

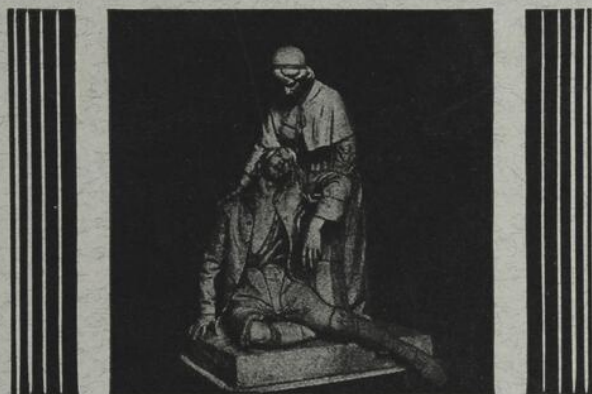
No 5

Septième année

LE JOURNAL

... de ...

L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL



SEPTEMBRE-OCTOBRE

1938

DIVERSES QUANTITÉS de

CODEÏNE

Dans une formule bien connue

“ACÉTOPHEN” COMPOSÉ AVEC CODEÏNE

Comprimé No 222 “Frosst”

R ^x	Acétophen	3½ gr.
	Phénacétine	2½ gr.
	Citrate de caféine	½ gr.
	Phosphate de codéine	⅛ gr.

Le perfectionnement de cette formule remarquable, permet aux médecins de faire un choix dans la prescription de ces comprimés dont la valeur thérapeutique est incontestable.

Comprimé No 262 “Frosst”

La même formule que le comprimé No 222 (Gris)

Comprimé No 282 “Frosst”

La même formule que le comprimé No 222 avec phosphate de codéine, ¼ gr.

Comprimé No 292 “Frosst”

La même formule que le comprimé No 222 avec phosphate de codéine, ½ gr.

POUR ENFANTS

Comprimé No 273 “Frosst”

Un quart de la force du comprimé No 222 (sucré, rose)

ANTIPYRÉTIQUES

ANALGÉSIIQUES - ANTI-RHUMATISMAUX

Charles E. Frosst & Co.

MONTRÉAL

CANADA

SOMMAIRE du No 5

Septembre-octobre 1938

Pages

FERNAND DAZÉ et PAUL DUMAS: Un cas de psychose toxi-infectieuse guéri par l'abcès de fixation	273
ALBERT JUTRAS : Considérations sur le radiodiagnostic ..	287
RODRIGUE LEFEBVRE : Tachycardie paroxystique suivie d'asystolie. Traitement par la quinidine	296
LÉO-J. TESSIER : L'otosclérose et son traitement par la thyroxine	303
J.-UBALD BESSETTE et GÉRARD SAINT-ONGE: Lympho- granulomatose maligne à forme médiastinale	306
JEAN-PAUL LEGAULT : Un cas de cancer de la prostate sans troubles urinaires	313
EDMOND BOURGAULT : Anesthésie ou chirurgie ?	318
ÉDOUARD DESJARDINS : Les complications post-opératoires précoces	321



PROVEINASE

MIDY

“ RÉGULATEUR DE LA
CIRCULATION VEINEUSE ”

TROUBLES de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE

LABORATOIRES DE LA PIPÉRAZINE MIDY
New Birks Bldg. MONTREAL

2 à 4 comprimés par jour.



Agents pour le Canada: VINANT Ltée, 533, rue Bonsecours, Montréal.

RÉDIGER son TESTAMENT
est la chose la plus importante de la vie.

AVEZ-VOUS PENSÉ AU VÔTRE?
CONSULTEZ-NOUS

Société d'Administration et de Fiducie
Administratrice et fiduciaire

5 EST, RUE ST-JACQUES - MONTRÉAL
(Immeuble Crédit Foncier Franco-Canadien) - Téléphone: PLateau 3821

AGENCES :

QUEBEC - WINNIPEG - RÉGINA - EDMONTON - VANCOUVER

ETHER PUR 

pour Anesthésie

De la plus haute qualité
possible, telle qu'employée
par les principaux hôpitaux
à travers l'Amérique.

MALLINCKRODT CHEMICAL WORKS, LIMITED
378, RUE SAINT-PAUL OUEST
MONTRÉAL

STANNOXYL

Pour le traitement de la
FURONCULOSE
et des Maladies à Staphylocoque

En flacons de 80 comprimés. Dose: 6 à 8 comprimés par jour

STANNOXYL

Également très efficace contre le

TENIA
Ver Solitaire

Ténia solium ou ténia saginata ou inerme

dont il assure l'expulsion en 36 ou 48 heures sans purgation drastique
ni malaise.

En flacons de 80 comprimés. Dose: 6 comprimés 3 fois par jour juste avant les repas.

Dépositaire pour le Canada:

**ANGLO-FRENCH DRUG Cie., 354 est, rue Ste-Catherine
Montréal**

POUR LES INSUFFISANCES HORMONALES
SEXUELLES MASCULINES
ORÉTON

(PROPIONATE DE TESTOSTÉRONE)

Hypertrophie bénigne de la prostate — Les malades éprouvent un soulagement marqué des symptômes qui accompagnent les troubles et la rétention urinaires, et une amélioration frappante de leur état émotif et mental.

Hommes au déclin de l'âge — L'Oréton s'est montré nettement tonifiant, produisant une sensation de mieux-être et donnant un renouveau de vigueur. Les symptômes vasomoteurs et mentaux, tels que la nervosité, les maux de tête, l'excitabilité, la lassitude et la mélancolie, disparaissent généralement. Les mêmes résultats furent observés chez des castrats souffrant des mêmes troubles.

Impuissance — L'impuissance chez les hommes assez âgés, de même que chez les individus plus jeunes, répond souvent très bien au traitement à l'Oréton.

Insuffisance d'hormone sexuelle masculine — L'Oréton a produit des résultats frappants, tant objectifs que subjectifs, même chez des individus ayant largement dépassé l'âge de la puberté. On a observé un grossissement des organes sexuels, l'augmentation du poil au pubis et aux aisselles, et une augmentation du nombre et de l'intensité des érections.

L'Oréton* est du propionate de testostérone cristallisé, en solution dans l'huile de sésame. Il est offert en ampoules de 1 cc. contenant 5, 10 ou 25 milligrammes par cc.

Posologie — Dans les cas ordinaires on donne généralement 10 milligrammes, tous les jours pour commencer, puis trois fois par semaine. Dans bien des cas d'impuissance et d'insuffisance d'hormone sexuelle, il faut employer des doses de 25 milligrammes. Comme tonique ou pour la cure d'entretien, il y a des ampoules de 5 milligrammes.

POUR PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS, PRIÈRE DE S'ADRESSER AU
SERVICE DES RECHERCHES MÉDICALES.



Copyright 1938, Schering (Canada) Limited.

*Nom déposé au Canada.

SCHERING (CANADA) LIMITED

BOÎTE POSTALE 358 (PLACE D'ARMES)

MONTRÉAL, P. Q.

Maintenant en vente au Canada



'DETTOL'

le fameux antiseptique britannique

*D'un coefficient phénol de 3.0
déterminé par les laboratoires
d'hygiène . . . n'est pas toxique en
concentrations effectives et n'affecte
pas les tissus*

LA médecine n'est plus contrainte, maintenant, de combattre les germes au moyen d'antiseptiques qui, en eux-mêmes, sont brutaux, corrosifs, poisons ! Fini l'emploi d'antiseptiques de concentration inefficace si l'on veut éviter l'attaque des tissus délicats !

Malgré son pouvoir bactéricide élevé, 'Dettol', le nouvel antiseptique britannique peut s'employer en fortes concentrations.

Des essais désintéressés ont été effectués par les principaux hôpitaux de Londres qui ont confirmé ces propriétés importantes. L'antiseptique 'Dettol' a un coefficient phénol de 3.0.



'Dettol' n'est pas toxique.

'Dettol' n'affecte pas les tissus, même en concentrations élevées.

'Dettol' n'est pas décomposé par le sang, le pus ni autre corps organique.

Une application de 'Dettol' en solution à 30% rend la peau réfractaire aux streptocoques hémolytiques pour une durée d'au moins deux heures, résultat notablement difficile à obtenir.

'Dettol' possède une odeur agréable et il ne laisse pas de taches.

L'antiseptique 'Dettol' est maintenant en vente au Canada, en bouteilles de petite et moyenne grandeur ainsi qu'en récipients de plus grande capacité à l'usage de la profession médicale et des hôpitaux. Pour plus de renseignements et pour en obtenir un échantillon médical, écrivez à

RECKITTS (OVER SEA) LIMITED

service des produits pharmaceutiques

1000 rue Amherst,

Montréal, P. Q.

'DETTOL'

L'ANTISEPTIQUE MODERNE

GRIPPE...

CORYPHÉDRINE

La médication salicylée

- Réduit l'hypersécrétion des muqueuses
 - Calme la céphalée frontale.
 - Diminue la dyspnée
- *Présenté en
Tubes de 20 et
Flacons de 100
comprimés.*

Laboratoires **POULENC FRÈRES** du Canada, Ltée
204, Place Youville - Montréal

Appareils Radiogènes
Complète de toute
Puissance,
De 15 MA à
2000 MA



Le Stabilivolt,
Appareil de Thérapie
Profonde en Usage
Dans le Monde
Entier.

L'Ultratherme, Appareil à Ondes Ultra-Courtes

Vendu en plus de 12000 Exemplaires

Renseignements et Catalogues sur Demande.

SIEMENS-REINIGER (CANADA) LIMITED

DOMINION SQUARE BLDG.

MONTRÉAL

HARBOUR 3117

ÉTATS DE SENSIBILISATION

DERMATOSES RÉCIDIVANTES
PRURITS—ECZÉMAS—URTICAIRES
INTOLÉRANCES—INTOXICATIONS
ASTHME—ANAPHYLAXIE
MIGRAINES
ACCIDENTS SÉRIQUES

CARENCE SULFURÉE

INSUFFISANCE HÉPATIQUE
LITHIASE BILIAIRE
SCLÉROSES VISCÉRALES
ARTHRITES — ACNÉ



HYPOSULFÈNE

DRAGÉES GLUTINISÉES D'HYPOSULFITE DE SODIUM PUR
DOSÉES A 0 gr. 25 — 4 A 12 PAR JOUR

SOLUTION STABILISÉE A 20 p. 100 EN AMPOULES DE .10 cc
POUR 2 A 3 INTRA VEINEUSES HEBDOMADAIRES

JABOSULFÈNE

HYPOSULFÈNE JABORANDI

MÈMES FORMES — MÈMES DOSES

RÉGULARISE L'ÉQUILIBRE NERVEUX VAGO-SYMPATHIQUE

Société d'Expansion Pharmaceutique Inc. — 917, rue Cherrier, Montréal



IL N'Y A QU'UN INDUCTOTHERM !

Facile à reconnaître parce qu'il est d'apparence, tout à la fois distinguée, sobre et robuste. Il est totalement dépourvu de colifichets, ne portant que ce qui lui sert à accomplir sa mission, sans jamais faillir.

VOICI, SANS AMBAGES, LES FAITS :

Le principe fondamental de l'Inductotherm est reconnu comme étant le plus sûr. Du point de vue mécanique comme du point de vue électrique, il *s'impose*. Admettez-le dans votre cabinet et il ne chômera pas, vous assurera des revenus et, bien entendu d'intéressantes guérisons.

VÉRIFIEZ VOUS-MÊME !

Examinez soigneusement un *Inductotherm*. Vous vous rendrez compte qu'il constitue une addition très désirable à votre armement thérapeutique. Pour toutes démonstrations nos agents sont à votre disposition.

VICTOR X-RAY CORPORATION of Canada, Ltd.

Distributors for General Electric X-Ray Corporation - TORONTO—30 Bloor St., Toronto 5, Ont. - MONTREAL—600 Medical Arts Bldg. - VANCOUVER—Motor Transportation Bldg., 570 Dunsmuir St. - WINNIPEG—Medical Arts Bldg.

Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal

Numéro 5

Septembre-octobre 1938

UN CAS DE PSYCHOSE TOXI-INFECTIEUSE GUÉRI PAR L'ABCÈS DE FIXATION

Par FERNAND DAZÉ et PAUL DUMAS

Nous n'avons pas la prétention de présenter ici une glose savante sur les états confusionnels d'étiologie toxi-infectieuse. La compétence nous manque pour explorer ce domaine pénombrial de la neuro-psychiâtrie. Nous voulons simplement rapporter une guérison empirique d'un cas de psychose toxi-infectieuse. Nous ferons suivre cette observation de quelques notes sur la sémiologie des états confusionnels.

* * *

Mlle V. R., 26 ans, nous est amenée le 4 avril 1936, dans un état de stupeur marquée qui rend toute anamnèse impraticable.

D'après sa mère, elle a souffert d'influenza à l'âge de neuf ans. Par la suite, elle aurait présenté de la diplopie passagère et de la somnolence.

Il y a cinq semaines, accès grippal: toux, T° à 100°—100°2, courbature, suivies de coliques et de diarrhée qui font bientôt place à une constipation qui a duré depuis.

A la suite de cette pyrexie, elle accuse de la céphalée occipito-frontale pesante et de l'insomnie.

Bientôt elle présente de la stupeur, du mutisme, de la défiance. Elle aurait même fait au début une crise de délire onirique avec terreurs et hallucinations visuelles.

A L'EXAMEN, nous faisons les constats suivants : T° vespérale de 99°-99° 2, état de dénutrition, sécheresse et pâleur des téguments, amaigrissement notable d'environ 15 livres.

ETAT MENTAL: repliement sur elle-même, négativisme obstiné, mutisme.

La patiente refuse de s'alimenter, se rebelle contre l'examen et les traitements. A toute question, elle détourne la tête, s'obstine à ne pas répondre ou dit d'une voix sourde : « Je veux m'en aller ». Mais bien qu'elle semble obsédée par cette idée de s'en aller, elle se contente de regarder la porte du même regard triste et figé, demeure dans la même attitude stéréotypée, répétant toujours le geste machinal de serrer sa robe de chambre autour de ses reins.

EN RESUME :

troubles de l'idéation: confusion mentale, stupeur, baisse de l'attention, diminution de la mémoire, (surtout de la mémoire antérograde);

troubles des perceptions: aurait eu chez elle des hallucinations visuelles, des terreurs;

troubles de l'affectivité: conservée pour sa mère, indifférence pour son entourage, anxiété, impulsivité, pudeur morbide, insomnie;

troubles de la volonté: négativisme, inertie.

troubles de la conscience et de la personnalité: indifférence pour la satisfaction de ses besoins naturels, repliement sur elle-même. N'est pas désorientée.

troubles de l'activité: expression figée du visage, mutacité, inertie.

La patiente ne présente pas de stigmates de dégénérescence mentale.

SYSTEME NERVEUX: pas de troubles de la réflectivité. Fausse catatonie et hyperesthésie qui semblent être fonction de son état confusionnel et négativiste.

Hypersympathicotomie: inversion du ROC, exagération du réflexe solaire, points sympathiques abdominaux + + + + (réaction sujette à caution étant donnée l'attitude négative de la patiente).

SYSTEME ENDOCRINIEN: pollakiménorrhée (tous les 15 jours), règles peu copieuses, leucorrhée fade. Frilosité, sécheresse des téguments.

SYSTEME GENITAL: douleur au palper profond des fosses iliaques et au toucher rectal. Toucher vaginal impraticable.

SYSTEME CARDIO-VASCULAIRE: tachycardie, T. A. 140/90, (probablement due aux efforts rageurs opposés par la patiente à l'examen).

URINES — traces d'albumine, réaction acide, pas d'oligurie.

SANG — azotémie à la limite: 0 gr. 450. Hyperleucocytose (14,375 g. b.) à prédominance de polynucléaires (85%). Pas d'anémie globulaire cu chromatique. B.-W. négatif.

LCR — B.-W. négatif. Les autres recherches n'ont pu être pratiquées en raison de la grande quantité de sang répandue dans le liquide à cause de l'agitation de la patiente pendant la ponction.

EN RESUME: syndrome confusionnel survenu à la suite d'un accès grippal, chez une patiente dans le passé de laquelle on retrace une attaque d'influenza vraisemblablement suivie d'encéphalite épidémique.

TRAITEMENT: Isolement de la malade.

Barbituriques au coucher. Laxatifs.

Médication anti-infectieuse: injections de septicémine pendant 5 jours, — sans résultat apparent.

Nous tentons alors l'abcès de fixation: injection de 4 cc. de térébenthine sous la peau de la cuisse. Accès thermique à 101°-102°.

Trente-six heures après l'injection, la patiente demande à manger, répond aux questions, et, quoique abasourdie, ne présente plus de symptômes confusionnels. Nous évacuons l'abcès au bout de trois jours, et la patiente soumise à une diète généreuse et à une médication tonique quitte l'hôpital vingt jours plus tard, ayant gagné 10 livres de poids et ayant retrouvé ses forces physiques et sa lucidité d'esprit.

Nous avons revu la malade à plusieurs reprises depuis et elle se porte à merveille.

Devant cette guérison empirique, quelques questions nous viennent à l'esprit.

1° S'agit-il dans le cas présent d'une séquelle lointaine d'encéphalite épidémique ?

2° Sommes-nous justifiables de croire à la guérison par l'abcès de fixation et cette guérison sera-t-elle durable ?

* * *

1° LES SEQUELLES DE L'ENCEPHALITE EPIDEMIQUE

Le diagnostic des séquelles tardives de l'encéphalite épidémique pose toujours un problème fort épineux. L'étiologie, l'aspect biologique et clinique de ces syndromes ne nous fournissent le plus souvent que des renseignements fort imprécis. Essayons quand même d'en démêler l'écheveau pour éclairer le présent cas.

a) *Diagnostic étiologique*: il s'étaie sur les commémoratifs d'une attaque antérieure d'encéphalite épidémique caractérisée.

— L'encéphalite épidémique, (encéphalite léthargique de von Economo, névraxite épidémique de Sicard), est une affection faiblement contagieuse causée par un virus filtrant neurotrope qui touche le névraxe. Elle survient de préférence pendant la saison froide, le plus souvent à la suite de la grippe qui semble lui créer un terrain favorable.

Brièvement: elle s'accompagne de fièvre, de troubles oculaires, (surtout des ophtalmoplégies transitoires avec strabisme et diplopie), de troubles du sommeil, (de l'hyper-somnie), de troubles de la motricité, (mouvements anormaux, paralysies), de troubles de tonus, (hypertonie, cata-tonie), de troubles des réflexes, (variabilité des réflexes), de troubles de la sensibilité, (algies diffuses), de troubles des sécrétions, (hypersalivation), de troubles du psychisme,

(excitation alternant avec l'hypersomnie, délires aigus à type onirique, états confusionnels parfois discontinus, stupeur avec négativisme et amnésie de fixation).

