin 1925 pour une affection que le malade lui-même fait remonter à l'âge de 13 ans. Le malade accusait des douleurs qui survenaient par crises, qui l'obligeaient à se coucher ou le faisaient tomber par terre. Le malade était dans l'impossibilité de se lever pendant quelques minutes, il constatait un ballonnement de la région épigastrique et arrivait généralement à soulager la crise douloureuse par des applications de sacs d'eau chaude sur la paroi abdominale. Vers l'âge de 17 ans, le malade fait une série de crises d'une très grande violence, qui l'obligent à s'aliter pendant une semaine. Pas de vomissements mais constipation opiniâtre. Vers l'âge de 21 ans, le malade, après une accalmie de quatre ans, voit réapparaître une constipation entrecoupée de poussée diarrhéique. Le malade "se vidait la nuit", d'après sa propre expression, et avait une extrême difficulté à faire son travail le lendemain. Vu la répétition des crises — une crise par semaine pendant six mois environ, — le malade cesse tout travail pendant deux ans et se soumet au régime lacto-végétarien. A l'âge de 25 ans, crise pendant le repas avec perte partielle de connaissance, ballonnement épigastrique, refroidissement des extrémités. Pas de vomissements, mais la purgation par la moutarde provoque une débâcle de matières fécales et un soulagement considérable dès l'apparition des premières selles. Vers l'âge de 32 ans, crise douloureuse épigastrique, ballonnement de cette région, mais surtout ballonnement des deux flancs et constipation. Enfin depuis deux ans aggravation considérable de l'état général, amaigrissement, teint sub-ictérique, asthénie, crises douloureuses d'une extrême violence dans l'épigastre avec irradiation vers l'hypochondre droit et vers la face postérieure de l'abdomen. Quelquefois, douleurs aiguës abdominales antérieures, puis abdominales postérieures. Persistance de la constipation sans crise diarrhéique, constipation qui s'aggravant graduellement précède et annonce l'éclosion des crises douloureuses paroxystiques.

A l'examen clinique, nous constatons un ballonnement et une voussure de la région épigastrique avec tympanisme. Dans le flanc droit, un colon dilaté et clapotant, pas de signes de Hayes, état général mauvais, teint sub-ictérique, peau rugueuse, sèche, langue saburrale, état psychique déficient.

L'examen radiologique du Docteur Albert Comtois a donné les résultats suivants :

Estomac de volume moyen, de forme hypertonique présentant au-dessous de la grosse tubérosité une pseudo-biloculation, due à la compression de la paroi postérieure par le colon transverse aéro-colique. Au bout de six heures après l'ingestion d'un repas carbohydrate et baryté, résidu dans la première poche biloculaire dont il



Avant l'opération — radiographie prise en position horizontale
7 minutes après l'ingestion du baryum.

a été question plus haut. Le bulbe duodénal est plutôt grand, régulier, la portion descendante est très élargie et très allongée. Il en est de même de la 3ème portion dont le calibre atteint celui d'un colon transverse normal.

L'angle duodénojejunal est haut situé et très aigu.

La bouillie barytée ingérée sous l'écran, s'évacue très vite de l'estomac, et remplit le duodénum dont la 3ème portion présente un péristaltisme intense ainsi que de l'antipéristaltisme. L'évacuation en est retardée temporairement, mais une série de contractions vives s'écoule vers l'angle jéjunale qui bien qu'aigu ne paraît pas présenter de rétrécissement.

Au bout de six heures, la majeure partie du repas est dans l'iléon, rien n'a encore pénétré dans le caecum. L'examen des 24 heures montre que le caecum est très mobile, large, l'angle hépatique ptosé, le colon transverse d'un calibre agrandi.

Après 96 heures on remarque la présence de baryum dans le transverse et la sigmoïde ainsi qu'un léger résidu au caecum.

Opération faite à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal, le 4 juillet 1925.

Opérateur: Dr Alexandre Achpise; Aides: Dr Rolland, Garde Rondeau; Anesthésiste: Dr Racicot.

Anesthésie générale au protoxyde d'azote. Incision médiane sus-ombilicale, hémostase de la paroi. La cavité abdominale ouverte, recherche du duodénum qui est long, très élargi et se continue sans ligne de démarcation avec l'estomac et est confondu pendant quelque temps avec ce dernier.

Repérage de la première anse jéjunale — l'incision du mésocolon transverse qui est très vascularisé et dont on est obligé de faire l'hémostase malgré le choix d'une zone avasculaire. Incision du bord droit du grand épiploon près de la face antérieure de la 2ème portion du duodénum. Passage de l'anse jéjunale repérée, anse longue et accolement de cette dernière à la partie gauche de la face antérieure de la 2ème portion du duodénum. Duodéno-jéjunostomie latéro-latérale sus-mésocolique, faite avec une aiguille de couturière et à la soie. Le duodénum est d'une fragilité dont nous n'avons jamais eu d'exemple dans les sutures intestinales.

La séro-séreuse antérieure tient dans le jéjunum, mais dans le duodénum elle déchire continuellement et nous sommes obligés de la reprendre cinq fois de suite.

Suture du bord antérieur de la fente mésocolique sur les deux bouts de l'anse jéjunale. Fermeture au surjet du péritoine et de l'aponévrose, fils de soie séparés sur la peau; enlèvement des premiers fils la cinquième journée, des autres fils la huitième. Guérison par première intention, sans hyperthermie ni vomissements. Le malade, choqué pendant 48 heures environ, sort guéri vers la 30ème journée.

L'examen attentif de cette observation nous montre qu'il s'agit de la forme colique de la compression chronique du duodénum, celle qui est explicable par la ptose colique et par le tiraillement de la colica média sur la mésentérique.

La thérapeutique médicale de la compression chronique du duodénum est simpliste et consiste dans le fait de mettre le malade dans la position dite de "posture", position génu pectorale ou ventrale.

Il est évident que cette thérapeutique est empirique et peut seulement soulager les crises sans les guérir.

Sept opérations différentes ont été proposées pour le traitement de la compression vasculaire du duodénum :

1) La section du duodénum et sa reconstitution en avant du pédicule mésentérique — opération qui n'a jamais été réalisée même par son auteur, Byron Robinson.

2) La gastro-entérostomie simple, qui est une opération palliative. La nouvelle bouche ne supprime naturellement pas le trajet normal alimentaire vers le duodénum et par conséquent la stase alimentaire. Elle a pourtant donné un cas de guérison entre les mains de De Martel (1922).

3) La gastro-entérostomie avec exclusion du pylore opératoire qui semble complètement illogique. Elle aboutit à la fermeture du duodénum au-dessus par l'exclusion, au-dessous, par la corde mésentérique. Il ne peut y résulter qu'une augmentation de la stase duodénale biliaire.

4) La colectomie droite — opération d'une certaine gravité et dont les bénéfices peuvent être réalisés par une opération beaucoup moins choquante. D'ailleurs elle ne peut viser que la forme colique de la compression duodénale.

5) Le néphropexie droite, proposée par Alglave, et à laquelle logiquement semble préférable la fixation directe du colon droit.

6) La colopexie droite — opération excellente, — surtout pratiquée en équerre d'après le procédé de Pierre Duval et Raymond Grégoire. Cette intervention est applicable seulement dans la forme colique de la compression duodénale quand le diagnostic est établi d'une façon indéniable. La colopexie droite dans la stase duodénale a été pratiquée trois fois par Pierre Duval avec dans tous ces cas un "succès plein et durable".

7) La duodéno-jéjunostomie semble être actuellement l'intervention de choix. Elle draine par la voie déclive, elle supprime

l'antépéristaltisme duodéal (P. Duval). Elle est d'une exécution relativement non compliquée. Seule la dilatation duodénale semble persister pendant quelques mois.

Cette intervention est surtout indiquée dans la forme gastro-duodénale de la compression; dans la forme colique, la colopexie en équerre doit être appliquée de préférence.

Mais la duodéno-jéjunostomie peut être pratiquée dans les deux formes cliniques.

Pierre Duval admet que dans la forme colique il serait préférable de la compléter par la colopexie. Cette dernière intervention nécessite une seconde incision et les malades presque toujours intoxiqués ne se prêtent pas à une prolongation de l'acte opératoire.

Dans notre cas, bien que nous ayons eu à faire à la forme colique, nous avons pratiqué la duodéno-jéjunostomie. La dilatation trop prononcée du duodénum dans notre forme colique nous a décidés à drainer de préférence dans le point déclive par la duodéno-jéjunostomie.

*

* *

Cette opération n'a encore été pratiquée qu'un très petit nombre de fois. Pierre Duval et Gatellier, dans leur mémoire publié dans les "Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition", arrivent au chiffre de 15 interventions.

Enfin les 5 opérations nouvelles dont parle Pierre Duval dans sa monographie sur le duodénum portent à 21 le nombre des duodéno-jéjunostomies. (Dans notre statistique n'entrent pas les cas publiés en Amérique.) Le petit nombre des observations nous permet, il nous semble, quelques réflexions à propos de notre cas opératoire.

Pierre Duval ne parle pas dans sa monographie de la position dans laquelle il opère ses malades. Il semble évident qu'ils sont dans la position horizontale. Nous croyons qu'il est préférable de placer le malade en légère position déclive, les pieds étant plus bas que la tête.

Ayant négligé cette position nous étions obligés vers le milieu de l'opération de l'adopter spontanément tant nous étions gênés par la masse de l'intestin grêle et du colon.

Après l'ouverture de la paroi, le chirurgien doit être prêt à constater l'inexistence des rapports anatomiques normaux. Le duodénum peut être pris facilement pour le colon même pour l'estomac.

Les points de repère d'après nous, sont le ligament duodéno hépatique et la fixité de la face postérieure du duodénum.

La duodéno jéjunostomie doit être fait à anse relativement longue et il y a lieu surtout de ne pas produire une compression de l'anse jéjunale par la brèche dans le mésocolon transverse ou dans le grand épiploon.

L'anastomose doit être faite le plus bas possible sur la 2ème portion du duodénum et dans la partie gauche de sa face antérieure. Il faut pour ainsi dire ne jamais oublier que la grande difficulté opératoire consiste dans l'accolement de la face postérieure du duo-



La duodéno-jéjunostomie sus-mésocolique - d'après Pierre Duval.

La duodéno-jéjunostomie sus-mésocolique
(d'après Pierre Duval)

dénum, d'où l'impossibilité de mettre des "clamps" et le manque possible d'étoffe pour la séro-séreuse antérieure.

Pierre Duval préconise la ponction du duodénum avant l'anastomose ou même l'ouverture simple au bistouri — le liquide bilieux n'étant pas septique et son écoulement limité par des compresses, n'a jamais donné d'état infectieux.

Dans notre cas nous avons ouvert franchement le duodénum au bistouri et au ciseau et nous n'avons pas constaté de réaction péritonéale post-opératoire.

L'Anastomose, il nous semble, doit être faite sur la partie gauche de la face antérieure du duodénum parce qu'on ne peut compter sur la séreuse seulement de la face antérieure et nous savons que dans toute suture intestinale, la sécurité opératoire dépend de la séro-séreuse.

