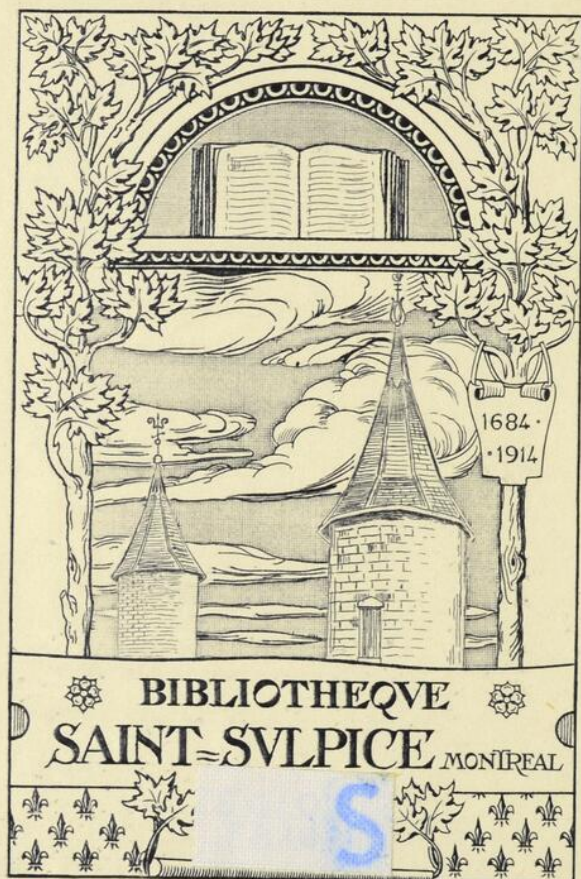
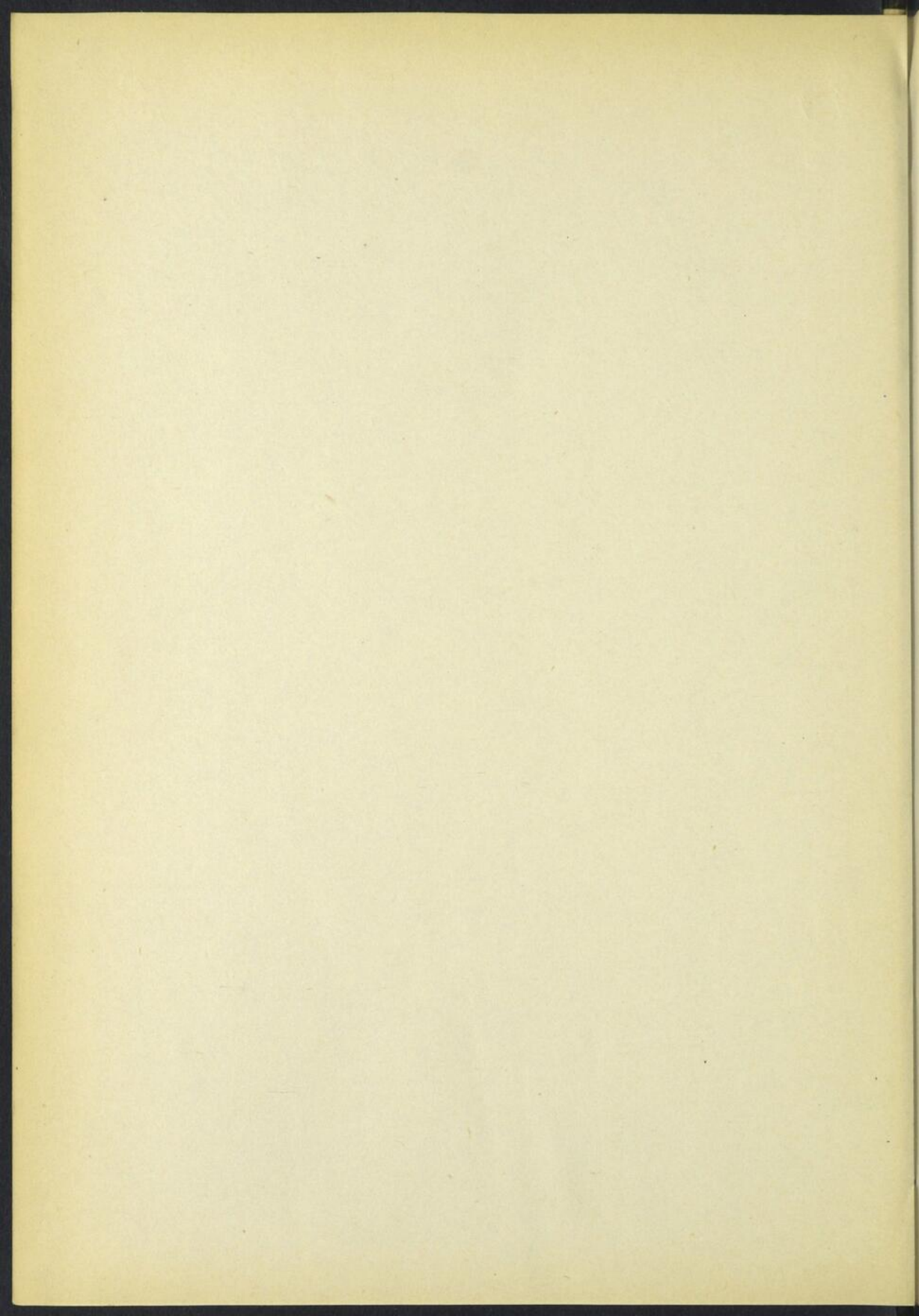