Maladie essentiellement polymorphe et à évolution acyclique et variable, elle comporte « des groupements symptomatiques innombrables » (Rimbaud). Nous n'en retiendrons que celui qui fut le plus communément décrit au cours de l'épidémie et qui a légitimé l'appellation d'encéphalite léthargique proposée par von Economo. Il s'agit de la *forme somnolente ophthalmoplégique*, caractérisée par de l'hypersomnie, des paralysies oculaires et de la fièvre.

— Mlle R. a souffert d'influenza en 1919, et, d'après sa mère, cette jeune personne plutôt éveillée au naturel, a présenté ensuite de la somnolence et de la diplopie passagère. « Elle voyait double, » comme disent nos gens.

Or l'on sait que l'influenza de 1919 s'est souvent compliquée de symptômes encéphalitiques. Von Economo et nombre de neurologues qui ont fouillé cette question à l'époque l'ont constaté, et notre maître M. le professeur Théodule Bruneau en a lui-même observé plusieurs cas.

— Mlle R. avait neuf ans quand elle souffrit d'influenza. Or, s'il est vrai que d'après Neal les séquelles encéphalitiques sont moins fréquentes chez l'enfant, d'autre part d'après von Economo, les troubles psychopathiques surviendraient de préférence chez celui-ci.

— Il reste que chez Mlle R. les manifestations psychopathiques sont apparues au bout de dix-sept ans. Ce fait doit-il éliminer toute présomption d'une origine encéphalitique de ses troubles confusionnels ? Von Economo et les auteurs qui suivirent les cas d'encéphalite épidémique de l'après-guerre admettaient que les séquelles de cette affection pouvaient survenir après un intervalle libre mais devaient toujours se manifester dans un délai de 4-5 ans.

D'autres auteurs ont prolongé depuis cette période de temps jusqu'à neuf ou dix ans, mais nous n'avons pas retracé dans la littérature de cas d'accident post-encéphalitique survenu après 15 ans ou plus. L'étude de ces troubles s'étant poursuivie surtout depuis les épidémies de 1918 et 1920, l'on peut conjecturer — avec prudence — que des cas aussi tardifs puissent être publiés quelque jour.

— L'on sait que la gravité des séquelles de l'encéphalite est proportionnelle à la gravité de l'accident aigu, et que ces séquelles, plus rarement d'ordre cicatriciel, traduisent dans la majorité des cas « la reviviscence d'un virus très longtemps présent dans les centres nerveux » (Guillain et Mollaret). L'on sait également que les infections intercurrentes et en premier lieu l'infection grippale, jouent un rôle occasionnel fort important dans l'apparition de ces séquelles tardives.

Or chez Mlle R. l'accident initial fut relativement bénin, (sa diplopie légère et sa somnolence furent de courte durée), et ne fut jamais suivi d'aucune manifestation neuro ou psychopathique à venir jusqu'à l'accès grippal qui précéda son syndrome confusionnel. Quant à cette attaque de grippe, elle fut évidemment trop atténuée pour avoir pu être la seule cause de cette psychose toxi-infectieuse comme le cas peut se produire après une pyrexie plus marquée.

L'ensemble de ces faits nous permet de supposer que notre patiente a pu conserver dans son système nerveux des traces de virus encéphalitique; à la faveur d'une infection grippale, ce virus aurait manifesté une virulence nouvelle et facilité l'apparition du syndrome confusionnel. Nous faisons cette supposition sous toutes réserves, en raison du long délai intercalaire entre la poussée encéphalitique et l'éclosion des troubles psychopathiques.

b) *Diagnostic biologique*: A côté des commémoratifs plus ou moins flous de l'épisode initial, il n'existe aucun

critère biologique pathognomonique des séquelles encéphalolitiques.

A la période aiguë, l'encéphalite épidémique comporte quelques signes biologiques peu probants (hyperglycorachie, hyperalbuminorachie, présence de mucine dans le LCR). Par contre ces signes sont à peu près absents au cours des séquelles post-encéphalolitiques.

Dans l'excellente monographie qu'ils ont consacrée à cette question, MM. Guillain et Mollaret écrivent : « Il importe en effet de souligner l'absence totale de tout critère certain de l'étiologie encéphalitique d'un phénomène. La faillite actuelle du laboratoire paraît à ce point de vue complète ; ses réponses servent moins à affirmer qu'à exclure. » Résumant les travaux très nombreux des chercheurs touchant les examens bactériologiques, hématologiques urinaires et céphalo-rachidiens, ils notent que

les recherches bactériologiques sont négatives ou décevantes ; les urines sont normales (sauf dans les cas d'atteinte hypophysaire ou bulbaire avec diabète insipide ou glycosurie) ; le sang, de constitution chimique inchangée, présenterait assez souvent de l'hyperleucocytose avec polynucléose, phénomène que von Economo rattache à une reprise évolutive de l'infection initiale (ce phénomène banal, présent chez Mlle R. s'explique facilement par l'accès grippal déclenchant de sa psychose). Le liquide céphalo-rachidien présenterait une tension au-dessus de la normale (indice pour Stern « d'un processus de méningite séreuse »), de la mucine (que Grynfeldt attribue à une dégénérescence mucocyttaire de la névroglie), mais par contre, très peu ou pas d'hyperalbuminose, une glycorachie normale, de l'hyperlymphocytose exceptionnelle (dans 2% des cas d'après von Economo), et, sauf exception une réaction normale au benjoin colloïdal. D'après Rimbaud, il existe

une dissociation albumino-lymphocytaire caractéristique (hyperalbuminose de 0 gr 50 à 1 gr, sans réaction lymphocytaire). A cause de la présence de sang dans le LCR de notre patiente nous n'avons pu constater ce fait chez elle.

Et les auteurs concluent: « La recherche des tests biologiques se montre donc en définitive absolument vaine. Mais la nécessité de pratiquer ces différents examens demeure cependant évidente, car ils permettront seuls parfois d'éliminer l'origine encéphalitique d'un trouble en donnant des résultats caractéristiques d'une syphilis, d'une tumeur, etc. » . . . « Au total le diagnostic de l'étiologie encéphalitique de toutes les séquelles décrites ne repose sur aucune preuve absolue. Toutes les recherches confirmatives actuelles ne sont susceptibles d'étayer une conclusion que par exclusion. Les seuls éléments de diagnostic demeurent donc les caractères même des séquelles observées, les anamnétiques et surtout les associations avec d'autres troubles également de nature encéphalitique probable.

c) Diagnostic clinique : Les séquelles de l'encéphalite épidémique sont soit d'ordre moteur, (le syndrome parkinsonien en est la forme la plus typique, et, de toutes les séquelles, la seule peut-être qu'on puisse diagnostiquer avec quelque certitude), soit d'ordre psychique.

Parmi ces dernières, qui nous intéressent uniquement ici, il convient de distinguer les formes qui touchent l'adulte et celles qui touchent l'enfant.

Chez l'adulte : atteinte du fond mental. Un état de bradypsychie particulier souvent appelé « viscosité mentale ». Le patient est « condamné à vouloir sa pensée » (Guillain et Mollaret), à vouloir ses automatismes psychiques. D'où asthénie psychique, lenteur de l'idéation, affaiblissement du sens critique. L'intelligence et la mémoire sont conservées mais en raison de cette bradypsychie, le

sujet peut difficilement fixer son attention et devient bientôt inapte à acquérir des notions nouvelles à cause de la fatigue psychique qu'entraîne le jeu de sa pensée (amnésie de fixation apparente et fort analogue à l'amnésie antérograde du syndrome de Korsakoff de la polynévrite alcoolique) — L'affectivité du sujet est intacte, le plus souvent exagérée. — Fréquemment il devient la proie de troubles dépressifs liés à son asthénie psychique, (égocentrisme marqué, repliement sur soi-même, manque d'intérêt pour le milieu extérieur, tristesse profonde avec mutisme, voire même mélancolie pouvant aller jusqu'au suicide). — L'excitation est exceptionnelle chez ces sujets bien qu'ils soient susceptibles d'irritabilité et d'impulsivité.

Chez l'enfant, les troubles portent surtout sur l'activité (syndrome d'excitation psychique avec exagération vespérale caractéristique et insomnie), et sur la libération des instincts pervers.

Ajoutons que ces troubles évoluent de façon chronique avec des alternances et des reprises et qu'ils sont associés en règle générale avec des symptômes organiques (syndrome parkinsonien), symptômes d'ordre neuro-végétatif (hypervagotonie ou déficit vagal), spasmes de torsion, hémiplésies, monoplégies.

— Mlle R. a présenté un syndrome confusionnel avec stupeur, baisse de l'attention, diminution de la mémoire antérograde, repliement de la personnalité, mutisme, négativisme, inertie, anxiété, insomnie, onirisme, — tous symptômes que l'on rencontre dans les séquelles psychiques de l'encéphalite. Ajoutons à celà, sans y attacher plus d'importance qu'il ne faut, une hypersympathicotomie avec inversion du réflexe oculo-cardiaque. Il convient de remarquer aussi que ce syndrome de stupeur avec négativisme ressemble fort au syndrome psychique de l'encéphalite aiguë.

Cet ensemble symptomatique suffit-il pour justifier un diagnostic de séquelle psychique post-encéphalitique? N'aurait-on pu se trouver en présence d'un cas de psychonévrose infectieuse, de confusion mentale par toxi-infection, de démence précoce au début, d'hystérie, de schizophrénie.

La *psychonévrose*, qui peut survenir au déclin d'une infection, grippale ou autre, présente un tableau clinique analogue à celui de notre malade. Elle s'accompagne cependant de signes humoraux très nets, (azotémie élevée, hyperalbuminorachie, lymphocytose marquée du LCR), et d'un état général très touché, — tous signes absents chez notre malade.

La *confusion mentale par toxi-infection* avec signes somatiques traduisant l'imprégnation toxique et la dénutrition de l'organisme et des centres supérieurs (insomnie, céphalée, amaigrissement, fièvre, troubles gastro-intestinaux), rappelle également l'ensemble symptomatique de notre patiente. De même que la psychonévrose toxi-infectieuse, elle comporte cependant certains signes humoraux (azotémie élevée, oligurie, rétention chlorurée et phosphatée — crise polyurique à la défervescence), qui manquaient encore chez elle.

Les signes cardinaux du type hétérophrénique de la *démence précoce* à la période prodromique, — indifférence et labilité de l'attention pouvant aller jusqu'à la stupeur; suggestibilité alternant avec un négativisme obstiné; maniérisme, puérilisme et niaiserie; irritabilité et impulsivité, — se rapprochent fort du syndrome mental de notre patiente. De même que la psychose, la démence précoce débute inopinément. Mais la démence précoce au début présente un degré de stupeur plus marqué, pouvant aller jusqu'à l'abêtissement, une atteinte plus prononcée de l'affectivité et de la personnalité consciente, un réflexe solaire muet, une aggravation continue en dépit de rémissions illusives et,

sauf exception, brèves, une résistance à peu près constante à toute thérapeutique. Il existe une analogie intime entre l'hébéphrénie de la démence précoce et la psychose post-encéphalitique. De nombreux auteurs ont voulu expliquer par l'étiologie encéphalitique le processus dégénératif du cortex et des noyaux gris mésocéphaliques qui préside à l'évolution de la démence précoce. La majorité des neuro-psychiâtres actuels croient à l'individualité de chacun de ces phénomènes.

La *schizophrénie* peut reconnaître une cause déterminante de nature infectieuse. Elle s'accompagne aussi de réactions neuro-végétatives et peut s'améliorer avec le traitement anti-infectieux ou la pyréthérapie. Mais cette entité morbide se greffe généralement sur une constitution schizoïde antérieure (autisme, rêverie, indigence pragmatique manifeste), et même si elle réagit favorablement aux agents de choc, elle n'est pas susceptible après traitement d'une « *restitutio ad integrum* » aussi complète que celle que nous avons obtenue chez notre malade. Il n'est pas rare de voir l'encéphalite simuler dans ses séquelles la schizophrénie et la démence précoce dans ses formes hébéphrénique et catatonique.

Le diagnostic de *l'hystérie* est un « diagnostic d'élimination » (Neuberger). Il est vrai que l'encéphalite peut prédisposer au mal hystérique. Celui-ci n'en demeure pas moins une entité morbide circonscrite: syndrome psychique déclenché par un léger trauma physique, favorisé par les périodes génitales et par une plasticité mentale particulière, (prédisposition mythomaniacale ou schizomaniacale), et susceptible de guérir et de se reproduire par hétéro ou auto-suggestion. Un état de mal hystérique peut céder à l'abcès de fixation, intervention mineure particulièrement douloureuse. Il semblerait peu plausible toutefois, dans le cas présent, que ce mal eut résisté aux ponctions veineuses et lombaires, contre lesquelles la patiente s'est rebellée vivement,

et eut attendu pour disparaître le clocher de température provoqué par l'injection de térébenthine.

— « L'encéphalite », écrit Christiansen (cité par Rimbaud), « cette grande simulatrice de la neurologie moderne, est devenue un vrai *pons asinorum* pour le trafic toujours croissant de l'ignorance et de l'indolence humaines. C'est une manière de voir très commode chaque fois qu'on est placé devant un tableau clinique un peu extraordinaire et difficile à interpréter d'avoir recours aux suites de cette maladie ». Son polymorphisme et ses affinités cliniques avec les syndromes énumérés plus haut, la confusion d'esprit dans laquelle nous plonge la discrimination des états confusionnels, — pour faire un sot calembour, — voilà autant de facteurs qui nous commandent la plus grande prudence dans le diagnostic des séquelles psychiques de l'encéphalite épidémique.

Nous persistons cependant à croire que l'état confusionnel de Mlle R. survenu après une pyrexie légère, chez une personne jeune, active, en excellente santé mentale et physique et ne présentant aucun antécédent ou prédisposition psychopatique, puisse être rattaché à l'encéphalite épidémique dont elle a souffert il y a 17 ans.

L'ABCES DE FIXATION

L'abcès de fixation de Fochier consiste dans l'injection sous-cutanée de 3 cc. de térébenthine à la face externe de la cuisse en vue de réaliser à ce niveau un abcès aseptique accompagné d'hyperthermie. (Employer une térébenthine pure et stérile. Une fois l'abcès formé attendre un jour ou deux avant de l'évacuer.)

C'est une thérapeutique souvent heureuse dans la psychonévrosite et les confusions mentales d'origine toxi-

infectieuse. Il peut arrêter également l'évolution de la schizophrénie, sans toutefois la guérir complètement, et enrayer parfois la progression d'une démence précoce au début.

Préconisé par Netter en 1920 dans le traitement de l'encéphalite épidémique, l'abcès de fixation a été maintes fois employé depuis avec succès contre les séquelles psychopatiques de cette affection.

Son mécanisme d'action dans cet ordre de cas nous est inconnu. Certains neurologues se rallient à l'hypothèse d'un drainage des éléments infectieux qui infestent l'organisme. D'autres auteurs, considérant que l'hyperthermie est la traduction d'une réaction de défense des centres thermorégulateurs (Nonnenbruch), croient que l'abcès de fixation agirait plutôt comme un agent pyrétotérique dans les psychoses toxi-infectieuses en déterminant une sorte « d'excito-thérapie psychique » (Pires de Lima).

Quoi qu'il en soit, il semble bien que l'abcès de fixation soit responsable de la guérison de notre patiente. Cette guérison sera-t-elle durable ? Celà est une autre affaire. S'il est vrai, — comme nous le présumons, — que l'éclosion de la psychose de notre malade était en relation avec une atteinte encéphalitique ancienne, on peut supposer qu'elle conserve des traces de virus en elle, que son état d'énergie vis-à-vis de cette infection subsiste et puisse l'exposer dans l'avenir à des accidents semblables, à l'occasion d'une pyrexie grippale ou autre.

Le résultat que nous avons obtenu chez elle avec l'abcès de fixation n'en est pas moins très satisfaisant. Et puisque le but de notre médecine est avant tout de guérir, empiriquement ou scientifiquement, nous croyons que l'abcès de fixation mérite d'être tenté dans tous les cas de psychoses toxi-infectieuses devant lesquels la thérapeutique savante se trouve désarmée.

BIBLIOGRAPHIE

GUILLAIN ET MOLLARET — *Les séquelles de l'encéphalite épidémique*. Doin, 1932.

RIMBAUD — *Précis de neurologie*. Doin, 1933.

NEUBERGER — *Comment diagnostiquer, comment traiter les maladies mentales*. Maloine, 1932.

PIRES DE LIMA — *La thérapeutique de choc dans les psychoses*. *Le Monde médical*, 1-15 juillet 1936.



AMYGDALITE — PHARYNGITE — LARYNGITE

Les troubles des voies respiratoires accusent invariablement, au cours de la froide saison, une courbe ascendante.

Dans ces états, les praticiens qui emploient l'Antiphlogistine comme application classique, sont unanimes à reconnaître qu'elle réalise un des meilleurs modes de traitement qui soient, ainsi qu'un adjuvant indispensable à toute autre mesure thérapeutique courante.

Par son action thermique prolongée, l'Antiphlogistine est adoucissante et sédative. En outre, ses propriétés antiseptiques et bactériostatiques contribuent à combattre les phénomènes inflammatoires et à provoquer la résolution.

Pour qu'elle produise son maximum d'effet, l'Antiphlogistine doit être appliquée chaude, en une couche épaisse d'un demi-centimètre environ, (et non pas comme un onguent ou une pommade) puis recouvrir d'ouate et d'un bandage.

(Communiqué)

CONSIDÉRATIONS SUR LE RADIODIAGNOSTIC

Par ALBERT JUTRAS,
Radiologiste de l'Hôtel-Dieu.

De plus en plus, on considère le rôle du radiologiste comme celui d'un consultant et les médecins qui lui adressent des malades comptent sur une opinion diagnostique.

Le perfectionnement de l'outillage simplifie chaque jour la technique radiographique. Autrefois, à l'âge héroïque, la grosse difficulté était dans la manipulation des rayons X; le radiodiagnostic, soumis à des images très imparfaites, s'arrêtait à la recherche des fractures, des corps étrangers et des grosses lésions viscérales.

Aujourd'hui, c'est l'inverse. Avec une facilité relative — facilité pernicieuse qui favorise trop d'abus — on obtient des radiographies extraordinairement riches et précises qui nous révèlent la fine structure des organes et leurs minuscules altérations. L'abondance même des détails accroît les difficultés de l'interprétation que l'on exige de plus en plus fouillée.

La radiosémiologie a pris dans tous les domaines de la médecine une telle extension que peu d'examen peuvent être déclarés complets sans l'apport des rayons X.

Aussi, la valeur du médecin spécialiste en radiologie réside-t-elle davantage dans sa culture médicale que dans son habileté photographique. L'aphorisme de Belot reste

vrai : « Tant vaut le clinicien, tant vaut le radiologiste ». Toutefois, qu'on ne se méprenne point sur cette phrase. Elle ne signifie pas qu'il suffit d'être clinicien pour être radiologiste ; elle souligne, dans sa forme lapidaire, que pour tirer plein profit de la radiologie en son état actuel de développement, la compétence clinique n'est pas moins nécessaire que la formation spéciale. Par formation spéciale en radiologie entendons un ensemble de connaissances de physique et d'électricité, l'entraînement technique, des disciplines d'observation, une expérience de milliers d'exams sur les mêmes régions et organes, l'aptitude à transformer les images noires et blanches en concepts anatomiques, physiologiques et morbides, enfin, la capacité d'exprimer ses constatations et jugements avec clarté et précision. On doit regarder le film comme un moyen, non comme un but. Réussir une radiographie ne sert à rien si on ne peut en extraire les renseignements dissimulés dans ce qui paraît des ombres chinoises pour le profane.