Dans notre observation nous avons envisagé seulement la duodéno-jéjunostomie sus-mésocolique. La duodéno-jéjunostomie

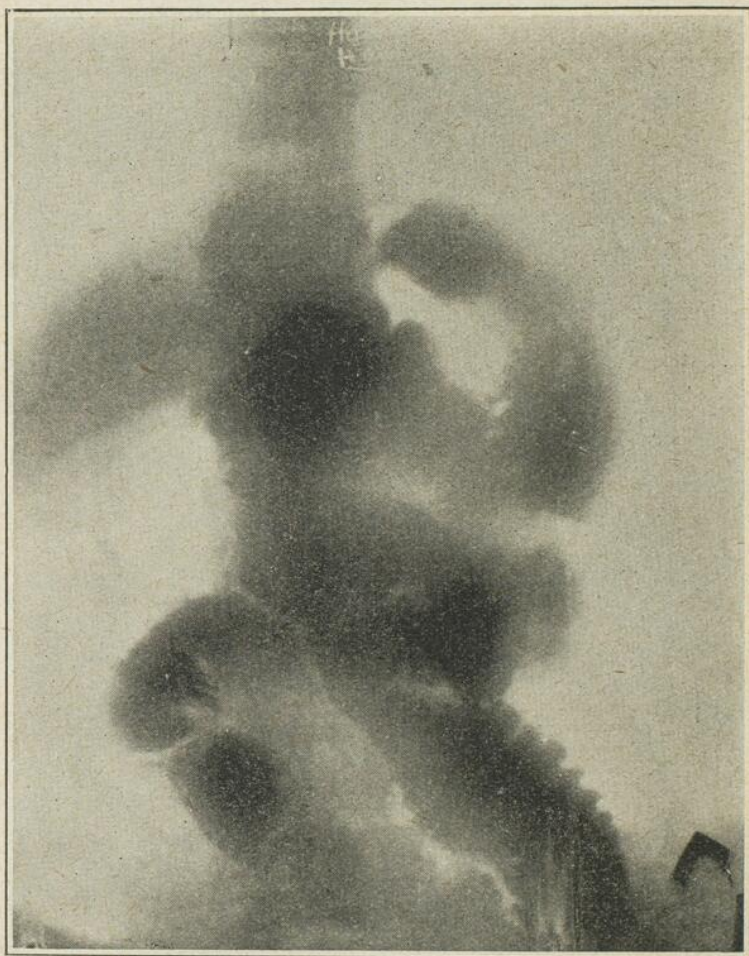


1 mois après l'opération.

sous-mésocolique n'est pas toujours applicable et peut provoquer un hématome de vaisseaux coliques.

Il semble actuellement que c'est la duodéno-jéjunostomie sus-mésocolique qui trouve son application dans tous les cas de com-

pression vasculaire du duodénum. Les résultats anatomiques de cette dernière opération ne peuvent naturellement pas aboutir à une "restitutio as integrum". La corde vasculaire compressive n'est pas supprimée et elle ne peut pas l'être par le fait même qu'elle est vasculaire. La dilatation duodénale persiste quelques mois d'après



8 mois après l'opération.

P. Duval; elle persiste dans notre cas, à l'examen radioscopique pratiqué par le Dr Comtois un mois après l'opération. Cet examen nous révèle le bon fonctionnement de la bouche, mais la persistance de l'évacuation duodénale par la voie normale. Cependant l'anti-péristaltisme a disparu.

Les résultats fonctionnels sont très encourageants. Nous avons avant tout constaté la disparition complète de l'élément douleur. Pas de ballonnement épigastrique et disparition de la voussure à l'examen de la paroi.

Sept mois après, le patient nous écrit que son état est très satisfaisant. Une plaque radiographique nous révèle que l'estomac s'évacue très bien et que la bouche fonctionne comme lors de l'examen pratiqué six mois auparavant. Le malade a actuellement des selles normales et il dit ne pas se rappeler avoir eu une évacuation intestinale aussi régulière. L'état général ne laisse pas à désirer. Le poids est augmenté, le facies amélioré, la pression artérielle plus haute.

Cette amélioration n'est pas toujours immédiate, mais graduellement le malade reprend des forces, son poids normal et son goût du travail. Il nous a été agréable, dans notre cas difficile de prime abord, de constater le service réel rendu par l'acte opératoire.

BIBLIOGRAPHIE

- Pierre Duval et J. C. Roux.**—Les crises de diarrhée dans les sténoses incomplètes du duodénum. (Société de gastro-entérologie de Paris, 10 novembre 1923.)
- Pierre Duval, J. C. Roux et H. Beclère.**—Études médico-chirurgicales sur le duodénum. (Masson & Cie, Paris, 1924.)
- Raymond Grégoire.**—Technique de la duodéno jéjunostomie. (Journal de Chirurgie, t. XIX, no 5, mai 1922.)
- Pettl.**—Etranglement du duodénum au niveau de la racine du mésentère. (Thèse de la Faculté de Paris, No 67, 1900.)
- Kellogg.**—Chronic duodenal obstruction (Annals of Surgery, May 1921.)
- Wheelan.**—Observations on the motility of the duodenum and relations of duodenal activity to that of the pass pylorica. (American Journal of Physiology, April 1922.)
- P. Duval et Gatellier.**—Les sténoses chroniques sous vatriennes du duodénum. (Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, t. XI, No 3, juin 1923.)
- Bailing.**—Chronic duodenal ileus. (Brit. J. Surg., X, 501, 1923.)
- P. Duval et R. Grégoire.**—La colopexie en équerre. (Presse Médicale, 23 mars 1921.)
- J. Diez (Buenos-Aires).**—Occlusion chronique du duodénum par compression mésentérique. (Archives de la Conferencia de Medicos del Hospital Ramos Mejia, t. VII, No 1, 1923, p. 25-28.)
- Van Der Hooft.**—Dilatated duodenum. (Journal of American Med. Ass'n., 18th August 1917.)
- A. Achpise.**—Sur un cas de dilatation aiguë de l'estomac. (Union Médicale du Canada, Août 1921, p. 304.)

Ed. L. Kellogg et W. Kellogg.—L'obstruction chronique du duodénum; son traitement par la duodéno-jéjunostomie. (*Annals of Surgery*, 1921, Tome LXXIII, No 5, p. 578-608.)

Wilkie (Edimbourg).—Iléus duodéal chronique. (*The British Journal of Surgery*, October 1921, Vol. IX, No. 34, p. 204-214, 7 figures.)

Meyer.—Sténose duodénale chronique. (*Klinische Wochenschrift* 1922, t. 1, No. 6, p. 259-260.)

LES RAYONS X EN DERMATOLOGIE

(SUITE) (1)

*Par le Docteur ALBERIC MARIN,
Assistant à la Clinique de Dermato-syphiligraphie de
l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.*

Herpès récidivant

Cet herpès se produit au même point avec une certaine périodicité. On l'observe le plus souvent à la face et à la fesse. Les recherches n'ont pu expliquer définitivement sa nature, le pourquoi de ses récurrences, de ses localisations électives.

Ces récurrences peuvent survenir à tous les mois et ce, pendant une dizaine d'années.

Elles sont plus ou moins profuses, toujours douloureuses.

Les topiques aident peut-être le malade à se débarrasser de son éruption, mais n'en préviennent sûrement pas le retour.

L'application locale de Rayons X, soit en modifiant le terrain où éclosent les vésicules, soit par l'intermédiaire du système nerveux périphérique, réussit à débarrasser le malade de ces éléments herpétiques sans cesse renaissants. Certains auteurs préconisent l'irradiation des racines nerveuses correspondant aux territoires malades.

Zona

Parfois, il donne lieu à des phénomènes douloureux très intenses. Les douleurs névralgiques, continues ou paroxystiques, affectent souvent la forme de brûlure, ce qui lui a valu le nom de "feu sacré".

Des poudres anodines sont employées contre la vésiculation qui du reste disparaît d'elle-même.

Mais en ce qui concerne ces sensations de brûlures, persistant fort longtemps, souvent atroces dans leur acuité, les topiques sont d'une inutilité désespérante.

Chez les malades âgés particulièrement, les crises sont suraiguës, surviennent fréquemment et leur durée est indéfinie. Chez les enfants et les adolescents, cet état de choses est infiniment plus rare.

(1) Voir le numéro de décembre 1926.

Chez ces malades atteints de feu sacré où le traitement médicamenteux externe est lettre morte, il ne saurait évidemment être question de recourir à l'administration prolongée de morphine.

La Radiothérapie locale, mais surtout radriculaire, agit ici merveilleusement. Les racines nerveuses commandant la zone douloureuse sont irradiées à petites doses filtrées et les douleurs, jusque là intolérables, disparaissent dans les quelques jours qui suivent l'irradiation.

Dans les cas anciens on est forcé de faire quelques séances. C'est incontestablement la meilleure ressource que nous possédions à l'heure actuelle.

Des malades qui désespéraient de la guérison ont été soulagés presque immédiatement après la première séance.

Lymphangiomes

Ce sont des tumeurs congénitales apparaissant tôt et résultant d'ectasie des lymphatiques. De volume plus ou moins étendu, ces nævi n'ont pas d'endroit de prédilection pour se développer. On les rencontre un peu partout. Comme ils progressent lentement, ils n'attirent pas immédiatement l'attention des parents.

Il vaut mieux s'en occuper dès leur apparition, car ils sont susceptibles de devenir volumineux et de causer de véritables difformités.

L'excision du paquet lymphangiomateux, si elle est faite largement, est un bon procédé. On peut cependant leur objecter d'être sanglante, de laisser des cicatrices plus ou moins belles, d'exposer à des récidives si les vaisseaux ectasiés n'ont pas été enlevés en totalité.

L'électrolyse et la radiothérapie combinées constituent le procédé de choix. Les Rayons X, plus ou moins filtrés selon la masse à traiter, à petites doses, feront s'affaisser le lymphangiome rapidement en sclérosant les parois des lymphatiques. Après quelques séances, il est préférable de cesser les radiations et, si la guérison totale n'est pas obtenue, continuer par l'électrolyse positive.

Ce traitement mixte est maintenant le plus couramment employé. Il est sans danger, non brutal, sans récidives et sans grandes traces consécutives.

Hémangiomes

Les angiomes plans (taches de vin) ne sont pas du domaine de la Roentgenthérapie, laquelle serait inutile et même dangereuse. Ce

serait un échec certain, peut-être une radiodermite. La question est jugée depuis longtemps. Il n'est plus de radiothérapeute qui consente à s'en occuper.

Les scarifications et la cryothérapie ont plus de succès.

Le meilleur traitement des nævi vasculaires plans est peut-être d'employer les Ultra-Violets avec compresseur, la lampe Kromayer par exemple, qui décolore la tache, n'y laisse que des télangiectasies faciles à cathétériser ou à obstruer par l'électrolyse.

Les angiomes stellaires sont réduits par l'électrolyse ou le cryocautère qui suppriment leurs arborisations arachnéennes.

Les points rubis relèvent des mêmes agents que les stellaires. L'électrolyse positive est préférable quand ils sont un peu saillants.

Quant aux *angiomes tubéreux*, ce sont ceux dont on est en droit d'obtenir la rétrocession par les Rayons Roentgen. Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs guérisons complètes dans le service d'électro-radiologie de M. Belot. Elles sont d'autant plus rapides que le traitement est précoce. C'est une condition importante ici comme ailleurs.

En dépit du fait qu'il existe des angiomes tubéreux qui ont une tendance naturelle à la guérison, il vaut mieux, infiniment mieux traiter systématiquement tout angiome dès son apparition. Car à côté de ceux-ci, il en est d'autres beaucoup plus nombreux qui persistent ou qui, progressifs, finissent par former de vastes nævi monstrueux, hideux quand ils se montrent à la face.

Or, bien entendu, quand un angiome naît il est d'emblée impossible de savoir à quelle espèce il appartient. L'avenir seul nous renseignera.

S'il s'agit d'un nævus de la première catégorie, la Radiothérapie, même dans ce cas, ne saurait être décommandée, puisqu'aux doses où elle est employée elle n'est nuisible en aucune façon. Elle en hâterait même la disparition.

S'agit-il d'un angiome stationnaire, il y a urgence à traiter, car les rayons ont plus d'efficacité sur le tissu jeune d'un nourrisson. Déjà, chez un enfant de la deuxième ou de la troisième année, l'ectasie est plus difficile à vaincre.

Si l'on a affaire à un angiome de la troisième variété, le traitement Roentgenien s'impose péremptoirement. Il est défendu de perdre un temps précieux. Tout retard permet au nævus de s'accroître. Il demandera par la suite une dose totale plus forte. Or nous sommes limités par la résistance du tégument. Il arrive un

instant où l'on doit abandonner les radiations même si le résultat espéré n'est pas obtenu, alors qu'à la même dose elles auraient opéré une guérison certaine si elles étaient intervenues plus tôt.

