

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872

Vol. LV

MAI 1926

No 5

## HYPOTENSION ARTÉRIELLE ET GRANDE INSUFFISANCE CARDIAQUE

Par CAMILLE LIAN,  
*Professeur agrégé à la Faculté de Paris,  
Médecin de l'Hôpital Tenon.*

Il est banal d'observer de l'hypotension artérielle chez des cardiopathes mitraux en asystolie; on la voit même chez des hypertendus dont la puissance cardiaque s'effondre.

Plus dignes de retenir l'attention sont les cas où l'on assiste à un syndrome de grande insuffisance cardiaque avec bruit de galop gauche, pouls alternant et hypotension artérielle, cela chez des sujets dont les accidents précités résument toute la maladie.

Nous avons déjà mis cette notion en valeur dans les deux volumes précédents de *l'Année médicale pratique* (1) mentionnés par l'un de nous sous la rubrique des formes isolées des syndromes myocardiques chroniques, ces faits ont été ultérieurement étudiés par Laubry et Walser sous le nom de myocardies, par Paviot, Bouchet et Bonafé sous le nom d'hypertrophie primitive du myocarde.

Tous les auteurs précédents considéraient que dans ces cas, le siège primitif de l'affection était le myocarde, à la fois hypertrophié et dilaté. Or Dumas (de Lyon) vient de proposer une interprétation toute nouvelle de ces faits, très intéressante à la fois par les discussions pathogéniques qu'elle soulève, et aussi par les déductions pratiques qu'elle comporte (2).

**I. Hypotonie artérielle primitive (conception de Dumas).**—Parmi les syndromes d'hypotension, à côté de l'hypotension des infections, des intoxications, des cachexies, des anémies, et de l'hypotension constitutionnelle, Dumas fait une place spéciale à l'*hypotonie artérielle primitive*. A vrai dire, celle-ci peut exister sans hypotension,

(1) "Année méd. prat.", 3e année, 1924, p. 351, 4e année, 1925, p. 241.

(2) "Lyon méd.", 24 mai 1925; "Journ. de méd. de Lyon", sept. 1925.

si les réactions d'adaptation cardiaque compensent cette hypotonie artérielle.

L'hypotonie artérielle primitive survient à l'adolescence ou à l'âge mûr. Les sujets se plaignent d'une grande dépression, ils ressentent, dans les efforts, des palpitations et plutôt de la fatigue que de l'oppression. Souvent vertigineux, lipothymiques, ils ont le visage les uns pâle, les autres coloré, et se plaignent fréquemment d'élanements douloureux dans les jambes.

Le pouls est en général rapide, instable, avec parfois des extrasystoles. La pression artérielle maxima est, en général, voisine de 10, minima difficile à fixer. Les bruits artériels sont faibles, l'index oscillométrique est augmenté, au moins d'une façon relative par rapport à l'hypotension.

La pointe du cœur, à sa place normale, bat énergiquement, et la main peut percevoir un soulèvement systolique étendu, "choc globuleux d'ensemble" du prof. Bard. L'auscultation ne révèle rien de caractéristique dans les cas récents.

Le cœur est susceptible d'être à la longue surmené par ces efforts d'adaptation, et il peut en résulter une véritable asystolie progressive avec bruit de galop, pouls alternant, insuffisance mitrale fonctionnelle, grande hypotension artérielle.

L'hypotonie artérielle paraît être à Dumas à la fois d'origine surrénale et sympathique. Il considère que, dans ces cas, les tonocardiaques échouent, mais que les médicaments vasculaires comme l'ergotine, la strychnine, l'adrénaline peuvent donner de bons résultats.

**II. Remarques suscitées par la conception de Dumas.** — Gallavardin (3) considère que, dans les faits de grande insuffisance cardiaque avec hypotension sans étiologie bien nette, on s'est trop hâté d'admettre l'opinion cardiaque primitive. Il tend à croire que le plus souvent il s'agit d'une hypertrophie cardiaque réactionnelle se produisant comme conséquence d'une perturbation circulatoire périphérique.

Le prof. Bard a rattaché l'opinion de Dumas à sa conception du caractère *actif* de la diastole cardiaque (4). D'après lui, la longueur des fibres myocardiques peut, en partant d'un état de repos, se modifier de deux manières d'une façon active, ou bien elle se raccourcit (systole) ou bien elle s'allonge (diastole). Ces deux modes

(3) "Lyon méd.", 13 septembre 1925.

(4) "Arch. méd. coeur", mars 1925, "Journ. de méd. de Lyon", août 1925.

d'activité sont susceptibles d'être accrus, le systolique par le sympathique, le diastolique par le pneumogastrique.

Cette théorie, appuyée sur de solides arguments, conduit le prof. Bard à distinguer deux modes d'hypertrophie cardiaque réactionnelle dont les deux exemples les plus typiques seraient :

1° L'hypertrophie concentrique de l'hypertension où l'activité systolique du cœur est renforcée;

2° L'hypertrophie excentrique de l'insuffisance aortique où l'activité diastolique du cœur est renforcée de façon à accroître le volume de l'ondée sanguine, et à compenser ainsi la fuite sigmoïdienne diastolique.

Le prof. Bard considère donc que, dans la théorie de Dumas, l'insuffisance cardiaque est probablement sous l'influence d'une hypertrophie excentrique par hyperdiastolie.

Personnellement, quelques faits que j'ai récemment observés m'avaient déjà conduit à formuler dans mon enseignement une opinion analogue à celle de Dumas. Il s'agissait de trois adultes hypotendus et n'ayant que des troubles fonctionnels cardiaques minimes. J'avais été surpris de trouver à l'écran radioscopique une légère augmentation de l'ombre cardiaque et j'avais formulé à mes élèves la conclusion suivante: chez ces malades, du fait de l'hypotension artérielle, le travail supplémentaire à fournir par le cœur dans les efforts est plus grand chez un sujet ayant une tension normale. Pareils appareils circulatoires avec hypotension ne sont pas dans d'aussi bonnes conditions pour réaliser un effort; puisque déjà au repos, la circulation est un peu déficiente. On conçoit donc que du fait du surmenage, le cœur de ces malades puisse être amené à subir une dilatation hypertrophique, qui pour les mêmes efforts ne se serait pas produite dans un cœur sain. Ainsi ajoutai-je, on peut admettre que chez de pareils malades sous l'influence d'un gros surmenage, de grosses émotions, ou de maladies intercurrentes, pourrait se produire un état asystolique. Il y a donc des accidents cardiaques de l'hypotension comme il y a des accidents cardiaques de l'hypertension.

Toutefois mon opinion actuelle sur cette question serait moins limitative que celle de Dumas.

Certes, j'admets que l'insuffisance cardiaque peut être provoquée de toutes pièces par un trouble exclusivement périphérique au début, la preuve en est dans le fait que j'ai été l'un des premiers à admettre l'insuffisance cardiaque des anévrysmes artério-veineux.

Cependant, je trouve que dans les syndromes tensionnels on ne donne qu'un rôle trop secondaire au cœur. Ainsi je considère que, dans l'hypertension artérielle, le trouble initial n'est pas exclusivement vasculaire, mais qu'il est à la fois cardiaque et vasculaire. Le trouble endocrino-sympathique qui est à l'origine de l'hypertension agit, à mon avis, en même temps sur les artérioles qu'il resserre et sur le cœur qu'il renforce. Cette double hypertonie semble même constituer un véritable cercle vicieux: la vaso-constriction appelant de fortes contractions cardiaques, et une hyperactivité cardiaque pouvant provoquer comme correctif un certain degré de vaso-constriction afin de ne pas entraîner un trop grand afflux de sang dans les papillaires. (5)

Je crois donc que, dans la plupart des syndromes d'hypotension le trouble endocrino-sympathique exerce son influence dépressive à la fois sur le cœur et sur les vaisseaux. J'ai l'impression que cette conception aide à comprendre l'insuffisance cardiaque qui sous l'influence de causes surajoutées (surmenage, émotions, maladies intercurrentes, évidentes ou cachées) est l'aboutissant ultime de certaines hypotensions artérielles permanentes.

Enfin, ce serait trop restreindre la pathogénie des grandes insuffisances cardiaques avec hypotension, que de les considérer comme toutes secondaires au syndrome cardio-vasculaire qu'est l'hypotension permanente. Il est rationnel d'admettre que, dans d'assez nombreux cas, la perturbation toxique (dysthyroïdie par exemple) ou nerveuses (émotions répétées) qui est à l'origine des troubles circulatoires, a fait sentir son action d'abord sur le cœur, et que c'est l'insuffisance myocardique qui a entraîné comme conséquence les troubles vasculaires.

**III. Conclusion pratique.**—Conseillons donc aux hypotendus, malgré l'aspect d'excellente santé de certains, de ne pas surmener leur cœur.

Avant l'apparition de l'insuffisance cardiaque, continuons à faire appel à la strychnine, l'adrénaline, l'ergotine, le camphre.

En face de l'insuffisance cardiaque des hypotendus, il faut se rappeler la gravité et le caractère rebelle des cas où existent le bruit de galop, le pouls alternant, les œdèmes. Cependant avant de porter un pronostic fatal, attendre les effets d'une thérapeutique cardiodynamique intensive. Penser à associer les médicaments précités avec la digitale, l'ouabaïne, la théobromine, etc. Se rappeler même.

---

(5) Lian et Finot: L'hypertension artérielle, Flammarion édit., 1924.

comme le faisait remarquer récemment le prof. Libensky (de Prague), que dans certains cas de grande insuffisance cardiaque primitive avec hypotension, les médicaments toni-cardiaques habituels semblent même mal supportés, et devoir être remplacés par la strychnine, le camphre, la théobromine. Ces conclusions, que le prof. Libensky (6) a émises lui-même avec quelque réserve, demandent à être soumises au contrôle d'une longue expérience clinique, mais invitent en tout cas à observer minutieusement les malades de ce genre, et à ne pas les priver des bienfaits de médicaments comme la strychnine, l'adrénaline, le camphre.

Extrait de l'“Anée médicale Pratique”, volume annuel publié sous la direction du Dr Lian, agrégé, médecin des hôpitaux. — 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (méd., chir., obst., spécial, et questions prof.). — 25% de réduction aux souscripteurs. Prix du volume: 24 frs.

Envoyer avant le 1er Mai: 20 frs; (pour l'étranger: 22 frs, à M. Lépine, éditeur, 3, rue Vézelay, Paris (8e).

Comptes chèques postaux 712-04.

M. Lian a bien voulu nous adresser pour l'Union Médicale du Canada, l'article intéressant que nous publions aujourd'hui. Tous nos lecteurs le liront avec profit. Nous adressons nos remerciements à notre éminent collaborateur.—N. D. L. R.

o

---

(6) “Congr. franç. de méd.”, Nancy, août 1925, in “Presse méd.”, p. 1049.

# LITHIASSE BILIAIRE ET CHOLECYSTITES LA DOULEUR SIGNAL

## QUELQUES OBSERVATIONS

*Par ALBERT LeSAGE,  
Professeur de Pathologie interne et de Clinique médicale,  
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.*

La lithiasse biliaire devient de plus en plus fréquente. Nos services hospitaliers sont remplis de malades qui offrent les manifestations les plus variées de cette affection, et nos bureaux voient défiler des séries ininterrompues de dyspeptiques dont les malaises remontent à une crise ignorée de lithiasse compliquée ultérieurement de cholécystite calculeuse, hydropique ou cholédocienne.

Voici quelques observations prises au hasard.

### **I.—Cholécystite calculeuse non suppurée.**

Madame C..., 56 ans, souffre de dyspepsie depuis plusieurs années: gaz, sensation de gonflement à l'épigastre après les repas, dyspnée, aérophagie, enchifrènement, bouffées de chaleur à la tête, constipation. Plus tard elle éprouve une douleur à l'hypocondre droit s'irradiant à la ceinture et dans le dos.

A l'examen nous trouvons un **point vésiculaire, nettement douloureux**, une légère **défense musculaire**, avec **irradiations à la clavicule** entre les deux chefs d'insertion du sterno-cléido-mastoïdien et vers l'épaule droite. Léger subictère, amaigrissement.

Après un traitement médical il y a une légère amélioration. Mais bientôt les crises apparaissent de nouveau.

Une intervention chirurgicale s'impose: cholécystectomie. La vésicule renferme un calcul très gros obstruant le cystique. Ses parois sont épaissies et sa cavité contient une certaine quantité d'une bile foncée et visqueuse.

Les suites opératoires sont normales.

### **II.—Cholécystite calculeuse hydropique.**

Madame D..., 52 ans, souffre depuis longtemps de crises subintrantes avec paroxysmes qui l'obligent à s'aliter, et s'accompagnant de nausées avec vomissements bilieux jaunâtres.

A l'examen, l'hypocondre droit est tendu, douloureux et plus gros que le gauche. On peut délimiter une tumeur **piriforme** qui plonge dans la fosse iliaque et ayant la forme d'une vésicule distendue, hydropique. La région pancréatico-duodénale est douloureuse.

Comme chez la malade précédente nous notons une douleur à la **clavicule, à l'épaule et dans le dos.**

Le repos au lit, une diète et un traitement appropriés procurent un peu de soulagement à la malade.

Mais une nouvelle crise jointe à un amaigrissement inquiétant nous forcent à intervenir.

**Cholécyctomie.** La vésicule a triplé de volume. Elle renferme un énorme calcul et plusieurs petits noyés dans une quantité relativement considérable d'un liquide séro-bilieux foncé.

Les suites opératoires sont normales. La malade est aujourd'hui parfaitement rétablie.

### III.—Cholécyctite calculeuse hydropique.

Madame H..., 58 ans. Entre à l'hôpital souffrant de dyspepsie depuis de longs mois.

A l'examen, subictère. Estomac distendu avec spasme du bulbe pylorique à l'examen radioscopique. L'hypocondre droit est douloureux et tendu. Le point **vésiculaire** est nettement positif, avec irradiations dans le **cou et l'épaule droite.** La pression profonde nous permet de délimiter les contours d'une vésicule biliaire distendue.

L'examen aux rayons X par la méthode de l'iodekon est **négaif:** cystique imperméable = calcul probable.

Après un traitement préparatoire, nous conseillons la cholécystectomie.

Vésicule distendue, renfermant une grande quantité de bile foncée et trois calculs de dimensions différentes dont l'un obstruant le cystique.

Les suites opératoires sont normales, la malade quitte l'hôpital en voie de guérison.

### IV.—Cholécyctite scléro-atrophique calculeuse.

Madame P..., 40 ans, souffre de dyspepsie depuis longtemps. Un soir elle est réveillée par une douleur vive avec paroxysmes qui l'oblige de réclamer un soulagement d'urgence. Les jours suivants tout le côté droit reste endolori, avec irradiations dans **dos, l'épaule droite, le cou et la nuque.**

A l'examen, douleur **vésiculaire, défense musculaire,** paroxysme en exerçant une pression de **bas en haut** avec les doigts refoulant les intestins contre la coupole diaphragmatique.

Traitement médical peu satisfaisant.

La cholécystectomie révèle une vésicule atrophiée, épaissie, contenant un calcul enchatonné qui adhère à la paroi.

Les suites opératoires furent satisfaisantes.

Une angiocholite secondaire prolongea la convalescence mais ne compromit pas le résultat définitif.

**V.—Cholécystite calculuse du cholédoque. — Pancréatite scléreuse hypertrophique. — Mort par pancréatite hémorragique.**

Madame L..., 40 ans, souffre de dyspepsie depuis plusieurs années. Quelques jours après une fausse couche elle est prise d'une douleur violente au côté droit avec irradiations dans l'hémithorax correspondant qui ne cède qu'à des doses répétées de morphine et atropine.

Au bout de 36 heures, l'ictère apparaît, les urines sont couleur acajou, **les selles décolorées**. Tous ces signes s'accroissent de plus en plus. Bref, on l'opère avant qu'une bile infectée sur place ne cause trop de préjudice à la cellule hépatique.

Vésicule petite, déserte, le cholédoque est obstrué par un calcul que l'on parvient à retirer avec peine, le pancréas est hypertrophié, dur, et présente ici et là quelques taches de stéato-nécrose.

Un drain assure l'évacuation de la bile par la vésicule marsupialisée à la paroi.

La convalescence est longue; la fièvre décroît lentement. Au bout de 15 jours, nouvelle crise douloureuse, accentuation de l'ictère, etc., fièvre. Un mois plus tard la malade quitte l'hôpital en voie de guérison. Mais elle présentait tous les signes d'une pancréatite scléreuse hypertrophique avec son point **pancréatico-duodénal** et des selles contenant des aliments non digérés.

Un soir, cette femme est prise subitement d'une douleur violente dans l'abdomen avec syndrome péritonéal, et elle succombe en quelques heures en présentant tous les signes d'une hémorragie interne.

La pancréatite hypertrophique avait évolué malgré l'opération en se compliquant d'une pancréatite hémorragique qui avait causé la mort.

**VI.—Cholécystite hydropigène lithiasique.**

Madame C..., 72 ans, souffre de troubles dyspeptiques accompagnés d'une douleur sourde à l'hypocondre droit. Son corset la gêne après le repas. Elle mange beaucoup.

A l'examen, le foie semble hypertrophié, on distingue une légère voussure. A droite de la ligne médiane, à mi-chemin entre l'appendice xiphoïde et la dernière fausse côte, on sent une tumeur qui plonge dans l'abdomen. On peut en délimiter les contours assez facilement. Elle est dure, peu douloureuse, fixe.

L'inappétence récente, le dégoût des viandes, l'amaigrissement, la pâleur nous penser au cancer du foie ou des voies biliaires ou à une cholécystite hydropigène lithiasique.

Un traitement prolongé par le lait magnésie à haute dose (1 cuillerée à soupe matin et soir dans une demi-tasse d'eau tiède), joint à une diète appropriée et au massage doux de la vésicule fut suivi d'une amélioration locale et générale progressive.

Peu à peu, la tumeur diminua de volume. Les selles devinrent de plus en plus teintées de bile dont la couleur jaune d'or alternait quelquefois avec une teinte plus foncée. Bref, au bout de deux ans tous les accidents avaient disparu.

L'évolution dans le temps nous avait permis d'écarter le cancer pour se rattacher à une cholécystite hydropigène lithiasique.

Grâce au massage, aux sels de magnésie et à la diète, nous avons pu réveiller la tonicité de la vésicule et rétablir ainsi le cours d'une bile stagnante.

Depuis un an, l'amélioration s'est maintenue

### Pathogénie

Ce qui frappe dans toutes ces observations et d'autres similaires, c'est l'évolution anatomo-pathologique. Pourquoi, ici une cholécystite hydropigène, là une cholécystite scléreuse, ailleurs une cholécystite suppurée ?

Hypothèses !...

Nous pouvons supposer, à l'origine de ces troubles, le rôle incessant de l'infection, lente ou rapide. Peu à peu, le métabolisme basal est révolutionné, les milieux intérieurs sont transformés, le trouble fonctionnel apparaît, la lésion pathologique est bientôt constituée.

La tonicité de la vésicule biliaire, comparable à celle de l'estomac, s'atténue graduellement. Après une phase d'*hypertonie* caractérisée par des crises de diarrhées prandiales, se succèdent les phases d'*hypotonie* et d'*atonie* avec stase biliaire permanente et constipation.

Le rythme de l'évacuation est changé: l'irritation locale s'accompagne de modifications importantes de la paroi et des glandes sécrétoires: l'état cryoscopique est bouleversé, les sels se précipitent et se cristallisent, le calcul encombre bientôt le champ des voies biliaires.