En définitive, c'est le radiologiste qui anime le film, chose inerte, le fait parler et dévoiler ses secrets. Ce langage, toutefois, n'a rien d'un mécanisme automate ; il expose des raisonnements, des déductions ; il exige de la méthode dans la description ; il s'exprime à l'aide de ce qu'on nomme protocole, compte rendu, procès-verbal ou rapport. Un protocole radiologique se divise en deux parts : analyse et synthèse.

La partie analytique relate avec soin les diverses constatations sur la forme, les dimensions, la direction, le siège, les rapports, les mouvements, la transparence, etc. . . . bref, sur tous les caractères normaux ou anormaux, sur toutes les particularités morphologiques ou fonctionnelles.

La partie synthétique est celle qui résume les principaux faits de l'examen et en dégage le sens, sous forme de *con-*

clusion ou d'*opinion*. Pour les personnes peu familières avec la terminologie, la partie descriptive ou analytique du compte rendu est fastidieuse, sans grand intérêt. On reproche assez volontiers au radiologiste d'imposer tant de littérature au praticien qui ne s'adresse qu'aux résultats diagnostiques. Mais parce qu'on n'y trouve soi-même que longueur et monotonie, on aurait tort de tenir rigueur au radiologiste d'avoir consigné scrupuleusement les constatations les plus utiles.

Quand il s'agit seulement d'une ou deux ou trois radiographies d'une région sans mouvement autonome, un segment de membre par exemple, la partie analytique du rapport s'abrège et se limite aux données positives. Les films demeurent en filières et revisibles à tout moment de sorte que les oublis, les erreurs mêmes peuvent être rachetés. Dans ces conditions, le document photographique prévaut sur le document descriptif.

Il en va tout autrement quand l'examen concerne des viscères à motricité involontaire tel le coeur, les poumons, le tube digestif, et qu'il repose en grande partie sur la fluoroscopie. Jusqu'à la vulgarisation de la radiocinématographie, on aura beau multiplier les clichés, on ne pourra se passer de la description des phénomènes moteurs. Il est prudent d'indiquer jusqu'aux données négatives pourvu qu'on le fasse avec mesure.

Quand viendra la discussion avec le ou les médecins traitants, on n'aura pas à s'inquiéter des défaillances de sa mémoire si tout est inscrit avec ordre.

L'ordre dans un examen radiologique, comme en toute chose d'ailleurs, est une garantie. Une certaine uniformité tend à se faire jour dans la manière de rédiger les protocoles. On trouve même des formules imprimées qu'il suffit de

compléter par un mot ou un signe conventionnel. Le système est simple et commode mais il enlève toute personnalité, conduit au moindre effort et atténue la précision. La lecture de ces feuilles pleines de +, de — ou de 0 manque de vie et l'on n'est jamais très bien fixé sur le relatif de trois, de deux ou d'une seule petite croix, sur la valeur d'un trait horizontal, d'un nil ou d'un zéro. A mon humble avis, le radiologiste formé devrait répudier ces formules aides-mémoire où les nuances et la personnalité n'existent pas.

Dans son Manuel de Radiodiagnostic Clinique, Ledoux-Lebard dit :

« On ne saurait trop insister sur l'intérêt capital que présente, pour le radiologiste tout autant que pour le médecin ou le chirurgien, la rédaction, à laquelle on n'apporte jamais trop de soins et d'attention, de ces comptes rendus. »

« Trop souvent, d'abord, ils sont écrits dans une langue qui ne ressemble que de bien loin au français. Or, l'emploi de termes techniques n'exclut pas l'usage d'un style correct, qui doit être simple, sobre et précis. L'on n'oubliera pas que presque tous les grands hommes de science, que presque tous les médecins illustres ont été de remarquables écrivains. Il est bien des pages de Claude Bernard, de Pasteur, de Trousseau, qui pourraient figurer dignement dans les anthologies, à côté des meilleurs morceaux de nos grands prosateurs. »

Ces paroles, en soulignant l'importance d'une langue châtiée et même élégante, réprouvent le vain verbiage. Le même auteur ajoute :

« On évitera de tomber dans le travers aujourd'hui trop répandu, qui consiste à écrire beaucoup pour ne rien dire et qui fait remplir quatre pages de termes techniques pour arri-

ver à conclure qu'il n'y a rien de particulier à signaler et que l'examen est purement négatif. »

Néanmoins, les longueurs méritent moins le blâme que les omissions et si l'on doit pécher, que ce soit par excès, non par insuffisance. Il advient assez souvent que, dans l'amas de notes, le clinicien averti découvre un détail dont l'intérêt avait échappé au radiologiste et qui, placé dans le cadre clinique, donne une lumière nouvelle au tableau de la maladie. Autre point, n'oublions pas que plus on ajoute de renseignements aux dossiers des malades plus on cumule de matériel scientifique. Les signes positifs ou négatifs enregistrés avec minutie dans un procès-verbal prennent un regain de valeur quand l'évolution de la maladie, l'opération ou la nécropsie en fournit l'explication. C'est ainsi que la radiologie a tant contribué au progrès des sciences médicales en général et de la clinique en particulier. Le radiologiste ne doit pas perdre de vue, même dans la banale besogne de tous les jours, sa participation à l'effort commun, surtout s'il exerce dans un centre d'enseignement. L'hôpital n'est une bonne école que si chacun soigne sa collaboration. Le dévouement et la sincérité font pardonner bien des choses, y compris des textes un peu longs et un vocabulaire involontairement trop spécialisé. D'ailleurs, à ceux que la lecture entière du compte rendu laisse indifférents, il reste le privilège de passer outre et de sauter aux conclusions.

Ce dernier terme nous paraît annoncer un jugement sans réplique. Nous lui préférons le mot opinion, moins péremptoire. Avant de formuler son opinion et pour la justifier, le radiologue récapitule les principaux signes relevés au cours de l'examen; il les discute brièvement, avec simplicité et, en tout dernier lieu, il énonce la gradation des probabilités dans leur ordre d'importance. Il ajoute éven-

tuellement les indications ou contre-indications thérapeutiques qui ressortent de ses investigations.

En principe, hormis les rares cas où les rayons X suffisent par eux-mêmes à donner la certitude, le radiologiste devrait refuser son avis à moins d'avoir pris connaissance des symptômes cliniques et des renseignements du laboratoire. En pratique, il est forcé de se prononcer d'après les seules images qu'il a en mains. A vrai dire beaucoup de radiologistes n'interprètent leurs radios qu'en présence du malade et des documents d'observation.

Le procédé est excellent mais demeure inapplicable dans les grands services à personnel restreint. En ce cas, l'opinion émise par le radiologue doit être acceptée comme purement provisoire jusqu'au moment de la revue des films et de la consultation avec le clinicien. Si l'accord parfait ne s'établit pas d'emblée, on discute l'un après l'autre et en les confrontant tous les signes recueillis. On finit, presque toujours, par concilier clinique et radiologie. Combien de fois il nous arrive de changer complètement nos premières impressions lorsque le médecin nous en a démontré les impossibilités cliniques et nous a mis en face des données réelles du problème. L'inverse se produit aussi; parfois, l'inattendu des révélations radiologiques modifie du tout au tout le diagnostic provisoirement posé par la clinique.

C'est dire que le radiologiste a autant besoin du clinicien que celui-ci de celui-là. Autrement dit, tous deux doivent marcher la main dans la main à la recherche de la vérité.

Certes, il vaudrait mieux que le médecin assistât à l'examen radiologique de ses malades. Que de difficultés en effet s'anéantissent quand, aux côtés du radiologiste,

il indique les points particuliers à surveiller et formule clairement ses désirs. Les bienfaits d'une telle collaboration se font sentir jusque dans l'ordre psychologique. Sans la présence du médecin traitant, le radiologiste est maintes fois très embarrassé en face du malade qui demande le résultat. Personnellement, nous nous tirons d'affaire en répondant qu'on enverra le rapport dès l'étude des radiographies terminée; mais, beaucoup devinent l'échappatoire et insistent. En ne disant rien le radiologiste risque de passer pour un incompetent et un exploiteur; il peut aussi avoir l'air de cacher quelque chose de terrible et produire des inquiétudes sans fondement. S'il parle, il court le danger d'être mal compris et de paraître en contradiction avec le collègue qui a demandé l'exploration.

Un autre excellent moyen consiste à dicter les constatations radioscopiques séance tenante. Le patient ne comprend guère mais il se trouve très bien examiné et se déclare surpris qu'on pouvait voir tant de choses aux rayons X. Toutefois, avant d'agir ainsi, il faut s'assurer qu'on ne provoquera point de désastre moral; c'est encore un piège que le radiologiste évite quand il a le médecin près de lui. Si on le prévient de la pusillanimité du sujet soumis à l'examen, il cachera tout ce qui est défavorable et amplifiera les données négatives; aux faux connaisseurs, aux gens qui se disent impatients de tout savoir, il dissimulera la gravité du mal dans un flot de termes techniques ou conventionnels; à une troisième catégorie, il avouera la vérité plus ou moins embellie.

Dans la pratique, ces précautions ne manquent pas d'importance. Pour se remettre sur un plan plus élevé, répétons que le malade est mieux scruté et que les jugements du radiologiste gagnent en solidité quand le médecin participe à l'exploration.

Fruit d'un raisonnement, toute interprétation est susceptible d'erreur. Chaque radiologiste a sa proportion de mauvais jugements. Ce coefficient varie d'une part selon l'étendue du savoir et les précautions techniques, d'autre part selon le ton affirmatif ou évasif des conclusions.

Qui ne juge point ne se trompe pas. — Voici sans doute une vérité de La Palice. Combien cependant semblent l'oublier, quand, après avoir exigé de la radiologie seule un avis sans équivoque et sans réticence, ils n'en trouvent pas, au contrôle, la démonstration entière et vont criant les faiblesses du procédé.

On ne redira jamais assez que le radiodiagnostic, investigation complémentaire, reste subordonné à la clinique et les déductions qu'il propose doivent être revisées chaque fois qu'elles ne concordent avec l'ensemble des faits.

Le clinicien qui accepte d'emblée une opinion radiologique sans critique, sans en vérifier le bien ou le mal-fondé, ne saurait avec justice déverser ses responsabilités sur le radiologiste, lequel, devant les signes les plus absolus et dans ses opinions les plus fermes, compte quand même sur la censure clinique.

Tout ce que nous pourrions et voudrions écrire encore en matière d'interprétation radiologique semblerait la paraphrase du texte magistral et célèbre qui porte la signature d'Antoine Béchère :

« C'est seulement par métaphore que l'on dit couramment de l'exploration radiologique qu'elle fait voir les organes invisibles. En réalité ce qu'elle montre seulement, ce sont les ombres de ces organes, ombres fugitives ou durables, suivant qu'elles apparaissent sur l'écran ou sont fixées sur la plaque photographique. Ainsi dans l'abdomen on voit les ombres du bassin et de la colonne lombaire, celles du foie et de la rate.

« Par contre, on ne voit ni celle de l'estomac ni celle de l'intestin et, si l'on parle de l'image stomacale ou intestinale, c'est pour abrégér le langage, mais, à vrai dire, on voit seulement l'ombre du moule interne de ces organes, formé par les substances opaques qui y ont été introduites et les ont plus ou moins complètement remplis. Dans l'interprétation des images radioscopiques ou radiographiques il ne faut jamais oublier cette importante distinction.

« Quand les données de l'exploration radiologique s'appuient sur la connaissance de l'anatomie normale et pathologique, sur l'étude de la physiologie et de la pathologie, elles conduisent au diagnostic d'un grand nombre de lésions organiques et de troubles fonctionnels qu'il ne serait pas possible de reconnaître sans leur secours.

« C'est toutefois à la condition que le médecin qui les interprète ne néglige aucune des autres données fournies par l'interrogatoire et l'examen clinique des malades, en y joignant le résultat de diverses investigations, telles que l'analyse chimique et bactériologique, pour ne citer que les principales. C'est, en un mot, à la condition que ce médecin ne soit pas seulement un radiologiste mais un clinicien instruit et expérimenté.

« Les rayons de Roentgen ne trompent jamais: c'est nous qui nous trompons en leur demandant plus qu'ils ne peuvent nous donner ou en interprétant mal leur langage. »

Nous ne méditerons jamais à l'excès les paroles de ce savant que tous les radiologistes du monde considèrent comme leur maître, qui était déjà un clinicien illustre quand il entreprit ses premiers travaux sur les rayons X et qui, au cours de sa longue carrière, n'a cessé de blâmer en des termes également sévères ceux qui demandent trop à la radiologie et ceux qui ne demandent pas assez.

TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE SUIVIE D'ASYSTOLIE

Traitement par la quinidine

Par RODRIGUE LEFEBVRE.

Si l'on compare l'action des principaux médicaments du coeur sur le myocarde et ses fonctions, on obtient le tableau suivant :

	Digitale	Strophantus	Quinidine
Fonction d'excitation ou sinu- sale (chronotrope)	—	— un peu	—
Fonction d'excitabilité (bathmotrope)	+	+	—
Fonction de conductibilité (dromotrope)	—	— un peu	—
Fonction de contractilité (inotrope)	+ un peu	++++	—
Fonction de tonicité	0	++++	—

Ceci fait bien ressortir que la quinidine diminue dans sa totalité l'activité de la fibre myocardique. En sorte que, logiquement, l'emploi d'un médicament aussi déprimant sera contre-indiqué dans tous les cas d'insuffisance du myocarde, quel que soit le degré de cette insuffisance. Aussi recommande-t-on de ne la prescrire — quand le coeur est en bonne compensation — qu'après l'institution d'une cure digita-

lique ou ouabaïnique, afin de prévenir des accidents fâcheux susceptibles de se produire sans cette précaution.

Il est cependant certaines circonstances où, le coeur étant en pleine décompensation, il est permis d'employer la quinidine. Parmi celles-ci il faut citer, à notre avis, les cas de tachycardie paroxystique auriculaire ou nodale dont la persistance a entraîné une insuffisance aiguë du coeur. En cette occasion, nous croyons que la quinidine offre d'aussi grandes chances de succès que n'importe quelle autre médication d'arrêt habituellement employée, à condition que son administration soit accompagnée de mesures élémentaires de prudence.

Il nous a été donné d'observer un malade assez intéressant à ce point de vue, dont voici l'histoire :

Mons . . . A. P., âgé de 42 ans, entre à l'hôpital pour faire traiter son coeur qui bat très rapidement depuis quelques heures. Ce n'est pas la première fois qu'il note ce phénomène. Depuis 25 ans déjà, il observe des crises d'accélération de son rythme cardiaque. Il y a 5 ou 6 ans, il survenait une seule crise par mois, mais depuis il s'en présente parfois deux dans la même journée. La moindre émotion, le moindre trouble digestif la fait apparaître, quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit. Subitement, il lui semble que son coeur devient petit et se déplace vers l'hémithorax droit ; en même temps, il sent une étreinte à la gorge et son coeur, comme obéissant à un délié, se met à battre avec une grande rapidité. Le malade a de la sécheresse de la bouche et des transpirations profuses tout le long de la crise, qui dure d'habitude 5 ou 6 heures. Quand elle cesse, il a la nette sensation que « son coeur saute dans sa poitrine et se replace à gauche » ; et aussitôt un grand bien-être l'envahit.

Il prétend que tous les médicaments ont été essayés dans son cas et que, si parfois ils ont réussi à enrayer la crise, jamais ils n'en ont empêché la réapparition.

Dans les antécédents personnels, on ne relève pas de maladie. On note cependant une chute à bas d'un arbre à l'âge de 6 ans, à la suite de laquelle il accusa de vives douleurs cervicales qui ne disparurent que plusieurs mois plus tard. C'est un gros mangeur de pain et de pommes de terre, et il fait usage de tabac et d'alcool régulièrement.

L'examen objectif nous montre: 1) des dents en assez mauvais état; 2) une scoliose dorsale à convexité gauche. 3) Au coeur, une tachycardie aux environs de 200 battements à la minute; les bruits sont bien frappés, on ne peut déceler aucune lésion valvulaire. 4) Aux poumons, nul bruit adventice. 5) Le foie n'est pas augmenté de volume.

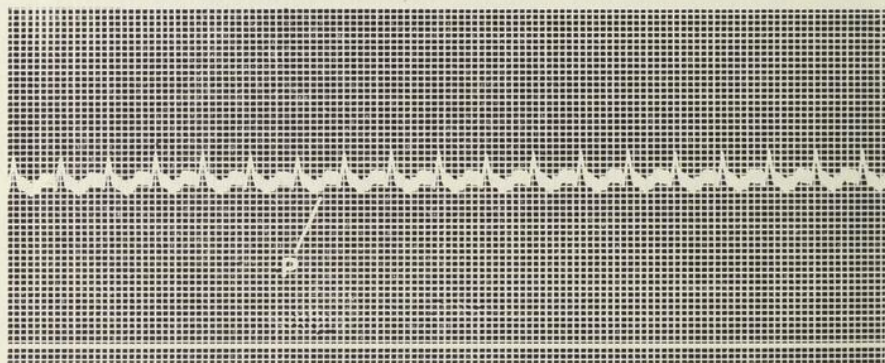


Figure 1

Tachycardie infra-nodale où l'onde auriculaire P est négative et suit le complexe ventriculaire initial. Tracé pris au cours de la 1ère crise (1ère dérivation).

Nous portons le diagnostic de tachycardie paroxystique se manifestant sous la forme d'un syndrome de Bouveret typique. Un électrocardiogramme, fait aussitôt, traduit une tachycardie paroxystique infra-nodale où l'onde auriculaire P est négative et suit de très près le complexe ventriculaire initial (voir figure I). Un orthodiagramme du coeur est

jugé inutile à cause de la déformation thoracique trop accentuée; mais à la scopie, le coeur paraît être de volume sensiblement normal.

Nous ne voulons pas discuter ici l'étiologie de cette tachycardie; nous croyons bien qu'une cause extra-cardiaque entre en jeu: lésions du sympathique provoquées par un traumatisme cervical lointain ou dues à la scoliose dorsale, ou bien déséquilibre neuro-végétatif par simples troubles gastro-intestinaux avec aérogastrie ou aérocolie.

Le jour de l'arrivée du malade à l'hôpital, nous plaçons une vessie de glace sur la région précordiale et nous faisons la compression des globes oculaires, mais sans succès. Puis, nous administrons $\frac{1}{4}$ de mgr. d'ouabaïne dans une veine; la crise continue. Le lendemain, nous faisons injecter $\frac{1}{4}$ de grain de morphine suivie, au bout d'un quart-d'heure, d'une ampoule d'ouabaïne. Cette fois nous avons le bonheur de voir cesser l'accès en peu de temps.