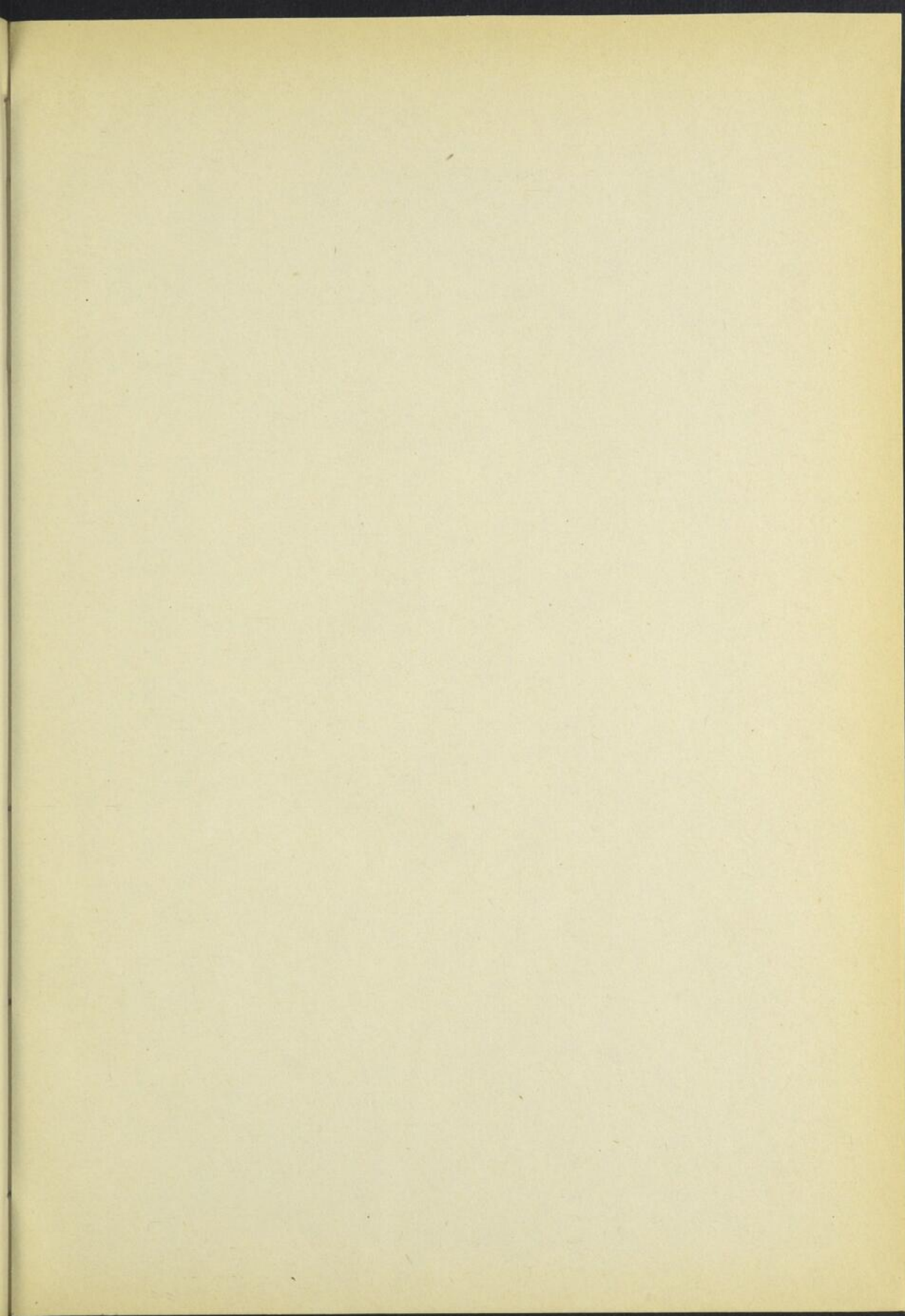


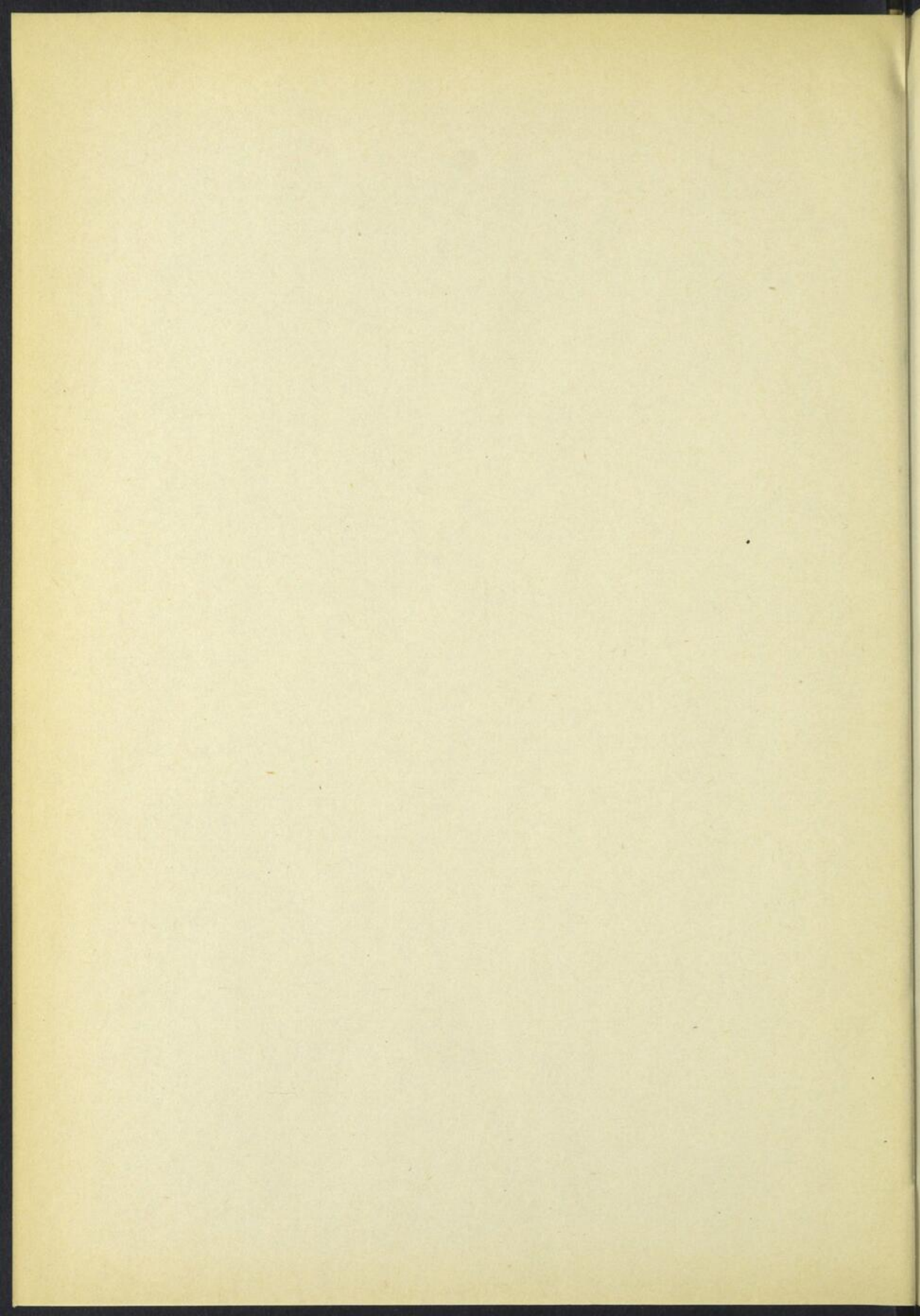
Ref
J-83
5

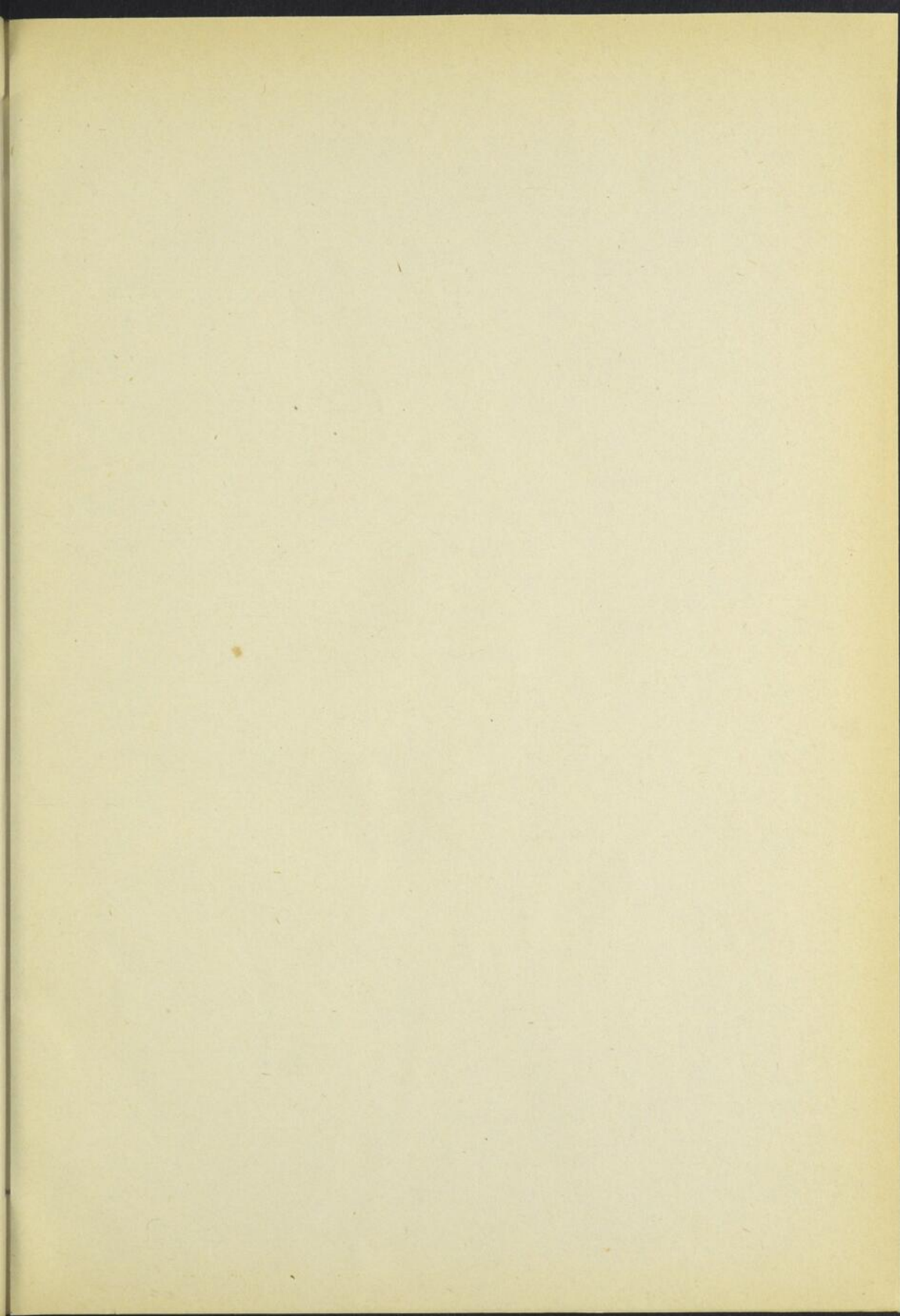
J-83