Nous nous permettons d'insister sur l'importance du traitement précoce. La stricte honnêteté professionnelle oblige le médecin de l'instituer. Il n'a pas le droit de temporiser. Il espère de voir ce petit angiome se résorber spontanément et c'est malheureusement plus souvent le contraire qui arrive. Le petit angiome devient une volumineuse tumeur rouge, violacée, bourgeonnante. Elle donne au visage un aspect horrible et rend très pénible l'existence du malheureux qui en est porteur. Elle l'éloigne de toute fonction sociale, le rend honteux et le condamne à une vie diminuée.

Le traitement précoce s'impose donc impérieusement.

Les rayons seront filtrés selon l'épaisseur du nævus. De petites doses sont données de quinzaine en quinzaine. Au bout de cinq ou six séances, le malade est mis au repos durant cinq ou six semaines. Recommencer s'il y a lieu. Le plus souvent la masse diminue ou disparaît tout à fait au bout de quelques séances. A tout événement, si l'on est obligé de poursuivre le traitement, il faut savoir s'arrêter à temps, car il est certaine quantité de Rayons X que l'on ne dépasse pas impunément. Prudemment conduit, ce traitement donne des résultats remarquables. Le nævus se résorbe sans aucune trace. L'ablation chirurgicale n'en peut dire autant.

Prurits

Nous n'envisagerons ici que les prurits "sine materia", ceux où il est impossible de déceler aucune cause exogène ou endogène. Les prurits toxiques, par l'absorption d'alcaloïdes, les auto-toxiques, sous la dépendance du diabète ou de l'urémie entr'autres, ne rentrent pas dans le cadre de ces sortes de névroses à retentissement cutané que Brocq a individualisées sous le nom de "névrodermies".

Déjà nous avons vu aux chapitres du Mycosis fongoïde, de la maladie de Hodgkins, des Leucémies, combien la Radiothérapie était précieuse non seulement pour faire fondre les hyperplasies cutanées et ganglionnaires, mais encore pour calmer, souvent presque instantanément, les démangeaisons rebelles à toute autre médication.

Ces prurits sont diffus ou localisés.

Les premiers ne sont pas du domaine de la Radiothérapie.

Parmi les prurits localisés sans étiologie démontrable, il en est un particulièrement rebelle: le *prurit anal*. C'est le plus commun.

Ceux qui sont dus aux oxyures, aux fissures ou à la constipation seront traités selon leur étiologie.

Ce prurit anal est d'ordinaire intense. Il provoque un impérieux besoin de grattage. Les crises de démangeaisons sont plus ou moins rapprochées, mais lorsqu'elles surviennent il n'est pas un homme, quelle que soit la dose de volonté qu'il possède, qui ne soit forcé de céder à l'envie inexorable qu'il a de se gratter. Ce qu'il fait parfois de manière trop énergique au point d'accomplir de véritables biopsies avec ses ongles. Outre les sérieux ennuis dus au prurit lui-même, il en est d'autres qui résultent de ces traumatismes. Ce sont érythème, eczéma, impétigo, excoriations, pyodermites et lichénifications consécutives.

Les Rayons X font disparaître ces démangeaisons par quelques applications, filtration et dose faibles. Alors que souvent les autres médications ont échoué, étincelage, scarifications, topiques innombrables, les rayonnements calment le prurit dès la première séance. Quelques-unes suffisent habituellement à en guérir complètement le malade.

La Haute-Fréquence et les Scarifications ont aussi parfois d'assez bons effets. Mais ces procédés sont longs et ennuyeux et parfois inefficaces. La Radiothérapie agit mieux, rapidement et est indolore.

Le *prurit génital* coexiste le plus souvent avec le prurit anal. On doit d'abord par un examen attentif rechercher s'il n'est pas en rapport avec une diabète, une cystite, une métrite, une annexite. Ces causes éliminées, ce prurit génital "sine materia" doit être traité par les Rayons X.

Lorsqu'il siège au Scrotum, il faut être très circonspect. Certaines précautions indispensables sont à prendre pour protéger les testicules.

Ce prurit génital, aussi bien que le précédent, est justiciable du traitement roentgenien.

Prurigo circonscrit

C'est le "lichen simplex chronique" de Vidal, la "névrodermite" de Brocq. Il comprend un, deux ou trois placards, rarement davantage. Il affecte la nuque, la zone périgénitale, les creux poplités, la face externe des avant-bras et des jambes.

A une phase de prurit pur succède la lichénification: peau pigmentée, quadrillée, épaisse, ou apparaissent quelques papules de prurigo, dont le grattage excorie la surface.

Cette nappe de prurigo peut durer des mois et des années.

Sa guérison par le traitement médicamenteux externe et interne est problématique, tandis qu'elle est obtenue plutôt facilement par quelques petites doses peu filtrées de Rayons X.

Lichens

Le "lichen ruber planus" de Wilson est bien éloigné de répondre constamment au traitement arsénical. Le traitement local par les réducteurs et antiprurigineux n'a la plupart du temps aucun effet. Cette éruption peut durer des années, au grand désespoir du malade quand elle est prurigineuse.

Nous devons à Gouin, de Brest, un traitement radiothérapique qui parfois blanchit un lichen en une quinzaine. Sa méthode, d'une très grande simplicité, consiste à irradier la région inter-scapulaire avec un rayonnement nu. Celui-ci agit vraisemblablement par l'intermédiaire du sympathique, peut-être sur les racines.

Certains lichens résistent à cette méthode de Gouin. Pautrier a imaginé d'irradier les zones radiculaires des deux côtés de la colonne vertébrale. On fait habituellement un secteur dorsal et un secteur lombaire. Ici les rayons sont filtrés afin d'agir plus profondément les atteindre les racines nerveuses. Le sympathique est sans nul doute touché, lui aussi.

Quoi qu'il en soit du mécanisme de la guérison, celle-ci est des plus communes. Nous avons eu l'occasion d'en observer plusieurs.

Nous nous rappelons entr'autres un homme qui à la suite d'une éruption de lichen, fugace du côté de la peau mais persistante à la muqueuse jugale et linguale, était hanté du cauchemar que ces taches étaient leucoplastiques et qu'elles dégénéraient inévitablement en cancer. Aucune parole encourageante ne réussit à le rassurer.

Une seule application inter-scapulaire fit disparaître ce lichen buccal en moins de trois semaines.

Mais à côté de ces résultats signalés disons qu'il est des lichens que n'influence nullement la Roentgenthérapie. Ces cas sont d'ailleurs rebelles à toute médication, quelle qu'elle soit.

A part la forme vulgaire du lichen plan, il en existe une autre plus localisée, plus hypertrophique et cornée, le "lichen hyperkératosique ou verruqueux". Il peut siéger aux lombes, cuisses, jambes, fesses. Ces deux formes, cornée et vulgaire, peuvent coexister. L'irradiation locale des foyers verruqueux produit d'excellents effets. Deux ou trois séances sont souvent suffisantes à les blanchir.

On conseille aussi, d'après Pautrier, pour cette variété verruqueuse d'irradier la zone radulaire correspondant au territoire où existe le placard lichénien. Mais on est généralement d'avis que l'irradiation locale est beaucoup plus active dans ces cas cornés et localisés.

Retenons, en somme, que dans le traitement du lichen la Roentgentherapie est plus agissante, moins ennuyeuse et moins nocive que les autres thérapeutiques.

Avouons, en effet, que l'emploi prolongé et à fortes doses de préparations arsénicales n'est pas sans présenter de sérieux inconvénients, même de grands dangers.

Dans le cas de lichen corné, nous ne croyons pas qu'il existe de traitement soulageant aussi rapidement le malade d'un prurit parfois atroce. La disparition de ce prurit est déjà importante. La majorité des auteurs sont, en effet, bien près de croire que le grattage continu est un facteur primordial de la formation de ces éléments hyperkératosiques.

Le "lichen plan scléreux", plus rare que les formes précédentes répond assez bien à la Roentgentherapie.

Il y a lieu d'y recourir dès le diagnostic posé, afin d'empêcher la progression de ces atrophies cicatricielles indélébiles.

La "morphée en gouttes" que des nuances seules distinguent du lichen atrophique, sera aussi soumise aux radiations, sitôt sa nature confirmée.

Nous n'avons pu retrouver, au cours de nos recherches bibliographiques, laquelle dans ces cas l'emportait, de l'application locale ou radulaire.

Eczéma

Ne commettons pas la faute d'irradier un eczéma aigu.

Après la phase aiguë d'érythème, de vésiculation et de suintement, s'installent chez certains malades des lésions persistantes et prurigineuses de parakératose lichénifiée. La peau est sèche, rugueuse, épaissie. Elle desquame plus ou moins abondamment. Des grattages répétés du fait d'une démangeaison opiniâtre entretiennent un état interminablement défectueux du tégument. Les médications internes ou externes n'ont qu'une action passagèrement palliative.

La maladie s'éternise avec ses placards qui tantôt recommencent à suinter, tantôt s'impétiginisent. Cette impétiginisation secondaire

peut donner lieu à des pustules, à des furoncles, à des adénites, à de l'épidermo-dermite strepto-staphylococcique.

Pour ces eczémas chroniques, torpides, secs, craquelés, lichénifiés qui n'obéissent que faiblement ou pas du tout à un traitement médicamenteux local, la Roentgentherapie est indiquée.

Elle sera superficielle, de faible intensité. Elle activera la réparation d'un placard jusque là atone, n'ayant aucune tendance à guérir en dépit des topiques les plus énergiques. Ou plus exactement ces topiques trop énergiques déterminent une fluxion qui force le médecin à en suspendre l'emploi. Puis cette poussée aiguë apaisée, tout revient à l'éternel "statu quo": la plaque d'eczéma chronique que rien ne semble pouvoir faire disparaître.

C'est ici que les Rayons X réveillent la vitalité de ces tissus, laquelle semblait figée. Sans provoquer de réactions désagréables, ils orientent ce processus vers une guérison que malade et thérapeute étaient bien près de croire impossible.

Il faudra peut-être répéter les doses quelques fois. On ne peut pas s'attendre à ce que les Rayons guérissent dès leur entrée en jeu un eczéma qui depuis des mois résiste opiniâtrement à toute médication.

Un peu de patience, là comme ailleurs, est nécessaire. L'opiniâtreté éclairée demeure toujours un facteur thérapeutique essentiel. Certains entêtements de bon aloi ont obtenu des résultats que d'aucuns ont qualifiés d'inespérés.

Pas plus qu'aucun autre procédé, la Roentgentherapie ne peut prévenir les récidives du syndrome eczéma. Certains individus y sont voué irrévocablement et il n'est rien qui n'en puisse empêcher le retour.

C'est un traitement symptomatique uniquement.

Quant au traitement étiologique ou même pathogénique de l'eczéma, il y a des millénaires que l'humanité en attend l'avènement.

Neurofibromatose de Recklinghausen

Les Rayons X ne peuvent en aucune façon annihiler les manifestations de cette maladie nævique. Quatre signes la caractérisent: Pigmentations (diffuses, lenticulaires ou hépatiques), tumeurs cutanées (nævus molluscum ou pendulum de toutes dimensions), tumeurs des nerfs (échelonnées sur les trajets nerveux), troubles mentaux (inconstants).

Les radiations ne feront pas disparaître les taches pigmentaires, les troubles mentaux, les tumeurs cutanées ou nerveuses.

Mais ces dernières sont souvent très douloureuses. Ces noyaux, placés le long des nerfs, provoquent des douleurs névralgiques exquises et tenaces, soit par compression, soit par un autre mécanisme. Le traitement médicamenteux local ne sait pas les apaiser et il ne peut être question de faire de ce malade un morphinomane.

Des irradiations filtrées, "loco dolenti", apportent un prompt soulagement aux phénomènes douloureux de Recklinghausen.