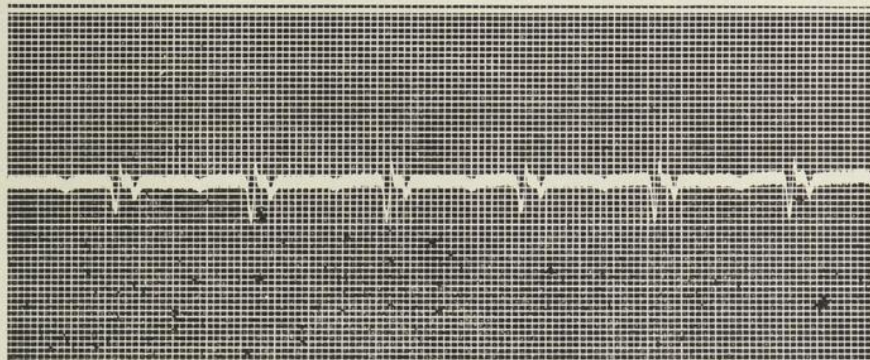


Figure 2
Tracé normal, après la crise (1ère dérivation).

Il a donc été relativement assez facile de juguler cette crise. Cependant c'est dans des cas semblables que nous pouvons nous demander si le jeu des coïncidences ne nous fait pas attribuer trop de mérite à certaines médications.

Sept mois plus tard, le même malade nous arrive à l'hôpital pour une autre crise de tachycardie paroxystique. Mais, cette fois, l'accès dure depuis neuf jours et notre homme présente, en plus des signes habituels, tous les symptômes d'une insuffisance aiguë du cœur : cyanose marquée, anxiété, orthopnée, oedème pulmonaire, gros foie douloureux, vomissements. En réalité, il nous apparaît en très mauvaise posture et nous nous demandons si nous n'arrivons pas trop tard pour prévenir la mort qui semble menaçante. Nous faisons un tracé électrique qui se montre identique au précédent.

Dès son arrivée dans le service, nous injectons au malade $\frac{1}{4}$ de grain de morphine suivi d'un quart de mgr. d'ouabaïne, mais sans aucun résultat. Le lendemain nous essayons le gluconate de calcium, 10 c.c. en inj. IV : résultat nul. L'état du malade est de plus en plus inquiétant et nous entrevoyons clairement l'issue fatale de l'asystolie progressive. Malgré une certaine répugnance, nous nous décidons alors à prescrire la quinidine « per os » à la dose de 0 gr. 20 à toutes les quatre heures, chaque prise devant être suivie d'une injection intra-musculaire de coramine. En même temps nous recommandons l'injection intra-veineuse de deux ampoules de Digibaïne par 24 heures. Le lendemain au soir, soit le 10ème jour de la crise, après l'administration d'une dose totale d'un gramme de quinidine, l'accès s'arrête subitement et — fait remarquable — tous les symptômes d'insuffisance cardiaque disparaissent en quelques heures.

CONCLUSIONS

Ainsi, un médicament qui a pour effet de diminuer toutes les fonctions du myocarde a pu être administré sans danger chez un asystolique. Il est vrai que nous avons donné en même temps de la digibaïne et de la coramine pour

neutraliser l'effet déprimant de la quinidine sur la contractilité et la tonicité myocardiques; en sorte que, seule, persistait peut-être l'action inhibitrice du médicament sur l'excitabilité, la conductibilité et la fonction sinusale.

Peut-on affirmer que la quinidine ait été l'unique facteur d'arrêt de la crise? Il est possible que les deux autres médicaments aient eu, tout au moins, un rôle adjuvant; mais nous n'avons jamais vu jusqu'à présent que la coramine pût faire cesser un accès tachycardique et, d'autre part, la digitaline et l'ouabaïne — quand elles produisent l'effet désiré — ont une action plutôt rapide, souvent immédiate.

Ce qui nous a poussé à tenter cette médication, c'est le fait que Levine (de Boston) et après lui Gallavardin, Veil et surtout Froment (de Lyon) ont conseillé l'emploi de la quinidine dans les cas de tachycardie paroxystique ventriculaire. Or, on sait que cette sorte de tachycardie est la forme la plus grave qu'on puisse observer, car elle survient dans la majorité des cas chez des malades dont le myocarde est déjà profondément lésé; fréquemment elle se voit à la suite d'une thrombose de l'artère septale et précède la fibrillation des ventricules, laquelle entraîne presque toujours la mort. C'est dans ces cas de déficience grave et profonde de la fibre myocardique que Levine n'a pas craint d'employer la quinidine; et Froment, qui préconise le même traitement, écrit dans sa thèse¹ que « la quinidine, en mettant fin au paroxysme ventriculaire, diminue les chances de mort subite et peut permettre au malade de guérir s'il ne fait aucune des autres complications propres aux oblitérations coronariennes ».

Aussi nous sommes-nous senti plus excusable d'utiliser la quinidine chez notre malade qui, lui, ne présentait qu'une

¹ Roger Froment — *Les tachycardies paroxystiques ventriculaires*. Masson, 1932.

tachycardie nodale et nous n'avons pas eu à nous en repentir. Après cette quasi-expérience, nous croyons pouvoir appliquer aux tachycardies paroxystiques auriculaires et nodales avec asystolie ce que Froment a écrit à propos des tachycardies ventriculaires: « Ce qui constitue une contre-indication au traitement quinidique en pareil cas, c'est l'existence de signes d'insuffisance cardiaque *antérieurs à l'accès*, car ils indiquent que cet accès n'est qu'un facteur de gravité secondaire; par contre l'existence de signes asystoliques apparus en cours d'accès n'est nullement une contre-indication ».



NOUVELLE

L'Hôtel-Dieu annonce l'ouverture d'une clinique externe pour les cas de rhumatisme aigu et chronique.

Consultations tous les jeudis de 9 heures à 11 heures a.m.

L'OTOSCLÉROSE ET SON TRAITEMENT PAR LA THYROXINE¹

Par LÉO-J. TESSIER

Au mois de mai 1935, le Dr Albert Gray, de Londres, a présenté un travail, « *Traitement de l'otosclérose et des surdités de même nature par l'application locale de Thyroxine* ». Il a fait un rapport sur 14 cas ainsi traités. Sept de ces cas furent améliorés en démontrant une meilleure audition et une diminution dans les bourdonnements d'oreilles.

Ce traitement fut si encourageant que nous avons décidé de l'employer dans nos cas d'otosclérose à la Clinique de l'Hôtel-Dieu.

La technique du traitement est la suivante: D'abord, anesthésie du tympan avec une solution de cocaïne à 10% dans de l'huile d'aniline. De 15 à 20 gouttes de cette solution sont introduites dans le conduit auditif et laissées là pendant 5 minutes. Au bout de ce temps, nous enlevons la solution anesthésique et asséchons le conduit. L'injection d'une tablette de Thyroxine de 1/64 gr. dissoute dans 4 gouttes d'eau distillée stérilisée est faite dans le quadrant postéro-inférieur du tympan et la solution pénètre dans la caisse vis-à-vis la fenêtre ovale et le promontoire. Il faut beaucoup d'attention pour que l'aiguille ne touche pas au promontoire.

Aussitôt l'injection faite, le malade doit ouvrir sa bouche toute grande et envoyer la tête très en arrière pendant environ 5 minutes; ainsi on évite que la solution injectée ne descende dans le nasopharynx par la trompe d'Eustache.

¹ Travail du service d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôtel-Dieu.

Il est préférable que le malade se repose de 20 à 30 minutes après ces injections.

Le traitement consiste à faire 4 injections consécutives, alternativement dans l'oreille gauche et dans la droite à une semaine d'intervalle.

Selon Gray, les malades dépassant 30 ans sont moins souvent améliorés que ceux en bas de cet âge.

Le même auteur dit qu'il n'y a pas d'indication d'une insuffisance d'hormone de la glande thyroïde dans l'otosclérose, mais qu'il a choisi la thyroxine parce que celle-ci produit une congestion active dans les petits vaisseaux de l'organe de l'audition. A la suite de cette congestion, les bourdonnements et les vertiges disparaissent et l'audition s'améliore.

Depuis 2 ans nous avons traité onze malades atteints d'otosclérose par cette méthode avec des résultats plus ou moins encourageants (à Montréal, il n'a pas été possible de se procurer les tablettes de 1/64 gr. — nous avons employé celles de 1/128 gr.). Nous vous présentons ces quelques observations au point de vue pratique seulement.

M. G., 38 ans, se présente pour des bourdonnements d'oreilles et des vertiges depuis 8 mois. L'état général est bon et toutes les analyses sont normales. Nous faisons une injection dans chaque oreille à une semaine d'intervalle. Le malade ne revient pas pour les deux autres injections. Nous rencontrons le malade 8 mois plus tard et il nous dit que ses bourdonnements et ses vertiges ont complètement disparu depuis les injections et c'est la raison pourquoi il n'est pas revenu.

Un autre malade, M. R., 36 ans, présente une surdité très avancée. Nous faisons les 4 injections et, un mois plus tard, le malade nous rapporte qu'il entend un peu mieux et qu'il est satisfait du traitement.

ILFORD X-RAY FILMS

Les clichés obtenus avec les Films radiographiques Ilford surpassent tous les autres en détails de définition, densité et contraste. Une supervision méticuleuse dans leur fabrication assure l'uniformité des émulsions qui vous permet de standardiser les techniques et vous donne la garantie de résultats satisfaisants.

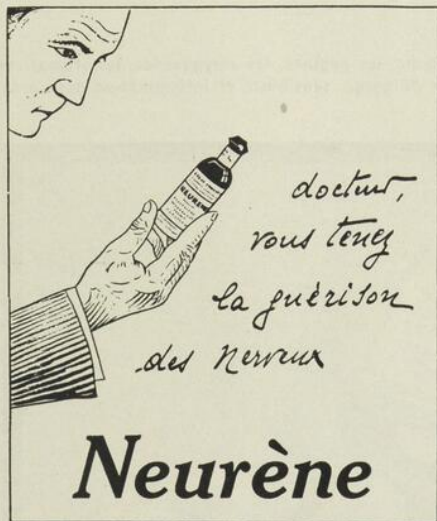
La Victor X-Ray Corporation maintient dans toutes ses succursales un stock complet de films Ilford de toute fraîcheur et de tous formats. Ses succursales sont réparties adéquatement dans le monde entier pour vous servir promptement.

*Pour obtenir satisfaction — Exigez les Films Radiographiques Ilford.
Et pour livraisons rapides commandez à la Victor.*

VICTOR X-RAY CORPORATION of Canada, Ltd.

Distributors for General Electric X-Ray Corporation

TORONTO—30 Bloor Street W., Toronto, Ont. - MONTREAL—600 Medical Arts Bldg.
VANCOUVER—Motor Transportation Bldg., 570 Dunsuir St. - WINNIPEG—Medical Arts Bldg.
Wholesale Warehouse, 389 St. Paul St. W., Montreal, P. Q.



*docteur,
vous tenez
la guérison
des Nerveux*

Neurène

Agocholine

GRANULÉ SOLUBLE

CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

LITHIASE BILIAIRE
ICTÈRE & CHOLÉMIE

Dyspepsies réflexes
■ Constipation ■
■ Migraines Vertiges ■
■ Eczéma ■ Prurit ■

D'origine hépatobiliaire

POSOLOGIE: 1 à 3 cuillerées à café le matin à jeun, dans un demi verre d'eau chaude.

LABORATOIRES du DOCT^r

ZIZINE 24-26 RUE de FÉCAM, PARIS (X^{VI})

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

L'ELIXIR DUCRO

ANTIANOREXIQUE • EUPEPTIQUE

- soutient et augmente les forces du malade, stimule l'énergie musculaire.
- produit chez les malades une sensation de défatigue, de réfection, de bien-être général, d'exaltation des forces physiques.
- réveille l'appétit, soutient l'organisme, même à défaut de nourriture.
- est d'un goût agréable et d'une tolérance parfaite.

ASTHÉNIE • ANOREXIE • CONVALESCENCE • GRIPPE • FAIBLESSE
LANGUEUR PHYSIOLOGIQUE • ASTHÉNIE POST-GRIPPALE

DURIEZ, successeur de DUCRO & Cie — Paris, 20, Place des Vosges
Dépôt Général pour le Canada: ROUGIER FRÈRES — Montréal, P. Q.

EFFICACE . . .

contre les affections de la gorge, les ulcérations de la bouche, les angines, les amygdalites, les stomatites, les gingivites, les affections causées par le tabac, les maux de gorge, sensibilité et inflammation des cordes vocales.



Dépôt général pour le Canada: ROUGIER FRÈRES, Montréal.



AGOBYL

Offre les avantages du drainage des voies biliaires sans les inconvénients de l'application du tube duodénal.

Mode d'emploi

Deux ou trois cuillerées à thé d'AGOBYL dans un demi-verre d'eau tiède à prendre le matin à jeun. Aussitôt après, faire coucher le malade sur le côté droit durant 15 minutes.

L'AGOBYL est offert en boîtes métalliques, étiquette détachable. Contenance: 125 grms.

SE MÉFIER DE TOUT PRODUIT DIT "AUSSI BON".

● CÉRÉALE "RED RIVER" ●



Blé cassé, seigle cassé et graine de lin entière. Une céréale nutritive et sans rivale. Un régulateur naturel et un puissant reconstituant. Délicieuse au goût, recommandable pour l'adolescent, facile à préparer. On peut servir avec sucre et lait ou crème. Nombre de médecins la prescrivent.

Un autre produit de la

MAPLE LEAF MILLING COMPANY Ltd.

Bureau: ÉDIFICE BOARD OF TRADE

MONTREAL

Téléphone: MARquette 8091

PAIX *et* BONHEUR

Vous Sont Assurés . . . *Si Vous*

*Pratiquez
l'Économie!*



LA BANQUE D'ÉPARGNE

DE LA CITÉ ET DU DISTRICT DE MONTRÉAL

Fondée en 1846

Coffrets de sûreté à tous nos bureaux

SUCCURSALES DANS TOUTES LES PARTIES DE LA VILLE

5529

LE TONIQUE PARFAIT



SURTOUT, NE FABRIQUEZ PAS UN VIN TONIQUE BYRRH S'EN EST CHARGÉ DEPUIS LONGTEMPS!

BYRRH

PANTOPON

“ROCHE”

PREMIER OPIUM, PUR, INJECTABLE

Propriétés supérieures à celles de l'opium, de la morphine
et de leurs succédanés.

Tolérance maxima. Accoutumance moindre.

Ampoules à 2 centigrammes ($\frac{1}{2}$ gr.)

Tablettes hypodermiques, même dosage — créées spécialement pour les
hôpitaux, prix modique.

Comprimés oraux à 1 centigm. ($\frac{1}{2}$ gr.)

Sirop Pantopon 0.003 gm. par cuillerée à café.

HOFFMANN-LA ROCHE LIMITÉE

286 OUEST, RUE ST-PAUL

MONTREAL

L'Antiphlogistine

a une place marquée dans la pathologie et la thérapeutique génito-urinaire.
Par sa chaleur de longue durée et les agents thérapeutiques qu'elle renferme,
elle est indiquée dans les :

ÉPIDIDYMITES

PROSTATITES

ORCHITES

CYSTITES

URÉTHRITES

LYMPHADÉNITES

en particulier d'origine gonorrhéique, quand la chaleur prolongée est d'im-
portance capitale.

THE DENVER CHEMICAL M'F'G CO.

153, LAGAUCHETIERE OUEST

MONTREAL

L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.

TRASENTINE "CIBA"

(Chlorhydrate hydrosoluble de l'ester diéthylaminoéthylque de l'acide diphénylacétique).

ANTISPASMODIQUE

agissant aussi bien sur la fibre nerveuse comme l'atropine, que la musculature lisse, comme la papavérine.

Tolérance parfaite.

Utilisable par voie orale et parentérale.

SUPPRIME LES SPASMES DE L'APPAREIL GASTRO-INTESTINAL, DU SYSTÈME UROGÉNITAL ET DES AUTRES ORGANES À MUSCULATURE LISSE.

POSOLOGIE :

Par voie orale: Avaler, sans les croquer, 1 à 2 dragées 2 à 3 fois par jour avec un liquide quelconque.

Par voie parentérale: 1 à 2 ampoules par jour.

PRÉSENTATION :

Dragées en flacons de 20 et 100, et ampoules en boîtes de 5 et 20 à 0.075 gm. (1 dragée = 1 ampoule)



COMPAGNIE CIBA LIMITÉE

- MONTRÉAL

HEPATROL

E
P
A
T
R
O
L

HEPATROL

Extrait de Foie de veau frais

Toutes anémies et insuffisances hépatiques.

Méthode de Whipple — Adultes et enfants sans contre-indication.

2 Formes : AMPOULES BUVABLES
AMPOULES INJECTABLES

LAB. ALBERT ROLLAND

PARIS

SOLUCAMPHRE

DELALANDE

Camphre en Solution aqueuse

Même Posologie, mêmes indications que

l'Huile Camphrée, sans aucun de ses inconvénients. — 3 fois plus actif

2 Formes : SOLUCAMPHRE SIMPLE
SOLUCAMPHRE SPARTEINE

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

SILICRINE

Pour favoriser une digestion complète stomacale, pancréatique et intestinale.

La Poudre Silicrine est une combinaison de Trisilicate de Magnésie et des ferments Enterokinase et Proscréatine pour établir une digestion complète, stomacale, pancréatique et intestinale.

Silicrine par sa formule, possède une supériorité d'efficacité plus définie et plus radicale sur la poudre de Trisilicate de Magnésie seule, pour procurer une digestion totale.

Trisilicate de Magnésie:

Le Trisilicate de Magnésie est un composé synthétique ayant comme base la Magnésie et la Silice sous la forme de colloïdal de dimensions très minimes et 15 fois plus actif pour le bleu méthylène in vitro que le kaolin colloïdal le plus raffiné qu'il soit possible de trouver dans le commerce.

Ferments Enterokinase et Proscréatine:

Ces deux ferments sont transformés en secrétine active par l'action de l'acide hydrochlorique de l'estomac, leurs principales fonctions est de stimuler les glandes du Pancréas et de l'intestin pour accélérer leurs sécrétions, afin de faciliter toutes digestions.

Action:

La Poudre Silicrine, grâce à sa composition, procure une digestion complète, la magnésie et la silice absorbent le surplus d'acide gastrique dans l'estomac; les ferments Enterokinase et Proscréatine continuent d'aider la digestion en activant la sécrétion des glandes du Pancréas et de l'intestin.

Propriétés Médicinales:

Ulcères peptiques, Insuffisance intestinale, Urticaire chronique, Troubles digestifs du diabète pancréatique, Dyspepsies pancréatiques, Gaz d'estomac, Hyperacidité, Vomissements chez les femmes enceintes et autres cas de déficience d'une digestion complète.