La clinique a voulu cataloguer ces diverses manifestations pathologiques afin d'en faciliter l'étude.

Voici un synopsis qui nous permettra de reconnaître certaines variétés auxquelles nous faisons allusion dans ce travail et d'en suivre l'évolution.



vésiculaire, avec irradiations au point sterno-cléido-claviculaire, à l'épaule droite et dans le dos. La vésicule n'est pas volumineuse. Ces malaises sont plus accentués 2 ou 3 heures après les repas. Ils sont accompagnés d'une sensation de gêne, de pesanteur et de somnolence, avec ballonnement du ventre, constipation et aérophagie.

Il n'y a pas de fièvre au début.

Un purgatif, une diète sévère rétablissent l'équilibre jusqu'à la crise suivante.

(b) *Cholécystite hydropique* : Nous observons les mêmes symptômes subjectifs que dans la forme précédente. Mais, ici, la vésicule est dilatée, allongée, mobile, douloureuse, piriforme. On dirait une tumeur appendue au bord libre de la côte comme une poire dans l'arbre.

Les selles sont jaunes mais pâles. La peau a une teinte subictérique. Cette forme évolue lentement. A la suite de massages doux et prolongés joints au traitement médical approprié, la tumeur diminue de volume pour disparaître complètement, dans certains cas, à la suite d'un flot de bile verdâtre qui colore fortement les selles.

La paroi vésiculaire a repris sa tonicité diminuée ou disparue durant quelques mois, et tout rentre dans l'ordre jusqu'à la crise prochaine, car ces troubles récidivent.

(c) *Cholécystite scléro-atrophique* : Le malade accuse les mêmes malaises, mais les douleurs sont continues et accompagnées de crises paroxystiques plus ou moins rapprochées coïncidant avec des excès alimentaires, de la fatigue, une émotion, etc.

Cette forme emprunte fréquemment le masque de la dyspnée gastro-intestinale: inappétence, nausées, crampes d'estomac, pyrosis, entérite muco-membraneuse, colite proximale, diarrhée ou constipation.

Le foie n'est pas gros.

Les irradiations douloureuses dans le domaine du phrénique sont nettement accentuées.

La vésicule est petite, inaccessible.

L'évolution est longue, incertaine.

Le traitement chirurgical — cholécystectomie — seul fait disparaître les accidents et les malaises.

(d) *Lithiase cholédocienne* : Elle est causée par la présence d'un calcul emprisonné dans le cholédoque et provenant des voies biliaires supérieures ou formé sur place.

Cette forme se manifeste par une douleur sourde épigastrique avec paroxysmes légers, sub-intrants, accompagnés d'ictère, de décolo-

ration intermittente des selles renfermant des graisses non émulsionnées et des aliments incomplètement digérés. Le foie et la rate sont augmentés de volume.

La vésicule est tantôt normale, tantôt augmentée de volume mais douloureuse. L'amaigrissement est rapide, il y a du sub-ictère, les urines sont foncées. A la palpation on retrouve tous les signes douloureux précédents, mais il y a un endroit où la douleur est plus prononcée que partout ailleurs: c'est le *quadrilatère pancréatico-duodénal* (voir planche 5).

L'évolution est longue et pénible. Le traitement médical échoue presque toujours, et il conduit insensiblement le malade vers une complication grave: la *pancréatite scléreuse hypertrophique avec stéato-nécrose* et, plus tard, la *pancréatite hémorragique, mortelle*.

Dans certains cas, rares, ses adhérences avec le duodénum peuvent amener une fistulisation avec évacuation du calcul par l'intestin.

Si l'obstruction se prolonge, l'inflammation locale provoque une infection biliaire suivie d'angio-cholecystite aiguë, d'abcès du foie ou de cirrhose biliaire.

### III.—*Les manifestations continues pyrétiques*

Elles sont moins fréquentes de nos jours parce que les médecins sont mieux avertis.

Ce sont la *cholécystite* et les *angio-cholecystites suppurées*.

Les symptômes sont les mêmes, mais la fièvre est plus élevée et présente des oscillations indiquant un état septicémique: frissons, chaleur, sueurs profuses, langue saburrale, anorexie, urobilionurie (fièvre bilio-septique).

Cette forme peut évoluer vers l'insuffisance hépatique, l'abcès aréolaire du foie, la péritonite péri-hépatique, l'abcès sous-phrénique, l'ictère grave.

Nous nous empressons d'ajouter qu'un drainage précoce des voies biliaires — cholécystotomie — peut prévenir de tels accidents ou atténuer le pronostic, toujours grave dans ces circonstances.

### Diagnostic

La douleur est le guide le plus sûr dans tous les cas. Nous en indiquerons sommairement la séméiologie en nous aidant de quelques

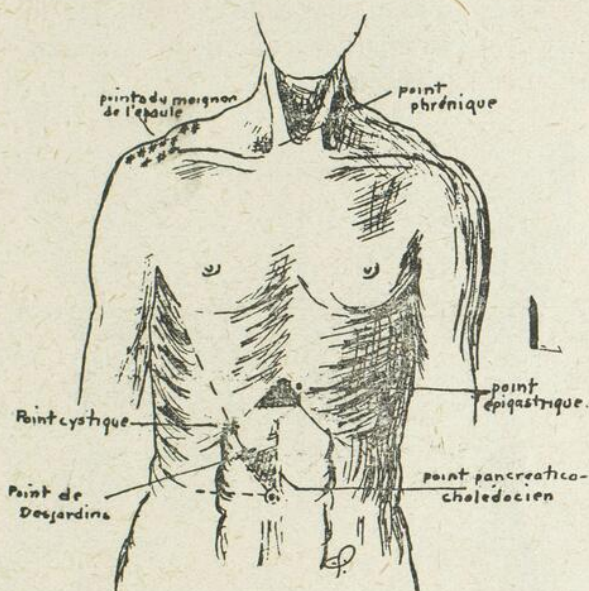
vignettes que nous invitons les praticiens à consulter plus fréquemment.

Les points douloureux indiquant un trouble quelconque de la vésicule, du cholédoque ou du pancréas sont au nombre de huit.

### 1° Epigastrique :

Situé à l'appendice xiphoïde sur une étendue de 5 x 10 c.c. (2 pcs x 4 pcs): pesanteur, crampe, torsion, gastralgies, tension douloureuse des muscles.

Elle serait causée par une irritation du *plexus solaire* avec spasme de l'orifice pylorique.



Pl. I.—Topographie des zones douloureuses dans les cholécystites calculeuses.

### 2° Cystique :

Situé à la dernière fausse côte à l'intersection d'une ligne allant du creux de l'aisselle à l'ombilic.

Enfoncer les doigts à l'endroit indiqué en recommandant au malade de respirer profondément. A chaque inspiration le fond de la vésicule rencontre les doigts et la douleur est plus vive. La douleur spontanée à cet endroit provient de la contracture de la vésicule.

### 3° Cholédocien supérieur.

Douleur en suivant le rebord des fausses côtes sur le bord droit

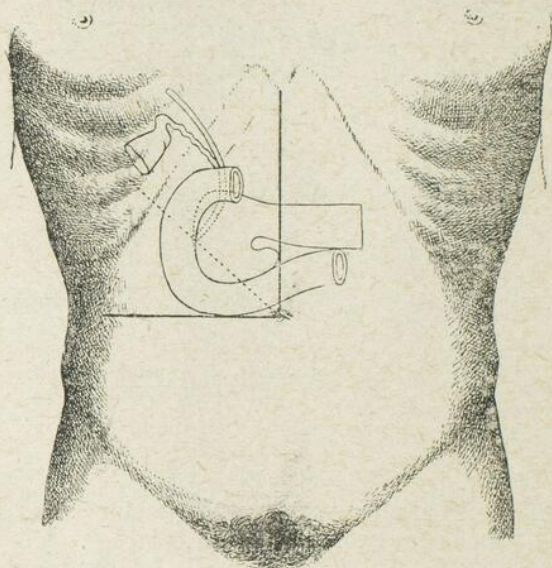
de l'appendice xiphoïde à l'endroit où le cholédoque va s'engager dans la tête du pancréas.

4° *Pancréatico-cholédocien ou duodénal.*

Douleur dans un angle à sommet ombilical. Elle est pathognomonique de la lithiase du cholédoque.

Prenons comme point de repère l'ombilic, de ce point menons un verticale et une horizontale formant un angle droit dont le sommet correspond à l'ombilic, puis traçons la bissectrice de cet angle. La zone pancréatico-duodénale est comprise entre la verticale et la bissectrice de l'angle, sans atteindre en bas tout à fait jusqu'à l'ombilic (Chauffard).

Une douleur à la pression dans cette zone indique une pancréatite en évolution ou bien l'irradiation d'une douleur venant du cystique, du cholédoque ou de la vésicule.



Pl. 5

Projection, sur la paroi, du pancréas, du duodénum, de la vésicule et des canaux biliaires. On peut distinguer l'angle formé par la bissectrice limitant la tête du pancréas. (Région pancréatico-duodénale.)

5° *Douzième côte :*

La douleur est située à l'extrémité libre de la douzième côte. Ce point douloureux est inconstant.

6° *Phrénique droit :*

Ce point est constant et a une grande valeur. On le rencontre dans toutes les affections calculeuses des voies biliaires.

Pour le rechercher, il suffit d'enfoncer un doigt, lentement, profondément, au-dessus de la clavicle droite en dehors du sterno-cléido-mastoïdien. A cet endroit on peut atteindre le *nerf phrénique* qui passe en avant du scalène antérieur où il s'anastomose avec trois nerfs: le *sous-clavier*, l'*hypoglosse* et le *sympathique* (ganglion inf.).

La douleur provoquée apparaît quelques jours avant les crises et se prolonge quelques jours après.

Le phrénique gauche est toujours indolore.

Cette douleur naît dans les rameaux terminaux du phrénique cheminant sous le péritoine au niveau du bord libre du foie dans le voisinage de la vésicule à laquelle il donne quelques fines ramifications. Elle remonte par le phrénique jusqu'au plexus cervical dont il est une branche terminale.



Pl. 2.—Le phrénique croise le scalène antérieur.

- 1) Nerf phrénique venant du diaphragme.
- 2) Anastomose avec le sous-clavier.
- 3) Nerf sous-clavier.
- 4 et 5) Anastomoses du phrénique avec le ganglion cervical inférieur.
- 6) Anse de l'hypoglosse envoyant un rameau au phrénique.

#### 7° Epaule droite :

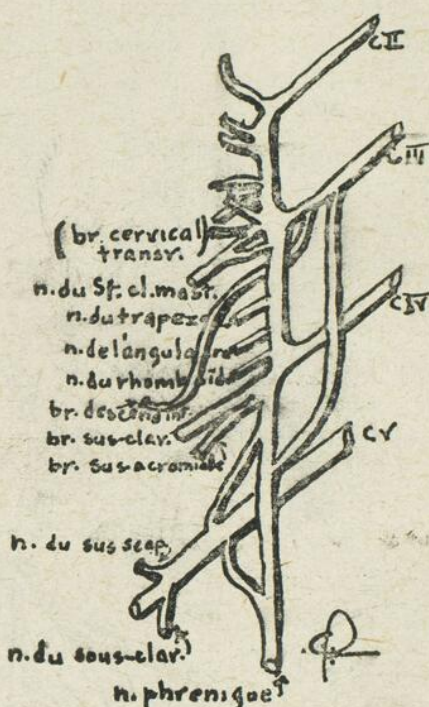
Ce point douloureux est dû aux anastomoses du phrénique avec le plexus cervical au niveau des II, III, IV et Vièmes paires cervicales, comme l'indique la planche 3.

8° *Scapulo-apexien droit.*

Ce point est situé en arrière, à l'omoplate droite, dans une zone située sous la ligne médiane le long de la colonne vertébrale au niveau des apophyses transverses des 8, 9, 10 et 11ièmes vertèbres dorsales. Il est inconstant. Sa valeur est moindre.

Les plus constants sont les points *cystique*, *épigastrique*, *phrénique* et *pancréatico-cholédocien*.

Si l'un ou plusieurs de ces points douloureux sont nettement localisés à la même région après un ou plusieurs examens successifs,



Pl. 3.—Racines du phrénique et ses anastomoses avec le plexus cervical. Rameaux qui distribuent au moignon de l'épaule.

s'ils persistent, s'ils sont accompagnés de troubles digestifs irréductibles avec signes intermittents d'insuffisance hépatique et amaigrissement, nous pouvons conclure en faveur de la cholécystite.

Ces considérations sommaires seront utiles, croyons-nous, pour orienter le praticien dans le diagnostic de ces affections, où l'élément douleur joue un rôle important.

Un grand nombre de médecins croient que la radioscopie et la radiographie sont absolument nécessaires pour préciser le diagnostic.

C'est une grave erreur, surtout pour les praticiens.

Sans doute, ces moyens d'investigation sont des auxiliaires précieux, mais nullement indispensables.

Ecartons délibérément le cauchemar hypnotisant de la dyspepsie pure et simple — un mythe — et recherchons les causes réelles qui troublent le fonctionnement de la plupart des estomacs. Trop souvent, hélas ! nous retrouvons la lithiase biliaire à l'origine de toute cette symptomatologie fruste.

Seul, l'élément douleur bien réperé peut nous conduire à un diagnostic sûr. Les faits abondent qui le démontrent, car si la

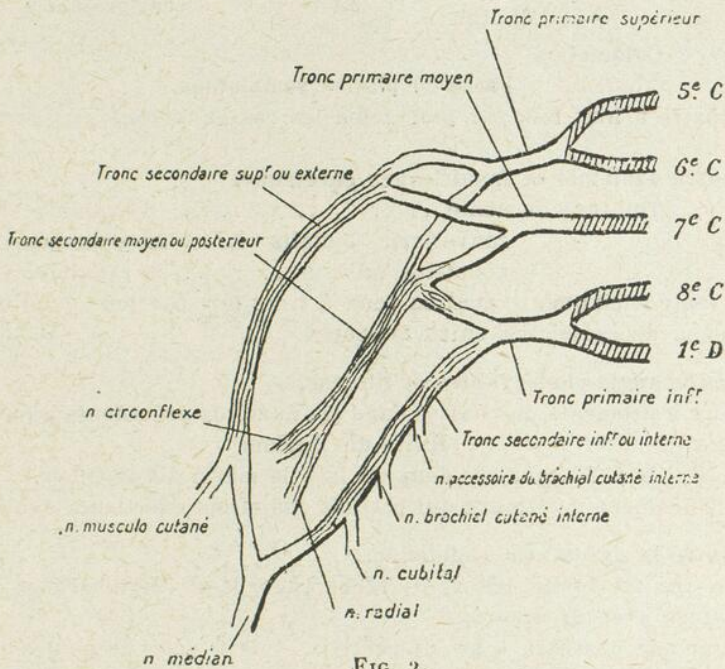


FIG. 2.

Pl. 4.—Origines et branches terminales du plexus brachial.  
Anastomosé avec le plexus cervical.

clinique appelle les laboratoires à son aide, elle doit leur indiquer la route à suivre. Mes collègues Marien, Mercier, Parizeau, Saint-Jacques et d'autres ont publié dans ce journal depuis 15 ans des observations précises que nous pourrions relire avec profit et qui ont paru avant l'avènement du Rayon X.

Le sens aigu de l'observation a permis aux anciens de construire ce chapitre et tant d'autres ; soyons fidèles aux saines traditions médicales.

*La machine s'use, l'esprit s'affine...*

## Pharmacologie

## 1° Diurétiques azoturiques.

Poudre de Scille

— scammonée	} ââ . . . . . 5 centigrammes
— digitale	

Faire 20 pilules semblables.

Trois à cinq par jour suivant les indications et les effets.

## 2° Insuffisance cardio-rénale et hépatomégalie.

Poudre de Scille

— scammonée	} ââ . . . . . 5 centigrammes
— digitale	

Calomel

Faire 20 pilules semblables.

Quatre à huit fois par jour selon les cas et effets.

## 3° Contre azotémie et insuffisance cardiaque.

Teinture de scille . . . . .	6 grammes
— convallaria maialis . . . . .	10 grammes
— grindelia robusta . . . . .	20 grammes

Trente à cinquante gouttes deux à trois fois par jour dans une tasse d'infusion de camomille entre les repas.

## 4° Contre angio-cholécystites et lithiase.

Aux traitements préconisés dans les numéros précédents ajouter ceci:

## Huile de Harlem

X à XX gouttes dans du lait, le matin au déjeuner.

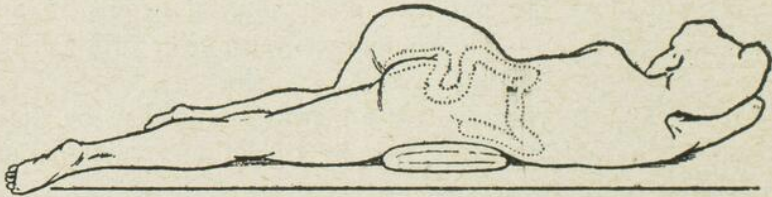
Médicament millénaire qui produit des effets excellents dans ces cas.

## 5° Contre la dysenterie amibienne.

(Assez fréquente ici — la rechercher dans les diarrhées profuses incurables avec dysenterie.)

Ampoule dosées à 0 gr. 04 centigr. Une à deux ampoules par jour, sous la peau, pendant dix à quinze jours. Ne pas dépasser la dose totale de 1 gramme. Suspendre durant 10 à 12 jours.

Un mois après guérison faire une nouvelle série de piqûres pendant huit jours.

Il y a aussi des comprimés de Bourroughs-Welcome de  $\frac{1}{2}$  de grain pour usage hypodermique.

Comment placer une malade à qui on veut donner un lavement.

L...

## INDICATIONS OPÉRATOIRES DANS LES CHOLECYSTITES

Par AIME-PAUL HEINECK, M.D.,  
*Chirurgien des Hôpitaux Frances Willard, St. Paul, Lakeside,  
Washington Park.  
Chicago, Ill.*

Dans cet article, nous désirons d'abord étudier rapidement les indications opératoires dans les cholécystites et les angio-cholites et montrer l'importance du traitement chirurgical des inflammations de la vésicule biliaire et des conduits biliaires. Si on veut en effet obtenir la guérison rapide, complète et définitive de ces affections, c'est à la chirurgie qu'il faut s'adresser. Le traitement médical n'est que palliatif et ne rend des services qu'avant ou après l'opération. Nous désirons ensuite et surtout discuter les indications respectives de la cholécystotomie et à la cholécystectomie. Autrefois on avait recours de préférence à des méthodes conservatrices: les chirurgiens hésitaient et n'opéraient que des vésicules très gravement atteintes. Aujourd'hui on intervient plus volontiers, et même des deux opérations, c'est la cholécystectomie qui est le plus fréquemment pratiquée; on dit que le plus souvent c'est elle qui donne les résultats les plus durables et les plus satisfaisants.

Dans les cholécystites, calculeuses ou non, et compliquées ou non d'une affection des organes voisins, la cholécystotomie et la cholécystectomie ont chacune leurs indications particulières. Un chirurgien expérimenté ne recourt pas exclusivement à l'une ou à l'autre. Quelle que soit d'ailleurs l'opération pratiquée, on observe parfois des accidents post-opératoires. Quelques auteurs professent qu'on doit toujours extirper une vésicule malade car celle-ci, laissée en place dans la cavité abdominale, constitue un danger permanent au même titre qu'un appendice affecté et abandonné dans l'abdomen. D'autres déclarent au contraire qu'on doit conserver la vésicule chaque fois qu'on le peut; car son ablation est une véritable mutilation; de plus, en cas d'opération ultérieure, la vésicule servira de guide sûr et infaillible pour la découverte du cholédoque. On sait en effet qu'après ablation de la vésicule, l'exploration des conduits biliaires présente de grandes difficultés.