Tout comme dans les névralgies intercostales et dans la sciatique, l'action des Rayons X est des plus heureux. Nous ne croyons pas qu'il existe d'autres traitements pour agir dans ces cas de façon aussi décisive.

Maladie de Dercum

Dans cette adipeuse localisée et douloureuse, la Roentgentherapie n'a aucune prise sur la masse lipomateuse elle-même, pas plus que sur un lipome vulgaire ou sur la tumeur cutanée ou nerveuse de la neurofibromatose.

Mais comme dans le cas précédent, elle calme les douleurs paroxystiques dont se plaignent ces malades. Quelques séances en viennent d'ordinaire à bout. On sera probablement tenu de les répéter. Ceci sera fait prudemment pour ne pas aboutir à la radionécrose par suite d'irradiations multiples.

Cette méthode est loin d'être toujours efficace, mais c'est encore la meilleure que nous possédions et vu la pénurie de nos moyens nous devons l'utiliser le cas échéant.

Ainsi que nous l'avons déjà souligné, il serait néfaste de recourir à la morphine pour soulager ces individus.

C'est du reste une drogue dont abusent seuls les ignares ou les malhonnêtes.

(à suivre)

— o —



ETUDE DU SIGNE DU FACIAL CHEZ LE NOURRISSON (1)

Par le Docteur PAUL LETONDAL,
De l'Hôpital Sainte-Justine,
Docteur en Médecine de l'Université de Paris,
Diplômé de l'Ecole de Puériculture de la Faculté de Paris.

La maladie décrite en 1832 par Tonnelé, et à laquelle Corvisart donna le nom de Tétanie, a suscité dans le cours de ces dernières années un nombre considérable de travaux de recherches. Ces travaux ont montré que, si l'on accepte la conception moderne de la Tétanie, celle-ci apparaît comme une affection relativement fréquente. Au surplus, les progrès remarquables réalisés dans sa thérapeutique, l'allure parfois dramatique qu'elle revêt dans certains cas donnent à son étude un grand intérêt.

A l'heure présente on peut considérer la Tétanie comme "la manifestation par des contractures ou des convulsions, d'un état particulier du système neuro-musculaire, dénommé état tétanoïde ou spasmophilie, et caractérisé par l'hyperexcitabilité électrique et mécanique des nerfs" (Ribadeau-Dumas et Meyer).

La classification adoptée par Harvier (2) en 1909 et reprise récemment par Woringer (3), distinguant d'après l'intensité des symptômes les cas de tétanie latente et de tétanie manifeste mérite d'être retenue car elle correspond exactement à ce qu'on observe en clinique.

Dans un premier degré, la tétanie est dite *latente* parce qu'elle ne se révèle au clinicien par aucun signe patent; elle demande à être recherchée par certains procédés d'exploration clinique — dont le signe du facial — et par l'électro-diagnostic.

Parfois la tétanie latente, encore appelée spasmophilie, diathèse spasmogène, se traduit par une forme particulière de vomissements habituels ou par des troubles mentaux, qu'a décrits tout récemment Henri Lemaire (4). C'est la tétanie fruste de certains auteurs.

(1) Travail du service de médecine infantile de l'Hôpital Ste-Justine.

(2) Harvier. Recherches sur la tétanie et les glandes parathyroïdes. Thèse de Paris, 1909.

(3) Woringer. Hypocalcémie et spasmophilie. Archives de Médecine des Enfants, décembre 1923.

(4) H. Lemaire. Les troubles mentaux dans la tétanie du premier-âge. Le Nourrisson, 1923.

Dans un second degré, la tétanie est dite *manifeste* ou confirmée, parce qu'elle s'extériorise cliniquement; elle se présente sous forme de contractures spontanées des extrémités, de spasme de la glotte ou de convulsions.

Dans ses formes latentes, comme dans ses formes manifestes, la tétanie, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, a comme caractère fondamental, *l'hyperexcitabilité du système neuro-musculaire*. On conçoit l'intérêt que présente pour le diagnostic de tétanie, la recherche de ce caractère primordial qui permet non seulement de déceler les états de tétanie latente, mais aussi de rattacher à la maladie de Tonnelé, le spasme de la glotte, et certaines convulsions dites essentielles.

Or, à l'heure actuelle, le meilleur test clinique d'un hyperexcitabilité neuro-musculaire est sans contredit le signe du facial tel que décrit par le médecin autrichien Franz Chvostek en 1876.

L'étude de ce symptôme a été reprise récemment par R. Turpin (5), dont les belles recherches cliniques et expérimentales ont montré la haute valeur séméiologique du signe de Chvostek dans la tétanie du nourrisson.

Qu'est-ce donc que le signe du facial? — C'est la contraction brusque, en éclair, des muscles peauciers de la face innervés par la VIIème paire lorsqu'on percute la joue — avec le doigt ou un petit marteau à réflexe — au milieu d'une ligne, allant de l'apophyse zygomatique à la commissure labiale.

Il faut toujours rechercher le signe du facial au même endroit et avec la même intensité, si l'on ne veut pas noter d'un jour à l'autre des variations inattendues.

Chvostek, qui décrivit le premier ce signe, — auquel il a donné son nom — distinguait suivant son intensité trois modalités :

1° *Dans un premier degré*, la percussion au niveau du milieu d'une ligne joignant l'apophyse zygomatique à la commissure labiale du même côté provoque une contraction localisée dans le domaine des muscles péribuccaux;

2° *Dans un second degré*, l'excitation mécanique détermine une réponse dans les muscles de l'hémiface homologue avec déviation des traits de ce côté;

3° *Dans un troisième degré*, cette percussion provoque une contraction en éclair, bilatérale avec ébauche de "museau de carpe"

(5) R. Turpin. La Tétanie infantile. Thèse de Paris, 1925.

Chez le nourrisson, il est rare d'observer le signe de Chvosteck avant le septième mois. Jusque-là, ce symptôme s'exprime sous un mode particulier et nous avons eu l'occasion, il y a trois mois, en clientèle, de l'observer chez un enfant de six semaines: la percussion au point habituel a déterminé une réponse dans le domaine du facial inférieur s'exprimant par un mouvement de succion.

A partir du septième mois le signe de Chvosteck se traduit suivant les trois modalités que nous venons de décrire; il est constant dans la tétanie latente, caractérisée par ailleurs par les données de la chronaxie et par les caractères physico-chimiques du sang. Ajoutons que ce signe est le premier en date et le dernier à disparaître lorsque les manifestations de tétanie régressent, sous l'influence des radiations lumineuses.

Le point le plus important de cette étude est, croyons-nous, *la signification du signe du facial*. Est-ce un réflexe, comme on serait tenté de le croire a priori? — Non. Le signe du facial caractérise un état d'hyperexcitabilité du nerf périphérique, en l'espèce de la septième paire crânienne. En effet, lorsqu'on supprime l'arc réflexe par une section physiologique ou mécanique du nerf, on ne modifie en rien au niveau de la région percutée la contraction des muscles peuciers de la face.

Ces faits ont pour base l'expérience cruciale d'Escherich anesthésiant la région percutée à l'aide d'une injection de cocaïne, et les études de Paton et Findlay sur la tétanie parathyroïdienne montrant que: 1° l'hyperexcitabilité des nerfs persiste dans le bout périphérique des nerfs sectionnés et ne disparaît qu'avec la dégénérescence du nerf; 2° l'intégrité de l'arc spinal n'est pas essentielle au développement des contractions, car elles persistent après section des racines dorsales des nerfs spinaux, même après section de la moëlle au niveau de la première lombaire. (6)

On peut donc conclure que le signe du facial caractérise un état d'hyperexcitabilité du nerf périphérique.

Au point de vue séméiologique on peut avancer que le signe de Chvosteck est pathognomonique de la tétanie latente, en tenant compte des faits suivants :

1° Le mécanisme même du signe du facial traduit — nous venons de le voir — l'hyperexcitabilité du nerf périphérique; or cet

(6) Lestocquoy. Contribution à l'étude du métabolisme du calcium dans la tétanie. Thèse de Paris, 1924.

état d'hyperexcitabilité est la caractéristique physio-pathologique, le fond même de la diathèse spasmogène;

2° Sa coexistence presque constante avec les autres signes de la tétanie latente (instabilité de la chronaxie, carence en ions calciques du plasma sanguin) et avec la tétanie manifeste;

3° Sa disparition sous l'influence du chlorure de calcium et des rayons ultra-violet, traitement quasi-spécifique de la tétanie.

Certains auteurs — autrichiens pour la plupart et contemporains de Chvostek — ont signalé ce signe dans l'hystérie, les états névropathiques, la convalescence de la fièvre typhoïde, les paralysies diphtériques, etc.

Pour notre part, nous avons eu l'occasion d'observer l'an dernier, à maintes reprises, tant en ville qu'à l'hôpital, le bien-fondé de cette objection et nombreux sont les grands enfants chez qui nous avons rencontré le signe de Chvostek.

Ces faits, un peu troublants, observés dans la moyenne et la grande enfance, n'ont jamais été rencontrés chez le nourrisson. Au surplus, pour pouvoir nier la valeur séméiologique du signe du facial dans la tétanie latente, il faudrait pouvoir prouver que dans les cas où il a été noté, les réactions électriques et la carence en ions calciques du plasma sanguin faisaient défaut. Or, jamais pareille expérience n'a pu être réalisée.

On peut donc considérer le signe du facial comme pathognomonique de la tétanie latente chez le nourrisson.

Y a-t-il intérêt pour le praticien à connaître le signe du facial ?
Oui. Le signe du facial permet en maintes circonstances en présence d'un symptôme, de faire une thérapeutique étiologique et pathogénique singulièrement efficace, contrastant avec la médiocrité des routines habituelles. Tel est le cas des convulsions, du spasme de la glotte, de certains troubles du caractère, de l'insomnie enfin qui, ainsi que l'a bien montré le professeur Mouriquand (de Lyon), peut, assez souvent, être liée à la spasmophilie.

Nous avons eu l'occasion l'an dernier d'observer six cas de ce genre; les résultats vraiment remarquables du traitement montrent, à n'en pas douter, l'importance pratique de ces notions qui ne sauraient trop être vulgarisées.

De ces six observations que nous ne pouvons toutes signaler aujourd'hui, nous n'en retiendrons qu'une dont l'histoire nous paraît tout à fait démonstrative à cet égard. (7)

(7) Letondal. Insomnie et spasmophilie chez le nourrisson. Union Médicale du Canada, novembre 1926.

Il s'agissait d'un nourrisson de 19 mois, qui fut conduit à l'hôpital Sainte-Justine, le 13 janvier 1926, pour toux et diarrhée. Cinq jours après son entrée, alors que les phénomènes d'entéro-bronchite s'étaient considérablement améliorés, cet enfant présenta une insomnie complète et prolongée. La percussion au point de Chvosteck détermina une contraction en éclair de l'orbiculaire des lèvres.

Nous avons rattaché l'insomnie à la spasmophilie, et avons prescrit le chlorure de calcium associé aux rayons ultra-violet. Sous l'influence de ce traitement, nous obtenions, au bout de six jours, la guérison complète de l'insomnie, et après 10 jours, la disparition définitive du signe du facial.

Cette observation que nous avons eu l'avantage de suivre au jour le jour, avec M. le professeur Raoul Masson, et choisie parmi tant d'autres analogues que nous ne pouvons exposer ici, démontre, croyons-nous, la haute valeur séméiologique et l'importance pratique du signe du facial chez le nourrisson.

De cette courte étude sur le signe du facial chez le nourrisson, nous concluons que tout praticien doit savoir rechercher ce signe, qu'il doit en connaître les modalités, ainsi que les caractères cliniques; s'il veut faire œuvre de médecin, il doit en connaître la signification, le mécanisme, savoir en particulier pourquoi le signe de Chvosteck n'est pas un réflexe, pourquoi il a une réelle valeur séméiologique, et partant, pourquoi il est pathognomonique de la tétanie latente.

Enfin, le praticien se rappellera que le phénomène du facial permet de réaliser une thérapeutique étiologique particulièrement efficace dans des cas où jusqu'ici échouaient les thérapeutiques habituelles.