Toxicité:

La Poudre Silicrine est une combinaison non toxique et ne peut atténuer l'acidité du suc gastrique en bas de son point normal, si une trop grande dose est donnée, elle est évacuée par l'intestin. La poudre Silicrine étant insoluble ne peut accroître la réserve d'alcali du corps; même l'absorption d'une forte dose pendant une longue période ne fait pas varier l'acidité de l'urine.

Mode d'emploi:

Une cuillerée à thé dans $\frac{1}{2}$ verre d'eau après les repas. Répétez après 1 heure si nécessaire.

Préparé par

TRISILEX

Pour favoriser une digestion stomacale complète

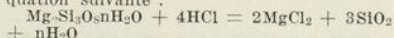
Le Trisilex est un Trisilicate de Magnésie C. P. préparé spécialement pour combattre l'hyperacidité de l'estomac en favorisant une digestion stomacale complète.

Maud a défini le Trisilicate de Magnésie comme étant un composé synthétique ayant pour formule $H_4Mg_2Si_2O_7$, sous forme de cristallins de très petites dimensions colloïdales beaucoup plus petites en grosseur que celles du kaolin dans les variétés les plus raffinées que l'on puisse obtenir.

Action de Trisilex:

Le Trisilex possède de fortes propriétés antacides et il agit de la manière suivante:

Cette poudre en présence de l'eau réagit avec le suc gastrique normal (qui correspond à l'acide hydrochlorique n/20) et une réaction complexe se produit entre deux colloïdaux hydratés et deux électrolytes; à la température du corps il faut généralement 3 heures pour que le processus soit complet. La réaction se faisant in vitro d'après l'équation suivante:



L'équilibre de l'acidité peut être calculé comme l'équivalent de la magnésie contenue dans le Trisilex, la moitié à peu près neutralisant rapidement le surplus d'acide gastrique tandis que l'autre moitié occasionne une neutralisation secondaire et lente pendant les quelques heures qui suivent.

Au point de vue chimique, c'est la lenteur de la réaction qui est importante, la durée de l'action antacide est approximativement égale à l'espace de temps requis pour la digestion gastrique.

Toxicité:

Le Trisilex n'est pas toxique et ne peut réduire l'acidité du suc gastrique en dessous de son point normal, si une trop grande dose est donnée il est éliminé par l'intestin.

Le Trisilex étant insoluble, il ne peut augmenter la réserve d'alcali du corps, même une forte dose, pendant un temps prolongé ne change pas l'acidité de l'urine.

Indications Thérapeutiques:

Le Trisilex est recommandé pour le traitement des ulcères peptiques, l'hyperacidité de l'estomac, les gaz d'estomac, vomissements chez les femmes enceintes, dyspepsie, ou autres cas de mauvaises digestions stomacales.

Mode d'emploi:

Une cuillerée à thé dans un demi verre d'eau après les repas. Répétez après 1 heure si nécessaire.

Préparé par

ASGRAIN & CHARBONNEAU
Limitée
MONTRÉAL

UROPRAZINE

GRANULÉ EFFERVESCENT

ÉLIMINE L'ACIDE URIQUE

Seule formule réunissant le Soufre Colloïdal, la Pipérazine,
la Lithine et l'Hexaméthylènetétramine.

INDICATIONS : Goutte, Gravelle, Rhumatisme, Sciatique.

Distributeurs:

HERDT & CHARTON, INC.

2027, AVENUE MCGILL COLLEGE - MONTRÉAL

Flacons de 150 et 275 grammes.

TRAITEMENT DES MALADIES INFECTIEUSES

FIÈVRE PUERPÉRALE, PHLÉBITES

par la

LIPOSEPTINE

Antitoxine Polyvalente

L'innocuité de la Liposeptine est absolue

LABORATOIRES DE LA LIPOSEPTINE

2, Place des Vosges, Paris, France.



Agents exclusifs:

HERDT & CHARTON, INC.

2027, AVENUE MCGILL COLLEGE

MONTRÉAL

Essayez L'Ohio

CYCLOPROPANE

Dans les **NOUVEAUX CYLINDRES
FINIS CHROMÉS.**

Environ 40% plus léger, ces nouveaux cylindres réduiront considérablement les frais de transport. Ils sont expédiés dans de légères boîtes contenant un, deux ou quatre cylindres chacun.

Quand les cylindres seront vides, ils pourront être retournés dans ces mêmes boîtes, suffisamment cachetées.

Ecrivez-nous pour nos prix et pour de plus amples renseignements.

COMPAGNIE D'OXYGÈNE DU CANADA

Succursale de l'"Ohio Chemical & Mfg. Company"

2549 ouest, rue Saint-Jacques

Montréal, Qué.

Téléphone: Willbank 1728



Prescrivez avec confiance **JEL-LAX**

Laxatif naturel aux fruits
Ne contient pas de Phénolphthaléine.

POUR LA CONSTIPATION CHRONIQUE

Une spécialité populaire de M. & M.

Toujours à votre service spécialisé dans la préparation des ordonnances pharmaceutiques pour les médecins débutant dans la pratique à la campagne. (CONSULTEZ-NOUS).

Notre catalogue illustré et nos échantillons en spécialités vous seront envoyés sur demande à titre gracieux.

MOWATT & MOORE Limitée

64 rue Prince,
MONTRÉAL

Tél. MARquette
8166-8167-8168



PAVERAL

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

COQUELUCHE

Le PAVERAL est journellement prescrit avec succès
pour les cas de coqueluche et des toux coqueluchoïdes.
Ne cause ni intolérance, ni complication.

Littérature sur demande.

Agents : LA CIE CANADA DRUG

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice, - - - Montréal

MAGSOL

(HORNER)

Pouvoir neutralisant et adsorbant pro-
longé. Non toxique. Ne peut être
absorbé et ne peut causer d'alcalose.

Antiacide et Adsorbant.
Une poudre colloïdale. Pas un
alcali.
Indiqué dans l'hyperacidité et l'ul-
cération peptique.
Soulagement de la douleur et con-
trôle de l'acidité.
Action immédiate et continue.

DOSE : Une cuillerée à thé ou plus tel que requis.

*Rendez-vous compte par vous-même que la douleur est rapidement soulagée et l'acidité
contrôlée. Demandez un généreux échantillon.*

FRANK W. HORNER LIMITED
MONTRÉAL CANADA

MAGSOL n'est pas annoncé au public.

LE SIROP DIÉTÉTIQUE PAR EXCELLENCE



Le sirop de maïs procure un maximum d'énergie avec un minimum d'effort pour la fonction digestive et contient un pourcentage élevé de Dextrose et de Maltose. C'est pourquoi on l'emploie avec tant de succès dans la diète de l'enfant.

Ces fameux sirops sont fabriqués scientifiquement et dans les conditions les plus hygiéniques... Ils sont les plus purs sirops de maïs qui se puissent obtenir. On peut donc les prescrire en toute sécurité et confiance.



SIROPS de MAÏS Edwardsburg "CROWN BRAND" et "LILY WHITE"

Produits de THE CANADA STARCH CO. Limited - MONTREAL

« Je ne saurais trop recommander un tel livre, exempt de lacunes et d'erreurs, dicté par une longue expérience, basé sur une énorme documentation, clairement rédigé en une langue aux expressions savoureuses ».

A. David, Journal des Sciences Médicales de Lille, 19 septembre 1937.

La Diététique

OUVRAGE ÉCRIT
EN COLLABORATION

\$2.50

En vente dans les meilleures librairies et à l'Hôtel-Dieu.



Visitez nos
magasins
agrandis et
modernisés

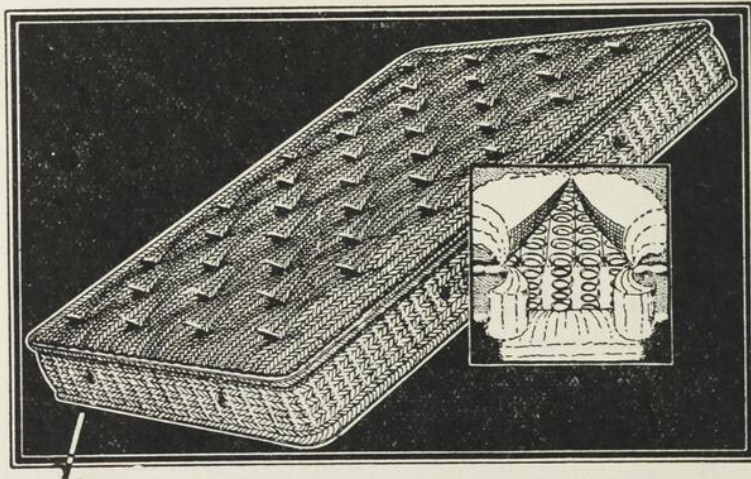
Nous vous recommandons surtout de voir notre nouveau rayon des cadeaux — au troisième étage — c'est une véritable mine de suggestions. Les fêtes approchent; c'est le bon temps de venir faire votre choix.

Dupuis Frères
LIMITÉE

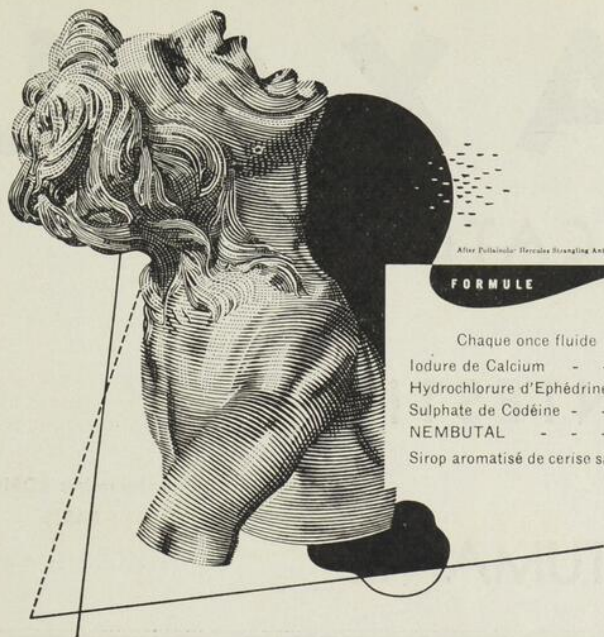
MONTRÉAL

**Matelas
"Deepsleep"
Simmons**

Contient des centaines de ressorts-spirales trempés, d'une sensibilité extrême, rembourré de moelleux coton blanc, donnant un confort parfait et un plus long usage. Spécialement recommandé pour hôpitaux, institutions, hôtels, etc.



SIMMONS Lits - Sommiers - Matelas - Oreillers



After Pillsbury's Strained Orange Juice, B. National, Florence

FORMULE

Chaque once fluide représente:

Iodure de Calcium	- - - -	7 grs.
Hydrochlorure d'Ephédrine	- -	3/8 gr.
Sulphate de Codéine	- - - -	1/4 gr.
NEMBUTAL	- - - -	3/8 gr.
Sirop aromatisé de cerise sauvage et de Tolu.		

SÉDATIF DE LA TOUX EFFICACE

Avec ses quatre agents actifs, le Sirop de Calcidrine (Abbott) représente le sédatif de la toux efficace qui possède les propriétés antispasmodiques les plus marquées. Le pourcentage élevé d'iode qu'il contient sous forme d'iodure de calcium le classe au-dessus des expectorants et sédatifs de la toux communément employés. Les effets combinés de l'iode et du calcium ainsi que l'action synergique de l'Ephédrine, du Nembutal et de la Codéine peuvent être utilisés avec le plus grand succès dans le traitement des infections bronchiques, plus particulièrement dans les cas où le sommeil du patient est compromis par une forte toux.

Exceptionnellement bien toléré, exempt des troubles gastriques et autres effets désagréables, le Sirop de Calcidrine est très agréable au goût. Présenté en flacons de 4 oz., 16 oz., et 80 oz.

Echantillon et littérature sur demande.

LABORATOIRES ABBOTT Limitée, 388 ouest, rue St-Paul, MONTRÉAL

CALCIDRINE ABBOTT

TAXOL

RÉÉDUCATEUR
TYPE
DE L'INTESTIN
SANS
ACCOUSTOMANCE

Laboratoires LOBICA
PARIS

J. EDDÉ, Ltée, Agents

PROSTATE

VESSIE

CYSTOCONE

SUPPOSITOIRE

Composition — Cyclopenténylmalonylurée, découvert par les Usines chimiques de la Compagnie de Béthune, associé à son sel d'Ephédrine et à la Belladone totale.

MÉDICATION NOUVELLE

DES ALGIES ET DES SPASMES DOULOUREUX DE L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Indications — Spasmes, algies et congestions de l'appareil génito-urinaire. Cystites, Prostatites, Urétrites aiguës ou chroniques, Rétention urinaire spasmodique post-opératoire. (Spécialement recommandé comme médication sédative et antalgique préventive avant les examens ou traitements génito-urinaires, douloureux ou difficiles).

Mode d'emploi — 1 à 2 suppositoires CYSTOCONE par 24 heures, de préférence le soir au coucher ou 2 heures avant le lever.

Présentation — Boîte de 6 suppositoires.
Boîte triple dose de 18 suppositoires.

LABORATOIRES DU DOCTEUR PIERRE ROLLAND

15, Rue des Champs - ASNIÈRES (Seine)

J. EDDÉ Limitée, New Birks Bldg. — *Agent général.*

Toutefois, 4 mois plus tard il revient nous disant qu'il est encore au même point. Nous recommençons le traitement mais sans résultat cette fois.

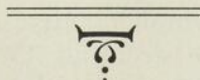
M. P., 24 ans, se présente pour bourdonnements et baisse de l'audition depuis 2 ans. Le traitement est fait et un bon résultat est obtenu. Ce malade ne reçoit que 2 injections et il ne se rapporte plus. Sa jeune soeur de 22 ans vient après lui pour subir le même traitement car elle souffre des mêmes troubles et elle nous dit que tous les symptômes que son frère présentait sont disparus. Le traitement de 4 injections est sans effet dans son cas.

Le Rév. Père C., 68 ans, est atteint d'une forte surdité depuis plusieurs années et cette affliction s'aggrave encore. Le traitement de 4 injections est accepté et après les deux premières, le malade note une amélioration. Un mois après le traitement, le malade comprend beaucoup plus facilement la voix de la conversation ordinaire, et son entourage me signale qu'il n'est plus nécessaire de crier à haute voix pour que le malade comprenne, ceci ayant été toujours indispensable avant le traitement.

Le traitement dans les six autres cas fut sans résultat.

En conclusion, nous croyons que ce traitement devrait être employé plus souvent dans les cas d'otosclérose, car jusqu'à présent, il n'y avait aucun espoir pour ces affligés; maintenant, au moins quelques résultats appréciables sont possibles dans certains cas.

La technique est simple, sans douleur, et n'empêche pas le patient de vaquer à ses occupations.



LYMPHO-GRANULOMATOSE MALIGNE À FORME MÉDIASTINALE

Par

J.-UBALD BESSETTE,
médecin de l'Hôtel-Dieu

et

GÉRARD SAINT-ONGE,
médecin interne à l'Hôtel-Dieu

La maladie de Hodgkin a déjà un siècle d'existence. Des expérimentateurs ont tenté d'éclaircir l'étiologie obscure de cette affection maligne et rien d'absolu n'est sorti de leurs expériences, si ce n'est que quelques théories et travaux dont les uns méritent d'attirer notre attention.

En 1832, Hodgkin avait remarqué une certaine hypertrophie ganglionnaire avec splénomégalie et cachexie progressive. Paltouff et Sternberg en 1897, décrivent le ganglion granulomateux comme microscopiquement spécifique; celui-ci possède un réticulum épaissi et un polymorphisme cellulaire dont fait partie la cellule typique dite « de Sternberg ».

Mais revenant à l'agent causal, Sternberg croyait à une tuberculose particulière des ganglions, et opposait à la théorie sarcomateuse ancienne, la nature inflammatoire de la lésion, opinion émise par Bard auparavant en 1888.

Puis en 1914, Bunting et Yates obtiennent après culture un bacille diphtéroïde; ils en fabriquent un sérum qui demeure sans succès.

Plus près de nous, en 1932, Gordon de l'Ecole anglaise fait une injection intra-cérébrale de broyat de ganglion granulomateux à un lapin. Après 2 à 6 jours l'animal développe une méningite lymphocytaire, avec infiltration lymphatique péri-vasculaire cérébrale. Ce « Gordon test » donne des résultats positifs dans 80% des cas et peut aider au diagnostic de la maladie de Hodgkin dans les cas histologi-

ques connus, très voisin de ceux de la vaccine et de l'herpès. L'élément pathogène prendrait la forme de petits corpuscules arrondis qu'il a rencontrés dans les ganglions au cours des poussées évolutives; ce sont les corps élémentaires de Hodgkin.

Gordon va jusqu'à préparer un vaccin thérapeutique, soit un auto-vaccin sensibilisé, capable selon lui d'améliorer l'état du malade; il reste à démontrer par des observations cliniques l'efficacité de ce traitement étiologique. Elles sont peu nombreuses en ce moment.

La maladie de Hodgkin répond à un syndrome bien défini cliniquement:

Il *débuté* par une adénopathie cervicale ou sous-maxillaire avec une légère réaction fébrile; d'autres fois, c'est le prurit qui entre en scène et le patient vient consulter, parce qu'il ne fait que se gratter. Il est alors surpris de ce que le médecin lui révèle la présence de ganglions tuméfiés à son cou. On se demande si quelque infection dentaire ou de la gorge n'est pas la cause de tout ceci.

La période *d'état* apparaît alors. *L'hypertrophie ganglionnaire* est manifeste. Elle débute habituellement à la chaîne cervicale d'un seul côté; les ganglions deviennent durs, indolents, ils ne se ramollissent, ni ne suppurent jamais. Puis l'extension à d'autres ganglions par poussées successives donne des troubles fonctionnels par compression; c'est l'invasion organique secondaire.

Le prurit existe dans 85% des cas. Il est précoce et très intense, surtout le soir et la nuit, rebelle à tout traitement, sauf parfois à la radiothérapie.

On a noté à la peau une pigmentation brunâtre, des dyschromies partielles ou généralisées, des exanthèmes papuleux, des infiltrations granulomateuses ou nodulaires. Les cheveux cassants peuvent réaliser une certaine alopecie.

La splénomégalie modérée peut n'apparaître que tardivement; la surface de la rate est alors dure et bosselée.

La fièvre qui peut être continue, rémittente, ou intermittente, reprend avec la recrudescence des hypertrophies ganglionnaires. Elle dure de 15 à 25 jours, avec périodes égales d'apyrexie et rappelle le type ondulant de la fièvre de Malte, que Pel et Ebstein ont appelée fièvre récurrente chronique.

Les signes hématologiques révèlent une anémie globulaire moyenne de 3 à 4 millions par millimètre cube avec leucocytose de 10,000 à 40,000 globules blancs dont 70 à 90% de neutrophiles et une éosinophilie de 5 à 10%.

Comme exception à cette règle, le professeur Merklen de Strasbourg a rapporté dernièrement deux cas, où il y avait absence de polynucléose et d'éosinophilie; la leucopénie se rencontre assez fréquemment si l'on en juge par certains cas rapportés récemment.