Le plus souvent, le drainage de la vésicule biliaire est un procédé plus sûr et plus facile, et, dans les cas désespérés, c'est une opération d'urgence qui donne un soulagement immédiat et même permet de

sauver la vie des malades. Ceux-ci se trouvent parfois tellement améliorés après une cholécystotomie préliminaire ou pratiquée d'urgence que plus tard, lorsque leur état général et local est en quelque sorte stabilisé, ils se soumettent volontiers — et en toute sécurité — à une opération restauratrice ou à l'ablation de la vésicule malade. En cas d'accidents foudroyants, on aura ainsi recours au drainage grâce auquel la cholécystite aiguë passera à l'état subaigu ou chronique; plus tard, on enlèvera la vésicule, s'il est nécessaire.

Les partisans de la cholécystectomie insistent sur ce fait que cette opération soustrait définitivement à l'organisme un foyer d'infection; elle donne des résultats plus rapides et plus durables; elle est préférable à la cholécystotomie de même que la néphrectomie est préférable à la néphrotomie en cas de néphrite suppurée. Non seulement après une cholécystotomie la vésicule constitue un danger permanent, mais elle joue un rôle important dans la formation de calculs, et elle favorise la persistance et la récurrence des accidents. Les glandes et les cryptes de la muqueuse peuvent devenir autant de poches contenant des sédiments, du pus et des bactéries.

Afin de se prononcer en toute connaissance de cause, il est nécessaire de rappeler quelques notions définitivement acceptées en ce qui concerne l'anatomie et la physiologie de la vésicule biliaire et de passer rapidement en revue l'étiologie et l'anatomie pathologique de ses maladies inflammatoires. — Il est nécessaire aussi de prendre en considération que la vésicule biliaire n'est pas un organe inutile pas plus qu'elle n'est une survivance. On n'est pas autorisé à l'enlever systématiquement. On ne l'enlèvera pas quand elle paraîtra susceptible de retrouver sa structure et ses fonctions normales ou à peu près normales. L'ablation n'est nécessaire que lorsque la vésicule est irrémédiablement affectée. On n'a jamais vu se reformer une nouvelle vésicule.

I. La vésicule et les conduits biliaires ont des relations intimes et importantes avec les organes voisins, première partie du duodénum, pylore, foie, tête du pancréas, etc. Les altérations anatomiques et les troubles fonctionnels de l'une quelconque ou de toutes les parties constituantes du tractus biliaire déterminent des signes plus ou moins graves d'insuffisance biliaire et des troubles digestifs. Ceux-ci à leur tour diminuent la vitalité, et prédisposent (quand ils n'en résultent pas) à des affections diverses de la vésicule et des organes en relation avec elle: calculs, inflammations, néoplasmes, etc.

L'intégrité anatomique et physiologique de la vésicule et des conduits biliaires est indispensable au bon fonctionnement de l'organisme. Pour que le foie conserve ses fonctions normales, il est indispensable qu'il n'y ait pas d'obstruction des canaux cystique, hépatique et du cholédoque; les tuniques muqueuse et musculaire de la vésicule doivent être parfaitement saines. La vésicule elle-même doit être libre d'adhérences, sa mobilité, son élasticité et sa contractilité ne doivent pas être diminuées.

Autour de la vésicule, et s'étendant au-dessous de la séreuse et surtout entre le foie et la vésicule, il y a une couche de tissu cellulaire dans laquelle se trouvent des capillaires lymphatiques communiquant avec les lymphatiques du foie. Au cours d'infections graves de la vésicule, ce tissu cellulaire est infiltré et œdémateux. Il se continue avec le tissu cellulaire qui recouvre le pancréas.

Du tissu connectif maintient la vésicule biliaire en contact intime avec la face inférieure du lobe droit du foie. La vésicule est encore maintenue dans sa position par le péritoine qui recouvre sa base, ses faces inférieure et latérales et se continue avec la séreuse du foie.

La vésicule et les conduits biliaires sont abondamment fournis de vaisseaux lymphatiques par la voie desquels une infection peut être transportée au foie, à la tête du pancréas, et à d'autres organes voisins ou éloignés, ou prendre naissance dans le foie et s'étendre ensuite. De ces vaisseaux lymphatiques, un certain nombre traversent un ganglion situé au niveau du col de la vésicule ou dans son voisinage immédiat. Quelques-uns des lymphatiques efférents se jettent dans les ganglions qui se trouvent près de la tête du pancréas, d'autres vont se terminer dans les ganglions situés près de l'artère hépatique.

Au niveau de sa jonction avec la vésicule biliaire, le canal cystique se contourne en forme d'S. Il arrive parfois dans certains états pathologiques que cette contorsion, agissant à la manière d'une valve, s'oppose à l'écoulement de la bile de la vésicule biliaire au cholédoque ou vice-versa et l'obstruction est telle que la vésicule ou le cholédoque peuvent se distendre au point de se rompre. La muqueuse du canal cystique est continue avec celle de la vésicule; elle ne s'en distingue que par la présence de nombreux replis valvulaires, les valvules de Heister.

Il n'est pas rare d'observer des anomalies dans le calibre, le nombre, la longueur, le mode d'union, la distribution et les rapports anatomiques des vaisseaux sanguins régionaux et des conduits

biliaires. Méconnaître ces anomalies, c'est s'exposer à des accidents opératoires.

II. Il règne encore de grandes incertitudes sur l'importance de la vésicule biliaire et de ses fonctions. On admet généralement que dans la vésicule la bile est soumise à des modifications physico-chimiques qui lui permettent de mieux participer aux processus de la digestion. On sait d'autre part que la vésicule, à l'état normal, contient environ 30 cc. de bile; grâce à l'élasticité de sa paroi, elle est capable d'augmenter considérablement sa capacité; elle fait alors l'office d'une chambre de dégorgeement, de soupape de sûreté protégeant les cellules hépatiques contre les accidents qui peuvent résulter d'une contre-pression excessive. Quelques auteurs pensent que la fonction la plus importante de la vésicule consiste à diminuer la pression à l'intérieur des conduits biliaires.

L'écoulement de la bile dans le duodénum est réglé par des facteurs nombreux: contractions rythmées de la vésicule biliaire, mouvements respiratoires, mouvements péristaltiques du duodénum, passage du chyme acide à travers le pylore, digestion, etc. La vésicule et les conduits biliaires sont comprimés entre le foie et l'intestin par les contractions du diaphragme et les contractions des muscles respiratoires de l'abdomen.

Dans le jeûne normal, le sphincter d'Oddi, quand il a lui-même sa contractibilité normale, règle la pression de la bile dans les conduits biliaires. Au moment du passage du bol alimentaire de l'estomac dans le duodénum, le sphincter et l'extrémité du cholédoque se relâche, la vésicule biliaire se contracte et la bile s'écoule dans l'intestin. Si le sphincter d'Oddi se contracte, la vésicule se relâche et vice-versà. (Théorie de l'innervation contraire.)

La pression de la bile à l'intérieur des conduits biliaires dépend de la force de la sécrétion de la bile et de la résistance des sphincters qui se trouvent à l'ampoule de Vater. Le foie sécrète la bile à une pression d'environ 300 mm. d'eau, et la force de contraction maxima de la vésicule, sous l'action du courant électrique, n'est que 313 mm. On voit ainsi que la force de contraction maxima exercée par la vésicule sur son contenu ne dépasse pas sensiblement la pression normale maxima de la bile intra-hépatique.

En raison de la faiblesse de sa tunique musculaire, la vésicule biliaire n'a qu'un faible pouvoir d'expulsion ou de contraction, elle ne peut pas se vider complètement d'elle-même. Ses muscles lisses ont juste assez de tonicité pour empêcher sa distension et ne peuvent

exercer aucune pression particulière sur son contenu. L'hypertrophie de la paroi de la vésicule n'est ni due ni consécutive à l'obstruction continue ou intermittente, partielle ou complète du canal cystique ou du cholédoque. Ceci contraste singulièrement avec ce qui se produit dans des conditions analogues dans d'autres organes creux à muscles lisses.

Si la vésicule biliaire a été enlevée, si elle a cessé de fonctionner par suite d'atrophie, d'inflammation chronique ou de distension due à la présence de calculs ou à une occlusion complète du canal cystique, il en résulte une dilatation permanente des conduits biliaires et des plus grands radicules biliaires. L'expérimentation sur les animaux, les constatations faites au cours ou à la suite d'une opération ou à l'autopsie en ont souvent fourni la démonstration. Cette dilatation peut être considérée comme un effort de la nature pour compenser la déficience de la vésicule biliaire. Le moignon du canal cystique participe à la distension. Que d'ailleurs la dilatation permanente des conduits biliaires cause un préjudice permanent au malade, c'est ce qui n'a pas été démontré. Et de fait, elle ne se manifeste pas par des symptômes bien caractéristiques.

Certains animaux inférieurs ne possèdent pas de vésicule biliaire. Celle-ci ne paraît pas constituer un organe essentiel à en juger par les nombreux malades chez lesquels l'ablation de la vésicule n'a pas été suivie de troubles sérieux. On peut penser cependant que la vésicule biliaire a un rôle de quelque importance pour le bien-être de l'organisme. Si les conduits biliaires ne sont pas obstrués, si l'écoulement de la bile dans le duodénum se fait librement et sans obstacles, la cholécystectomie n'altère pas la santé, ne trouble pas la nutrition, ne met pas la vie en danger, mais on a noté dans 60% ou 70% des cas après ablation de la vésicule qu'il y a une diminution ou même une suppression de la sécrétion d'HCL dans l'estomac. Parfois cette insuffisance d'acide chlorhydrique existait avant l'opération. — Quelques-uns de nos malades, cholécystectomisés il y a plus de 10 ans, n'ont pas cessé d'avoir une bonne santé.

Après ablation de la vésicule biliaire, la pression de la bile égale ou dépasse la résistance du sphincter d'Oddi. A l'état normal, la sécrétion de la bile est plus ou moins continue; après une cholécystectomie, l'excrétion de la bile dans le duodénum est aussi au début plus ou moins continue et de la bile pure peut apparaître dans les selles. (Mais ceci est anormal.)

III. Après l'appendice vermiculaire, et tous les organes abdominaux, c'est la vésicule biliaire qui est le plus souvent malade. Les contacts anatomiques intimes et les relations étroites (nerveuses, vasculaires, lymphatiques) existant entre la vésicule, les conduits biliaires et les organes abdominaux voisins déterminent dans une grande mesure la fréquence, la marche et la distribution des maladies dans la région de la vésicule, qu'elles soient dues à des calculs, à des obstructions, à des inflammations ou à des néoplasmes.

Les inflammations (surtout celles de virulence atténuée) de la vésicule biliaire peuvent se montrer au début de la lithiase biliaire, et de fait, elles sont fréquemment associées à la formation de calculs. La cholélithiase est presque toujours précédée ou accompagnée d'une inflammation de la vésicule. On a trouvé dans les calculs biliaires des bactéries, (staphylocoques, streptocoques, bacille typhique, bacilles paratyphiques, bacilles du côlon, etc.) qui ont évidemment joué un rôle dans la production de la cholécystite. Une vésicule infectée peut être infectée par des organes voisins ou éloignés ou les infecter elle-même. Une infection septique chronique de la vésicule peut provoquer une arthrite infectieuse, de la fibrosite, (rhumatisme musculaire), sans parler de retentissements plus ou moins éloignés et néanmoins sérieux sur le cœur et les vaisseaux sanguins. La vésicule peut être infectée de nouveau; elle peut se réinfecter elle-même. C'est ainsi qu'on explique, dans des cas nombreux, la persistance et la récurrence des accidents.

Les micro-organismes infectieux passent dans la vésicule par les canaux cystique et cholédoque, par les lymphatiques ou par les vaisseaux sanguins (artère hépatique, artère cystique, veine porte). L'inflammation peut s'étendre à la vésicule grâce à la continuité des tissus: entérite, duodénite, inflammation du cholédoque, cholécystite; elle peut s'étendre grâce à la contiguïté des tissus. Les microbes ramassés dans l'intestin par le système de la veine porte s'infiltreront à travers le foie et peuvent être transportés à la bile dans la vésicule par la voie des canaux hépatique et cystique. L'infection passant de l'intestin dans la circulation portale peut atteindre la vésicule par le moyen des nombreux lymphatiques qui vont du foie à la vésicule; elle peut venir du duodénum par l'intermédiaire des lymphatiques des parois du cholédoque. C'est ainsi qu'on explique la coexistence fréquente de la cholécystite et de l'appendicite, de la cholécystite et de la fièvre typhoïde, de la cholécystite et d'une colite, de la cholécystite et d'hémorrhôïdes suppurées.

L'augmentation de volume des nodules lymphatiques situés le long du cholédoque se montre dans la plupart des cholécystites. "Il n'existe pas d'infection sérieuse de la vésicule sans infection des ganglions qui reçoivent ses lymphatiques." (W. J. Mayo.)

La coexistence fréquente d'une cholécystite, d'une inflammation du cholédoque et d'une hépatite souvent marquée dans le voisinage de la vésicule, et aussi d'une pancréatite aiguë ou chronique est due le plus souvent à une infection propagée par les vaisseaux lymphatiques. Une pancréatite succède souvent à la cholélithiase et à la cholécystite. Celle-ci peut être due aussi à une inflammation transportée directement par les lymphatiques et venant d'un foie déjà infecté (Ewarts Graham). L'existence simultanée — non exceptionnelle — d'ulcères du duodénum et d'une cholécystite fournit une preuve nouvelle d'une infection transportée par les lymphatiques. Quelques cliniciens assurent que dans 10% des cas, les ulcères du duodénum sont accompagnés de cholécystite. En somme, à l'exception de la pyémie, toute infection est une lymphangite.

La stase de la bile prédispose aux inflammations de la vésicule biliaire et à la formation de calculs. Une bile stagnante, filamenteuse, visqueuse, ayant l'aspect du goudron, est un signe évident de cholécystite. La stase joue également un rôle dans la production de l'appendicite, dans les inflammations de la vessie et apparemment aussi dans la production de la cholécystite. La stase biliaire s'observe plus fréquemment chez les femmes et cela à cause de grossesses, du port de vêtements serrés, de la constipation, de la vie sédentaire, de l'absence d'exercice. La diminution de l'élasticité, de la contractilité et de la motilité de la vésicule biliaire, l'occlusion partielle ou complète des conduits biliaires sont autant de causes qui gênent ou empêchent l'écoulement de la bile, prédisposent à sa stagnation, à sa concentration, à sa désintégration, augmentent sa pression et favorisent l'infection microbienne. — L'importance de l'influence de la stase biliaire et de l'infection dans la formation des calculs n'est pas contestée même par les auteurs qui attribuent surtout cette formation à l'hypercholestérolémie.

IV. Les inflammations aiguës, subaiguës, chroniques ou récidivantes de la vésicule et des conduits biliaires sont ou localisées ou plus ou moins diffuses. Quelquefois une inflammation de la vésicule fait simplement partie d'une infection affectant d'autres organes très rapprochés. Ici comme ailleurs l'inflammation (primitive ou secondaire) s'étend par continuité ou contiguïté de tissu,

est transmise par la voie des canaux sanguins ou lymphatiques, et sauf la formation de calculs, elle ressemble dans son début, sa marche, sa terminaison et ses suites aux inflammations des autres organes creux. Les différents tableaux cliniques correspondent aux différentes phases, aux différents stages de l'inflammation. Chaque attaque successive de cholécystite produit des lésions nouvelles dégénératives dans la vésicule déjà altérée dans sa structure. Chez les vieillards, on trouve habituellement des vésicules profondément modifiées. Les constatations faites au cours d'une autopsie ou d'une opération, les observations cliniques fournissent des preuves nombreuses de la lenteur de l'évolution de la plupart des lésions du système biliaire.

Les calculs biliaires se rencontrent fréquemment dans les infections de la vésicule et des conduits biliaires, ils leur sont habituellement secondaires, ils agissent comme des corps étrangers et jouent un rôle important dans la localisation, la durée et le transport de l'infection. "On trouve des calculs biliaires dans environ 70% de tous les cas de cholécystite." (Mayo.) Ils se rencontrent souvent au début de la cholécystite; plus souvent encore ils prolongent sa durée, la compliquent et l'aggravent. — Ils causent parfois la nécrose et la perforation des tissus. Les calculs varient quant à leur origine, leur forme, leurs dimensions, leur nombre, leur composition chimique et leur siège. Ils peuvent se loger et rester cachés dans la vésicule, passer dans le canal cystique et le cholédoque, et pénétrer ensuite dans le canal intestinal, ou bien s'enclâsser dans un diverticule, dans le col de la vésicule ou dans n'importe quelle part du canal cystique ou du cholédoque. Si, après une cholécystotomie, il est resté un calcul enchâssé, on pourra observer une fistule muqueuse permanente, laquelle peut résulter aussi d'un rétrécissement ou d'une constriction du canal cystique. Une lésion ou une constriction du cholédoque pourra être la cause d'une fistule biliaire externe permanente. L'occlusion du cholédoque par un calcul produit un ictère temporaire ou chronique, se montrant subitement ou graduellement, et aboutissant parfois à de la cirrhose biliaire. Il est rare d'observer des calculs dans les conduits hépatiques et dans le foie. Au bout d'un certain temps, et quand ils sont fixés, les calculs des conduits biliaires sont susceptibles de produire des ulcères, des escarres, des rétrécissements cicatriciels, de la constriction. Si le calcul ou les calculs viennent à se loger ou à s'enclâsser dans le canal cystique, il peut survenir une hydropisie intermittente ou continue de la vésicule, ou un mucocèle, ou une empyème aigu ou chronique. S'i

n'y a pas de calcul, l'hydropisie et l'empyème de la vésicule sont dus aux séquelles inflammatoires occasionnant un rétrécissement, une compression, une occlusion ou une fermeture complète du canal cystique. L'obstruction complète du canal cystique amène la distension de la vésicule qui se remplit d'un mucus clair sans bile. Le canal cystique peut être encore obstrué par la compression mécanique exercée directement par un ganglion lymphatique hypertrophié.

Les infections de la vésicule biliaire intéressent simultanément ou successivement une, deux ou plusieurs de ses tuniques. Au bout d'un temps plus ou moins long, et quand les infections sont virulentes, il se produit invariablement des lésions histologiques, les tuniques muqueuse, sous-muqueuse et musculaire sont plus ou moins profondément altérées. Il existe souvent de la péricholécystite, plus ou moins étendue. Toutes les cholécystites peuvent se compliquer de péritonite localisée ou diffuse. Dans la cholécystite chronique, la vésicule est épaissie, sclérosée, rétrécie, enfouie dans des adhérences: plus rarement, on observe de la dégénérescence calcaire. L'occlusion longtemps continuée du cholédoque par un calcul produit une contraction de la vésicule dans environ 85% des cas. (Loi de Courvoisier.)