PROPHYLAXIE DENTAIRE ET INFLUENCE DU SYSTÈME DENTAIRE SUR L'ÉTAT GÉNÉRAL

*Par le Docteur T. LEFORT, L.C.D., D.D.S.,
Chirurgien-dentiste.*

A notre époque de science et de progrès, où l'éducation et l'instruction populaires et démocratiques deviennent une nécessité matérielle autant qu'une obligation morale, il a paru indispensable à nombre de sociologues et de thérapeutes, de l'âme et du corps, de répandre à travers le monde les idées et les faits susceptibles de donner, à chaque individualité, le minimum de connaissances nécessaires pour triompher des maux de la vie, des misères morales ou sociales, comme des misères physiques.

Ces dernières sont les plus importantes, les plus redoutables et les plus nombreuses. Elles atteignent plus fâcheusement la collectivité et font courir un danger permanent à l'individu, à la famille, à la race.

C'est pour remédier à ce danger, pour le diminuer, sinon pour le faire disparaître, que tant d'hygiénistes combattent avec une si vive ardeur par la parole, la presse, le tract et l'affiche.

C'est pour diminuer les douleurs humaines, les hérédités morbides, les diathèses destructives, les ravages de l'alcoolisme, de la tuberculose et de l'avarie, les tares de toutes sortes enfin, que se font ces campagnes admirables, basées uniquement sur l'observation rigoureuse des règles de l'hygiène.

Or, il s'est produit ce fait étrange, qu'alors que toutes les branches de l'hygiène se développaient et progressaient à travers les masses, répandant leurs innombrables bienfaits sur tous, une des plus importantes et primordiales branches de l'hygiène restait dans l'ombre, à peine entrevue par quelques privilégiés, inconnue ou négligée par les autres: c'était l'hygiène dentaire.

Jamais question ne fut plus importante et plus ignorée. Et cependant peut-on douter des bienfaits de l'hygiène dentaire, peut-on douter surtout des dangers qui menacent et atteignent ceux qui se refusent à respecter ses lois ?

Un cri d'alarme a été jeté: La carie dentaire devient un péril menaçant pour la santé publique et c'est sans nul doute, en dépit de la rigueur de cette affirmation, avec l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis et le cancer, quoique à un degré moindre, l'un des plus

grands maux contemporains, et d'autant plus grand et plus pernicieux qu'il étend ses ravages sans trop de bruit, produisant la douleur et la maladie, quand ce ne sont pas les infirmités et parfois la mort.

Il ne faut pas crier à l'exagération. Robert Marche donne un tableau très réel de l'état pathologique produit par l'absence d'hygiène dentaire. Il nous dit: "La carie dentaire et son cortège habituel de complications buccales met l'organisme en état d'infériorité pour la lutte vitale que nous soutenons à chaque seconde de notre existence, crée un état pathologique permanent de certains de nos tissus, annihile les fonctions de nos organes les plus essentiels et prédispose à toutes les infections, à toutes les dégénérescences, à toutes les tares, jusqu'à l'effrayante tuberculose qui trouve chez les négligents de l'hygiène dentaire ses candidats les plus favorisés.

Le polymicrobisme buccal

Bien avant les travaux de Pasteur et de son école, le nettoyage de la bouche faisait partie des soins banals de propreté corporelle.

Aujourd'hui la connaissance de la riche flore microbienne qui pullule dans la cavité buccale permet d'envisager la question d'un point de vue plus scientifique. On sait qu'il existe dans la bouche des bactéries éminemment pathogènes prêtes à profiter d'une lésion locale ou d'un affaiblissement de la santé générale pour manifester leur virulence.

Je rappellerai seulement que les microbes de la cavité buccale peuvent comprendre, à titre normal ou accidentel, non seulement les germes de la carie ou des infections dentaires, des stomatites ou des diverses affections de la bouche, mais encore les germes des maladies d'organes voisins (angines, otites, etc.) et, d'une manière générale, ceux de la plupart des maladies infectieuses (Pneumonie, tuberculose, etc.).

Gaillard et Nogué disent qu'il serait illusoire de chercher à produire une asepsie, même relative, dans un milieu où sont constamment introduits, soit par l'air inspiré, soit par les aliments, soit par le contact des mains ou de tous autres objets, des agents infectieux qui y trouvent les conditions les plus favorables à leur pullulation (température, humidité, débris alimentaires, etc.). Aussi bien l'organisme se défend-il spontanément chez l'homme sain, de telle sorte qu'il suffira d'adapter les mesures d'hygiène à ses moyens naturels de défense.

Ces moyens sont de trois sortes, les uns mécaniques consistent dans le balayage des débris épithéliaux et des résidus alimentaires

par les mouvements de la langue, des mâchoires, des lèvres et des joues, et par la sécrétion salivaire, pendant la mastication et la phonation.

Tous les corps étrangers, ainsi détachés de la muqueuse et des surfaces dentaires, sont entraînés par la salive dans la déglutition. L'action chimique de la salive alcaline vient à chaque instant neutraliser les sécrétions acides des microbes et créer un milieu moins favorable à leur développement et à leur action nocive sur les tissus dentaires.

Le rôle bactéricide de la salive est à peu près nul d'après Hugenschmidt, mais elle paraît avoir des propriétés *chimiotactiques* positives, c'est-à-dire posséder un pouvoir *opsonique* particulier.

L'hygiène bucco-dentaire a précisément pour but de réduire au minimum les conditions favorables à la pullulation microbienne et de maintenir l'équilibre biologique des diverses espèces que renferme, normalement ou accidentellement, la cavité buccale.

La conservation de l'intégrité bucco-dentaire est intimement liée au maintien de la santé générale, et faut-il répéter une fois de plus cette vérité banale pour des médecins, *que le corps humain est un tout dont les diverses parties sont solidaires ?*

Pour lutter contre la pullulation microbienne, et favoriser la défense naturelle de l'organisme, l'hygiène bucco-dentaire intervient directement, par l'application de substances antiseptiques, et indirectement par le nettoyage mécanique et la modification chimique du milieu buccal. L'application des antiseptiques, qui théoriquement semblerait être le procédé de choix, n'a en réalité qu'une action très limitée. Tandis que l'invasion microbienne est constante, les lavages de bouche sont forcément espacés. De plus, l'abus des antiseptiques, médicaments irritants pour la muqueuse et le tissu cutané, risquerait d'avoir des inconvénients.

Le nettoyage mécanique n'a besoin d'être fait que d'une manière intermittente, et c'est lui qui donne les meilleurs résultats pratiques. Il a surtout pour effet de débarrasser la bouche des débris alimentaires qui y séjournent après les repas. Le bol alimentaire, produit par l'action combinée de la mastication et de l'insalivation, n'est pas entraîné en totalité dans le tube digestif par la déglutition. Il en reste des parcelles, surtout dans le vestibule buccal, sur la muqueuse, à la surface des dents et dans les espaces interdentaires.

De ces débris alimentaires, les uns, simplement déposés sur la muqueuse ou à la surface des dents, sont peu à peu entraînés par

les mouvements des parties molles (joues, lèvres, langue) et déglutis avec la salive. Les autres, retenus entre les dents, sont attaqués par les microbes buccaux et subissent des fermentations acides, qui aboutissent à leur liquéfaction et à leur dissolution de la salive. Les albuminoïdes surtout, après un court séjour dans la bouche, sont déjà en putréfaction. Ces fermentations acides sont l'une des principales causes de la carie dentaire.

Influence du système dentaire sur l'état général

Les éléments qui composent le milieu buccal sont représentés par la salive mixte, l'appareil lymphoïdo-ganglionnaire et par le polymicrobisme de la bouche. Les rapports de ces éléments et leurs relations biologiques nous permettent d'admettre que le milieu buccal est composé d'éléments antagonistes.

Nous voyons en effet qu'il existe, d'une part, de nombreux microorganismes, pathogènes ou saprophytes qui sont prêts à pulluler à produire des infections locales ou générales; nous voyons, d'autre part, qu'il existe un appareil spécial, l'appareil lymphoïdo-ganglionnaire, dont la fonction est perfectionnée par l'action chimiotaxique positive de la salive. Il résulte de cet antagonisme vital que l'action offensive du polymicrobisme buccal est neutralisée par la réaction de l'élément défensif, qui est représenté par la leucocytose bucco-pharyngée.

D'après le Docteur Lebedinsky, il existerait à l'état physiologique un équilibre biologique dans le milieu buccal. Et ce même milieu subit les mêmes lois biologiques et pathologiques que l'organisme tout entier. L'équilibre biologique de la bouche est en rapport direct avec l'équilibre général de notre économie. Que la balance de l'équilibre général penche d'un côté, l'équilibre buccal en souffrira, et cette absence d'équilibre se manifestera par différentes lésions de la cavité buccale et de ses annexes.

S'il est important de savoir que les perturbations générales de notre organisme peuvent se refléter dans la bouche et engendrer des lésions de cette cavité, il est encore plus important de savoir que les perturbations primitives du milieu buccal peuvent se répercuter sur l'organisme entier et engendrer des troubles généraux de nature toxique ou infectieuse et qui sont d'une importance capitale en pathologie générale.

Lebedinsky nous dit: "L'équilibre général de notre organisme est en rapport direct avec l'équilibre biologique du milieu buccal;

que la balance de l'équilibre buccal penche d'un côté, l'équilibre général en souffrira, et cette absence d'équilibre se traduira par différents troubles généraux ayant leur point de départ dans la cavité buccale."

Le système dentaire, avec son évolution, son éruption et avec la multiplicité de ses lésions, joue le rôle le plus important dans la rupture de l'équilibre biologique de la bouche. La carie dentaire, pénétrante ou non pénétrante, la mortification et la putréfaction de la pulpe, l'arthrite alvéolo-dentaire, la polyarthrite alvéolo-dentaire, les concrétions tartriques, les dents découronnées par la carie, sont autant de causes qui modifient les rapports qui existent entre les différents éléments qui composent le milieu buccal.

La cavité buccale, privée de son équilibre biologique, devient un véritable foyer infectieux latent.

Nous laisserons de côté les réactions organiques d'origine buccale ou plutôt d'origine gingivo-dentaire qu'on peut observer dans le voisinage de cette cavité. Nous ne parlerons donc ni des troubles auriculaires, oculaires, ni des troubles nerveux, vaso-moteurs, trophiques, qu'on peut observer dans la région péri-buccale à la suite d'une irritation aiguë ou chronique de la région gingivo-dentaire. Nous laisserons également de côté les accidents coscomitants, ou consécutifs à l'éruption des dents en général et de la dent de sagesse en particulier. Nous envisagerons seulement les troubles locaux et généraux, toxiques ou infectieux qui nous paraissent avoir des rapports étroits avec la cavité buccale, privée de son équilibre biologique. Pour rendre ce travail plus compréhensible, nous le diviserons en: troubles buccaux, troubles péri-buccaux; troubles à distance et troubles généralisés.

Troubles buccaux.—La manifestation fréquente de la rupture de l'équilibre biologique du milieu buccal est, à coup sûr, l'infection localisée ou généralisée de la muqueuse de la bouche avec répercussion plus ou moins grave de cette infection sur l'organisme en général.

La gingivo-stomatite localisée ou généralisée est la première réaction contre la pullulation et la prolifération du polymicrobisme de la bouche; le système dentaire en général et l'éruption vicieuse de la dent de Six ans et surtout l'éruption de la troisième molaire jouent un rôle important dans l'éclosion de la gingivo-stomatite.