La maladie de Hodgkin évolue par poussées successives avec rétrocession partielle des symptômes. Elle peut prendre une allure aiguë et emporter le malade en six mois. Habituellement après 1 à 2 ans, la cachexie apparaît avec ou sans maladie intercurrente.

La plèvre, le poumon, les os peuvent être envahis par métastases organiques secondaires de la maladie. Et tout simplement par compression peut également se réaliser un syndrome médiastinal à différents types, soit supérieur par pression sur la veine cave donnant du vertige, de la céphalée, un oedème cervico-thoracique ou facial; soit moyen avec signes broncho-récurrentiels nous faisant croire à un anévrysme aortique; soit inférieur réalisant un oedème des membres inférieurs avec ascite et gros foie; enfin si le médiastin postérieur est pris, on note de l'irritation du sympathique, un spasme de la glotte, des crises nerveuses de pharyngisme et d'oesophagisme

On a donné comme fréquence de la maladie de Hodgkin dans un hôpital français une moyenne de 3 à 4 cas par année environ. Trois cas ont été observés à l'Hôtel-Dieu en 1936.

Il nous est donc permis à notre tour de nous intéresser à cette maladie dont l'évolution est si troublante pour le médecin. A cet effet, nous voulons simplement rapporter l'observation clinique d'un malade que nous avons suivi dans le service de l'Hôtel-Dieu au début de 1937.

M. Y. C., 18 ans, jeune homme muselé et bien portant en apparence, consulta le docteur Guy Hamel le 26 décembre 1936 pour démangeaisons intenses aux pieds et aux jambes.

Le début du prurit eut lieu le 1er décembre. Le 20 du même mois aux mêmes endroits apparurent des papules de grattage erythémateuses, puis croutelleuses.

Durant le mois de janvier, il remarqua la présence de quelques ganglions cervicaux plus ou moins gros, indolents, assez durs.

Aucun autre groupe ganglionnaire ne put être décelé cliniquement ailleurs. Il a maigri de 8 à 10 livres; la nuit il transpire abondamment. Il présente une toux légère sans grande expectoration avec léger catarrhe oculo-nasal. Aucun point douloureux thoracique. Son médecin lui fait faire un cliché radiographique, croyant être sur la piste d'un lymphadénie soit tuberculeuse avec quelques lésions pulmonaires occultes, soit cancéreuses ou bien d'une maladie de Hodgkin. La radiographie nous montre un élargissement de l'ombre médiane, des hiles excessivement chargés de ganglions tuméfiés, non calcifiés, refoulant le parenchyme pulmonaire à droite, un peu à gauche; le médiastin postérieur semble envahi.

Entre temps le malade se sent profondément asthénisé malgré un traitement à l'huile de foie de morue et aux ferrugineux; un jour qu'il se trouvait à l'église, il a été pris de vertiges et a perdu connaissance. A la fin de février, pas

d'amélioration, au contraire le malade se gratte intensément ; il présente un syndrome de compression médiastinale constitué par un oedème de la face et du cou, de la dyspnée avec toux quinteuse et bruyante sans expectoration, une légère pyrexie, du gonflement des jugulaires externes. Il est obligé de boire en mangeant, car les aliments solides ont de la difficulté à passer dans l'oesophage.

Il est hospitalisé à l'Hôtel-Dieu le 2 mars 1937.

A l'interrogatoire, rien de nouveau que nous n'ayons dit plus haut, bien plus le malade se gratte constamment. Il suit un régime hypo-toxique ; depuis quelque temps sa digestion est lente ; il est très constipé. Il accuse quelques palpitations, mais pas de troubles urinaires. Il a une température moyenne de $99 \frac{3}{5}$ depuis un mois. A 15 ans, il a fait un léger rhumatisme par refroidissement. Son père est mort d'une leucémie en 1919. Il est intéressant de noter que la voix du malade est parfois rauque.

Le pouls bat également à 108 aux deux radiales ; la pression artérielle égale 120/70 ; l'état général est bon. Le facies est oedématié et un peu coloré. Le cou est élargi à sa base et montre une pigmentation brunâtre de la peau. Les cheveux cassants tombent depuis deux mois ; les pupilles, quoique inégales, réagissent bien.

Le thorax, en plus d'une circulation collatérale antérieure, présente un oedème dur plus marqué en avant et à l'épaule droite. Les vibrations vocales sont très augmentées en arrière et en avant, de chaque côté de la ligne médiane. A ces mêmes endroits, on a de la matité, allant à trois centimètres du bord du sternum en avant. La respiration est rude et soufflante à gauche, pas de râles. En arrière, on a une bronchophonie vertébrale basse. Les bruits du coeur sont légèrement assourdis.

L'abdomen est souple, le foie est normal ; la rate perceptible ne semble pas hypertrophiée. Les membres inférieurs, couverts de papules de prurigo, ont des réflexes très vifs.

L'examen du sang donne : 5,000,000 de globules rouges,
76% d'hémoglobine,
valeur globulaire .7
7,500 globules blancs, dont
88% de neutrophiles et
5% d'éosinophiles.

Le Bordet-Wasserman est négatif; l'azotémie est de 0.350. Les urines n'ont rien de pathologique.

Devant ce court tableau clinique avec compression médiastinale, plusieurs causes peuvent compliquer le diagnostic chez notre malade.

Disons d'abord que la formule hémoleucocytaire n'est pas celle d'une *leucémie*.

Aucune réaction humorale, ni stigmates de syphilis acquise ou héréditaire nous font soupçonner ici la spécificité notamment l'hérédo-syphilis tardive à forme ganglionnaire. Weil et Berheim rapportent à ce sujet le cas d'un garçon de 13 ans indemne de toute syphilis congénitale, chez lequel une maladie d'Hodgkin avait été diagnostiquée microscopiquement par Krauss en Allemagne et qui vit rétrocéder la maladie à la suite d'un traitement mercuriel.

L'anévrisme aortique doit être rejeté, car aucun signe auscultatoire d'ectasie n'a attiré notre attention, les pouls sont égaux, pas de tumeur pulsatile perceptible.

Le lympho-sarcome est une lymphadénie maligne d'emblée, d'allure rapidement envahissante, à tendance ulcéreuse, donnant des petits nodules métastatiques irrégulièrement distribués; la biopsie des ganglions cervicaux, où la maladie d'Hodgkin a souvent son début, sera ici très utile.

La tuberculose ganglionnaire avec des masses sous-maxillaires et cervicales est sujette au ramollissement et aux abcès fistuleux. Dans sa forme lymphadénique, les ganglions restent durs, la présence même discrète de follicules tuberculeux est la règle; le bacille de Koch est parfois

décelé. L'inoculation au cobaye de fragments de la tumeur, positive dans la tuberculose, est d'après plusieurs auteurs négative chez le cobaye et le singe dans la maladie d'Hodgkin. Notre patient n'a pas le passé ni l'apparence d'un bacillaire. On ne note pas de tuberculose dans sa famille; mais ceci n'a rien de catégorique.

Nous croyons donc être en face d'une lympho-granulomatose maligne où le médiastin est envahi d'une façon prépondérante. La biopsie, pratiquée le 5 mars, est positive. La toux bruyante, la dyspnée et la dysphagie, l'oedème de la face et du cou semblent la signature de la maladie.

Le malade a eu plusieurs séances de radiothérapie; il nous a avoué qu'il se sentait mieux.

Nous devons noter ici que grâce à un diagnostic différentiel précoce et aux traitements par rayons X, le patient peut avoir l'illusion d'une guérison prochaine.

Mais d'amélioration il n'en faut pas espérer trop. Le 10 mai 1937, la fièvre d'allure ondulante persiste toujours et le prurit féroce, fait dominant de ce cas clinique, n'a malheureusement pas cessé.

Dernièrement, Monsieur Y. C. nous a fait remarquer à sa grande surprise que d'autres ganglions ont envahi son cou à gauche, qu'une démangeaison infâme l'aiguillonne sans cesse; il veut avoir son congé à tout prix.

Voilà un malade voué à un sombre avenir et malgré tout notre optimisme, nous ne pourrons guérir une affection qui reste encore une énigme en pathologie.

EPILOGUE

Nous apprenons tout à fait par hasard, une fois cet article déjà composé, que le malade qui fait l'objet de ce travail est décédé au milieu de juillet 1937 confirmant ainsi notre pronostic.

UN CAS DE CANCER DE LA PROSTATE SANS TROUBLES URINAIRES

Par JEAN-PAUL LEGAULT

L'histoire suivante est celle d'un malade souffrant de cancer de la prostate sans troubles urinaires d'hypertrophie.

En effet, Monsieur Henri C., âgé de 58 ans, canadien-français, marchand général d'une petite localité, consulte son médecin pour des tumeurs qui lui « poussent » au cou, au creux axillaire et aux aines.

Son médecin de famille, après un examen détaillé, lui trouve une prostate dure et en fait un cas de cancer de la prostate avec réaction ganglionnaire. Espérant que l'urologue pourra faire quelque chose dans son cas, le patient est adressé au service d'urologie de l'Hôtel-Dieu.

Nous voyons alors un homme de constitution plutôt délicate, amaigri. Il présente en effet une adénopathie cervicale et axillaire gauche, inguinale droite. Sa prostate est de consistance ligneuse, petite mais à limites floues, surtout à droite, et remplie de noyaux indurés. Les organes externes sont normaux. L'urètre n'est pas allongé, ni diminué de calibre. Les urines de la vessie sont pratiquement limpides. La muqueuse vésicale est tout à fait normale et ne présente aucun envahissement cancéreux. Le patient ne se plaint de rien autre chose et surtout *pas de troubles urinaires*: pas de pollakiurie diurne ou nocturne; pas de dysurie. Dans les

antécédents familiaux, il relate que sa mère serait décédée d'une tumeur utérine et son père serait mort paralysé. Quant à lui, tout ce dont il se rappelle, c'est une crise d'ictère à l'âge de 20 ans.



Ses urines sont analysées et trouvées normales. Un Bordet-Wasserman de son sang et de son liquide céphalo-rachidien ne montre aucune tare spécifique. La formule sanguine est très voisine de la normale, n'ayant qu'une hémoglobine à 72%. On demande une biopsie d'un ganglion. Le ganglion axillaire gauche est enlevé et envoyé au patho-

logiste qui nous envoie le rapport suivant: « Ganglion du volume d'une noix totalement envahi et détruit par un épithélioma glanduliforme du type des cancers prostatiques ».

Une radiographie du bassin ayant été faite, le rapport du radiologiste confirme notre appréhension de métastases osseuses: « Pommelures d'hyperplasie osseuse de différentes tailles disséminées dans les os du bassin, du tiers supérieur des deux fémurs, de la cinquième vertèbre lombaire et du sacrum », on les constate aisément d'ailleurs sur le cliché que nous reproduisons.

CONCLUSION: La présomption d'une métastase de cancer prostatique se trouve largement confirmée.

Devant un tel tableau il ne nous reste pas grand'chose à faire si ce n'est de réconforter le malade le mieux possible et de le renvoyer chez lui.

Le cancer d'emblée de la prostate sans troubles urinaires est-il chose commune? Young en rapporte six cas. Marion et d'autres font mention de troubles variés tels que douleurs sciatiques — coccygiennes — et métastases comme symptômes de début de cancer de la prostate sans hypertrophie. Habituellement le cancer de la prostate se greffe sur une hypertrophie déjà existante. Sur cent malades se plaignant de troubles prostatiques, neuf au moins doivent ces troubles au cancer. De plus, quatorze pour cent des prostatiques opérés pour hypertrophie présentent du cancer. Il y en a qui rapportent même 30%. Seulement, dans tous ces cas, nous assistons à des troubles d'obstruction vésicale. Si le patient vient consulter à temps, avant l'envahissement vésical ou la métastase, on pourrait quelquefois faire quelque chose pour le patient. Dans tous ces cas il y a la sonnette d'alarme: l'obstruction du col de la vessie par

l'hypertrophie. Malheureusement dans notre cas, il n'y avait aucune sonnette d'alarme. Le malade n'avait pas le syndrome habituel d'hypertrophie: pollakiurie, dysurie, qui probablement l'aurait fait consulter au préalable.

Sans vouloir m'étendre sur l'anatomie pathologique ou la pathogénie, permettez-moi de résumer brièvement quelques notions connues. Nous savons tous que le cancer de la prostate se produit de trois modalités différentes: 1° Un adénome prostatique se cancérise. 2° Un nodule cancéreux se développe dans la prostate qui avoisine l'adénome. 3° Le cancer primitif qui se développe dans le lobe postérieur et de là progresse aux vésicules séminales ou au plancher vésical, prenant par là la route de moindre résistance.

Quel est le traitement habituel? Si le cancer est circonscrit à la prostate et qu'il n'y a pas de métastases, l'énucléation complète est recommandée. Chez ceux qui ont déjà de l'envahissement vésical et qui souffrent de rétention, il faut les soulager.

Si le malade peut apprendre à se passer la sonde pour vider sa vessie, c'est à demi mal. A cause du danger d'infection ce moyen est moins recommandable. Le mieux est de pratiquer une résection transurétrale ou forage de la prostate. Alors le malade est soulagé et peut vivre plus commodément jusqu'au jour de l'échéance finale. D'autres suggèrent une cystostomie permanente. C'est très incommode. Quant au radium et ses succédanés; à l'électricité sous ses diverses modalités; à la cystectomie totale; à l'extirpation de la prostate elle-même et des vésicules séminales, tout cela n'a jamais donné de résultats heureux.

Quel sera le pronostic? On peut dire que la survie est en moyenne de trois ans. Si ce n'est pas le cancer de la

prostate lui-même qui emporte le malade, ce sont les métastases.

A ce sujet une idée nous vient à l'esprit. Si cet homme, passé la quarantaine, avait consulté méthodiquement son médecin de famille, aurait-il pu prévenir son infortune? Toutes les chances sont que oui.

En effet, on devrait, surtout dans la seconde moitié de sa vie, consulter régulièrement son médecin de famille et ne pas craindre de se soumettre aux examens demandés. Je suis convaincu qu'on s'éviterait une foule d'ennuis pour l'avenir, qui souvent n'est que le lendemain.



ANESTHÉSIE OU CHIRURGIE ?

Par EDMOND BOURGAULT,

Chirurgien de l'Hôpital d'Amos.

Ce n'est pas sans crainte que j'ose m'immiscer dans les savantes discussions de votre journal, car je ne m'illusionne pas sur la valeur de mon opinion de petit chirurgien de province. Le problème posé par M. Léon Longtin dans le dernier numéro du « Journal de l'Hôtel-Dieu » m'a cependant beaucoup intéressé; on me pardonnera mon audace de vouloir le discuter ici.

« Il s'agit d'un cas d'anurie mortelle à la suite d'une résection transurétrale de la prostate faite sous rachianesthésie. » L'anurie a-t-elle été causée par l'anesthésie, par la chirurgie, par les deux, ou par une autre cause? . . .

Je diffère absolument d'opinion avec Monsieur Longtin qui croit que « seule la rachianesthésie a pu déclencher une anurie aussi complète si tôt après l'opération ». Dans toute la littérature que j'ai parcourue sur la question de la rachianesthésie à laquelle je m'intéresse particulièrement, je n'ai jamais vu citer un seul cas d'anurie absolue pouvant incriminer ce genre d'anesthésie; la rétention urinaire par paralysie vésicale est possible, comme d'ailleurs après n'importe quelle anesthésie, mais pas l'anurie vraie.

D'un autre côté les cas sont très nombreux d'anurie plus ou moins complète, parfois fatale, après une intervention chirurgicale même très courte et très bénigne sur n'importe quelle partie de l'arbre urinaire et quel que soit le genre d'anesthésie employée. Je cite G. Marion, le grand maître de l'urologie :

« Une intervention sur un rein peut produire une anurie, l'autre rein existant et son fonctionnement ayant été

constaté suffisant. Parfois l'inhibition peut partir d'un autre point des voies urinaires que du rein ou de l'uretère, de la vessie par exemple, après une exploration douloureuse, une lithotritie... »

« ... A la suite d'une intervention sur le rein ou sur la vessie, on peut voir survenir, bien que l'examen fonctionnel des reins ait démontré des organes parfaitement suffisants, une oligurie pouvant aller jusqu'à l'anurie ».

Comment expliquer le mécanisme de cette inhibition, si disproportionnée à la cause ? De la même façon que l'on explique les infarctissements de plusieurs anses intestinales après une lésion vasculaire punctiforme sur l'un des segments grêles ; de la même façon que l'on explique l'oedème généralisé de tout un membre inférieur et même des deux, après lésion minime d'un court segment veineux de l'un des membres ; de la même façon que l'on explique l'ischémie pouvant aller jusqu'à la gangrène d'un membre après traumatisme même léger des extrémités ; de la même façon que l'on explique les troubles circulatoires d'une région périarticulaire après une petite lésion d'un ligament au cours d'une entorse ; *par réflexe vaso-constricteur sympathique.*

Le rein est un organe à fonctionnement excessivement délicat, impressionnable ; c'est un organe très vasculaire dont la circulation est contrôlée par une riche innervation sympathique.

Les filets rénaux proviennent du plexus solaire, surtout par voie du ganglion lombo-aortique ; du petit splanchnique et du premier ganglion sympathique lombaire. Ces diverses sources envoient également des filets tout le long de l'uretère.

Le plexus lombo-aortique se continue en bas par le plexus hypogastrique qui constitue le nerf présacré ; des filets partant de ce nerf vont à la vessie, particulièrement au niveau du col, à l'urètre prostatique et à la prostate.

Or, comme l'a démontré Leriche, les traumatismes même très minimes du sympathique engendrent parfois des réflexes sur des territoires immenses, hors de toute proportion avec l'étendue de la lésion causale; ce phénomène se produirait fréquemment sur l'arbre urinaire à cause de l'intime relation sympathique de toutes ses parties.

Dans le cas présent, à mon humble avis, le traumatisme opératoire uréthro-prostatique, quelque minime qu'il ait été, a engendré un réflexe sympathique intense de vaso-constriction dans tout l'arbre urinaire; *ce réflexe est immédiat et persiste tant que persiste la lésion sympathique causale dans la plaie opératoire.*

J'oserais même suggérer, quoique n'ayant jamais eu l'occasion d'en faire l'expérience, que l'anurie aurait peut-être cédé dans le cas présent si l'on avait pu *assez tôt* (avant la desquamation tubulaire) enrayer la transmission du réflexe sympathique sur une partie quelconque de son trajet, soit par infiltration novocaïnique des premiers ganglions lombaires, soit par résection ou infiltration du nerf présacré, ou soit tout simplement encore en remplissant la vessie ou l'urètre avec une solution de cocaïne. Peut-être même pourrait-on prévenir ces crises fréquentes d'oligurie après les opérations urologiques en cocaïnisant après l'opération le point traumatisé chirurgicalement.