L'inflammation qui aboutit à la suppuration conduit soit à un empyème, aigu ou chronique, soit à un abcès de la paroi de la vésicule, soit encore à un abcès péricholécystique. Si une vésicule infectée vient à se rompre dans la substance hépatique, il en résulte un abcès du foie. L'inflammation ulcéreuse, de même que l'inflammation gangréneuse, est localisée ou généralisée et intéresse la paroi de la vésicule en totalité ou en partie. Si l'ulcération ou la gangrène s'étend à travers toute l'épaisseur de la paroi, il se produit une perforation aiguë ou chronique dans la cavité péritonéale, ou s'il existe des adhérences, dans un organe creux voisin. Dans le premier cas, il en résulte une péritonite diffuse; dans le second, une fistule biliaire interne et le contenu de la vésicule se vide dans l'intestin. "La perforation de la vésicule biliaire dans le côlon transverse ou le duodénum n'est pas rare." (W. J. Mayo.)

Les adhérences péricholécystiques sont habituellement dues à une affection de la vésicule. Elles peuvent fixer celle-ci au grand épiploon, au pylore, au duodénum, au côlon transverse, à la paroi antérieure de l'abdomen, etc.; elles peuvent courber, tordre, comprimer ou obstruer le pylore, le canal cystique ou le cholédoque, s'opposer à l'évacuation de l'estomac ainsi qu'à l'arrivée et à l'évacua-

tion de la bile: il en résulte des accidents divers: douleur, troubles digestifs, etc.

A la suite de l'inflammation des conduits biliaires qui guérissent par formation de cicatrices, on observe de la constriction et du rétrécissement de ces conduits. Les modifications cicatricielles de la vésicule sont une cause de distension, de déformation, de formation en sac ou en sablier, de fibrose ou d'atrophie de l'organe.

V. Les relations intimes — physiologiques et pathologiques — existant entre l'estomac, le duodénum, la tête du pancréas, le foie, la vésicule et les conduits biliaires sont telles que la symptomatologie des maladies de toute la région est parfois un peu obscure et il est parfois difficile de faire de bonne heure un diagnostic exact. Même après une observation soigneusement prise, et une analyse judicieuse des symptômes, le clinicien est souvent incapable de déterminer exactement le moment du début et l'importance des lésions de la vésicule. Comme d'une part il arrive que les signes cliniques ne correspondent pas aux perturbations anatomiques, et comme d'autre part les signes cliniques ont parfois une origine réflexe, on ne peut assurément être complètement renseigné qu'au moment de la laparatomie. Les maladies de la vésicule biliaire ne présentent pas un tableau clinique uniforme. Les symptômes sont des symptômes d'infection, d'inflammation, d'obstruction calculeuse, ou non calculeuse, de troubles fonctionnels tels que troubles digestifs, dyspepsie biliaire, nausées, vomissements, éructation, etc. "Quarante ans, blonde, grasse, avec éructations." (Deaver.)

Les adhérences résultant d'une péricholécystite aiguë ou chronique, et s'étant constituée avant ou après une opération, sont susceptibles de causer de grandes perturbations, de gêner les fonctions de la vésicule, de diminuer sa motilité, d'affecter les organes environnants. S'il y a des adhérences au grand épiploon, la traction exercée sur la grande courbure de l'estomac peut être telle que les mouvements péristaltiques de l'estomac sont douloureux. Une inflammation infectieuse produit une douleur continue ou intermittente, ou des douleurs paroxystiques localisées (douleur biliaire, douleur dans l'hypocondre droit) ou irradiées (colique biliaire). Des frissons, de la fièvre, des sueurs, de la prostration, une sensibilité localisée, de la rigidité en avant de la région de la vésicule existent toujours à la période aiguë. Les différents stades de l'inflammation: catarrhale, suppurative, ulcéreuse, gangréneuse, fibrotique, sont accompagnés de leurs symptômes correspondants. L'obstruction à l'écoulement de la

bile produit de l'ictère, de la cholémie avec ses troubles habituels, prurit, etc. Quelques-uns des symptômes d'une affection chronique de la vésicule sont le résultat d'adhérences; d'autres résultent de la coïncidence ou de l'association d'une maladie du duodénum, du foie, du pancréas, etc.; d'autres enfin sont en rapport avec une affection de la vésicule elle-même.

De tout ceci il résulte que pour arriver à se faire une opinion aussi exacte que possible, il est important:

1. De prendre une observation détaillée et de procéder à un examen physique approfondi. — On se souviendra que les cholécystites ne sont pas toutes calculeuses et que les coliques hépatiques ne font pas nécessairement partie de la symptomatologie des cholécystites; la formation des calculs n'est qu'un accident fréquent de l'infection de la vésicule biliaire.

2. De tenir compte des renseignements fournis par les rayons X; les renseignements positifs ont une grande valeur. La radiographie permet d'affirmer l'existence des calculs dans environ 50% des cas. La fluoroscopie et la radiographie de l'estomac et de l'intestin révèlent souvent l'existence d'adhérences et d'anomalies non soupçonnées.

3. De bien interpréter à la fois les signes physiques et les renseignements fournis par la radiographie de la vésicule. La cholécystographie est utile. Les deux méthodes d'injection — intra-orale et interveineuse — de teinture peuvent rendre des services.

4. De ne pas négliger les indications données par le laboratoire: analyse de l'urine, du sang, du contenu de l'estomac, etc. Elles peuvent fournir des informations corroborantes. Le drainage non-chirurgical du tractus biliaire est un procédé de diagnostic qui n'est pas encore généralement employé. Sa valeur est encore discutée par quelques auteurs.

Nous arrivons maintenant aux indications respectives de la cholécystostomie et de la cholécystectomie. D'une manière générale, le chirurgien doit choisir l'opération la mieux adaptée à chaque cas particulier, celle qui rémédiera le mieux aux lésions existantes et qui préviendra les séquelles post-opératoires. Et comme nous l'avons déjà signalé, c'est seulement après l'ouverture de l'abdomen qu'on peut se rendre un compte exact de la gravité des lésions: on décidera alors en tenant compte également de la résistance du malade.

Mais on sait aussi que la chirurgie idéale est la chirurgie conservatrice: il ne doit pas y avoir de mutilation inutile. Et per-

sonnellement nous ne sommes pas partisan de l'ablation systématique "prophylactique" de la vésicule biliaire, de l'ablation d'un organe pratiquée pour éviter des accidents qui peuvent ne pas se présenter. Dans notre opinion, la cholécystectomie est une opération de nécessité et non d'élection. La petite pseudo-vésicule qui se forme parfois après l'ablation de la vésicule n'est pas une vésicule régénérée, mais simplement une distension du moignon de l'organe enlevé. Elle ne peut en exercer les fonctions. — Nous pensons aussi que, dans les cas de cholécystite légère, la vésicule est susceptible de retrouver ses fonctions normales.

Le traitement chirurgical doit être institué au début ou dans les premiers stades de la cholécystite, avant l'apparition de quelques complications évitables telles que l'obstruction calculeuse ou non calculeuse du cholédoque, la rupture de la vésicule dans la cavité péritonéale ou dans un organe creux voisin, les formes diverses de pancréatite; avant que les lésions soient tellement avancées que le rétablissement des fonctions normales est douteux. Dans les premières phases de la maladie, les difficultés opératoires sont minimes, la mortalité est pratiquement nulle, il est plus facile d'obtenir la guérison. Chez les jeunes gens le pourcentage des guérisons est élevé, la mortalité opératoire extrêmement faible.

Quand la cholécystite est compliquée d'une maladie chirurgicale d'autres viscères de l'abdomen ou du bassin, et si le malade ne peut supporter une opération de longue durée, on se bornera au strict nécessaire compatible avec la sécurité du patient et on remettra l'intervention définitive à un moment plus propice.

Dans les inflammations et maladies de la vésicule et des conduits biliaires, la cholécystotomie est l'opération de choix:

1. Chez les personnes âgées, affaiblies, obèses et chez toutes celles dont l'état général est une contre-indication à une intervention importante; chez les porteurs d'affections cardio-vasculaires, cardio-rénales, hépatiques avancées; dans tous les cas où une opération de longue durée ou bien une dissection étendue peut causer un "shock" sévère ou la mort; dans tous les cas critiques comme opération d'urgence, quand il existe une grande faiblesse ou par exemple un ictère accentué dû à un calcul du cholédoque, etc.; toutes circonstances qui à la fois exigent une grande rapidité de la part du chirurgien et font de la cholécystectomie une opération trop longue et très dangereuse. On ne doit pas traumatiser les malades plus qu'il ne convient. — Une incision très courte immédiatement au-devant de

la vésicule et l'insertion d'un drain ou d'une mèche constituent presque une "minor" opération.

2. Dans les cas où il y a coexistence d'une grossesse.

3. Quand il y a une maladie du pancréas.

4. Quand il y a des complications ou des affections des organes voisins qui font de la cholécystectomie une opération trop dangereuse et trop risquée.

5. Quand il y a un ictère accentué dû à une occlusion calculeuse ou non du cholédoque, ou quand celui-ci est comprimé par des adhérences, par la tête du pancréas, etc. La décompression du foie par un drainage avec un minimum d'intervention est indiquée en cas d'ictère accentué: par suite de la diminution de la coagulabilité du sang, il y a lieu de redouter une hémorrhagie post-opératoire et fatale. Chez ces malades on doit tenir le plus grand compte de l'état du foie.

6. Quand la vésicule adhère très intimement aux organes environnants. Les adhérences peuvent fixer la vésicule aux organes voisins d'une façon telle que son ablation nécessite la dissection des tissus enflammés et met à jour des surfaces dénudées constituant autant d'entrées à l'infection. Des fistules duodénales et intestinales ont été dues à la séparation d'adhérences qui fixaient la vésicule biliaire à l'intestin.

7. Dans la cholélithiase, pour l'ablation de calculs de la vésicule, du canal cystique et du cholédoque, pourvu que la vésicule soit normale ou peu altérée et que le canal cystique ne soit ni ulcéré ni rétréci. Pour éviter la récurrence des calculs, et en l'absence de contre-indications sérieuses, il faut enlever tous les calculs de la vésicule. L'ablation précoce de sable biliaire et de calculs a été conseillée comme mesure prophylactique de la production de tumeurs malignes.

8. Dans les premiers stades d'une cholécystite calculeuse ou non, quand la vésicule n'est que légèrement altérée, quand le canal cystique est perméable, et que l'ablation des calculs et le drainage peuvent être suivis du retour des fonctions de la vésicule et de la guérison des lésions.

9. Quand il y a une pancréatite aiguë compliquant la cholécystite. Mayo a signalé que dans 60% des opérations sur le pancréas, on trouve des lésions dues à des calculs biliaires ou coexistant avec eux.

10. Dans tous les cas où il existe un danger imminent de constriction post-opératoire du cholédoque; dans les cas où il y a de la constriction et où on ne peut espérer le retour de la perméabilité

et des fonctions du cholédoque. Dans ces conditions, il peut être nécessaire tôt ou tard de faire l'anastomose de la vésicule et de l'intestin.

11. Dans certains cas d'angiocholite avec ictère et augmentation de volume du foie et du pancréas.

12. Quand il y a un ictère dû à un carcinome du cholédoque ou de la tête du pancréas. Si le traitement par le radium paraît désirable, la vésicule peut être utilisée comme passage d'approche pour son application.

13. Dans tous les cas où il est indiqué de faire un drainage provisoire de la vésicule et des conduits biliaires:

a) quand il y a des foyers d'infection dans le foie.

b) quand on veut assurer l'expulsion de calculs ignorés au moment de l'opération: le drainage permet l'expulsion spontanée de petites concrétions hépatiques lorsqu'elles se dirigent dans les conduits extra-hépatiques.

14. Dans tous les cas où les difficultés opératoires de la cholécystectomie en font une intervention trop hasardeuse.

15. Dans la cirrhose biliaire. Suivant Deaver, la cirrhose biliaire est définitivement améliorée ou même guérie par un drainage prolongé de la vésicule ou du cholédoque.

Enfin, au cours de toutes les laparotomies dans lesquelles on n'a pas rencontré d'infection, et quand l'état du malade le permet, on examinera la vésicule biliaire. La palpation peut révéler la présence de calculs. Comme dans ces cas-là, les calculs n'ont pas encore causé d'accidents sérieux, et que la vésicule présente habituellement une structure histologique normale, la cholécystotomie donnera des résultats satisfaisants.

Après la cholécystectomie, la convalescence est généralement plus courte, plus régulière qu'après la cholécystotomie. Les suites opératoires ne présentent pas plus d'incidents que celles d'une salpingectomie pour pyosalpinx. La récurrence des accidents n'est pas fréquente et le pourcentage des guérisons est élevé. Il n'y a pas de danger d'adhérences péricholécystiques et de formation de fistules muqueuses. "A la clinique Mayo, sur cent opérations de la vésicule biliaire, on fait plus de 90 cholécystectomies et moins de 10 cholécystotomies." (Mayo.)

Cependant la cholécystectomie a des inconvénients:

- a. Elle est d'une exécution difficile.
- b. Elle ne convient pas à tous les cas. On n'enlèvera pas la vésicule biliaire à moins d'être sûr que le cholédoque est perméable.
- c. Elle expose à des dangers de "shock", d'hémorragie, de traumatismes du cholédoque, du duodénum, etc.
- d. Elle a une mortalité légèrement plus élevée que celle de la cholécystotomie.
- e. Elle supprime un organe utile dont nous ne connaissons pas d'ailleurs exactement les fonctions.

Ces réserves faites, la cholécystectomie présente un certain nombre d'indications, et quand l'état général du malade le permet, on doit y avoir recours.

1. Chaque fois qu'il existe une inflammation suraiguë localisée ou diffuse: cholécystite ulcéreuse, gangréneuse, phlegmoneuse ou membraneuse; chaque fois que la vésicule est tellement altérée que la *restitutio ad integrum* paraît improbable.

2. Dans toute cholécystite aiguë ou chronique lorsque la vésicule est très distendue par suite d'occlusion du canal cystique.

3. Dans les cholécystites chroniques avancées ou répétées, quand la vésicule est nettement épaissie, contractée, atrophiée, déformée, ratatinée ou adhérente, quand elle est irrémédiablement affectée, et quand l'affection a une marche progressive ainsi qu'il arrive dans la dégénérescence fibreuse ou calcaire. L'élasticité de la paroi vésiculaire est plus ou moins considérablement diminuée ou a totalement disparu et les glandes sécrétoires sont plus ou moins complètement détruites.

4. Dans les vésicules "en fraise", "cholestératose", la muqueuse étant recouverte de petites granulations.

5. Quand il y a une hydropisie de la vésicule due à une obstruction du canal cystique, celle-ci résultant d'une constriction ou de l'enchâssement d'un calcul.

6. Quand il y a un empyème de la vésicule dû à l'enchâssement d'un calcul ou à la constriction du canal cystique.

7. Quand il y a des fistules entre la vésicule et un organe creux, fistules causant des accidents qui nécessitent une intervention.

8. Quand il existe des lésions pénétrantes, ruptures et perforations de la vésicule, que celles-ci soient dues à un traumatisme, à un calcul, à une inflammation.

9. Quand il existe des fistules muqueuses de la vésicule et résultant d'une constriction ou d'une obstruction du canal cystique.

10. Dans le cas d'obstruction du canal cystique due à l'enclassement d'un calcul ou à la formation de tissu cicatriciel ou encore à une torsion de la vésicule.
11. Dans le cas de lésions irrémédiables de la vésicule.
12. Dans le cas de volvulus de la vésicule.
13. Quand il existe une tumeur bénigne de la vésicule.
14. Quand il existe une tumeur maligne opérable de la vésicule.

### Références

- Brewer.**—Recurrence of Calculi in Common and hepatic ducts after Cholecystectomy. *Arch. Sug.* 1921, ii, 145-52.
- Chauffard.**—Indications opératoires dans les ictères chroniques lithiasiques. *Rev. gén. de clin. et de thér.* 1919, xxxiii, 433-436.
- Crile.**—Some special points in the Surgery of Gallbladder. *Med. Record.* N. Y. 1920, xcvi, 584.
- “ Certain Problems connected with the Surgery of the Gall-Bladder. *Northwest Medicine*, 1921, xx, 53-56.
- “ Special Points in Gall-Bladder Surgery. *Ann. Surg.* 1923, lxxviii, 191-193.
- Darner & Cullen.**—The End-Results in Nearly 300 cases in which the Gall Bladder was drained, not removed. *Surg. Gynec. & Obst.* 1922, xxxvii, 579-598.
- Deaver.**—What Surgery offers in Gallbladder disease. *Nebraska State Med. J.* 1922, vii, 185-90.
- “ Cholecystectomy; External and Internal Cholecystostomy. *Ann. Surg.* 1925, lxxxi, 2, 761-766.
- Deaver & Reimann.**—Cholecystostomy versus Cholecystectomy. *J. A. M. A.* lxxxii, 2, pp. 2115-2118, 1924.
- Gosset.**—Sur les indications de la cholécystectomie. — *Bull. et Mém. Soc. de chir. de Paris*, 1922, xlviii, 546-59.
- Graham, Cole and Copher.**—Cholecystography. *J. M. A.* lxxxiv, 1175, 1922.
- Hartmann et Petit-Dutailis.**—Les suites éloignées de la cholécystectomie. *J. de Chir.* 1922, xx, 349-57.
- Mayo, W. J.**—Surgery of Gallbladder Disease. *J. A. M. A.* 1926, 444.
- Mayo Clinic.**—Collected Papers. 1920-1924. xii-xvi.
- Moore.**—The associated Pathology of Gallbladder Disease with a Further Plea for Cholecystectomy. *Surg., Gynec. & Obst.* 1922, xxxiv, 338-341.
- “ A Comparative Study of the End-Results of Cholecystostomy and Cholecystectomy. *Surg. Gynec. and Obst.* 1921, xxxiii.
- Potter.**—Postoperative Gallbladder Syndrome. Its Recognition and Cure. *J. Missouri M. A.* 1925, xxii, 175-177.
- Rowlands.**—Case illustrating the Advantages of Cholecystectomy over Cholecystostomy. — *Proc. Roy. Soc. M. Clin.* 1921-1922. Vol. xv. 1-2, p. 22.

“ The relative Merits of Cholecystostomy and Cholecystectomy.  
Guy's Hospital, Rep. 1921, lxxi, 454-60.

**Sherren.**—A Comparison of Cholecystostomy and Cholecystectomy. Brit. J. Surg. 1922-1923, x, 135-137.

**Tavernier et Tixier.**—Suites éloignées d'une cholécystotomie; dégénérescence néoplasique tardive de la vésicule. — Lyon Chir. 1923, xxi, 591-94.

**Whitaker.**—Experiences with Cholecystography. J. A. M. A. 1926, lxxxvi, 239-243.

— o —

## Nouvelles de la mission de M. Achard

M. le Président: J'ai le plaisir de donner à l'Académie des nouvelles de la mission de notre secrétaire général, M. Achard.

La tempête qui a prolongé la durée de la traversée de l'Atlantique a retardé l'arrivée de M. Achard au Canada et il n'a pu donner le temps qu'il eût voulu à la visite des institutions hospitalières et d'assistance de Montréal, mais il y est resté assez cependant pour constater l'admirable essor pris par ces institutions au cours de ces dernières années.

M. Achard m'a demandé de dire à notre Compagnie combien avait été chaleureux l'accueil qui lui a été fait par les médecins canadiens, combien aussi ils désireraient voir des délégués français assister au congrès qui doit se tenir au Canada en septembre prochain.

Aucun appel ne peut plus nous toucher. Nos confrères canadiens peuvent être assurés que nous y sommes très sensibles et que nous leur sommes reconnaissants de l'accueil qu'ils ont fait à notre secrétaire général.

— o —

*Une nouvelle conception étiologique du goître endémique.* (A. Ravina.) Cf. La Presse Médicale, 31 oct. 1925.