Troubles péri-buccaux.—Gaillard et Nogué disent: "Nous pouvons affirmer, sans craindre d'être taxés d'exagération, que les

différentes lésions de la région péri-buccale puisent leurs agents pathogènes dans le milieu buccal privé de son équilibre biologique." Les différents travaux publiés depuis une vingtaine d'années nous permettent d'admettre la possibilité d'attribuer à certaines otites, à certaines méningites, à certaines affections de l'appareil laryngo-trachéal, à certaines infections de l'appareil salivaire, comme origine une lésion bucco-dentaire préexistante. Il est de notion courante dans le monde stomatologique d'attribuer la plupart des lésions inflammatoires de la région cervico-faciale à une origine dentaire. Les ostéites et les ostéomyélites des maxillaires, les adénophlegmons circonscrits ou diffus de la région sous-maxillaire, les phlegmons larges du cou, les adénites géniennes aiguës et chroniques, les fistules cutanées de la région périmaxillaire, les abcès de la voûte palatine et du voile palatin, les sinusites maxillaires, les nécroses limitées ou étendues des maxillaires, la nécrose de l'os incisif, toutes ces lésions de gravité variable ne sont-elles pas souvent, sinon toujours, consécutives à des lésions gingivo-dentaires. Dans ces différentes lésions, l'infection se fait soit par contiguité, soit par la voie lymphatique, soit par la voie veineuse. L'examen de la région gingivo-dentaire nous permet presque toujours de trouver la cause de ces différentes lésions. Il s'agit invariablement tantôt d'une arthrite alvéolo-dentaire chronique, tantôt d'une putréfaction pulpaire, tantôt d'une racine de dent dont le canal est rempli de matières putrides, tantôt d'une éruption vicieuse de la dent de sagesse avec infection du sac folliculaire qui recouvre cette dent.

Troubles à distance.—S'il est vrai que les affections péri-buccales sont presque toujours d'origine bucco-dentaire, il n'en est pas moins vrai qu'une infection chronique de la région gingivo-dentaire puisse se répercuter à distance et engendrer des troubles plus ou moins graves. C'est avec raison que Galippe affirme qu'on n'absorbe pas impunément pendant des années une sécrétion aussi infectieuse que celle qui est produite par la pyorrhée alvéolaire; les produits putrides de la polyarthrite alvéolo-dentaire, les nombreux micro-organismes qui pullulent dans la bouche peuvent, suivant les circonstances, provoquer des lésions toxi-infectieuses soit du côté du tube digestif, soit du côté de l'arbre aérien.

Troubles digestifs.—Je ne parlerai que des troubles digestifs qui sont liés à des affections suppuratives de la région gingivo-dentaire, en laissant de côté les troubles digestifs d'ordre mécanique ou chimique qui sont consécutifs à une mastication défectueuse et qui se

constatent chez les personnes édentées ou chez les personnes qui ont une articulation défectueuse des arcades dentaires.

L'histoire des troubles digestifs liés à une septicité bucco-dentaire est de date récente. C'est à William Hunter que revient le mérite d'avoir décrit le premier la gastrite septique liée à des suppurations chroniques de la cavité buccale. Les observations de William Hunter et de Julien Tellier nous démontrent d'une façon évidente le rôle de la déglutition de matières putrides dans les gastrites et les dyspepsies.

Les lésions du rhino-pharynx, des fosses nasales, peuvent également déverser le pus dans le tube digestif et provoquer des troubles gastro-intestinaux. Les matières putrides introduites dans l'estomac se mélangent avec le suc gastrique. Gross a constaté expérimentalement que le suc gastrique additionné de mucco-pus perd ses propriétés digestives; dans une notable proportion la quantité de l'acide chlorhydrique est considérablement diminuée.

La pyophagie et l'action directe des sécrétions microbiennes provoquerait, selon William Hunter, une infection locale de la muqueuse gastrique et produirait une véritable gastrite septique.

Selon Julien Tellier, il s'agirait plutôt d'une auto-intoxication générale atténuée se manifestant d'abord et surtout par des troubles digestifs. Ces deux hypothèses peuvent être admises ou plutôt peuvent être confondues. Que la gastrite soit primitive, comme le veut William Hunter, qu'elle soit secondaire à une intoxication générale atténuée, comme le veut Julien Tellier, la gastrite une fois établie est suivie d'autres troubles généraux qui relèvent d'une auto-intoxication.

Nous pouvons conclure de tout ce que nous venons de dire que l'infection primitive de la cavité buccale peut se répercuter sur le tube digestif et que le diagnostic étiologique de ces gastrites doit être fait dès le début et que l'intervention doit être dirigée du côté de la région gingivo-dentaire atteinte de suppuration chronique.

Troubles pulmonaires.—A côté des troubles digestifs d'origine bucco-dentaire, on a également observé des complications du côté de l'appareil broncho-pulmonaire. La pneumonie serait, dans certains cas, due à une auto-infection d'origine buccale. Le passage du pneumocoque, hôte habituel de la bouche, vers le poumon, serait la cause de la pneumonie.

Bezançon et Griffon, en essayant d'appliquer à la pneumonie l'épreuve de la séro-réaction de Widal, ont pu constater que le

sérum des malades atteints de pneumonie n'agglutinait pas tous les échantillons de pneumocoques, mais surtout, et souvent exclusivement, l'échantillon de pneumocoque isolé de la salive même du malade. Ceci tend à démontrer que la pneumonie est souvent engendrée par le pneumocoque salivaire. Ce que nous venons de dire pour la pneumonie peut s'appliquer également à la bronchopneumonie.

La bronchopneumonie peut être causée par de nombreux microorganismes. Les agents habituels sont le streptocoque, le pneumocoque, le staphylocoque, le bactérium coli, le protéus vulgaris et le tétragène; or, ce sont précisément ces microbes qui font partie intégrale du polymicrobisme buccal.

Troubles généralisés.— L'infection ou l'intoxication générale emprunte souvent la voie bucco-dentaire comme porte d'entrée primitive. Les microorganismes de la bouche ou leurs toxines peuvent passer dans la circulation et engendrer des perturbations graves de notre économie.

Quand faut-il nettoyer sa bouche

C'est surtout après les repas que ce nettoyage est utile, pour empêcher les débris alimentaires de séjourner dans la cavité buccale et d'y subir des fermentations microbiennes. Il est d'une bonne hygiène de se débarrasser de ces détritrus après les repas. A défaut de ces soins multiples, on devra au moins nettoyer sa bouche avant de se coucher, ou mieux immédiatement après le repas du soir. Pendant le sommeil, les sécrétions sont ralenties, et la défense naturelle de l'organisme est moins active. Un second nettoyage le matin au lever, au moment de la toilette quotidienne, complètera l'œuvre de la propreté buccale.

Emploi de la brosse à dents

La brosse à dents, chargée d'une pâte ou d'une poudre dentifrice, est promenée sur la surface des dents. On commencera par frotter les bords libres et les faces triturantes, puis les faces labiales et vestibulaires de toutes les dents, en partant de la gencive et en se dirigeant vers l'extrémité des couronnes, c'est-à-dire de haut en bas pour les dents supérieures et de bas en haut pour les dents inférieures. Le mouvement contraire aurait pour effet de refouler plus profondément vers le collet des dents les parcelles alimentaires logées dans

les triangles interdentaires et de rompre l'adhérence des gencives autour des collets. La brosse sera promenée non seulement dans le sens vertical, mais d'avant en arrière, et vice-versa. Elle devra atteindre les parties les plus éloignées et la face postérieure des dents de sagesse, si fragiles, de mauvaise résistance, comme dégénérées et si souvent cariées avant leur complète sortie. Lorsque la brosse sera dans le vestibule, on rapprochera les maxillaires de manière à relâcher les muscles des joues et permettre à tous les mouvements de brossage de s'effectuer librement. Un rinçage de bouche entraînera les débris ainsi expulsés du vestibule et des espaces interdentaires. On recommencera l'opération en ce qui concerne la face linguale des dents.

Nettoyer sa bouche avant de se coucher, c'est donc réduire au minimum les conditions favorables à la pullulation microbienne.

INTERETS PROFESSIONNELS

LA LUTTE CONTRE LE CHARLATANISME

Monsieur le Rédacteur en chef
de l'*Union Médicale du Canada*,

Je crois de mon devoir d'attirer votre attention sur l'urgence qu'il y a d'entreprendre une lutte sérieuse contre le charlatanisme, surtout les chiroprathes, qui menacent de nous envahir; et cela, tant dans l'intérêt du public que de la profession médicale.

Après une enquête sérieuse faite à New-York auprès des experts en cette matière, comme MM. les Drs Harris et Hubbard, j'ai pensé qu'il était importante de nous organiser sans retard contre l'envahissement en masse des chiroprathes de tout acabit dont certains Etats de la République voisine ne veulent plus et qui vont sans aucun doute chercher à tenter fortune en ce pays, et, pour une bonne part, dans la province de Québec.

Par suite d'une campagne très active, menée avec beaucoup d'intelligence, les associations médicales aux Etats-Unis ont réussi à soulever le public en démasquant la science creuse à base de charlatanisme dont se compose le funambulesque chiroprathe moderne. Par des conférences, par des tracts, par des articles de journaux on a révélé ses prétendus secrets scientifiques et dévoilé toute la supercherie. On a publié le résultat d'enquêtes très sérieuses, enquêtes conduites même avec le concours de détectives d'expérience. Et devant toutes ces révélations, le public s'est ému; l'émotion du public a gagné les législateurs, comme cela devrait forcément arriver; finalement, la profession médicale a eu gain de cause, obtenant la passation de lois protégeant d'abord le public contre l'exploitation des charlatans, et les médecins, contre une concurrence déloyale que rien ne justifie.

Il me semble donc que, pour nous protéger contre l'envahissement du charlatanisme en cette province, il serait sage de recourir au même procédé qui a réussi aux Etats-Unis, et spécialement dans l'Etat de New-York. Je vous demanderai donc d'accorder un peu de votre attention aux quelques détails que j'ai pu compiler à ce sujet.

Laissez moi cependant vous dire tout desuite que je n'ignore pas et je me plais à reconnaître avec beaucoup d'autres, les louables efforts accomplis par le Bureau provincial de médecine, depuis plusieurs années, pour améliorer le status légal de notre profession.

Nous nous sommes heurtés à certaines difficultés. Aussi, en toute connaissance de cause, il me semble que la méthode suivie par le corps médical de l'Etat de New-York est la bonne; avant de s'adresser à la législature, on a d'abord voulu convaincre le public; et c'est le public, convaincu, qui a ensuite forcé la législature à agir. Le procédé est à retenir. Le collège a toujours attaché plus d'importance au relèvement du niveau moral professionnel qu'à la chasse aux charlatans. Il a eu parfaitement raison. On a aussi pensé je suis bien prêt d'amettre également que vouloir supprimer le charlatanisme dans le monde n'est pas loin d'être une utopie, et que la profession médicale poursuit un idéal beaucoup plus élevé. Il est sans doute utile de chercher à tarir la hâblerie des prétendus guérisseurs de tous maux; il y aura toujours des charlatans. Toutefois, il me semble qu'il appartient bien au Collège des médecins, d'intervenir pour restreindre le charlatanisme, et l'empêcher à temps de nuire au public lorsqu'il tente de passer des phrases aux actes; car c'est alors qu'il devient dangereux.

C'est dans ce but de défense publique que le corps médical de l'Etat de New-York, aux Etats-Unis, sous l'habile direction des Drs. Harris et Hubbard, organisait le 16 février, 1924, une sérieuse enquête sur le charlatanisme. Afin de connaître l'étendue du mal dans l'Etat de New-York, le Bureau d'Education de la santé publique commença une enquête par l'entremise de son Bulletin d'Hygiène Publique, et la poursuivit inlassablement chaque semaine. On demandait aux médecins, aux citoyens, à tous les intéressés, de surveiller les actes des charlatans de toutes catégories, de les suivre dans leurs agissements et de produire contre eux des plaintes fondées sur des cas établis d'abus de confiance publique.

Le résultat ne se fit pas attendre. On reçut tout de suite un grand nombre de plaintes, soit par lettres, soit par télégrammes; plusieurs victimes de la supercherie se présentèrent au bureau, et des médecins, en grand nombre vinrent dénoncer les abus.