C'est entendu je vais trop loin, j'exagère sûrement et j'abuse de l'hospitalité de votre savant journal pour me livrer à des considérations pour le moins douteuses.

Je citerai comme excuse les propres mots de Monsieur Longtin: «... on se trouve parfois en présence de ces problèmes qui nous amènent à échafauder des théories apparemment savantes, mais qui, bien souvent, n'ont aucune portée pratique ».

Si notre théorie, qui apparemment est très savante, se prouve vraie, elle aura sûrement une grande portée pratique.

LES COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES PRÉCOCES ¹

Par ÉDOUARD DESJARDINS,

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Il n'est pas mauvais que nous étudions aujourd'hui, après en avoir vu les nombreuses possibilités et constaté ensemble les heureux accomplissements, un des aspects les moins souriants de la chirurgie. Il s'agit des complications post-opératoires.

L'acte chirurgical, même s'il a été accompli selon les rites admis et dans des conditions idéales, peut donner naissance à certaines complications imprévisibles.

Celles-ci, en effet, sont nombreuses qui peuvent survenir à la faveur d'une opération et nous n'avons pas l'intention de vous les rappeler toutes en une seule séance, nous contentant pour cette fois, de celles qui apparaissent le jour même ou dans la semaine qui suit l'intervention.

Notre but est d'attirer votre attention sur la possibilité de leur apparition, sur les signes capables de vous mettre sur leur piste et sur le choix des moyens susceptibles de vous aider à vaincre, avant que la maladie n'ait pris trop solide prise sur votre malade.

Vous me direz bien que ces diverses complications n'ont aucune raison d'être, si l'examen attentif et scrupuleux du malade est pratiqué avant l'intervention. En théorie, vous aurez raison. Les faits malheureusement ne sont pas toujours d'accord avec la logique la plus pure.

Vous verrez des opérés — et dans tous les services et dans tous les pays du monde — qui semblent défier la science

¹ Leçon clinique faite aux élèves.

et se refusent à guérir en un temps donné sans aucun incident.

On a pu dire d'eux que « tout ce qui nous arrive mobilise un peu ce qui est en nous et a des retentissements partout ».

Malgré la préparation adéquate du patient, la perfection de la stérilisation, le choix irréprochable des meilleures techniques, toute une série de troubles humoraux post-opératoires peuvent se présenter sous une forme plus ou moins grave et à un moment plus ou moins rapproché de l'opération.

« Tout acte chirurgical provoque au long de son accomplissement, ce qu'il faut pour qu'à certain moment apparaisse ce que nous appelons des complications. D'habitude heureusement, tout demeure à un seuil qui n'est pas franchi. Si le seuil est atteint, le drame éclate. Et ce seuil, c'est le malade lui-même qui le présente. C'est le terrain qui fait que les phénomènes normaux de la biologie post-opératoire deviennent ici une source de complications ».²

N'allez pas négliger la préparation de votre terrain. Loin de là. L'examen complet et détaillé minutieusement de tous les systèmes de l'économie, l'analyse des urines, du sang, la recherche du temps de saignement et du temps de coagulation, l'investigation cardio-vasculaire doivent être, dans tous les cas, où il n'y a pas urgence, bien entendu, systématiquement pratiqués.

C'est pourquoi n'opérez qu'en cas de nécessité absolue les cachectiques, les anémiques ou ceux qui souffrent de toxémie, car ces états graves diminuent la résistance générale.

Veillez également à ne pas non plus affaiblir vos opérés par des purges répétées, par un jeûne prolongé, par une

² Leriche — Des moyens de réduire au minimum la maladie post-opératoire. *Revue de chirurgie*, Paris, 1936, p. 99.

déshydratation intempestive ; soulagez surtout leur angoisse pré-opératoire.

A l'opération, vous aurez le respect des tissus, car nous verrons dans un instant tous les méfaits des cellules dévitalisées mises en branle dans le courant circulatoire. Vos techniques seront simples et empreintes de la plus grande douceur.

« Les chirurgiens heureux sont ceux dont les moeurs opératoires sont douces, dont le souci du fini est constant, dont la main est légère, même quand le tempérament est de feu. Les chirurgiens à guigne sont toujours de l'espèce brusque, rapide. Ce sont surtout ceux dont la main sans plesse fait toujours mal, écrase tout ce qu'elle touche. »³

L'ère de la chirurgie brutale est passée de mode depuis longtemps. Le chirurgien, qui veut réussir, doit être un biologiste averti. Vous qui débutez dans la carrière, notez bien, dès maintenant, les principes admis universellement et promettez-vous de les mettre à exécution en temps voulu.

Les sections doivent être faites sans à coup, d'un seul trait, les compressions inutiles doivent être évitées. Le meilleur écarteur est encore le plus simple, c'est l'écarteur humain, manuel ou digital. Avec lui, pas de traumatisme violent. C'est l'instrument rêvé, quand son emploi est possible et il l'est dans la grande majorité des cas.

Les muscles, fascia ou aponévroses seront traités avec délicatesse. La traction brusque des organes est formellement contre-indiquée ; les anses intestinales et le grand épiploon méritent une manipulation de douceur et n'aiment rien tant que d'être mis au chaud sous des compresses imbibées de sérum physiologique salé.

A toutes ces conditions, minutieusement réglées pour ce qui concerne la préparation pré-opératoire et l'accom-

³ Leriche, loco citato.

plissement de l'acte chirurgical lui-même, si vous ajoutez les soins adéquats après l'intervention, vous n'aurez rien à vous reprocher, quand une complication quelconque de la série post-opératoire fera son apparition.

Certains auteurs ont conseillé et pratiqué les irradiations infra-rouges et ultra-violettes chez leurs opérés. Ils prétendent avoir ainsi supprimé les douleurs et les gaz, hâté le moment du lever, diminué la stase et avoir dans une certaine mesure supprimé les phlébites.

Lambret et Driessens admettent cependant que les infra-rouges n'ont aucun effet sur l'hyperpolypeptidémie et l'hyperglycémie, mais semblent diminuer la chute du chlore et freiner la baisse de la réserve alcaline. Leriche, de son côté, a cherché à atténuer les troubles humoraux dont nous faisons l'étude en ce moment en opérant sous l'influence des rayons infra-rouges. Il lui a paru possible que l'action des rayons agisse sur le sympathique, qu'elle maintienne son activité normale, qu'elle réduise le phénomène vaso-constricteur local et qu'elle exalte ainsi la leucocytose.

C'est dans la plaie elle-même que se font les réactions chimiques, vaso-motrices et nerveuses. Les opérations, faites sous rayons infra-rouges, ont été exemptes de complications. Leurs suites en ont été heureuses et se sont écoulées sans incidents.

Cette amélioration du milieu opératoire n'est pas possible partout. Elle peut donner d'excellents résultats. Elle ne sera, croyons-nous, qu'un auxiliaire précieux. Le facteur principal qui déclenche l'attaque n'est pas encore très bien connu.

La chose importante à retenir c'est la possibilité des complications post-opératoires, même dans les cas où toutes les précautions ont été prises.

Ces complications n'épousent pas toujours les cadres rigides des entités classiques décrites dans vos manuels. Le

plus souvent, toutefois, elle en suivent les règles les mieux connues.

Nous croyons que pour les besoins de la démonstration ces complications doivent être étudiées suivant l'ordre de leur apparition habituelle, soit le jour de l'opération, soit dans les jours qui suivent.

Dans un but purement didactique, nous prendrons comme objet de notre clinique les affections qui viennent troubler les suites des interventions abdominales, plus particulièrement celles qui portent sur l'appareil génital féminin.

Le premier jour. — Quatre complications sont à redouter: l'intoxication anesthésique, l'acidose, le *shock* ou l'hémorragie interne.

L'intoxication anesthésique était une éventualité plutôt fréquente, il y a un quart de siècle. Les anesthésiques étaient alors employés à doses massives et ils étaient peu variés quant à leur choix. L'usage presque aboli du chloroforme, son remplacement par l'éther, le protoxyde d'azote et surtout par le cyclo-propane ont fait disparaître les intoxications anesthésiques. Leur administration actuelle selon des règles de prudence produit une narcose moins profonde et tout aussi favorable pour l'opérateur. De fait, nous n'avons, pour notre part, en connaissance d'aucun cas d'intoxication anesthésique depuis près de dix ans.

L'acidose est aussi peu fréquente. On le reconnaît à l'haleine, à la dyspnée, à l'agitation, aux vomissements d'odeur acétonémique sans arrêt, à l'oligurie, au délire et à l'insomnie que présente l'opéré. La langue est sèche et écarlate.

L'agitation y est extrême, l'angoisse constante, le collapsus cardiaque complet. L'acide diacétique est présent dans les urines et la recherche en est facile. Les dosages

d'acidose pratiqués à ce moment peuvent déceler la présence de plus de 40 centigrammes par litre de corps cétoniques.⁴ La réserve alcaline tombe proportionnellement à la gravité du cas. Elle est considérée légère entre 50% et 40%, sérieuse entre 40% et 30% et très grave au-dessous de ce chiffre. La chute du pH sanguin, confirmant la rupture de l'équilibre acido-basique, apparaît plus tard.

L'insuline, donnée judicieusement, amène une guérison presque miraculeuse dans ces cas. « Son emploi s'impose donc et avec d'autant plus d'urgence que l'on sait avec quelle rapidité l'acidose vraie détermine des lésions rénales destructives. »⁵ On peut adjoindre à l'insuline, le bicarbonate de soude et les injections intra-veineuses de sérum glucosé. L'acidose peut être également due à l'insuffisance surrénale et nécessiter alors le traitement par l'adrénaline.

Le *shock* est, selon la définition de Cotton, « un bouleversement de toute l'économie qui suit une blessure grave (accident ou opération) et qui est caractérisé par une pression veineuse abaissée, une pression artérielle basse ou en voie de le devenir, un pouls rapide et filant, une diminution du volume du sang, un taux d'hémoglobine presque normal, de la leucocytose, . . . , un métabolisme abaissé, de l'hypothermie, une peau moite à sueurs froides, un teint pâle, grisâtre, légèrement cyanotique, de la soif, une respiration rapide et superficielle, des vomissements, de l'agitation, de l'anxiété et par une diminution de la sensibilité ».⁶⁻⁷

Plusieurs théories ont été avancées qui cherchent à expliquer l'apparition du *shock*. Nous ne ferons mention que

⁴ Misrachi et Simard — Quelques faits concernant l'acidose grave post-opératoire. *La Presse Médicale*, 28 mars 1928.

⁵ Misrachi et Simard, *loc. cit.*

⁶ Cotton, in Dean Lewis. *Practice of Surgery*, I, ch. 9, 4.

⁷ Consulter également: L. Coheur — Contribution à l'étude du choc expérimental. *Revue de chirurgie*, Paris, 1936, p. 28.

pour mémoire seulement des théories de la paralysie vasomotrice, de l'inhibition, de l'hyperactivité surrénale, de l'acidose, de l'embolie graisseuse et de la perte sanguine.

Nous ne retiendrons que celle de la toxémie traumatique dont nous avons déjà dit quelques mots.

« Le premier effet de toute opération est, du fait de la destruction tissulaire opératoire, d'introduire dans la grande circulation, et à doses plus ou moins massives, des albumines toxiques provenant des tissus traumatiquement dévitalisés. »⁸

Ces tissus dévitalisés lancés dans la circulation sanguine et lymphatique y jouent un rôle toxique capable d'amener toutes les perturbations humorales que l'on rencontre dans le shock. On les incrimine également mais parfois à un degré moindre, dans la maladie post-opératoire que nous étudierons à la suite des complications du premier jour.

Répétons, afin de bien les retenir, les signes cliniques du shock. Ce sont la basse pression artérielle et veineuse, l'accélération du pouls, la diminution du volume du sang, la réduction de la réserve alcaline du sang, l'abaissement du métabolisme, l'hypothermie, la pâleur et la cyanose, la soif, la respiration accélérée, les vomissements, la subconscience et la perte de la sensibilité.

Duval et Grigault ont montré que « les phénomènes toxiques dans le shock ont pour origine directe la désagrégation azotée intense et rapide des tissus traumatisés » et sont marqués par « une augmentation de l'azote non protéique du sang et surtout de l'azote résiduel ». ⁹ Le shock est presque inconnu depuis l'ère du respect chirurgical des tissus.

⁸ P. Duval — *Bull. et Mém. Soc. Nat. de chirurgie*, Paris, 14 juin 1933.

⁹ P. Duval et Grigault, in *Soc. de Biologie*, 15 oct. 1918 et dans *Etudes médico-radio-chirurgicales sur le duodénum*, Masson, 1924, par P. Duval, J.-C. Roux et H. Bécèle.

Et sur ce terrain Duval et Leriche se rejoignent. Si la résistance individuelle est la première en jeu, il y a, comme de juste, des conditions favorisantes. Vous les connaissez déjà. Permettez à Leriche de vous les redire : « Les conditions favorisantes, c'est la brutalité opératoire qui les fait : brutalité de la main qui blesse, brutalité des instruments qui arrachent, brutalité de l'écarteur qui cisaille. Il appartient à tout chirurgien de réduire la force au minimum et le fait est que pour celui qui a su se discipliner à une douceur de tous les instants, qui veut avoir une main perpétuellement légère, plus ingénieuse que forte, plus souple que dure, les circonstances favorisantes ne jouent presque jamais et le syndrome humoral post-opératoire est une grande rareté, j'entends dans sa forme clinique redoutée ».¹⁰

L'hémorragie post-opératoire n'a d'excuse plausible que dans certains cas bien définis. Elle n'est pas impossible chez certains ictériques chroniques, où l'épreuve du temps de saignement et celle du temps de coagulation n'ont apporté qu'un chiffre sensiblement voisin de l'indice normal ; elle peut survenir chez les hémophiliques méconnus ou chez certains hémogéniques ; elle peut être, dans certaines tumeurs envahissantes néoplasiques, due à l'érosion d'un vaisseau important.

Abstraction faite de ces exceptions, l'hémorragie interne post-opératoire est une rareté, car les ligatures doivent toujours être faites très soigneusement et les pédicules vasculaires péritonisés avec la plus grande minutie.

Le drainage est d'ailleurs habituel dans les cas avec grand délabrement et là où il y a drainage ne se pose pas la question épineuse du diagnostic différentiel entre le shock et l'hémorragie.

Mais il n'y a pas toujours drainage et alors les signes au début peuvent être confondus dans les deux cas. Toute-

¹⁰ Loco citato.

fois, retenez que dans le shock, les symptômes sont graves d'emblée, cependant que dans l'hémorragie, ils vont en s'aggravant par gradation ascendante.

Dans l'hémorragie, le refroidissement des extrémités, la pâleur du visage, la décoloration des muqueuses, la tendance aux syncopes, sont plus marqués que dans le shock. La pression est basse sur les deux tableaux.

L'action des stimulants qui peut guérir dans le shock, améliore temporairement l'état général dans l'hémorragie, mais fait perdre un temps précieux.

La submatité dans les flancs, la perception par le toucher vaginal ou rectal d'une masse qui bombe dans le petit bassin et surtout la douleur à début brusque, qui persiste, malgré la morphine, sont des signes propres à l'hémorragie.

En cas de doute, il ne faut pas ici s'abstenir. Faites sauter quelques points, allez droit à l'endroit soupçonné. Un flot de sang qui sourd exige la laparotomie d'urgence, immédiate.

Nous n'avons pas ici l'intention d'étudier en détail la thérapeutique à appliquer. Sachez toutefois que dans un cas comme dans l'autre, il faut réchauffer le malade, calmer ses douleurs par la morphine, lui donner du sérum intraveineux salé ou glucosé, au besoin lui faire une transfusion de sang, pur ou placentaire.

En résumé, le traitement est médical dans le shock, chirurgical et immédiat dans l'hémorragie : recherche et ligature du pédicule vasculaire déficient.

La *maladie post-opératoire* est un syndrome reconnu depuis peu et ainsi nommé par Leriche.

L'ensemble des signes qui sont à la base de cette affection apparaissent habituellement vers le 5^e ou 6^e jour après l'intervention. L'époque de l'apparition n'a pas cepen-

dant des règles très rigides et les signes peuvent se montrer dès le jour même de l'opération. Ce sont des symptômes nerveux, digestifs, circulatoires et respiratoires. Ce sont d'abord des petits signes, des douleurs tenaces qui ne veulent pas cesser, une gêne pénible des mouvements, du ballonnement, des nausées, une sensation anormale de soif, un état de malaise indéfinissable. On y constate de l'oligurie et même la rétention complète des urines.

Ce sont des troubles non alarmants dès le début, mais qui vont toutefois s'aggraver si l'ordre n'est pas mis immédiatement là où le déséquilibre humoral commence à s'installer. Au malaise se succéderont de l'inquiétude, de la dépression, de la céphalée, de la torpeur, du hoquet, de l'assoupissement, des convulsions, le coma. Les nausées et le ballonnement vont faire place aux vomissements, à la distension gastrique et intestinale, au syndrome péritonéal. L'hypotension, la tachycardie et la cyanose iront de pair avec la dyspnée et le collapsus.

Robineau¹¹ a attiré l'attention sur le fait qu'avant même l'apparition de ces petits ennuis on pouvait fréquemment constater une poussée d'hyperazotémie chez des sujets en équilibre biologique normal.

Ce qui est grave, c'est qu'il est impossible de prévoir cette hyperazotémie post-opératoire.

« Bouleversé par le choc opératoire, trompé et intoxiqué par l'anesthésie, déshydraté par le jeûne et l'hémorragie, déséquilibré par la douleur, excité par la résorption des toxines et la réparation cellulaire, le malade paraît parfois échapper à certaines lois courantes ».¹²

Certaines opérations, parmi les abdominales surtout, sont plus que d'autres l'occasion habituelle de perturbations

¹¹ Robineau — *Bull. et Mém. Soc. de chirur.*, Paris, 22 mars 1933.

¹² Mario Lebel — *Le Concours Médical*, Paris, 26 janvier 1936.

du métabolisme azoté et des glissements du chlore dans les tissus.

En effet, la poussée d'hyperazotémie, relevée par Robineau et Duval, s'accompagne presque toujours d'une hypochlorémie relativement plus marquée sur les globules rouges que sur le plasma.

L'administration immédiate de chlore tend à rétablir l'équilibre humoral avec amélioration clinique et reprise de la diurèse. L'injection de sérum hypertonique salé agit ici avec rapidité et efficacité: ce qui est très consolant, puisqu'en introduisant du sel en excès dans l'organisme, on fait tomber l'azotémie.¹³

L'omission de la recherche azotémique, quand la diurèse diminue et que les petits signes que nous venons de noter sont reconnus, va entraîner des conséquences désastreuses.

L'adjonction à l'économie de sel en excès, nécessaire dans la maladie post-opératoire, ne sera pas poussée avec la vigueur nécessaire, si l'hyperazotémie n'est pas constatée.

Nous verrons alors survenir des phénomènes toxiques graves, avec syndrome d'occlusion intestinale ou syndrome péritonitique.