Depuis 1902, Mac Carrison poursuit des travaux sur l'étiologie du goître endémique. Il admet l'origine parasitaire du goître. Le parasite, de nature encore inconnue, serait véhiculé par l'eau et végéterait dans l'intestin des goitreux.

L'auteur conclut: 1° qu'une tuméfaction thyroïdienne peut être obtenue expérimentalement chez l'homme, en quelques semaines, par l'absorption des principes suspendus dans une eau strumigène dont on les a séparés par filtration; 2° que cette hypertrophie ne se produit pas, si le résidu de filtration est soumis à l'ébullition; 3° que le filtre Berkefeld paraît dépouiller complètement l'eau de ses propriétés strumigènes.

La purification de l'eau a réduit considérablement les cas de goître dans certaines agglomérations, et l'antiseptie intestinale a donné d'excellents résultats.

Les expériences de Mac Carrison sont confirmées par plusieurs auteurs.

Oscar VIAU.

## MORT SUBITE D'ORIGINE THYMIQUE

Par le Docteur R. FONTAINE,  
Médecin légiste.

Au mois de décembre dernier, nous étions appelé à déterminer la cause de la mort subite chez un enfant de cinq mois. Un médecin appelé pour constater la mort de cet enfant avait refusé de délivrer un certificat de décès et avait en même temps attiré l'attention de la Cour du Coroner sur cette mort qui ne lui avait pas paru naturelle.

La mère, qui était fille, fut naturellement soupçonnée; interrogée par le détective investigateur de la Morgue, voici en substance le récit qu'elle lui fit, récit qu'elle répéta le lendemain devant la Cour du Coroner: "Mon bébé était souffrant depuis quelques jours; il pleurait, étouffait et restituait souvent. Comme d'habitude hier soir vers huit heures, j'avais pris ma petite dans son berceau pour lui donner le sein et au bout d'une quinzaine de minutes, comme elle était bien endormie, je l'avais replacée au berceau où je l'avais recouverte, ayant bien soin de lui laisser la bouche libre.

Vers dix heures et demie, avant de me mettre au lit, je voulus embrasser mon enfant, je m'aperçus qu'elle ne respirait plus et que sa figure et ses mains étaient froides. Effrayée je la pris du berceau et la démaillottai, mais tout ce que je fis pour la rappeler à la vie fut sans résultat, elle était bien morte. J'étais seule chez moi, je courus chez ma voisine et lui criai que ma chère petite était morte; on fit venir le médecin qui ne put que constater la mort. Ce récit d'une si tragique simplicité laissa le coroner sceptique. Comment concevoir, en effet, qu'un enfant puisse mourir sous les yeux de sa mère sans qu'elle s'en aperçût. Il demanda l'autopsie qui fut pratiquée immédiatement, c'est-à-dire environ 12 heures après la mort.

*Aspect extérieur:* Le cadavre soumis à notre examen est celui d'un enfant du sexe féminin fortement constitué pour son âge (cinq mois) et de belle apparence, son poids est de seize livres. Sur les téguments nous ne relevons ni ecchymoses, ni érosions, ni plaies. La bouche ne renferme aucun corps étranger.

*Ouverture du cadavre:* L'examen du crâne et du cerveau ne révèle rien de particulier. Le plastron sternal enlevé, nous sommes aussitôt frappé par la grosseur anormale du thymus; cette glande

---

(1) Travail présenté à la Société Médicale de Montréal, séance du 6 avril 1926.

s'étale depuis le corps thyroïde jusqu'au cœur qu'elle recouvre presque entièrement. La trachée semble aplatie sous la portion supérieure de ce thymus, cet aplatissement disparaît après enlèvement de la glande.

La mensuration de l'organe donne comme hauteur totale  $8\frac{1}{2}$  cm, largeur 6 cm, et  $2\frac{3}{4}$  cm d'épaisseur; son poids est de 34 grammes. Dans le larynx aucun corps étranger, pas de fausse membrane, ni œdème; mais on y trouve des mucosités en abondance. Les amygdales sont légèrement hypertrophiées, mais les autres organes lymphatiques nous apparaissent comme normaux.

Les poumons sont criblés d'ecchymoses sous pleurales. Les bronches sont remplies de spume. Le thymus de même que le cœur sont recouverts de pétéchies. Les autres organes ne présentent rien de particulier.

En résumé, la mort de cet enfant tient nettement à l'augmentation du thymus qui a agi mécaniquement en comprimant la trachée et le pneumo-gastrique amenant ainsi l'asphyxie.

En face de ce cas, avant de nous occuper du mécanisme de la mort, nous nous sommes posé la question: Quel est le poids du thymus normal? L'entente sur ce point est loin d'être réalisée, mais on admet généralement comme hypertrophié et capable d'entraîner la mort subite tout thymus qui pèse plus de quinze grammes dans les deux premières années (nous savons qu'après ce temps le thymus régresse pour disparaître complètement vers la douzième année). Nous ne dissimulons pas que cette approbation n'a que les apparences d'une rigueur mathématique, car pour des causes variables, le poids de l'organe variera comme dans le cas où l'autopsie a été différée, par exemple, la dessiccation amènera une diminution très considérable dans le poids de l'organe.

On sera cependant autorisé à établir un rapport de cause à effet entre l'hypertrophie du thymus et la terminaison brusque dans le cas de mort subite avec un thymus dont le poids dépassera 15 grammes.

Comment maintenant agit cette hypertrophie du thymus dans le cas de mort subite? Rien ne paraît plus mystérieux que le rôle de cette glande dans la pathogénie de la mort subite.

Deux théories selon Bory, Little John et la plupart des auteurs modernes, tendent à expliquer la mort subite d'origine thymique: l'une qui incrimine l'état général lymphatico-thymique — status lymphatique des Anglais — l'autre qui invoque un état d'hyperfonctionnement de la glande. Le thymus hypertrophié verse dans

la circulation une substance toxique capable de créer une excitabilité pathologique des centres nerveux cardiaques qui réagissent par action réflexe à des causes occasionnelles sans effet chez des sujets normaux.

Nous admettons que la mort subite thymique relève le plus souvent de troubles endocriniens, mais cet accident à notre sens peut relever d'autres facteurs dont la pathogénie est beaucoup moins complexe: ce sont les facteurs mécaniques que certains auteurs modernes semblent ignorer mais que les auteurs anciens n'ignoraient pas cependant. Le thymus volumineux comprimera la trachée, le cœur, les gros vaisseaux, les nerfs cardiaques; la mort surviendra à la suite d'une sténose progressive de la trachée ou d'une compression du pneumo-gastrique avec le tableau de l'asthme thymique et les lésions anatomo-pathologiques propres à l'asphyxie comme dans le cas de l'observation que nous avons eu l'honneur de rapporter.

---

### QUELQUES REMARQUES SUR LA MORT SUBITE D'ORIGINE THYMIQUE

*Par le Docteur WILFRID, DEROME,  
Médecin légiste.*

Mon collègue, M. le Dr R. Fontaine, avait à peine terminé la rédaction de l'observation qu'il vient de nous présenter que le hasard ou la fatalité — pour ceux qui croient en l'inévitabilité des accidents en série — voulut que je fusse appelé à examiner le cadavre d'un enfant mâle, âgé d'un an, très bien constitué, qui était mort subitement dans les bras de sa mère au milieu de signes asphyxiques mais sans avoir présenté antérieurement aucuns signes prémonitoires importants et pouvant laisser croire à une dénouement aussi rapide.

L'autopsie, pratiquée quelques heures seulement après la mort, a montré les signes suivants: poumons pâles et par conséquent, sans congestion, crépitant mal sous la pression par suite d'une sorte d'œdème, taches ecchymotiques nombreuses sur les plèvres et le péricarde viscéral, sang fluide. La glande thymique pesait exactement 30 grammes. A la paroi de l'intestin, existaient sur la séreuse de multiples granulations miliaires, arrondies, grises, accompagnées d'adénopathie mésentérique et d'hypertrophie des plaques de Payer. Rien de particulier aux autres organes.

Nous étions alors en face de deux groupes de signes apparemment indépendants dans leur origine: le groupe asphyxique avec hypertrophie du thymus et le groupe caractérisant nettement la granulie intestinale, localisation plutôt rare de la tuberculose.

Fallait-il attribuer la mort à l'action combinée des deux groupes, ou n'incriminer qu'un seul? Problème difficile dont la solution, je l'avoue, ne m'apparaît pas clairement. Malgré l'absence d'acuité incontestable de la bacillose intestinale, on ne saurait nier l'influence de son action toxique dans la genèse des troubles endocriniens et en particulier de ceux du thymus. Quant au mécanisme de la mort d'origine thymique, M. le Dr Fontaine nous a rappelé qu'il pouvait être double. Tantôt, dit-il, c'est le volume même de la glande qui vient subitement mettre obstacle à la respiration et le cas qu'il rapporte est un exemple patent de cette action mécanique, tantôt ce sont les troubles endocriniens (insuffisance ou hyperfonctionnement) de cette glande qui développent des troubles spéciaux et amènent le dénouement fatal. Ce sont là d'ailleurs les deux seules manières par lesquelles les lésions d'un organe peuvent retentir sur les organes voisins. Et les exemples à l'appui de ce fait abondent. Je ne citerai que ceux qui ont trait au système thyroïdien dont le thymus fait partie. Le goître simple agit par sa masse, comprime la trachée et peut amener la mort par asphyxie; l'insuffisance de cette glande (hypothyroïdie) détermine le myxœdème et l'état crétinoïde; l'hyperfonctionnement (hyperthyroïdie) amène le goître exophtalmique ou maladie de Basedow. Du côté des parathyroïdes l'on sait aussi que leur hyperfonctionnement détermine la myasthénie pseudo-paralytique dont la myotonie périodique de Westphal constitue le type le plus curieux, alors que leur insuffisance a pour expression la plus haute la tétanie, syndrome caractérisé par des contractures paroxystiques des extrémités.

L'on sait que les troubles des autres glandes endocrines retentissent sur l'organisme d'une façon analogue; il est rationnel de penser que la glande thymus ne fait pas exception à cette règle.

## L'EMPLOI DU LIPIODOL DANS LES DILATATIONS BRONCHIQUES (1)

Par le Docteur J.-A. VIDAL,  
Assistant à la clinique de Phtysiologie de l'Université de Montréal,  
Médecin de l'Institut Bruchési et Secrétaire du Bureau médical,  
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Laënnec dit dans son traité d'auscultation médiate que "la dilatation des bronches est un accident qui, sans être très commun, est beaucoup moins rare qu'il ne l'avait longtemps pensé." Ces paroles du grand phtysiologue en 1826 n'ont rien perdu de leur actualité. Bien que nos moyens d'exploration physique se soient beaucoup perfectionnés depuis un siècle, nous méconnaissions, encore trop souvent, la bronchiectasie; parce que nous la considérons comme une affection plutôt rare et surtout, parce que nous sommes enclins à diagnostiquer trop rapidement et sur des preuves insuffisantes les maladies avec lesquelles on la confond trop souvent et dont la principale est la tuberculose pulmonaire.

Il faut admettre que le diagnostic de bronchiectasie est parfois très difficile à faire, surtout si nous voulons porter un diagnostic précoce; parce que cette affection est dépourvue de tout signe pathognomonique, aucun micro-organisme particulier, aucune réaction sérologique ne peut nous aider au diagnostic différentiel.

*Anatomiquement*, l'ectasie bronchique, c'est une ou plusieurs cavités, de forme plus ou moins irrégulière, dispersées sur le trajet de l'arbre bronchique et recouvertes d'une condensation parenchymateuse, laquelle condensation pourrait également être produite par une pneumonie chronique, une sclérose pulmonaire, une pachypleurite, vestige indélébile d'une pleurésie purulente, ou par tout autre processus.

*Cliniquement*, la tuberculose et plusieurs autres maladies de l'appareil respiratoire partagent avec la bronchiectasie les mêmes signes stéthacoustiques qui permettent de déceler des condensations ou des cavités; mais qui ne permettent nullement d'affirmer quoi que ce soit ni sur la nature, ni sur la cause de la lésion. Autrefois on avait tendance à porter le diagnostic d'ectasie bronchique d'après le siège de la lésion. Ainsi on attribuait les excavations des bases à la

---

(1) Communication donnée à l'Institut Bruchési pour le "Dimanche du Praticien", 31 janvier 1926.

dilatation bronchique et celles des sommets à la tuberculose pulmonaire. Avec nos moyens actuels d'exploration l'on peut dire que l'on faisait bon marché de la vérité qui est loin d'être aussi précise, car il est maintenant reconnu de toute évidence qu'il existe des dilatations bronchiques des lobes supérieurs.

*Radiologiquement*, quels renseignements pouvons-nous obtenir par l'emploi des rayons X dans la bronchiectasie ? D'abord il ne faut demander à la radiologie que ce qu'elle peut donner. Sans doute son emploi pourra nous révéler un grand nombre de condensations ou de cavités qui pourraient échapper à l'auscultation et à ce point ses services sont indispensables. Cependant à la fluoroscopie comme sur un cliché radiographique rien ne ressemble à certaines cavités bronchiectasiques comme certaines cavernes tuberculeuses. Souvent même l'image radiographique nous laisse voir une telle condensation du parenchyme pulmonaire qu'il est absolument impossible d'y découvrir une excavation sous-jacente. Le diagnostic radiologique de l'ectasie bronchique est donc illusoire pour ne pas dire impossible.

*Le laboratoire*, sans pouvoir isoler un micro-organisme particulier à la bronchiectasie, peut nous fournir des renseignements d'une immense valeur si nous endossons l'opinion émise par E. Rist qui veut: "qu'une expectoration franchement purulente soit regardée comme non-tuberculeuse, provisoirement tout au moins, tant que la présence du bacille de Koch n'a pas été démontrée". Il va sans dire que cette démonstration doit être recherchée avec *grande persévérance* par les méthodes les plus sensibles et les plus précises sans oublier l'innoculation au cobaye. En endossant cette manière de voir, je suis convaincu que nous pourrions éviter un bon nombre d'erreurs de diagnostic.

*Les commémoratifs*.—L'étude attentive des commémoratifs d'un cracheur de pus non bacillifère peut grandement contribuer à la précision du diagnostic. Ainsi établir dans les antécédents de ces malades, une pneumonie, préciser par une étude minutieuse de cet épisode que la toux et l'expectoration se sont installées au déclin de cette affection, c'est plus contribuer au véritable diagnostic de l'ectasie bronchique que de s'évertuer à connaître dans les crachats les différentes couches décrites par les auteurs. Cette manière de voir a une grande valeur diagnostique; bien qu'il existe des dilatations bronchiques où il est impossible d'établir, même par une étude minutieuse, aucune pneumopathie antérieure. Il est présentement admis que toutes les affections qui ont une répercussion néfaste sur

l'armature fibro-élastique des bronches sont les causes les plus probables de l'ectasie bronchique, à savoir: la pneumonie franche de l'adulte, la broncho-pneumonie de l'enfance, une pleurésie purulente, la coqueluche, etc. Dans cette étude des commémoratifs nous ne devons pas négliger de considérer le mode particulier de l'expectoration, son intensité, l'aspect des sécrétions, leur odeur, l'intensité et la précocité des déformations hippocratiques, et surtout la longue conservation d'une santé tolérante et parfois même florissante.

Jusqu'à ces dernières années, le diagnostic de dilatation bronchique ne pouvait être porté que dans ces cas où le syndrome cavaire était associé à l'expectoration caractéristique. La radiologie, dans certains cas, apportait une confirmation à cette impression clinique; mais, comme je l'ai dit antérieurement, les images radiographiques n'étaient pas assez typiques pour nous permettre de préciser un tel diagnostic. Ce n'était qu'après une longue observation et à une phase très avancée de la lésion qu'il nous était possible de poser le diagnostic et encore, plus ou moins exact.

Aujourd'hui, grâce à l'exploration radiologique des cavités broncho-pulmonaires pratiquée par Sicard et Forestier, et grâce à la précision des images que cette méthode nous fait voir, nous pouvons porter un diagnostic précoce de dilatation des bronches. Plus que cela, c'est grâce à cette technique si Bezançon et ses collaborateurs ont pu décrire cette nouvelle forme de la dilatation des bronches, jusque là ignorée, et qui fut décrite: "*Forme sèche hémoptoïque de la dilatation des bronches*".

Le cadre de ce travail ne me permettant pas de décrire toutes les différentes méthodes de l'emploi du lipiodol, j'en ferai un court historique pour le bien de ceux qui n'ont pas eu le plaisir d'entendre Forestier lui-même, et je me bornerai à la méthode d'exploration des cavités de l'appareil broncho-pulmonaire surtout dans la dilatation des bronches. En dernier lieu je rapporterai deux observations où j'ai employé les injections intra-trachéales de lipiodol exclusivement au point de vue diagnostic. Cependant, fortement impressionné par l'amélioration subséquente à ce procédé, j'ai poursuivi les injections de lipiodol toutes les 4 à 6 semaines, et je vous soumettrai les résultats obtenus.

### Historique

C'est en octobre 1921 que Sicard et Forestier eurent l'idée d'utiliser l'huile iodée comme liquide opaque dans l'exploration

radiologique des cavités jusqu'ici soustraites à cet examen. Leur première pensée fut que leur méthode trouverait dans l'exploration des espaces épidual et sous-arachnoïdiennes et celles des cavités broncho-pulmonaires, une application féconde. L'emploi de leur méthode a déjà conquis son droit de cité et la justesse de leur prévision est aujourd'hui confirmée. Grâce à l'emploi de l'huile iodée à haute concentration, produit remarquablement opaque aux rayons X et d'une tolérance parfaite, les cavités broncho-pulmonaires ne seront plus méconnues.

Le produit employé est connu sous le nom de "Lipiodol Lafay", combinaison d'iode avec l'huile d'œillette dans les proportions de 40 pour 100. Sa densité est supérieure à celle de l'eau et des liquides de l'organisme, aussi tombe-t-il au fond des cavités remplies de liquide au lieu de surnager. Chaque centimètre cube contient 0 gr. 54 d'iode métalloïdique, lequel, en raison de son poids atomique élevé, lui communique une opacité tellement remarquable que les moindres gouttelettes injectées dans l'organisme sont visibles à la radiographie.

Trois différentes méthodes furent employées par Sicard et Forestier pour l'exploration des cavités broncho-pulmonaires : A la méthode sus-glottique; B la méthode trans-glottique; C la méthode inter-cricothyroïdienne.

A. *La méthode sus-glottique*, dont l'avantage est d'être simple, fut abandonnée par Sicard et Forestier, car elle ne donnait que des insuccès. Passons sous silence sa description.

B. *Méthode trans-glottique*.—Elle consiste à pousser le liquide par les voies naturelles directement dans la trachée sous le contrôle du miroir laryngien, grâce à une longue canule recourbée. Résumons brièvement les temps essentiels de cette méthode.

1° Anesthésie du voile et du pharynx avec un tampon imbibé d'une solution de cocaïne au 1/10, ou en insufflant une poudre de lactose avec cocaïne au 1/10.

2° Après cinq minutes: Anesthésie du vestibule laryngé et si possible, de la zone glottique.

3° Injection si possible dans la trachée ou au contact de la glotte, de 2 à 4 c.c. de solution de cocaïne à 2/100 préalablement tiédie.

4° Après cinq minutes d'attente, l'anesthésie du tractus respiratoire est complète, l'injection se fait aisément.