Le premier résultat de cette enquête fut de classifier les différentes catégories de charlatans. On établit qu'il y avait 59 variétés de charlatans, dont quelques uns sont affublés de noms bizarres. J'en donne ici la liste complète:—

Devant l'étendue du mal on comprit vite que le seul moyen d'y remédier était d'obtenir des lois propres à protéger le public contre l'exploitation éhontée de sa crédulité et de cette sorte de confiance qu'il aime parfois être aveugle. Mais avant de faire fulminer par

la législature de l'Etat des pénalités soit par l'amende ou la prison, on entreprit résolument d'éclairer le public sur la prétendue science des chiroprathes, et l'on rendit obligatoire dans les universités l'enseignement rationnel de la physiothérapie, et l'application de tous agents physiques dans les hôpitaux standardisés, sous la direction de médecins experts. Ceci, dans le but de répondre victorieusement à la critique mal fondée des chiroprathes qui proclament la faillite de la science médicale.

La vérité est que la médecine scientifique n'ignore pas les propriétés curatives des agents physiques, mais qu'elle n'accorde pas toujours à ceux-ci l'importance auquel elle a droit, alors que les chiroprathes croient pouvoir ignorer les éléments de la médecine pour tenter fortune par l'exploitation outrancière des seuls agents physiques et la crédulité des gens.

Il y a aux Etats-Unis deux écoles principales de chiroprathes.

La première est dirigée par Palmer d'où sont supposés sortir les chiroprathes régulièrement formés. La seconde école est celle de Calver; les élèves qui en sortent ont plusieurs tours de passe-passe dans leur sac. Ce sont des guérisseurs disposant de méthodes variées et applicables au goût des gens; sorte de combinaison de manipulation sur les vertèbres avec le massage général. Si l'on joint à ces deux sources principales, un grand nombre de fabriques de diplômes, dont quelques unes procèdent par correspondance, on ne s'étonne pas que le nombre des chiroprathes dans l'Etat de New-York soit approximativement de 3000 à 5000. Sur ce nombre, seulement dix médecins diplômés s'intitulent comme chiroprathes.

Comme résultat de la campagne d'épuration qui dure depuis trois ans, on estime que 1500 chiroprathes ont été chassés de l'Etat de New-York; on se demande combien sur ce nombre vont venir dans la province de Québec, et combien y sont déjà établis. Il est à signaler que depuis six ans les chiroprathes cherchent à obtenir un status légal dans l'Etat de New-York, et qu'ils ont échoué. La nouvelle loi passée le 22 mai, 1926, règlemente d'une façon très sévère les opérations des chiroprathes; toute infraction à cette loi est punie par une amende de pas plus de \$500. ou d'un an de prison.

Mais encore une fois, pour en arriver là, on a procédé avec méthode en faisant d'abord l'éducation du public. On a fait contre les chiroprathes un grand nombre de causes. Des femmes détectives, au nombre de deux généralement, préalablement reconnues après sérieux examen médical, comme physiquement saines, se présentaient auprès

de tel guérisseur de tous maux en vogue pour apprendre qu'elles étaient affligées des maux les plus graves. Le rapport de l'entrevue était publié dans les journaux ainsi que le détail des tours de passe-passe; le public saisissait de lui-même le ridicule de cette fumisterie. Les condamnations pour exploitation de la confiance publique étaient également publiées.

Par ce moyen on est arrivé à préparer la législature à l'adoption de sa loi de mai 1926. En effet, cette loi protège la trop grande catégorie de gens qui aiment à être exploités, en même temps au détriment de leur santé et souvent de leur existence, et tend à mettre un frein à l'exploitation d'aventuriers sans scrupules qui battent monnaie à même la crédulité des simples.

Aujourd'hui, dans l'Etat de New-York, les chiroprathes, pour obtenir un permis leur donnant droit à la pratique de la chiroprathie, et non de la médecine, remarquons le bien, doivent prouver à l'évidence qu'ils ont étudié quatre années dans une université reconnue "standad", et au moins sept ou huit mois par année. Ils doivent de plus justifier de leurs connaissances en anatomie, en physiologie, en hygiène, en chimie, de l'obstétrique, de la gynécologie, de la pathologie, de la bactériologie et du diagnostic. (1)

Dans certains cas, on leur fait subir un examen, devant un bureau médical compétent, mais le chiroprathe ne peut prendre le titre de docteur d'aucune façon; tout au plus peut-il indiquer qu'il est licencié en physio-thérapie. Il ne peut sous aucun prétexte s'intituler: Docteur en physiothérapie.

Les annonces dans les journaux sont soigneusement surveillées; pratiquement, elles sont interdites aux chiroprathes, lorsqu'elles ont la moindre tendance à tromper le public. Les pénalités qui frappent le chiroprathe licencié peuvent être d'un an de prison et de \$500. d'amende.

Comme conclusion de la revue rapide de ce qu'on a pu faire dans l'état de New-York pour restreindre l'exploitation par le charlatanisme, il me semble que nous devrions mettre à l'étude une méthode pratique et effective qui nous donnerait le même résultat en cette province. Après avoir fait l'éducation du peuple, y compris notre classe professionnelle, les députés, les juges, etc., au moyen de publications dans les revues médicales, dans les journaux, de tracts, de conférences publiques ou par le moyen du radio, nous pourrions

(1) Voir: Loi médicale de l'Etat de New-York, page 14, article 7; page 27.

arriver à la passation d'une loi dans le genre de celle adoptée dans l'Etat de New-York. Nous pourrions amender notre loi médicale de façon à parer à ce danger nouveau, et pouvoir aux poursuites judiciaires et aux condamnations appropriées.

Une chose certaine, c'est que l'exploitation par le charlatanisme constitue un véritable danger pour la santé publique, et que nous-mêmes, à titre de Gouverneurs du Collège, sommes en devoir d'organiser plus que jamais la lutte qui s'impose pour circonscrire ce danger. La lutte contre le charlatanisme est donc une lutte qui s'impose dans le meilleur intérêt public. C'est à nous les médecins qu'il appartient d'entrer les premiers en lice, parce que c'est sur nous que le public compte avec raison comme les naturels gardiens de la santé des gens.

Je termine donc en rappelant que s'il est important de faire des lois pour se débarrasser des charlatans, il est d'une égale importance de faire l'éducation du peuple, et de bien démontrer d'abord que le bien que nous défendons, c'est le bien commun: la santé publique.

Le jour où nos gouvernements comprendront cette attitude pleine de noblesse et de dignité qui est la nôtre, en la circonstance, ils ne manqueront pas, à l'exemple de la législature de l'Etat de New-York, de nous donner raison.

Je compte que vous voudrez bien vous occuper de cette question et sonner l'alarme avant qu'il ne soit trop tard.

Agréé, M. le rédacteur, avec mes remerciements l'expression de mes sentiments distingués.

Dr DeBLOIS,

Prés. Soc. Méd. Trois-Rivières.

Liste des Chiropathes et autres charlatans du même acabit:

"Aero-therapy"	"Geo-therapy"
"Astral" healers	Hypnotist
"Autothermy"	Hydro-therapy
Beautifler Establishments	Herbalist
"Biodynamo-chromatic" therapy	Helio-therapy
"Blood" specialists	"Irido-therapy" diagnosticians
Bone setters	Kneipp cure
Cancer "cures"	"Leonic" healers
"Chromo-therapy"	Mental and spiritual healing
"Christos" (blood washers)	Medical gymnast
Christian Science.	Mechano-therapy
"Chromopathy"	"Naturopologist"

Couéists	"Natureopath"
Diet-therapy	"Neuro-therapy"
Diathermy	"Naprapath"
"Drugless healers"	Optical Institutes
Electro-therapy	Obesity curers
Electrotonic methods	"Psycho-analyst"
Electric light diagnosis	Patent Medicine Men
"Electryonic" methods	"Photo-therapy"
"Electro-homeopathy"	Physical culture
"Electronapro-therapy"	"Physio-therapy"
"Psycho-therapy"	"Spectro-therapy"
"Practo-therapy"	"Tropho-therapy"
"Quartz-therapy"	"Telathermy"
"Sani-practor"	Vacuum and serum "cures"
"Spectrocrome"	"Vitopath"
Special food faddists	"Zodiac-therapy"
Special drug faddists	"Zonet-therapy"
"Spondylo-therapy"	

Extrait du bulletin du Département de la Santé, Cité de New-York, No 7, février 16, 1924.

N.D.L.R.—Nous remercions notre distingué correspondant de sa lettre. Nous savons quels sont les abus causés par cette classe de "docteurs". Pourquoi tous ces messieurs se déguisent-ils derrière un masque de "docteur" afin d'attirer les nigauds et les naïfs dans leurs filets ?

Notre loi nous protège-t-elle contre ces pratiques ?

Le Collège des Médecins est-il impuissant, même avec nos nouveaux Gouverneurs, à protéger le public contre ces nouveaux Sganarelle ?

Nous attendons une réponse.

SCHEMA THERAPEUTIQUE DE L'ANNEE 1926 (1)

1° Sérothérapie et vaccinothérapie.

- A) **Rougeole** (immunité):
 - 1° sérum d'adulte ayant eu autrefois la rougeole;
 - 2° sang total d'adulte;
 - 3° sérosité d'un vésicatoire (3 à 5 c.c.).
- B) **Oreillons** (prévention):
 - 1° 10 à 20 c.c. de sérum de convalescent;
 - 2° 20 c.c. de sérum prélevé le 20e jour, prévient l'orchite.
- C) **Scarlatine**: mélange de sang de convalescents recueilli à la 4ème semaine additionné de citrate de soude à 10%. De une à quatre injections intramusculaires de 10 à 30 c.c., selon l'âge du malade et la gravité du cas.
- D) **Poliomyélite**: 100 c.c. par jour. (Pettit)
- E) **Tétanos**: sérum intrarachidien après chloroformisation.
- F) **Diphthérie**: dans les paralysies, injections sous-cutanées d'un mélange de toxine et d'antitoxine.
- G) **Méningococcies**: auto-vaccin.
- H) **Broncho-pneumonie**: vaccin polyvalent (les 3 pneumocoques, plusieurs entérocoques, un tiers de tétragènes et de staphylocoques). Doses: $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{2}$ puis 1 c.c. tous les jours.
- I) **Pré-opératoire**: stock-vaccin polyvalent (strepto-staphylo-entérocoques et colibacilles).

2° Bactériophage.

- A) **Infections urinaires**: n'essayer la médication que si le microbe isolé subit in vitro la lyse bactérienne. Technique: 2 à 5 inj. sous-cutanées de 2 à 3 c.c. par 24 heures; ingestion buccale: 10 à 20 c.c. tous les jours; instillation vésicale: 2 à 3 de 10 à 20 c.c. conservées 24 heures.
- B) **Injections staphylococciques**: 2 c.c. par jour pendant trois jours si l'essai in vitro est positif.

3° Les anatoxines.

- A) **Diphthérie**: prévention par 0.5 à 1 c.c. d'anatoxine deux fois de suite.

4° Désensibilisation.

- A) Rhume des foins
- B) Asthme
- C) Coryza spasmodique

{ Solution de peptone à 50%. Injection intradermique dans la région deltoïdienne. Commencer par 1/10 c.m.³, augmenter de 1/10 c.m.³ par jour jusqu'à 1 c.c. Faire vingt injections.

(1) D'après la revue annuelle du Dr Paul Harvier, "Paris Médical", le 4 décembre 1926.

5° **Abcès de fixation.**

- A) Grippe épidémique
- B) Méningite cérébro-spinale
- C) Encéphalite épidémique

A la partie moyenne de la face antéro-externe de la cuisse, injecter en plein tissu cellulaire 1 c.m.³ à 1½ c.m.³ d'essence de térébenthine. Inciser entre le 4e et le 6e jour.