Ces formes sérieuses entraînent une évolution qui peut être fatale. Nous étudierons leurs signes cliniques avec les complications du même ordre qui surviennent dans les suites plus tardives — iléus et péritonite.

Un mot maintenant de la pathogénie de la maladie post-opératoire. « A la base de l'azotémie post-opératoire se trouve l'introduction dans le sang d'albumines toxiques, de polypeptides que le foie n'a pu transformer en urée ».¹⁴

¹³ Consulter à ce sujet: Robineau, Duval, Fredet, Fey, Picot, Lambret et Métivet — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1933.

¹⁴ Duval — *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 14 juin 1933.

Les polypeptides existent dans le sang de la circulation générale à l'état normal. Leur taux est de 20 à 30 milligrammes par litre.

Ils proviennent de l'albumine, des protides. Leur source normale réside dans la mort des éléments tissulaires, et la destruction des cellules de l'organisme usées par leur travail normal.

Les polypeptides sont nocifs. Nous pouvons donc avoir une intoxication polypeptidique.

L'hyperpolypeptidémie post-opératoire peut être observée une heure après l'opération. L'hyperazotémie n'arrive qu'après 24 heures, ainsi que l'hypochlorémie.

« Tout se passe comme si l'organisme surpris par l'attaque brusque des produits toxiques de la désagrégation tissulaire fléchissait devant elle et ne mettait en action ses moyens d'auto-défense qu'avec une réelle lenteur. »¹⁵

Selon Duval, la maladie évolue schématiquement en trois périodes. La première ou *attaque de l'organisme*, survient dans les 24 à 36 premières heures et montre une hyperpolypeptidémie croissante, de l'hyperglycémie, une hyperpolycytose avec chlorémie normale et peu d'hyperazotémie. La seconde ou *période d'amélioration clinique* qui dure 24 à 48 heures, avec baisse de la polypeptidémie, hyperazotémie, accentuation de la chlorémie et la troisième ou *période variable* suivant l'évolution vers la guérison ou la mort. La guérison est anticipée quand il y a des modifications sanguines qui reviennent à la normale. L'évolution est fatale, s'il y a hyperpolypeptidémie, hypochlorémie et hypochlorurie.

¹⁵ Pierre Duval et Jean-Charles Roux — Les polypeptides et les maladies à hyperpolypeptidémie dans la pathologie chirurgicale. *Le Journal Médical Français*, janvier 1938.

Il faut donc retenir les notions suivantes capables de fixer le pronostic de la maladie post-opératoire.

Bon est le pronostic si l'azotémie est augmentée et la polypeptidémie diminuée; hésitant est le pronostic si l'azotémie est augmentée et la polypeptidémie aussi; mauvais est le pronostic si l'azotémie baisse et la polypeptidémie augmente.

D'où les équations:

Azotémie + polypeptidémie — = bon résultat.

Azotémie + polypeptidémie + = douteux.

Azotémie — polypeptidémie + = mauvais.

Il est impossible d'expliquer hors la sensibilisation comment « de deux opérations identiques, faites exactement dans les mêmes conditions générales et particulières sur des sujets en parfait équilibre biologique, l'une soit suivie « d'une maladie post-opératoire » grave et que l'autre ne provoque que des réactions biologiques insignifiantes sans expression clinique ». (Duval et Roux.)

L'opération met en mouvement les humeurs, le sympathique et les leucocytes. Dans la plaie opératoire, il y a destruction d'architectures albuminoïdes, de lipides, des prises d'eau et de matières minérales, des hydratations et des dépôts.

Leriche voit un fait toxique évident dans la production de la maladie post-opératoire par la perturbation des corps azotés, l'azote polypeptidique, la destruction des lipides, les variations de la chlorémie et les modifications de la réserve alcaline et il se demande « si la désintégration azotée n'a pas un autre mécanisme que celui invoqué, si elle n'est pas secondaire et non primitive, générale et non régionale ».¹⁶

¹⁶ R. Leriche — Des moyens de réduire au minimum la maladie post-opératoire. *Revue de chirurgie, Paris*, 1936, p. 99.

Il a remarqué avec beaucoup d'autres d'ailleurs que le syndrome toxique n'existe guère cliniquement qu'après les opérations transpéritonéales. Faut-il incriminer la richesse de l'innervation péritonéale et ses spécialisations fonctionnelles? Toute opération est d'ailleurs un traumatisme de la vaso-motricité qui retentit sur l'équilibre circulatoire, local et général.

La question de la maladie post-opératoire reste à l'ordre du jour. Depuis plus de cinq ans, elle est l'occasion de très nombreux travaux que nous n'avons pas le loisir de vous analyser en détail. Cette complication, à elle seule, pourrait faire l'objet de plusieurs conférences. Les recherches expérimentales y sont nombreuses et faites dans de nombreux centres scientifiques.¹⁷

¹⁷ Ceux que la question intéresse particulièrement trouveront profit à consulter, entre cent autres, les travaux suivants:

Anderson and Rockwood, *Surg. Gyn. and Obst.*, juillet 1929.

Chabanier et Lobo-Onel: *Hypochlorémie et accidents post-opératoires*, 1934.

A. Debrez: Etude de quelques modifications du métabolisme provoquées par les opérations chirurgicales. *Revue de Chirurgie*, Paris, juin 1938.

Donati, in *Presse Médicale*, 9 février, p. 240.

Duval, in *Presse Médicale*, 7 novembre 1935, p. 1927.

Fabre, in *Presse Médicale*, 31 août 1935, p. 1370.

Lambret: La maladie post-opératoire. *Société belge de chirurgie*, 19 juin 1937.

Larget, in *Presse Médicale*, 30 janvier 1937, p. 161.

Leriche, in *Presse Médicale*, 5 juin 1937, p. 177.

Letulle, in *Presse Médicale*, 9 octobre 1935.

Lévy, in *Presse Médicale*, 4 septembre 1935, p. 1568.

Métivet, in *Presse Médicale*, 2 février 1935, p. 178.

Vons U. Molers, in *J. A. M. A.*, 2 novembre 1935, p. 1774.

Veppati, in *J. A. M. A.*, 30 novembre 1935, p. 1813.

Il nous reste à revoir les moyens de la combattre et ceux-ci doivent chercher à atténuer les phénomènes protéolytiques, à soutenir la fonction du foie, à éviter la déshydratation et à vaincre la réaction neuro-végétative.¹⁸

Cette thérapeutique est facile à retenir, car elle doit d'abord s'attacher à éviter les traumatismes opératoires violents susceptibles de produire les phénomènes toxiques que nous connaissons et d'irriter fortement les filets nerveux, irritation apte à provoquer à distance des réflexes capables de bouleverser les équilibres fonctionnels. Elle doit en second lieu, stimuler la fonction hépatique par l'alimentation riche en hydrates de carbone avant l'intervention et par l'administration d'extrait de foie, de glucose et d'insuline après celle-ci. Elle doit ensuite remplacer la perte de liquide qui peut être considérable dans certains cas, en utilisant « l'emploi judicieux de grandes quantités d'eau, dans le sens de rétablir le taux liquide normal du sang et l'efficience circulatoire, en un mot d'assurer l'eau nécessaire à la vie de la cellule ».¹⁹

Les troubles de la maladie post-opératoire sont donc de deux ordres, neuro-végétatifs et bio-chimiques. Ils sont, de par leur nature, voisins de ceux que l'on rencontre dans le shock.

Mais il faut nous limiter, car d'autres complications peuvent également survenir dans les trois ou quatre jours qui suivent l'opération. Ce sont toutes des affections ayant à leur base, une stase gastro-intestinale plus ou moins grave

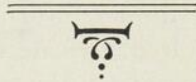
¹⁸ Annes-Dias: Le déséquilibre métalloïdique post-opératoire en chirurgie abdominale, *Revue de Chirurgie*, Paris, mai 1938.

¹⁹ Annes-Dias: *loco citato*.

avec signes communs et particuliers à chacune. Nous étudierons donc dans une prochaine leçon la péritonite, l'occlusion intestinale et la dilatation aiguë de l'estomac.

Nous verrons ensuite les manifestations pleuro-pulmonaires et nous terminerons par les complications post-opératoires tardives.

(A suivre)



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

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

se trouve chez

J. EDDÉ Limitée, *Edifice New Birks*, — MONTRÉAL

◆

C'est un fait bien connu qu'à dose thérapeutique l'alcool est un antipyrétique et un stimulant diffusible. Il est surtout indiqué chez les alcooliques atteints d'une affection aiguë, dans les infections à forme adynamique avec asthénie cardiaque et dans la pneumonie.

●

Dans les
cas où le médecin jugera
nécessaire d'administrer l'alcool
sous forme d'eau-de-vie, le
COGNAC MONNET
se recommande particulièrement à
son choix. Le médecin est assuré
de prescrire alors un produit
vraiment supérieur.

▼

TÉLÉPHONE:
LANCASTER 1424

435 EST, RUE
LAGAUCHETIÈRE

▲
RELIURE
D'ART
FRANÇAISE
▼
RELIURE DE LUXE

SPÉCIALITÉ:
Reliure de Bibliothèque

MONTREAL



Emile Carrière, O.D.

LIMITÉE

Adrien Sénécal, O.D.

CARRIÈRE & SÉNÉCAL

Optométristes-Opticiens à l'Hôtel-Dieu

271 RUE SAINTE-CATHERINE EST, MONTREAL

Tél. LANCASTER 2211-2212

Spécialités:

Ajustement des yeux artificiels

Prescriptions de MM. les Oculistes remplies avec soin.

À VOTRE DISPOSITION

Votre banque n'est pas seulement votre caissière et la dépositaire de vos capitaux d'épargne. Elle est en état de vous rendre d'autres services. Vos occupations et vos préoccupations d'ordre professionnel ne vous laissent guère le loisir de vous documenter au jour le jour sur les questions d'affaires. Vous n'en êtes pas moins tenu, à l'occasion, de résoudre certains problèmes financiers qui mettent en jeu vos intérêts. Recourez donc avec confiance au gérant de votre banque dont les avis désintéressés vous seront souvent utiles.

BANQUE CANADIENNE NATIONALE

537 bureaux au Canada

66 succursales à Montréal

La crème à céréales
rend le déjeuner plus agréable

*Demandez-en à notre livreur
dès aujourd'hui.*

J. Joubert
LIMITÉE

LA BANQUE . . . ÉLÉMENT DE PROSPÉRITÉ

Une Banque est un actif national et en servant l'intérêt particulier elle concourt à celui de toute la collectivité.

LA BANQUE PROVINCIALE DU CANADA

vous offre ses services, à son siège social, 221, rue St-Jacques ouest, à Montréal, et dans ses 314 succursales et bureaux.

Ouverture d'un Compte Commercial ou d'Épargne, location de Coffrets de Sûreté, paiements par chèques, escompte ou emprunts, — la Banque vous est réellement nécessaire.

Elle sera pour vous un élément de prospérité.

ASSURANCES GÉNÉRALES

Les Meilleurs Contrats aux Meilleurs Prix

Spécialités : Assurances contre les risques professionnels

ACCIDENTS ET MALADIES — AUTOMOBILES

GASTON RIVET

266 RUE ST-JACQUES OUEST . . . Tél. MARquette 2587

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

Demandez notre brochure « L'INVENTAIRE DE LA MAISON ».

Elle vous sera envoyée sans frais sur demande.

Dernière Création de la Prothèse

Prodige de la mécanique moderne

Une jambe artificielle en métal, presque "**naturelle**" grâce à son articulation sur billes du genou et de la cheville. Plus solide et plus légère que les appareils de prothèse en bois, fibre ou cuir.

Cuissard et molletière parfaitement moulés — Pièces de rechange uniformes — Pas de rivets criards — forme gracieuse; *fini spécial qui élimine la peinture et protège le métal.*

Droits exclusifs sur la jambe de métal moderne **AEROPLANE.**

Cet appareil vaut d'être examiné par les chirurgiens qui s'intéressent au sort de leur patient après l'opération et désirent procurer à l'amputé tout le confort et la capacité possibles avec un appareil.

J. A. DUCKETT

*Membres Artificiels, Appareils Orthopédiques,
Bandes Herniaires, Ceintures Abdominales, etc.*

2008-2014-2020, RUE BLEURY, angle Ontario, - MONTREAL
Téléphone: HARbour 0630

Toutes Grosseurs
D'ANTHRACITES
"WELSH"
"SCOTCH"
et
"SCRANTON"
'bleu'

"Le Marchand Indépendant"

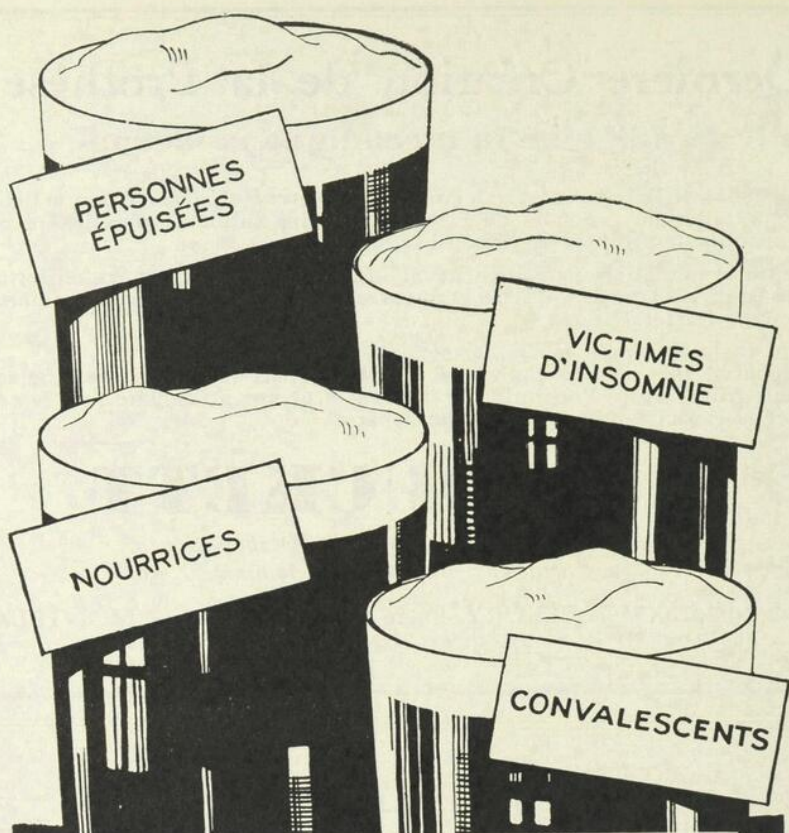
F. H. Phelan

"A la Tonne ou au Char"

●
MARquette 1279

315, RUE COLBORNE

Charbons
BITUMINEUX
—
HUILE A
CHAUFFAGE
—
COKE



Dow

**CROWN
STOUT**

CHEZ TOUS LES EPICIERS LICENCIES

1F

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

Spécialistes dans le transport des malades et des blessés

GEO. VANDELAC LIMITÉE

G. VANDELAC, jr.

Fondé en 1890

ALEX. GOUR

DIRECTEURS DE FUNÉRAILLES
SALONS MORTUAIRES

120 RUE RACHEL EST, - - MONTRÉAL

Tél.: BElair 1717

Pour vos IMPRESSIONS, consultez

THÉRIEN FRÈRES

LIMITÉE

IMPRIMEURS - LITHOGRAPHERS - GRAVEURS

PHOTOLITHO

494 OUEST, RUE LAGAUCHETIÈRE - MONTRÉAL

HARbour * 5288

ravaît bien fait

De bon goût

*Promptitude
d'exécution*

*'une des plus
importantes
maisons d'arts
graphiques du
Canada français*



« L'IMPRIMERIE EST L'ARTILLERIE DE LA PENSÉE »



TABLE DES ANNONCEURS

	Page		Page
Abbott Lab.	XXIII	Laboratoire Poulenc	VI
Agobyl	XI	Lechasseur Limitée	Couvert. 3
Antiphlogistine	XIV	Mallinckrodt Chem.	II
Banque Canadienne Nationale	XXVII	Maple Leaf Milling Co.	XI
Banque d'Epargne	XII	Merck & Co.	Couvert. 4
Banque Provinciale du Canada	XXVIII	Millet, Roux & Cie	IX et XVI
Bière Dow	XXX	Mowatt & Moore	XIX
Byrrh	XIII	Oxygène du Canada (Compagnie)	XIX
Canada Drug	XX	Phelan, P. H.	XXIX
Canada Starch	XXI	Reckitts (Over-Sea) Ltd.	V
Carrière et Sénécal	XXVI	Reliure d'Art Française	XXVI
Casgrain & Charbonneau	XVII	Rougier Frères	VI et X
Ciba (Compagnie)	XV	Rivet, Gaston	XXVIII
Cognac Monet	XXV	Schering (Canada) Ltée	IV
Duckett, J. A.	XXIX	Siemens-Reiniger (Canada) Ltd.	VI
Dupuis Frères	XXII	Simmons	XXII
Eddé, J.	XXIV	Soc. d'Administration et de Fiducie	II
Frosst, Chas. E.	Couvert 2	Soc. d'Expansion Pharmaceutique	VII
Grenier Motors Limited	XXXII	Thérien Frères, Limitée	XXXI
Herd et Charton	XVIII	Vandelac, Georges	XXXI
Hoffman-LaRoche	XIV	Victor X-Ray	VIII et IX
Horner, Frank W. Ltd.	XX	Vinant Limitée	I
Joubert, J. J.	XXVII		

CHRYSLER et PLYMOUTH

sont les marques d'auto les plus populaires cette année.

MM. les Médecins,

Faites l'essai de l'une de ces marques d'auto et vous serez enchantés de leur confort et leur économie.

Visitez notre salle de montre et vous serez ravis de l'élégance des nouveaux modèles "39".



GRENIER MOTORS LIMITED

1644-46 OUEST, RUE STE-CATHERINE

Fitzroy 6383



Monsieur JEAN FORTIER
Directeur-Gérant

281 Ste-Catherine Est

▲
Avez-vous pensé
à votre
manteau d'hiver
?

... il n'y a pas de
meilleure occasion
comme aujourd'hui

▼
Lechasseur, limitée

Concessionnaires des célèbres vêtements

Fashion-Craft

de fabrication canadienne-française.

L'INTOXICATION ET L'IRRITATION LOCALE SONT
D'IMPORTANTS OBSTACLES DANS LA MÉDICATION
PER OS DANS LES INFECTIONS GÉNITO-URINAIRES

La littérature publiée depuis une décade démontre que

NOM **PYRIDIDIUM** DÉPOSÉ
(Phenylazo-Alpha-Alpha-Diamino-Pyridine Mono-Hydrochloride)

- est bien toléré.
- non irritant à dose thérapeutique.
- procure un effet analgésique local et un soulagement rapide des symptômes.
- effectif aussi bien dans les urines acides que dans les urines alcalines.
- utile en association avec toute autre médication génito-urinaire.
- s'administre facilement sous forme de comprimés.

Littérature envoyée sur demande.

MERCK & CO. LTD. *Fabricants Chimistes* MONTRÉAL, P. Q.