C. *Méthode inter-crico-thyroïdienne*: est celle que nous employons à l'Institut Bruchési dans la plupart des cas; au début nous avons employé la méthode trans-glottique, mais cette dernière étant

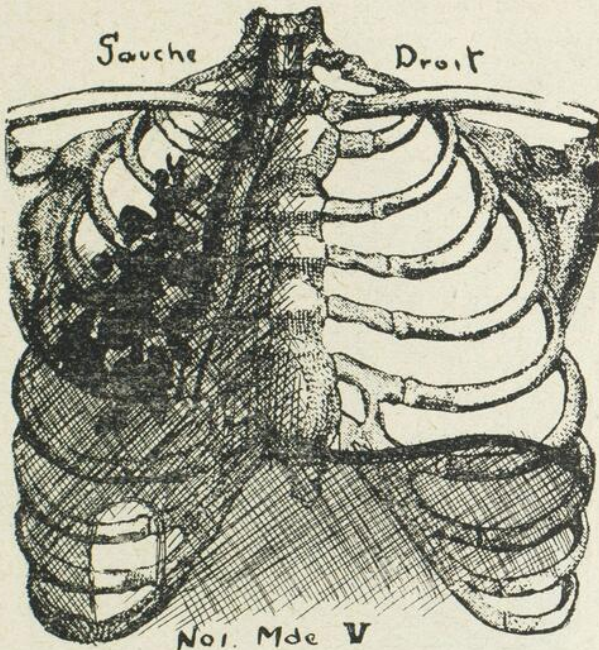
plus rapide et nous donnant de bons clichés, nous en fûmes satisfaits. Après aseptie de la peau, le cou étant en extension légère, on repère le bord supérieur du cartilage cricoïde avec l'index gauche, puis avec une seringue de 2 c.c. munie d'une petite aiguille nous perforons la peau et la membrane puis nous injectons dans la trachée une solution de cocaïne à 2/100 préalablement tiédie. L'air qui revient dans le corps de la seringue en retirant légèrement le piston nous indique que l'on est bien dans la trachée. La pénétration des premières gouttes de la solution dans l'arbre bronchique provoque chez certains sujets une violente quinte de toux avec rejet d'une certaine quantité de la solution. Nous pouvons contourner cette petite difficulté en recommandant au patient de respirer profondément et rapidement la bouche ouverte. Trois à cinq minutes après cette injection de cocaïne, on peut injecter le Lipiodol sans aucune réaction de défense du malade. Pour injecter le Lipiodol on se sert de l'aiguille courbe de Rosenthal et d'une seringue de 20 c.c. Il ne faudra pas oublier de bien tiédir le Lipiodol avant l'injection.

D. *Méthode bronchoscopique.* Cette méthode, employée par quelques spécialistes américains et bien pratiquée à l'hôpital Royal Victoria, fournit d'excellent clichés. Elle aurait même une certaine indication dans l'abcès du poumon, et en voici la raison: l'abcès pulmonaire est entouré d'une zone inflammatoire, il y a de l'œdème périfocal, alors cette infiltration emprisonne souvent dans ses mailles la bronche de drainage, et par conséquent cette bronche infiltrée ou œdématisée, souvent remplie d'exsudats, empêche le Lipiodol de pénétrer et ne donnera pas l'image réelle du foyer cavitaire. C'est dans ces cas que la méthode bronchoscopique est supérieure aux autres méthodes parce qu'elle peut aspirer et ainsi débarrasser la bronche de drainage d'un amas de sécrétions, ce qui permettra alors au Lipiodol d'y pénétrer facilement en y laissant voir une image tout à fait démonstrative. Cependant cette méthode exige une manipulation et un outillage réservés à l'usage du spécialiste, ce qui ne serait pas d'application courante pour le praticien. Quant à la valeur intrinsèque de la méthode, l'une n'est pas supérieure à l'autre, la bonne méthode est celle qui fournit un bon cliché et qui s'opère facilement, sans violence et sans effort de toux, qu'elle soit transglottique, inter-crico-thyroïdienne ou bronchoscopique.

Après avoir décrit les différentes méthodes d'injection des cavités broncho-pulmonaires, il y a un point excessivement important à noter: c'est la position à donner à son malade pour la direction du Lipiodol dans la bronche. Cette technique fut mise en lumière

par Forestier et Leroux. De la position du malade au cours de l'injection dépend la répartition de l'huile dans les poumons. Il est reconnu par expérimentation que même une injection à hautes doses de 30 à 40 c.c. ne peut arboriser qu'un territoire restreint du champ pulmonaire; il faut donc localiser l'injection dans la zone à exploiter et ce n'est que par la position donnée au malade que cette partie de la technique sera réalisable.

La progression du Lipiodol est soumise à deux forces différentes; la première, qui est la plus importante, c'est la pesanteur; et la deuxième, c'est la force inspiratoire du poumon. Cette dernière exerce surtout son action dans les bronches de petit calibre. Le

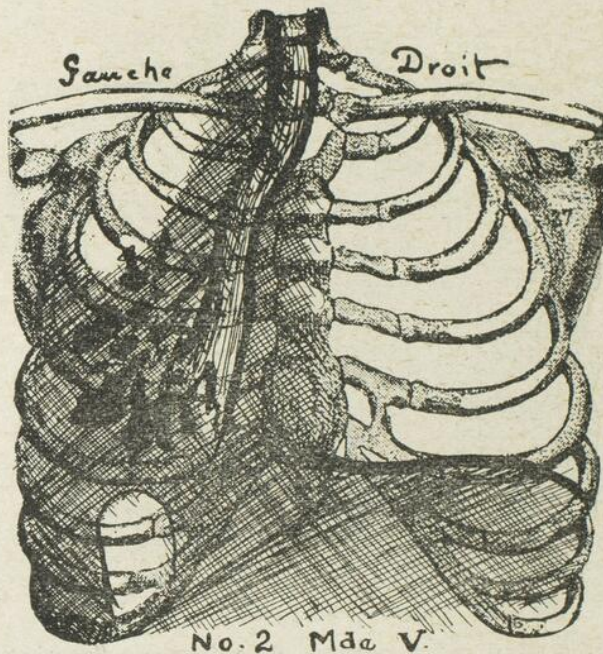


Nombreuses dilatations en "grappe de raisin" ou "sacciforme" dans les  $\frac{2}{3}$  inférieurs de l'hémithorax gauche.

Lipiodol, d'après les lois de pesanteur, ira toujours en majeure partie au point déclive, par conséquent les lobes inférieurs seront donc facilement injectés en position assise. Il suffira d'une légère inclinaison pour localiser l'injection à gauche ou à droite. La position assise est donc recommandable seulement pour les lobes inférieurs. Dans tous les autres cas, pour atteindre le lobe moyen ou supérieur du poumon il faut opérer sur le sujet couché. Le lobe supérieur droit est le plus difficile à arboriser, surtout par la voie inter-cricothyroïdienne. Dans ce cas la voie transglottique lui est préférable.

Cependant j'ai pu obtenir de bonnes arborisations de ce lobe par voie inter-crico-thyroïdienne, en faisant l'injection rapidement en position du décubitus latéral, puis j'abaisse le thorax du patient en position légèrement déclive et je recommande au malade de faire quelques inspirations profondes sus-diaphragmatiques. Pour arboriser un sommet il faut en moyenne 40 c.c. Il y aurait bien d'autres petits détails de technique, cependant je me suis borné aux grandes lignes de la méthode, réservant à plus tard une complète mise au point.

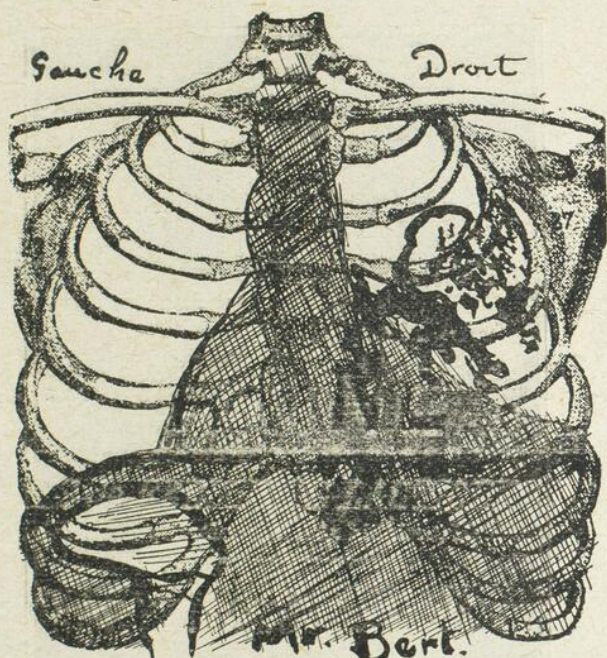
En terminant je vous soumetts les observations thérapeutiques recueillies par l'emploi de cette méthode du radio-diagnostic des cavités broncho-pulmonaires par le Lipiodol.



Radiographie prise fin décembre 1925. L'image des dilatations en grappe est sensiblement diminuée.

1° Madame V., âgée de 38 ans, est entrée dans le service du professeur J. F. Dubé pour une expectoration abondante et puriforme, d'odeur nauséabonde, température 100° à 102°, mauvais état général. A ce moment la radiographie nous laisse voir un foyer d'ombre de densité cardiaque intéressant les deux-tiers de l'hémi-thorax gauche. Après étude minutieuse des commémoratifs, il est impossible de retracer aucune pneumopathie antérieure. La maladie semble avoir débuté vers l'âge de 15 ans par une bronchite avec une

expectoration de plus en plus abondante, ce qui a toujours ainsi évolué avec quelques légères accalmies, mais la malade avait toujours de la toux et une expectoration abondante le matin. Vers l'âge de 17 ans, la malade a remarqué que l'expectoration avait une odeur très désagréable. Après 3 thoracentèses négatives et de nombreux examens de crachats, toujours négatifs, on porte le diagnostic de "dilatation bronchique". Quelle thérapeutique pouvait être établie? Aucune. Tout au plus, l'alium sativum pouvait-il diminuer l'odeur des sécrétions. Nous avons fait une première injection de Lipiodol qui nous a montré de nombreuses dilatations bronchiques en "grappe de raisin" (cliché No I). Environ deux semaines après cette injection exclusivement diagnostique, la malade en demandait une autre,

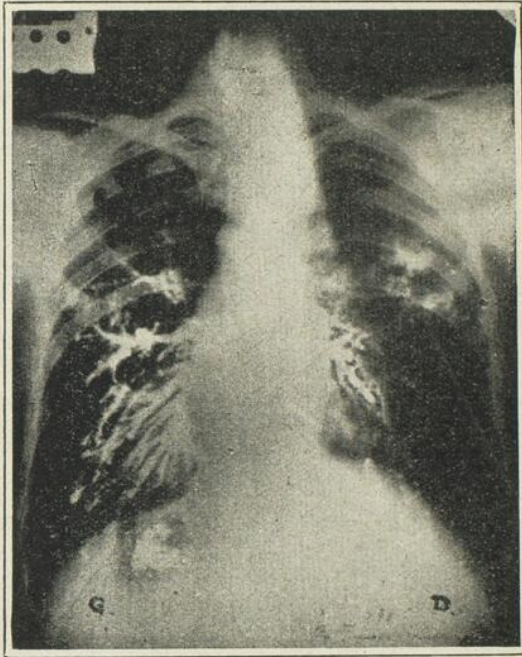


Nombreuses dilatations sacciformes, dans le lobe inférieur, à l'angle cardio-diaphragmatique droit, avec une pachypleurite dense recouvrant le lobe inférieur.

alléguant que son expectoration avait sensiblement diminué. Il est à noter que la malade expectorait à ce moment 100 à 125 crachats par jour et faisant deux vomiques par nuit. Dans une journée le professeur Dubé avait recueilli par le drainage en position planturale 525 grammes de sécrétions. Nous avons continué les injections à toutes les 3 à 5 semaines et l'amélioration s'est de plus en plus accentuée. Le 25 mars 1926, j'ai fait une dernière injection et voici les dernières constatations recueillies.

La malade, en avril 1925, pesait 128 lbs, très mauvais état de santé, toussait et expectorait abondamment, température 100° à 102°. Aujourd'hui la malade pèse 159 lbs; mère de 4 enfants, elle fait seule tout son travail de ménagère et jouit apparemment d'une bonne santé; tousse et crache environ 15 à 20 fois par jour sans la moindre odeur. Depuis 4 à 5 mois il ne s'est produit aucune vomique. Une dernière radiographie prise en décembre 1925 nous fait voir la même condensation parenchymateuse, la trachée est plus fortement attirée à gauche, les dilatations en grappe sont plus petites et plus aplaties, ce qui est en faveur d'un processus intense de sclérose.

2° Monsieur Bert, 36 ans, expéditeur, s'est présenté à l'Institut Bruchési en décembre 1923 pour une toux fréquente, expectoration



M. X

Dilatations bronchiques cylindriques ou en doigt de gant.

abondante ayant une odeur nauséabonde, fièvre, dyspnée, amaigrissement. Le début de cette maladie remonte vers l'âge de 16 ans à la suite d'une pleurésie purulente dont la suppuration a duré quatre mois. Après cet épisode aigu le malade avait repris son poids et jouissait apparemment d'une santé normale, tout en conservant une toux avec légère expectoration le matin. En décembre 1923 le malade maigrit, l'appétit diminue, la température augmente, puis l'expect-

toration devient plus abondante avec une odeur très désagréable. Les symptômes vont ainsi en s'accroissant et forcent le malade à abandonner son travail en avril 1924. A ce moment plusieurs examens de crachats furent faits avec rapport négatif; la radiographie nous laissait voir deux hémithorax normaux, sauf une pachypleurite dense envahissant le cul-de-sac et la moitié du lobe inférieur gauche. C'est à ce moment que nous portons le diagnostic de "bronchiectasie". En face de l'impuissance de la thérapeutique médicamenteuse nous fîmes un auto-vaccin qui n'a sensiblement pas amélioré la situation. Le 10 mai 1925, à la suite d'une infection grippale, les manifestations pulmonaires sont beaucoup plus accentuées; c'est alors que nous faisons une injection de Lipiodol pour connaître, *de visu*, le foyer infectieux. Sur la radiographie prise immédiatement après (cliché No III) nous constatons de nombreuses dilatations bronchiques "*en grappe de raisin*". Sur instance du malade qui se sentait très amélioré surtout par la disparition de l'odeur je lui ai fait 6 injections. Actuellement, le malade, qui pesait en juin 1925 115 lbs, pèse 144 lbs, tousse et expectore le matin 3 à 4 crachats.

Voilà deux observations qui m'ont fort intéressé par les résultats thérapeutiques plutôt imprévus. Y aurait-il, par cette méthode des injections intra-trachéales de Lipiodol, un effet thérapeutique? Forestier, Sergent et Cottenot ont rapporté des cas d'amélioration marquée dans la dilatation des bronches et même de guérison complète de fistule pleuro-pulmonaire (Sergent et Cottenot). Sans vouloir affirmer la guérison possible de la dilatation bronchique par l'huile iodée, je crois pouvoir établir que cette méthode de traitement a procuré à ces deux malades une amélioration considérable. Puisque auparavant nous ne pouvions rien faire pour ces pauvres malades, cette méthode a du moins le mérite de procurer une amélioration, sinon une guérison.

#### BIBLIOGRAPHIE

- R. T. H. Laënnec.**—Traité de l'auscultation médiante. 2e édition, 1826.
- E. Rist.**—Le traitement des dilatations bronchiques par le pneumothorax artificiel. (Bulletin Médical, mars 1923.)
- F. Bezançon.**—Forme sèche de la dilatation des bronches. (Presse Médicale, février 1924.)
- Sicard et Forestier.**—Société Médicale des Hôpitaux, 10 mars 1923.
- F. Bezançon, P. Weill, Azoulay et Bernard.**—"Le syndrome lipiodo-radiologique de la dilatation des bronches". Société de Radiologie, 12 février 1924.
- Sergent et Cottenot.**—Société Médicale des Hôpitaux, mai 1923.
- Bezançon et DeJone.**—"Dilatation des branches". Traité Widal-Teissier. Nelson Loose Leaf Living Medicine Information.

## MYCOSIS FONGOIDE A FORME ERYTHEMA- TEUSE TRAITE PAR L'ULTRA-VIOLET

Par MM. LOUSTE, A. MARIN (de Montréal) et CAILLAU.

Nous présentons un cas de mycosis à forme érythrodermique survenu à l'âge de 77 ans et évoluant sans arrêt depuis deux ans et traité exclusivement par les rayons ultra-violet.

Il s'agit d'un homme actuellement âgé de 79 ans qui nous a été envoyé il y a un mois pour des lésions en placards eczémato-lichéniens très prurigineux, traité depuis deux ans sans succès par tous les topiques, lotions, pommades antiprurigineuses.

L'affection a débuté il y a deux ans par des démangeaisons vives avec exacerbations nocturnes si pénibles qu'elles empêchaient le sommeil pendant un mois. Elles siégeaient sur le tronc et la racine des membres.

C'est environ trois mois après le début que sont apparus les placards érythémateux et infiltrés qui se sont étendus, sont devenus confluent par plans et occupent le tronc, les bras, les cuisses, la figure.

Sur le tronc on voit des bandes épaisses, disposées un peu en bandes parallèles.

Sur les cuisses, les placards confluent forment une nappe érythémateuse, excoriée par le grattage et desquamant en larges lambeaux.

Les lésions des bras sont moins rouges mais présentent des excoriations avec desquamation plus fine.

A la face, l'éruption, sur les pommettes et autour des yeux, est moins accentuée.

On voit sur la poitrine des bandes qui s'affaissent et laissent à la périphérie une peau pigmentée.

Notons aussi qu'à la face postérieure des cuisses apparaissent de petites tumeurs hémisphériques de la dimension d'une noisette.

Le palper révèle une infiltration occupant la peau dans toute son épaisseur, et une élévation de température locale.

Les régions lymphatiques des aines et des aisselles présentent des adénopathies très nettes.

Il n'existe pas de rate perceptible, le foie n'est pas hypertrophié.

L'examen sanguin donne:

Globules rouges . . . . .	4.690.000	
Globules blancs . . . . .	5.600	
Polynucléaires neutrophiles . . . . .		74 o/o
“ basophiles . . . . .		1 “
“ éosinophiles . . . . .		1 “
Lymphocytes . . . . .		18 “
Grands mononucléaires . . . . .		6 “

Il n'y a pas de température, les urines sont normales. Le malade a beaucoup maigri.

L'examen histologique fait sur les placards érythrodermiques et sur une tumeur, montre exactement la même structure.

On constate un état acanthosique de l'épiderme avec longues digitations dans la profondeur dont quelques-unes sont bifides.

On remarque la disparition partielle de la granuleuse et la présence de squames parakératosiques.

L'épiderme présente par endroits des **nids cellulaires** de lymphocytes.

Le derme est le siège d'un infiltrat bien limité dans sa partie inférieure, dont les cellules sont distribuées dans les mailles d'un réticulum adénoïde.

Cet infiltrat est en majeure partie composé de lymphocytes, de plasma-zellen et de jeunes cellules conjonctives.

L'intérêt de ce cas nous semble dans l'apparition tardive de l'affection, à 77 ans; dans l'évolution continue subaiguë sans arrêt depuis deux ans; et dans l'action relativement favorable de la thérapeutique employée.

Nous avons en effet utilisé uniquement les rayons ultra-violet.

Au bout de quelques applications, les démangeaisons sont disparues, le sommeil est revenu, le malade a retrouvé l'appétit et un état psychique favorable.

Les placards commencent à marquer un affaissement marqué: sur la poitrine on voit à la périphérie la disparition de l'infiltrat laisser une zone plane, souple et pigmentée.