6° **Antiseptiques.**A) **Dérivés de l'acridine :**

- 1° **Blennorrhagie:**
 - a) lavages avec sol. à 1 pour 8000 progressivement concentrées jusqu'à 1 pour 4000;
 - b) injection intraveineuse de 5cm³ de sol. aqueuse à 1% tous les jours ou 5 c.c. d'une sol. à 1/50 trois fois par semaine.
- 2° **Plaies:** irrigation continue 1 0/00.
- 3° **Affections cutanées (impétigo)** 1/200.
- 4° **Stomatites et angines:** en gargarisme.
- 5° **Colites ulcéreuses:** lavements avec sol. 1 pour 4000 conservés vingt minutes.

B) **Mercurochrome 220 :**

- 1° **Infections urinaires colibacillaires et staphylococciques:** instillations et lavages intravésicaux 1 0/00.
- 2° **Colites ulcéreuses:** lavages.
- 3° **Infections staphylococciques, streptococciques, colibacillaires:** injection intraveineuse 10 cm³ sol. à 1 pour 200 diluée dans du sérum plusieurs jours de suite.
- 4° **Anémie pernicleuse:** 15 à 20 c.c. sol. 1% tous les trois ou cinq jours en injection intraveineuse.

7° **Thérapie antituberculeuse.**

- A) **Vaccination par le B. C. G.:** trois doses de 2 cm³ diluées dans un peu de lait avant la tétée à deux jours d'intervalle chacune, les 5ème, 7ème et 9ème jour après la naissance.
- B) **Aurothérapie:** "La sanocrysine n'est pas un médicament spécifique de l'infection bacillaire: même à faibles doses, son manie-ment est dangereux et elle ne saurait être conseillée aux pra-ticiens."
- C) **Cuprothérapie:** double cyanure de cuivre et de potassium (cupro-cyan) par voie veineuse, intramusculaire ou dans les trajets fis-tuleux, donne dans les abcès froids, les adénites, les synovites, les arthrites et les ostéites des résultats favorables.
- D) **Iodothérapie:** ne s'applique qu'aux formes lentes, limitées, à réaction fébrile atténuée, fibro-scléreuses avec ou sans asthme, bronchite, emphysème, pleurite et cortico-pleurite.
- E) **Dérivés des huiles de chaulmoogra et de foie de morne :**
Ont été employés avec des succès divers :
l'éther chaulmoogro-morrhuique au 1/3 contenant les vitamines

A liposolubles de l'huile de foie de morue (3 cm³, 2 fois par semaine en injection);

le morrhuate d'éthyle en sol. à 25% dans l'huile d'olive purifiée; l'huile de chaulmoogra associée à l'acide élaïérinique ou lipol.

F) Antigène méthylique.

1° **Tuberculose pulmonaire**: "Injections sous-cutanées quotidiennes, à doses croissantes, de 0.05 à 1 c.c. en progressant par 1/20 de c.c. et en répétant 7 à 8 fois la même dose avant de passer à la dose supérieure." Excellent adjuvant de la cure de sanatorium.

2° **Tuberculoses externes**: dilution au 1/10, 1/4 de c.c. le premier jour et progression par quart de c.c. jusqu'à 1 c.c. après avoir répété la même dose plusieurs fois de suite. Résultats favorables.

G) Pneumothorax artificiel bilatéral. La technique varié avec les cas. Surtout recommandé chez les femmes enceintes atteintes de tuberculose bilatérale.

8° Thérapie antisyphilitique.

A) Le **solubyl**, iodure double de quinine et de bismuth solubilisé. Ampoule de 10 c.c. contenant 0.03 d'iodure double par c.c. Injection intramusculaire tous les deux jours. Dans l'intervalle, le matin à jeun, deux comprimés de 0.25 ctg. de stovarsol.

B) Le **B. S. M.**, sel disodique de l'acide bismuthal tritartrique. Renferme 26% de métal. S'emploie en sol. aqueuse à 10% additionnée de 3% d'acide phénique et stérilisée à l'autoclave. Injection tous les cinq jours, 3 c.c. contenant 0.30 ctg. de sel.

C) Le **sulfo-tréparsan**, dioxydianimo-arsénobenzène méthylène sulfonate de soude. Injections sous-cutanées de 6 en 6 ctgr. tous les jours jusqu'à 0.24 ctgr., tous les trois jours de 0.30 ctgr. à 0.42 ctgr., tous les sept jours de 0.42 à 0.60 ctgr. Dose totale.

D) Le **stovarsol** contre la paralysie générale. Solution 0.50 ctgr. de stovarsol par 4 cm³ d'eau distillée. Peu importe la voie, 3 injections par semaine. La 1ère à 0.50 ctgr., la 2e à 1 gr. et les autres à 1 gr. .50. Dose totale: 21 grammes en 5 semaines. Nouvelle série après un mois d'interruption. 50% d'échecs.

9° Thérapie antichancrelleuse.

A) **Vaccination locale**: Ponction du bubon, injection du filtrat tous les jours dans le ganglion. Compresses de filtrat sur la chancrelle.

B) **Choc thérapeutique**:

1° Auto-hémothérapie;

2° Injections de lait;

3° Vaccin de Delbet (2 c.c. à titre préventif).

- C) **Vaccinothérapie spécifique:** Vaccin de Nicolle. Un c.c. à 1½ c.c. tous les deux ou trois jours, en injection intraveineuse et croissante. Ne pas dépasser 3 c.c. Six injections suffisent en général

10° Opothérapie.

A) Insuline.

- 1° **Ulcères variqueux:** 10 à 20 unités deux fois par jour, compresses locales d'insuline.
- 2° **Plaies atones:** idem.
- 3° **Psoriasis.**
- 4° **Vomissements acétonémiques de l'enfance:** 10 à 15 unités suivies de sucre. Au bout de 3 heures, dose plus forte ou moindre, selon les résultats. Faire analyse des urines toutes les trois heures.
- 5° **Etats de dénutrition:** 10 unités le 1er jour, 20, 30 et 40 — cette dernière dose en deux fois — les jours suivants, avant un repos hydrocarboné. La deuxième semaine monter la dose à 60 unités (20 avant chacun des repas). Durée de la cure: 3 semaines.
- 6° **Affections vasculaires** (artérite, mal. de Buerger, etc.): 10 unités tous les jours pendant longtemps.

B) Opothérapie thyroïdienne :

- 1° **Néphrites oedémateuses:** de 0.10 à 1 gr. pendant des semaines.
- 2° **Cardiopathies avec anurie.**
- 3° **Angine de poitrine sans hypertension.**

C) Opothérapie parathyroïdienne :

- 1° **Tétanie:** 10 unités d'extrait tous les deux jours.

D) Opothérapie hypophysaire :

- | | |
|---------------------|----------------------------------|
| 1° Constipation | } injections de rétropituitrine. |
| 2° Diabète insipide | |

11° Thérapie antibasedowienne.

A) Iode :

- 1° **Prévention du goître.**
- 2° **Goître exophtalmique primitif.**
- 3° **Préparation opératoire:** 0.10 ctgr. d'iode pendant quinze jours par mois sous forme de liqueur iodo-iodurée.

B) Sérum thyrotoxique :

- 1° **Maladie de Basedow:** très atténuée.
- 2° **Cancer du corps thyroïde:** réduction.

C) Borate de Soude: s'emploie dans la maladie de Basedow.

Technique: 2 à 4 gr. par jour en sol. à 5%, associé au citrate de soude à 5%, par la bouche ou en lavement.

12° Thérapie antigoutteuse.

- A) **L'Ataquinol:** 0.50 ctgr. en cachets ou en granulé. Dose moyenne: un gramme par jour.

13° Thérapie antirhumatismale.

- A) **Iode:** à hautes doses, en injection intraveineuse deux ou trois fois par jour.
B) **Salicylate de soude:** a plus d'action s'il est associé à des injections intramusculaires d'iodure de sodium.

Roméo BOUCHER.

AVIS

Le **Docteur GUSTAVE ARCHAMBAULT**, professeur de Dermatologie et de Syphiligraphie à l'Université de Montréal et chef du Service des maladies de la peau à l'Hôpital Notre-Dame, recevra sa clientèle dans ses nouveaux bureaux,

No 374 est, rue Sherbrooke (coin St-Hubert), téléphone Est 3953,

où est installé un laboratoire complet d'Agents physiques pour le traitement des maladies de la Peau (radium, rayons X, diathermie, électrolyse, ionisation, neige carbonique, ultraviolets, infra-rouges, etc.), qui est sous la direction de son collègue le **Docteur ALBERIC MARIN**, médecin dermatologiste de l'Hôpital Notre-Dame, assistant à la clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie de l'Université de Montréal.

BUREAU DE MEDECIN A LOUER

249 rue Sherbrooke Est, près St-Denis, avec garage. Excellent poste pour Médecin ou Spécialiste. Conditions faciles. S'adresser à l'administrateur, Est 1877, ou Lancaster 3579.

NOUVELLES

Le professeur Pierre Masson, de l'Université de Strasbourg, occupera la chaire d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, en remplacement du professeur Latreille, démissionnaire pour cause de santé.

Nous sommes très heureux de cette innovation et nous saluons, dans notre distingué collègue, une des grandes autorités de France en cette matière.

Nous publierons, dans le prochain numéro, sa leçon d'ouverture.

Le docteur Rodolphe Boulet vient d'être nommé membre correspondant étranger de la Société Rhino-Oto et Laryngologie des Hôpitaux de Paris.

Nos félicitations.

Le professeur LeSage a été élu membre du Comité de patronage et de propagande de l'Association de la "*Presse médicale latine*" dont le premier Congrès aura lieu à Paris du 25 au 30 avril 1927.

Cette première réunion a pour but de grouper en une Fédération commune les Associations de Presse médicale, les revues, les journaux médicaux et les journalistes comprenant, dirigeant ou rédigeant des journaux dans une langue latine: espagnol, français, italien, portugais ou roumain.

Le Dr LeSage y représente à ce point de vue le Canada.

o

ON COUPE LES ARBRES MORTS

Quelques-uns ne peuvent comprendre pourquoi la médecine met de côté chaque année de vieilles et chères théories et adapte des méthodes basées sur de nouveaux principes.

Il n'y a pas si longtemps déjà on proclamait bien haut que la terre était ronde. Pendant des siècles, on crut que le poisson dans l'eau n'avait pas de poids. Ce ne fut que lorsque qu'elque intelligence hardie démontra en pesant un bol d'eau, avec et sans poisson, que la théorie du poisson sans poids n'avait pas sa raison d'être et qu'elle fut abandonnée. Mais il fallut des années d'argumentation.

Il n'y a rien de plus dur au monde que de se débarrasser d'un préjugé ou d'une tradition. Il serait aujourd'hui impossible de persuader un tailleur de ne pas poser de boutons sur une manche de veston. Il y a des siècles, ces boutons étaient nécessaires pour empêcher les soldats de se servir de leurs manches comme mouchoir. Ils ne sont pas beaux, mais le décret de la mode le veut ainsi.

Dix ans après les diligences, au début du chemin de fer, il y avait toujours à l'avant un étui pour le fouet. Et cependant le cheval de fer n'avait aucun besoin de lanière. Ceci n'est qu'un exemple de l'empreinte de l'usage dans le commerce et les affaires.

En réalité, la profession médicale s'est débarrassée de plusieurs idées et préjugés sans utilité. Ce fut, par exemple, longtemps une manie de faire des saignées. Que de médecins très distingués ont écrit de longs traités sur la phlébotomie, ont fixé même les jours du mois propices à la saignée! Cependant quand l'expérimentation eut démontré que la saignée ne repose sur aucune base physiologique certaine, les médecins l'ont rejetée. Ils se détournèrent vite d'une tradition remontant à plusieurs milliers d'années. Depuis quelques années, la majorité des médecins ont adopté des moyens de soulager la congestion sans faire perdre au malade une goutte de sang. C'est alors que l'emplâtre minéral, à l'antiphlogistine, aussitôt que sa valeur fut reconnue, prit la place de tous les cataplasmes laids et malpropres, faits de matières organiques.

Du tout au tout, la profession médicale conduit le monde par sa facilité à rejeter des théories inutiles et les pratiques établies dans la nuit de l'oubli.