Nous pensons que cette application facile, pratique et moins onéreuse que la radiothérapie est appelée à rendre des services appréciables dans cette affection si rebelle.

## DISCUSSION

**M. Belot.**—Il n'est pas douteux que les rayons ultra-violet donnent souvent une sédation marquée du prurit, dans les diverses dermatoses où ce symptôme existe; ils calment aussi le prurit sine materia. Les effets ne sont du reste pas constants. Leur effet sur les tumeurs mycosiques est à vérifier, mais du reste M. Louste n'a parlé que du prurit.

Actuellement par une extension illégitime des indications de l'ultra-violet on risque d'en compromettre la valeur réelle. Je tiens à faire remarquer, ainsi que l'a dit M. Louste, que l'ultra-violet a agi sur le prurit et l'érythème mycosique, mais qu'il n'en faut pas faire le traitement de choix du mycosis fongoïde établi.

**M. Louste.**—C'est parce qu'il s'agit d'un érythème mycosique et non pas de tumeur mycosique que je me suis autorisé à faire des rayons ultra-violet, qui doivent agir localement sur l'infiltration et le prurit et avec une influence heureuse sur l'état général.

**M. André Léri.**—Assurément, par nos moyens actuels d'investigation, il semble bien que les rayons ultra-violetts ne pénètrent pas et ne traversent pas la couche la plus superficielle de la peau. Il n'en faudrait pas déduire pourtant que l'on ne peut obtenir des résultats thérapeutiques qu'à la surface de la peau. Il est bien démontré à l'heure actuelle que la cure par les rayons ultra-violetts agit manifestement sur les os rachitiques: or les os ne sont pas à la surface de la peau. Quel que soit le mécanisme de cette action, qu'ils agissent par l'intermédiaire de l'état général ou tout autrement, il est avéré maintenant qu'il ne faut pas compter sur les rayons ultra-violetts exclusivement pour une action de surface. Nous les employons actuellement pour une série d'affections profondes avec des résultats très encourageants. S'il ne faut pas en faire une panacée universelle, il ne faut pas non plus en restreindre l'action d'une façon excessive, en nous basant a priori sur des idées théoriques.

**M. Belot.**—Loin de moi l'idée de nier l'effet remarquable de l'ultra-violet sur l'état général. J'estime même que c'est la plus importante action de ces rayons, surtout si l'on s'adresse aux ultra-violetts de la lampe à arc. On commence déjà à mieux connaître les effets des diverses sources d'ultra-violetts et à fixer les indications qui leur sont propres.

— o —

### A propos du traitement de la rétention d'urine post-opératoire

Il y a bien longtemps que je préconise l'injection de glycérine boriquée dans les rétentions d'urines d'urine post-opératoires, post partum, traumatique, etc., et l'article de mon élève Corbiveau n'est que le reflet de cet enseignement.

Mais la technique indiquée par MM. Michon et Bouvier n'est pas la bonne, et s'ils avaient employé celle qui est utilisée dans le service Civiale depuis toujours, ils auraient vu la rétention céder non pas 18 fois sur 22, mais 22 fois sur 22.

1° Il faut injecter de la glycérine boriquée à 20 pour 100 et non à 10 pour 100. Récemment encore chez une malade rétentionniste post-opératoire, une injection à 10 pour 100 faite par erreur n'amena aucun résultat; une autre injection à 20 pour 100 produit un résultat immédiat.

2° La glycérine doit être injectée dans la vessie vide et non pleine.

3° Une seule injection suffit toujours.

Des incidents exceptionnellement se produisent, une hématurie par-ci par-là, sans lendemain; des cystites jamais, à moins qu'il n'y ait eu de l'infection provoquée par des sondages antérieurs.

De sorte qu'à mon avis, sans discussion possible, l'injection de glycérine boriquée est le meilleur traitement de la rétention d'urine post-opératoire.—G. MARION (Presse Médicale, 1925).

## INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

### LE CONSEIL MÉDICAL DU CANADA

*Par le Dr L. J. O. SIROIS,  
de Saint-Ferdinand d'Halifax.*

Il y a déjà vingt-cinq ans Sir Thomas Roddick lançait, sous la forme concrète d'un projet de loi, son idée de la création d'un Conseil médical ou Bureau fédéral destiné à émettre, après examens, une licence permettant la pratique de la médecine dans toutes les provinces du Canada. Dans son texte primitif, tel qu'adopté en 1902, ce projet était très ambitieux. On tentait, ni plus ni moins, de mettre la main sur l'enseignement médical: depuis l'admission à l'étude, les matières de l'examen préliminaire, le curriculum médical, jusqu'à l'examen de licence.

Les provinces, en particulier Québec, ne l'entendaient pas de cette oreille. Leurs prérogatives, leurs privilèges, leur autonomie leur étaient trop chers pour les sacrifier dans une aventure dont l'issue ne laissait pas d'inspirer des craintes légitimes, des défiances justifiées.

Encouragé par un premier succès à Ottawa, où son bill avait été adopté sans amendement sérieux, soutenu par quelques-uns des nôtres qui ne voyaient dans l'opposition des Canadiens français rien autre chose qu'un excès de chauvinisme, Monsieur le Dr Roddick voulut passer outre, sans tenir compte de nos objections, de nos réclamations et de nos protestations, en sollicitant de la Législature de Québec la reconnaissance de l'Acte Médical du Canada. A sa grande surprise, et à la surprise plus grande encore de ses amis et inspireurs, la Législature, saisissant dans toute sa plénitude la portée de cette tentative d'empiètement sur les droits provinciaux, fit à la proposition Hutcheson un enterrement de première classe, seuls les députés anglais, moins un, votant en sa faveur.

Chose singulière, après cet échec retentissant, Ontario, qui entendait bien mettre la main sur le nouvel organisme, lui imposer ses programmes et méthodes, refusa de demander à sa Législature la sanction de la loi Roddick.

Tout était donc à recommencer, mais à recommencer, cette fois, en tenant compte de la Constitution, qui réserve aux provinces l'absolu contrôle des questions d'éducation. Il fallait déchanter.

Aussi bien, longues furent les tractations entre les parties intéressées. Vingt fois sur le métier, Sir Thomas dut remettre son

ouvrage, les bureaux provinciaux, en particulier celui de Québec, refusant de se laisser dépouiller au profit du Bureau fédéral. Enfin, une nouvelle loi: l'Acte médical du Canada, 1911, rendu acceptable par des amendements, des additions, des soustractions qui en modifiaient le caractère de fond en comble, put être adoptée par toutes les provinces.

Telle quelle, cette loi était le résultat de compromis, où les bureaux provinciaux, renonçant à leur contrôle absolu sur les candidats à la licence fédérale, conservaient la plus large part de leur autonomie en exigeant de chaque étudiant l'obtention préalable d'une licence provinciale. C'était la condition *sine qua non* posée, dès le début, par Québec et que les promoteurs de la loi avaient fini par accaparer, sais quoi nous refuserions de faire partie de la nouvelle alliance. C'est évident, nos élèves ayant suivi la filière établie par notre loi et nos règlements: admission à l'étude, examens subis devant les examinateurs du Bureau, selon les programmes arrêtés après entente avec les Universités, licence provinciale sur présentation de leur diplôme, peu nous importait de les voir, ensuite, subir l'examen du Bureau fédéral.

Le projet de loi de 1911, dans sa rédaction première, approuvée par les Bureaux provinciaux, décrétait simplement:

Art. *"Aucun candidat ne peut être admis à suivre les examens prescrits par le Conseil, à moins qu'il ne soit porteur d'un certificat d'inscription provinciale."*

C'était clair, précis, bien défini.

Aussi, ne fûmes-nous pas peu surpris, lors de la présentation du projet de loi aux Communes, d'y lire l'addition suivante à ce même Article 12:

*"ou à moins qu'il ne présente un certificat du registraire de son propre Conseil médical provincial attestant qu'il possède le degré médical accepté et approuvé par le Conseil médical de la dite province."*

(Le texte anglais permet, peut-être, de mieux saisir l'intention du législateur: "or unless he presents a certificate from the registrar of his own provincial medical Council that he holds a medical degree accepted and approved of by the Medical Council of the said province".)

Cette modification — faite à la dernière minute, nous le croyions dans le temps et les faits subséquents ne nous donnent pas tort — changeait toute l'économie et la portée du projet de loi.

L'attention du Dr Roddick fut immédiatement attirée sur ce changement imprévu. On nous fit réponse qu'il n'y avait pas lieu de s'alarmer, cette alternative ayant tout simplement pour but de permettre aux candidats des provinces de l'Ouest, dont l'organisation universitaire et professionnelle était encore à l'état presque embryonnaire, de subir les examens du Conseil médical.

De guerre lasse, la loi Roddick fut adoptée; mais les événements ont prouvé que l'addition faite à l'article 12, en apparence si insignifiante, serait toujours un sujet de dispute entre les provinces, nous dirons plus, sera très probablement l'écueil sur lequel viendra faire naufrage le Conseil médical du Canada.

Jean Prévost avait raison de s'écrier un jour: "Defiez-vous des petits bills, ce sont les plus gros."

Quels ont été en somme les résultats de la création du Bureau fédéral ?

Les examens ont été sérieux: la personnalité des examinateurs, en particulier ceux de la province de Québec, les questions de l'examen écrit publiées dans l'Annuaire du Conseil, permettent de l'affirmer.

Depuis l'ouverture du Registre fédéral, environ treize cents médecins se sont inscrits, soit après examen, soit à la faveur de la clause des dix ans de pratique. Dans quelle proportion, il est difficile de le dire, le Registraire ayant discontinué la publication de statistiques sur ce sujet. Mais en compulsant les Registres médicaux, on se rend compte que pour dix à quinze licenciés fédéraux qui se sont établis annuellement dans la province de Québec, un à deux Canadiens français sont allés planter leur tente dans les autres provinces.

De 1912 à 1925, cent trois médecins ont échangé la licence fédérale contre celle de la province de Québec: quatre-vingt-cinq Anglais, dix-huit Canadiens français.

M. le Dr Normand, en septembre 1923, soumettait la statistique suivante au Conseil médical du Canada: des quatre-vingt-sept Canadiens français inscrits à Ottawa, quarante-trois pratiquent dans Québec, vingt-neuf en Ontario, neuf dans la Saskatchewan, onze dans l'Alberta, deux dans la Colombie-Anglaise, deux au Nouveau-Brunswick, un aux Etats-Unis.

Dès la formation du Conseil médical du Canada on se rendit compte que l'addition faite à la clause 12 était beaucoup plus élastique que le pensaient les promoteurs de la loi. Des étudiants inscrits nulle part, n'ayant subi aucun examen d'admission à l'étude, ayant suivi les cours d'une école ou d'une université en dehors de leur

province d'origine, obtenaient, sur simple présentation d'un certificat d'immatriculation universitaire et d'un diplôme de Docteur en médecine, le fameux certificat leur permettant de subir les examens du Bureau fédéral. Conséquence: des étudiants de Québec, d'Ontario, etc., n'ayant jamais été inscrits comme tels, ou même ayant manqué leurs examens préliminaire, grâce au certificat autorisé par la clause 12 réussissaient à se faire licencier dans Québec, Ontario, etc., s'ils étaient heureux aux examens fédéraux. Par cette voie détournée, nous étions revenus aux temps où les *irréguliers* trouvaient moyen de s'introduire dans le corps professionnel par les soupiraux ou les fissures du temple quand la grande porte leur était fermée.

L'Annuaire du Conseil médical du Canada, 1915, publiait, sous la signature de son Registraire, une édifiante statistique projetant une vive lumière sur ce sujet. (On a cru bon de supprimer ces statistiques depuis.)

Aux examens de 1914, sur 86 candidats on comptait: 4 résidents de la Saskatchewan, 2 de l'Alberta, 4 de la Colombie Anglaise, 0 du Manitoba. Total, 10.

Avaient présenté des certificats de la Saskatchewan 21, de l'Alberta 3, de la Colombie-Anglaise 10, du Manitoba 12. Total, 46.

En d'autres termes, 36 irréguliers avaient réussi à se faufiler devant le Conseil médical du Canada. M. le Dr McCallum, de Toronto, avait bien raison de qualifier ce procédé de "*money order business in enabling certificates*".

Cette pratique, qui s'est développée d'année en année, ne peut être facilement supprimée, le texte de la clause 12 se prêtant à diverses interprétations aux yeux des hommes de loi. Que signifient les mots: "son propre conseil médical provincial"? Est-ce la province dans laquelle l'étudiant a sa résidence, celle où il est inscrit, celle où il fait ses études ou celle dans laquelle il veut pratiquer? Les subtiles distinctions dont les avocats savent entourer les termes "résidence" et "domicile" nous laissent perplexes.

Quoi qu'il en soit, la province de Québec ne pourrait tolérer tels abus sans protestation et sans tenter de les supprimer, du moins pour ce qui la concerne plus directement.

En 1917, M. le Dr Simard réussit à faire amender l'article 2 du chapitre relatif aux examens des Règlements du Conseil, en y ajoutant le proviso suivant:

"Tout étudiant de la province de Québec porteur d'un degré "médical d'un corps enseignant de la province de Québec, devra, pour

“être candidat à la licence fédérale, présenter soit une licence d’une province du Canada ou un certificat du Registraire de Québec qu’il est porteur d’un degré médical accepté et approuvé par le Conseil médical de la dite province.”

Voilà certes une amélioration, mais, à notre sens, elle manque encore de cette clarté, de cette précision que le français sait mettre dans les termes. Si O’Connel pouvait se vanter de passer à travers n’importe quelle loi du Parlement avec un carosse attelé de quatre chevaux, plusieurs de nos avocats pourraient à la fois se tailler de beaux honoraires et nous causer de cruelles surprises en manipulant ce texte.

Pour avoir force de loi, cet amendement devait être approuvé par le Gouverneur en Conseil. Est-ce calcul ou simple négligence. Adopté en 1917, il ne fut soumis pour approbation qu’à l’automne de 1925. Dans l’intervalle notre Bureau médical fut menacé de poursuites par dix étudiants porteurs de licence fédérale, acquise au moyen d’un certificat de provinces où ils n’avaient ni leur résidence ni leur domicile.

Voilà, en résumé le bilan des quinze premières années du fonctionnement de la loi fédérale.

Au point de vue, peut-être un peu égoïste, de la province de Québec, nous y avons plutôt perdu que gagné. Quant aux autres provinces, leur joie ne semble pas sans mélange: on escomptait des résultats plus brillants. Est-ce à dire que peu à peu elle se désintéresseront de cet encombrant organisme? Loin de là! Il faut compter avec la tenacité, la persistance, l’énergie anglo-saxonnes des défenseurs de la loi médicale du Canada qui n’entendent pas renoncer à l’idéal du début: un collège médical unique pour toute la Puissance.

C’est ce que nous démontrerons dans un prochain article.

— o —

## A LOUER

**Bureau pour Médecin.**—Magnifique salon double chez dentiste, rue Sherbrooke près St-Denis, pouvant servir de bureau pour médecin. Libre dès maintenant; conditions très avantageuses. S’adresser à “L’Union Médicale du Canada”, Tél. Est 1877 — ou à Atlantic 1165.

## Les Cours de Perfectionnement Médical

### L'organisation provinciale: son orgine, son but, son développement

Une mise au point s'impose pour empêcher la distorsion des faits et les présenter sous leur vrai jour. Voici en quelques lignes l'histoire de la question.

La Sun Life Assurance Company of Canada, ayant compris comme la Manufacturer's Life, que mieux l'Hygiène Générale sera entendue et plus les médecins seront avisés, meilleure sera la santé publique et partant, pourriez-vous ajouter, la santé des assurés. L'un ne va pas sans l'autre.

Alors associant dans un même geste l'intérêt général, avec comme conséquence le leur aussi, la Sun Life a pensé que si le Québec organisait méthodiquement des conférences de perfectionnement professionnel et d'hygiène générale, ainsi que depuis des années l'Ontario et les autres provinces le font par l'entremise de leurs associations médicales provinciales, il y aurait pour nous avantage public et général à ce faire.

Le Québec n'a rien d'organisé, rien de méthodique, bien que de-ci de-là, parfois, quelques rares Sociétés Médicales régionales demandent des conférenciers: ni organisation, ni méthode chez nous, alors que chez nos voisins tout existe, bien coordonné et organisé.

La Sun Life a cherché l'organisation tout établie qui pourrait donner un rendement pratique et effectif, et grâce à l'un de nos confrères montréalais, à qui nous rendons juste hommage, le docteur A. Bazin, la Canadian Medical Association a été choisie de préférence à toute autre parce que c'est le corps "canadien" le plus répandu et le plus "inter-provincial".

Et voilà tout simplement comment la Canadian Medical Association a été chargée de cette campagne de perfectionnement professionnel par tout le Canada, sans visée ni menée politico-médicales.

Nos collègues anglais de Montréal s'en sont ouverts à un groupe de médecins canadiens-français de Montréal et un comité premier assez général a été formé pour étudier le projet.

La proposition de la Sun Life fut trouvée bonne et avantageuse pour la profession; il s'agit d'organiser des groupes ou équipes de conférenciers médicaux, qui accompagnés de planches, projections à l'écran, et pièces pathologiques au besoin, iront de par la Province donner des causeries médicales sur demande des Sociétés médicales régionales. Voilà le but, le but unique.

Du groupement premier un comité plus limité fut formé, où devaient nécessairement figurer les doyens de nos trois Facultés provinciales. Il fut trouvé bon, pour montrer le caractère tout à fait général et sans ambiguïté possible de l'organisation, de choisir pour la présidence de l'organisation provinciale de Président même de notre Collège provincial, le docteur R. Boulet, éminemment qualifié pour cette position.

Le Secrétaire, le docteur Léon Gérin-Lajoie, est déjà si avantageusement connu des membres de la Société Médicale de Montréal que le

Comité fut heureux de lui confier la position de secrétaire général provincial.

Québec, il va sans dire, fut dès le tout début invité à participer à l'organisation première, et le docteur Vallée a été désigné au Comité Central. De même des représentants des centres médicaux les plus importants de la province y furent également invités. Le docteur Louis-Philippe Normand représente le district des Trois-Rivières et le docteur Omer Ledoux celui de Sherbrooke. Le district de Québec sera plus spécialement organisé par Québec même.

Cette organisation de perfectionnement professionnel croit faire bonne oeuvre, et très nationale aussi, en joignant ses efforts à ceux des organisations similaires des autres provinces. Ne cherchons pas à toujours nous singulariser, nous isoler. Surtout avançons avec les autres et ce que l'expérience a prouvé excellent dans ses résultats et particuliers et généraux, adaptons-le à notre milieu et donnons-lui notre cachet personnel.

Disons tout de suite que toute l'organisation est exclusivement entre nos mains.

Nos officiers sont des médecins universellement reconnus et appréciés, associés avec les leaders de la pensée médicale anglo-canadienne. Unissons-nous au lieu de nous séparer et nous isoler, et n'allons pas nous priver des avantages que l'on vient nous offrir.

L'organisation se prosuit et, soyez certains, réussira. Elle est de première pensée tout à fait canadienne, et pour notre province sans être exclusivement française, elle unit toutes les bonnes volontés.

Pour tranquilliser les timorés, disons, et très affirmativement, que quelles que puissent être les idées et aspirations du Conseil Médical du Canada, ce corps n'a rien à faire en quoi que ce soit avec notre organisation qui a les mains autant que l'esprit tout à fait libres, et soyons tous assurés que nos représentants ont l'oeil ouvert et en garde pour couper court à toute tentative d'intrusions dans nos affaires médicales provinciales.

Non, ce mouvement de perfectionnement professionnel est engagé très librement et dans l'intérêt général. Ce mouvement est assuré du concours des membres de notre corps enseignant, qui veulent bien apporter leur dévouement d'habitude et sont prêts à aller porter la bonne parole médicale à celles de nos Sociétés médicales régionales qui désirent ajouter à l'intérêt de leurs réunions. Nous avons déjà reçu d'elles plus d'une adhésion et d'un désir de recevoir nos conférenciers.

Le mouvement est engagé et soyez assurés de son succès.

Ajoutons en terminant que le Comité recevrait volontiers toutes suggestions ou demandes que les Sociétés par leurs officiers adresseraient au secrétaire général, le docteur Léon Gérin-Lajoie, 3482, avenue du Parc, Montréal, P.Q.

## Journées Médicales de Paris

15, 16, 17, 18 et 19 Juillet 1926

Sous le haut patronage de M. le Président de la République  
qui a bien voulu accepter de présider la séance d'ouverture

Président: M. le Professeur F. Widal, Professeur de Clinique Médicale,  
Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine.

Commissaire Général: M. le Professeur Balthazard, Professeurs à la Fa-  
culté, Membre de l'Académie de Médecine.

Secrétaire Général: M. le Dr Dujarric de la Rivière, Chef de Laboratoire  
à l'Institut Pasteur, Auditeur au Conseil Supérieur d'Hygiène Pu-  
blique de France.

### Comité d'Honneur:

M. le Ministre des Affaires Etrangères; M. le Ministre de la Guerre;  
M. le Ministre de la Marine; M. le Ministre de l'Instruction Publique et  
des Beaux-Arts; M. le Ministre du Commerce; M. le Ministre du Travail,  
de l'Hygiène et de la Prévoyance Sociale; M. le Ministre des Travaux  
Publics; LL. Exc. MM. les Ambassadeurs d'Espagne, Belgique, Japon,  
Etats-Unis d'Amérique, Italie, Brésil, Grande-Bretagne, Pologne, Turquie,  
de l'Union des Républiques Socialistes Soviétiques; MM. les Ministres  
Plénipotentiaires de Perse, Norvège, Danemark, Suisse, Suède, Pays-Bas,  
Colombie, Pérou, République Tchéco-Slovaque, Chine, Bolivie, Royaume  
des Serbes, Croates et Slovènes, Haïti, Guatémala, Salvador, Vénézuéla,  
Equateur, Bulgarie, Egypte, Portugal, République Argentine, Roumanie,  
Mexique, Chili, Uruguay, Cuba, Grèce, Paraguay, Luxembourg, Honduras;  
M. le Professeur Bar, Président de l'Académie de Médecine; M. le Pré-  
sident du Conseil Municipal de Paris; M. le Préfet de la Seine; M. le  
Préfet de Police; M. le Président du Conseil Général de la Seine; M. le  
Général Gouraud, Gouverneur Militaire de Paris; M. Lapie, Recteur de  
l'Université de Paris; M. Mourier, Directeur de l'Assistance Publique de  
Paris; M. le Professeur Roger, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris;  
M. le Professeur Radais, Doyen de la Faculté de Pharmacie de Paris;  
M. le Médecin Inspecteur Général Savornin, Directeur du Service de Santé  
Militaire; M. le Médecin Inspecteur Général du Service de Santé de la  
Marine; M. le Directeur du Service de Santé des Troupes Coloniales;  
M. le Docteur Roux, Directeur de l'Institut Pasteur; M. le Professeur  
Regaud, Directeur de l'Institut du Radium; M. Luchaire, Directeur de  
l'Institut de Coopération Intellectuelle; M. le Professeur Dopter, Directeur  
de l'Ecole d'Application du Val-de-Grâce; M. le Médecin Inspecteur  
Fournial, Directeur du Service de Santé de la Place de Paris; M. le  
Directeur de l'Office Public d'Hygiène Sociale du Département de la  
Seine; M. le Professeur Jeanselme, Président de la Société Médicale des  
Hôpitaux; M. le Docteur Auvray, Président de la Société de Chirurgie;  
M. le Docteur Michon, Président de l'Association d'Enseignement des

Hôpitaux; M. le Docteur ecourt, Président de l'Union des Syndicats Médicaux de France; M. le Docteur Fanton d'Andon, Président du Syndicat des Médecins de la Seine; M. le Docteur D'Ayrenx, Président du Syndicat Médical de Paris; M. le Docteur Belencontre, Président de l'Association Générale des Médecins de France.

#### Comité d'organisation :

L'organisation des Journées Médicales est confiée au Président, au Commissaire Général, au Secrétaire Général, avec le concours technique des Chefs de rubrique de la "Revue Médicale Française":

MM. Brin: Syphiligraphie; Coutela: Ophtalmologie; Chartier: Psychiatrie; Delherm: Electroradiologie; Paul Descomps: Foie et voies biliaires, Neurologie; Pierre Descomps: Chirurgie générale; Deval: Chimie et Pharmacodynamie; Devraigne: Obstétrique et Gynécologie; Dujarric de la Rivière: Bactériologie, Hygiène expérimentale, Infections; Duvoir: Médecine légale; Léon Giroux: Thérapeutique; Hautant: Oto-rhino-laryngologie; Herrenschmidt: Cancer; Lamy: Orthopédie et Chirurgie infantile; Legrain: Dermatologie; Lian: Coeur et vaisseaux; Minet: Urologie; Rivet: Médecine générale et Tuberculose; Sauvez: Stomatologie; Tanon: Hygiène, Maladies des pays chauds; Tixier: Pédiatrie.

Un Comité de Propagande est en voie d'organisation.

#### But des Journées Médicales de Paris

a) Les Journées Médicales s'adressent particulièrement aux médecins praticiens, auxquels le Comité d'organisation se préoccupera avant tout de procurer la possibilité de s'initier aux nouvelles méthodes de diagnostic et de thérapeutique, grâce à des démonstrations essentiellement pratiques faites dans les services hospitaliers et dans les cliniques privées.

Les membres des Journées Médicales recevront suffisamment à l'avance un programme complet des démonstrations et pourront ainsi se constituer un emploi du temps leur permettant de compléter leurs connaissances sur les points qu'ils jugeront utiles.

b) Des conférences en très petit nombre seront faites au Grand-Palais par des savants français et étrangers qui mettront au point les plus grandes questions d'actualité.

c) Des visites seront également organisées dans les Etablissements ou Instituts scientifiques et médicaux.

Les organisateurs des Journées Médicales de Paris ont le désir de faire revivre aux médecin praticiens, qui se rendront à leur appel, quelques journées de leur vie d'étudiant, alternant les occupations sérieuses et les distractions que peut offrir la capitale. Ce sera déjà pour beaucoup une vraie joie de se retrouver avec des camarades d'étude, malheureusement perdus de vue depuis longtemps.

La formule trouvée par nos amis belges a donné de si heureux résultats à Bruxelles, que nous ne doutons pas du succès qu'elle obtiendra à Paris.

Au cours des Journées Médicales sera réalisée l'organisation d'une Union internationale des Médecins praticiens sous les auspices de M. le Docteur Decourt, Président de l'Union des Syndicats médicaux de France, Secrétaire provisoire de l'U. I. M. P.

### Exposition

Sous le Patronage officiel de Monsieur le Ministre du Commerce.

Organisée par le Comité Français des Expositions, sous la présidence de M. Jean Faure, Président de la Chambre Syndicale des Fabricants de Produits Pharmaceutiques, Président de la Commission d'Initiative et d'Enquête du Comité Français des Expositions.

Une Exposition méthodiquement ordonnée, sera installée au Grand-Palais et réunira tout ce qui peut être utile au médecin dans sa pratique professionnelle (livres, instruments, médicaments, spécialités, aux minérales), et aussi tout ce qui peut constituer un agrément dans sa vie privée (automobile, photographie, pêche, chasse, T. S. F., etc.).

Le Comité Français des Expositions, 42, rue du Louvre, a bien voulu se charger de l'organisation de l'Exposition et s'est déjà assuré le concours des Présidents des principaux Syndicats intéressés.

Le Comité Français a confié la présidence de cette Exposition à l'un des plus dévoués membres de son Conseil de Direction, M. Jean Faure, Président de la Chambre Syndicale des Fabricants de Produits Pharmaceutiques et Président de la Commission d'Initiative et d'Enquête du Comité Français.

Il est prévu une section de peinture médicale, une section des médecins bibliophiles, des expositions de curiosités médicales actuelles ou rétrospectives, etc.

### Fêtes

Des promenades pour les femmes de médecins participant aux Journées Médicales, seront organisées dans les musées, chez les grands couturiers, etc.

De plus, les dames seront invitées au Grand-Palais, à une conférence littéraire, à des séances de cinématographie médicale et paramédicale, à des auditions de l'orchestre médical, etc.

Des réceptions officielles et plusieurs soirées théâtrales, dont l'une à l'Opéra, seront offertes aux Congressistes.

### Excursions

Les lundis 19 juillet et jours suivants, les membres des Journées Médicales auront le choix entre plusieurs excursions dans les environs de Paris.

Il est en particulier prévu une excursion à Reims, le lundi 19 juillet, dont nous donnons plus loin le programme.

Le Secrétariat sera ouvert au Grand-Palais, à partir du mercredi 14 juillet, à 14 heures. Les membres des Journées Médicales pourront y retirer leurs cartes d'invitation et tous documents utiles.

Le programme détaillé des Journées Médicales leur sera adressé, en même temps que celui de l'exposition, quelques jours avant la date fixée pour les journées.

---

Une organisation est prévue pour assurer le logement et le séjour des adhérents dans des conditions avantageuses.

### Programme sommaire

**Jedi 15 juillet.**—Grand-Palais.—A 9 h. 30: Inauguration de l'Exposition par M. le Président de la République. — A 10 heures: Ouverture des Journées Médicales, sous la présidence de M. le Président de la République. Conférence de M. le Professeur Calmette sur la Vaccination contre la tuberculose. — A 15 h. 30: Conférence par un Prof. Etranger. — A 16 h. 30: Visite à l'Exposition. Séance cinématographique. — A 17 h. 30: Conférence de M. le Docteur Bensaude, Médecin des Hôpitaux. — A 20 h. 45: Soirée théâtrale ou réception.

**Vendredi 16 juillet.**—Matinée: Démonstration dans les hôpitaux.

Grand-Palais.—A 15 h. 30: Conférence par un Professeur Etranger. — A 16 h. 30: Visite de l'Exposition. Séance musicale. — A 17 h. 30: Conférence de M. le Professeur Sicard.

**Samedi 17 juillet.**—Matinée: Démonstration dans les hôpitaux. Visite de l'Institut Pasteur.

Grand-Palais.—A 15 h. 30: Rapport sur "L'Exercice illégal de la Médecine": les bases juridiques des poursuites, par M. le Professeur Balthazard. Discussion par les membres des Journées Médicales. — A 16 h. 30: Visite de l'Exposition. Séance cinématographique. — A 17 h. 30: Conférence de M. le Professeur Lépine, Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon. — A 20 h. 45: Soirée à l'Opéra.

**Dimanche 18 juillet.**—Matinée: Démonstration dans les hôpitaux. Visite à l'Institut du Radium, sous la direction de M. le Professeur Regaud.

Grand-Palais.—A partir de 14 heures: Visite de l'Exposition. — A 16 heures: Orchestre médical. Réception officielle.

**Lundi 19 juillet.**—A 7 h. 30: Départ pour Reims. Le matin: Visite de la Cathédrale, sous la conduite de Son Eminence le Cardinal Luçon. Visite de la ville. Visite aux Caves de Champagne: Maison L. Pommery. L'après-midi: Excursion aux Monts de Champagne. Visite d'anciens champs de bataille; M. le Général Gouraud, Gouverneur militaire de Paris, a bien voulu accepter de diriger cette visite. — Retour à Paris le soir.

**Mardi 20 juillet.**—Départ pour les excursions aux stations hydro-minérales.

Les détails du programme seront régulièrement publiés. La "Revue Médicale Française" consacrera spécialement un de ses numéros aux comptes rendus des Journées Médicales de Paris. Ce numéro spécial sera offert à tous les adhérents.

### Cotisations

La cotisation est fixée à: 50 francs pour les médecins participant aux Journées Médicales de Paris; 20 francs pour les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine; 20 francs pour les femmes ou enfants des membres des Journées Médicales.

Des démarches seront faites auprès des Compagnies de chemins de fer, dans le but d'obtenir une réduction des tarifs de transport.

Un certain nombre de médecins de réserve pourront bénéficier d'un tarif réduit en chemin de fer, M. le Directeur du Service de Santé Militaire ayant bien voulu faire coïncider une période d'instruction avec les Journées Médicales.

Les médecins qui désirent prendre part aux Journées Médicales sont priés de retourner la carte ci-jointe à M. le Docteur Dujarric de la Rivière, Secrétaire Général, au Siège social, 18, rue de Verneuil, en indiquant le nombre des personnes de leur famille qu'ils amèneront. Prière de lui adresser également le montant des cotisations par chèque, mandat-poste ou chèque postal.

**Pour les Journées Médicales**, adresser toute la correspondance à M. le Docteur Dujarric de la Rivière, Secrétaire des Journées Médicales de Paris, 18, rue de Verneuil, Paris (7e).

**Pour tout ce qui concerne l'Exposition**, adresser toute la correspondance à: M. Jean Faure, Président de l'Exposition des Journées Médicales, 42, rue du Louvre, Paris (1er).

### Bulletin d'adhésion aux Journées Médicales de Paris

(15, 16, 17, 18 et 19 Juillet 1926)

Sous le Haut Patronage de M. le Président de la République  
et sous la Présidence de M. le Professeur Vidal.

Je soussigné.....  
demeurant à....., rue....., No.....  
déclare m'inscrire comme membre des Journées Médicales de Paris.

Je serais accompagné de (1).....

Je vous adresse (2) un chèque postal — mandat international de (3)  
.....montant de mes cotisations.

Signature.....

(1) Femme et Enfants.

(2) A adresser à M. le Docteur Dujarric de la Rivière, Secrétaire Général des Journées Médicales de Paris, 18, de Verneuil, Paris (7e).

(3) Médecin: 50 francs; Dame ou Enfant: 20 francs; Internes des hôpitaux et Etudiants en médecine: 20 francs.

**Prière d'écrire très lisiblement.**

## Notice pour l'emploi du "Dmelcos" Traitement spécifique du chancre mou et de ses complications

Les inoculations de ce vaccin doivent être exclusivement intraveineuses. Faites sous la peau, elles détermineraient chez les porteurs de lésions chancrilleuses une réaction locale de même nature que la cuti-réaction, mais infiniment plus forte et absolument inutile.

Comme presque toutes les injections intraveineuses, l'inoculation provoque une réaction fébrile qui dure de quelques heures à une demi-journée, plus marquée la première et pour laquelle on constate de grandes différences individuelles. Il sera préférable de maintenir les malades au lit pendant la durée de cette réaction qui est toujours inoffensive.

La boîte contient 6 ampoules d'émulsion de bacilles de Ducrey stabilisés. Ces ampoules sont de capacité croissante: un, un et demi, deux, deux et demi, trois centicubes.

On les injectera par doses progressives en mettant deux ou trois jours d'intervalle entre ces inoculations. En cas d'urgence, on peut toutefois les pratiquer quotidiennement.

La guérison survient généralement avant la 4ème injection. Mais on devra toujours pratiquer une inoculation après la cicatrisation des lésions pour éviter les rechutes.

Bien agiter l'ampoule avant de l'ouvrir pour homogénéiser le vaccin. Prendre les précautions habituelles d'asepsie. Toucher à la teinture d'iode l'effilure de l'ampoule au point où on la coupera à la lime, et la peau du malade à l'endroit où l'on piquera la veine. L'opération est rendue plus facile par la pose en amont sur le membre d'un lien circulaire en caoutchouc que l'on desserrera après pénétration de l'aiguille dans la lumière du vaisseau.

Un simple pansement local aseptique suffira au traitement local; les bubons, même fluctuants, ne seront pas ouverts, car ils se résorbent sous l'influence du vaccin. Dans les cas d'ulcères phagédéniques on fera le traitement local habituel en raison des germes pathogènes superposés aux bacilles de Ducrey.

— o —

## La peur du Bromure

Par le Dr J. PEYRUS

(Sud Médical et Chirurgical, 1925, p. 3791)

Pourquoi a-t-on peur du bromure? Parce qu'il est mal porté d'absorber ce médicament que le public croit destiné aux névrosés et aussi parce qu'on craint l'action dépressive du bromure de potassium et les accidents de bromisme: dans la revue générale très documentée qu'il consacre à la médication bromurée, M. Peyrus insiste tout particulièrement sur tout l'intérêt qu'il y a, et pour le malade, et pour le médecin, à choisir un bromure de sodium excessivement pur, tel celui qui constitue

la base du sédobrol Roche. Le bromure de sodium en effet est infiniment moins déprimant que le bromure de potassium et, incorporé à un extrait de bouillon végétal concentré achloruré comme le sédobrol, il agit d'une manière beaucoup plus efficace dans tous les cas si nombreux où un symptôme nerveux indique la nécessité d'une médication calmante, dont le malade ignore exactement le principe et qui peut lui être représenté comme une sorte de valériane plus active, sans odeur désagréable et sans mauvais goût. M. Peyrus indique également la possibilité de donner le bromure sous cette forme aux enfants sans aucun inconvénient, et il démontre qu'ainsi administré, le sédobrol agit très efficacement, notamment dans les dyspepsies dues à l'hyperesthésie du plexus solaire, dans les multiples affections cardio-vasculaires, dans la lithiase biliaire, dans toutes les toux spasmodiques, dans les névroses diverses, bref dans tous les cas où il existe un symptôme nerveux imposant une médication sédative et calmante; moins toxique que le bromure de potassium, moins dépressif que le bromure d'ammonium, — et pouvant être donné sous la forme de sédobrol, en solution très étendue et très chaude, favorable à l'absorption gastrique, — le bromure de sodium devient ainsi le médicament calmant d'utilisation pour ainsi dire journalière — et il est toujours parfaitement supporté.

— o —

## Constipation et grossesse

Comme vous le savez, à peu près 50% des femmes enceintes sont sujettes à la constipation, causée par la pression de l'utérus et la perte de tonicité des parois intestinales. L'effort à la défécation donne souvent des hémorroïdes.

L'éclampsie, les vomissements et l'hépatite aiguë sont tous influencés par l'état intestinal, d'autant plus que les toxines dues à la constipation amènent un travail supplémentaire aux reins.

La santé de la mère et de l'enfant est parfois mise en danger par l'usage habituel des cathartiques, surtout des cathartiques salins qui, faisant une déplétion liquide de l'organisme, sont particulièrement nuisibles à la femme enceinte, et des cathartiques violents qui peuvent provoquer l'avortement en exagérant trop le péristaltisme.

Un lubrifiant est donc le meilleur régulateur du péristaltisme pendant la grossesse, selon les gastro-entérologues les plus éminents. Il n'entrave pas la digestion et agit localement et généralement sur les intestins.

Le Nujol, le lubrifiant idéal, est la forme la plus commune de thérapeutique de la constipation. Des examens microscopiques ont démontré qu'une trop grande viscosité n'imbibe pas les cybales et qu'au contraire une viscosité trop abaissée donne de la constipation. Des épreuves cliniques sévères ont démontré aussi que la viscosité du Nujol est physiologiquement adaptée à l'organisme et en accord avec l'opinion des autorités scientifiques les plus reconnues.