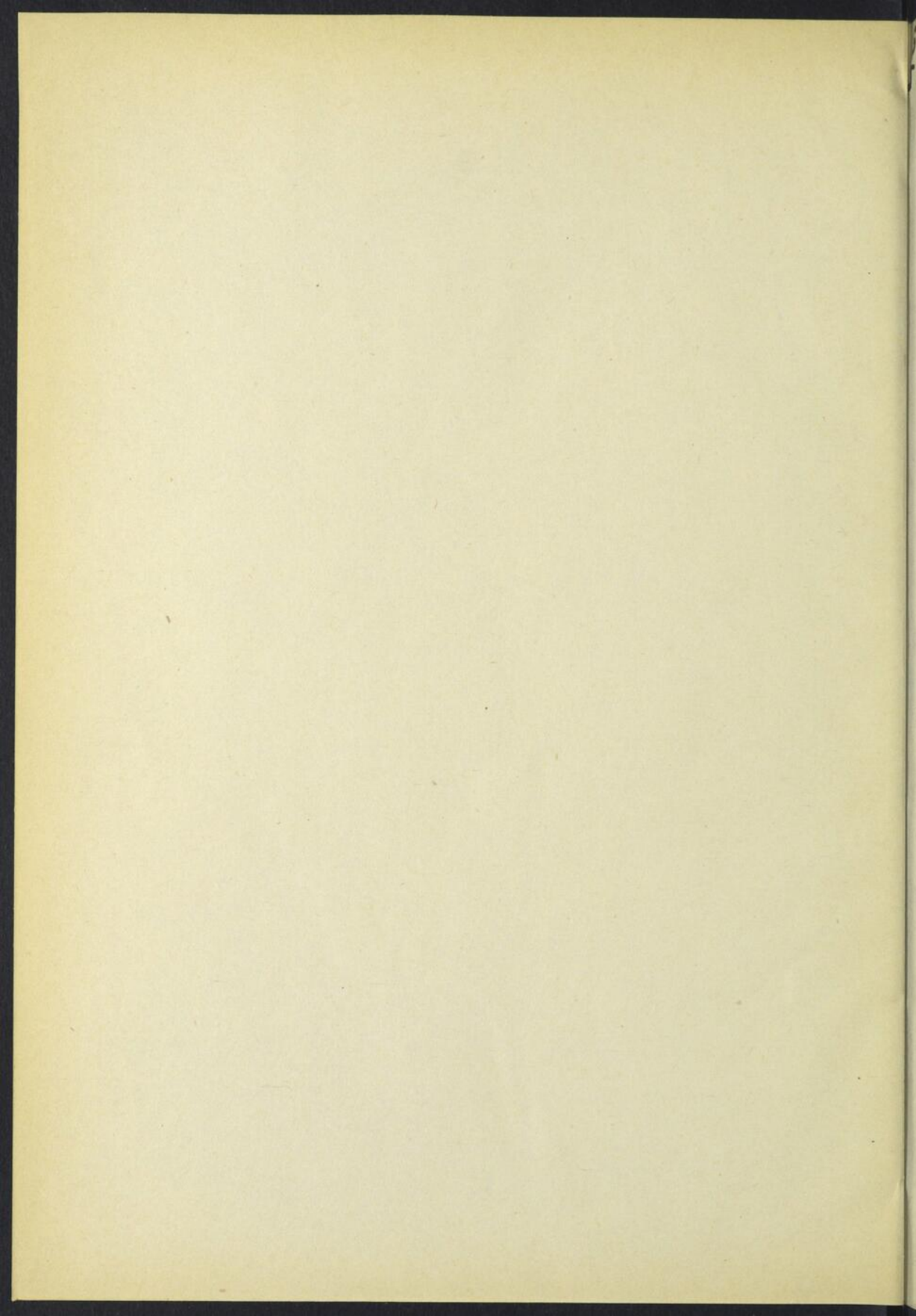
195-**R**
B. law.











5610
826 *hd*

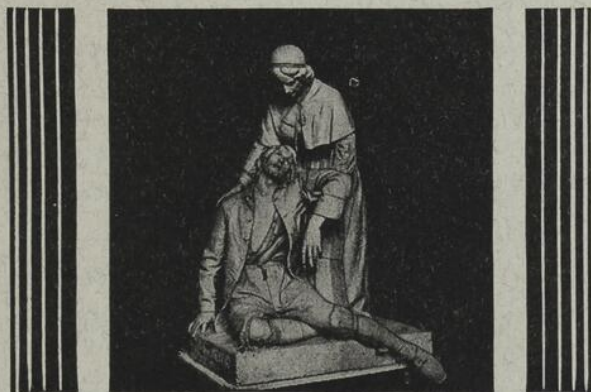
Numéro 1

Septième année

LE JOURNAL

... de ...

L'HOTEL-DIEU DE MONTRÉAL



JANVIER-FÉVRIER

1938

• BACTÉRIOTHÉRAPIE LOCALE, PRÉVENTIVE
ET CURATIVE

par le

Propidex

Pommade à base de Vaccin "Propidon"
(cultures vieilles de streptocoques, staphylocoques et de
B. pyocyaniques)

PRÉVIENT LA SUPPURATION

•

ACTIVE LA DÉFENSE LOCALE
CONTRE L'INFECTION

•

Indications

Plaies accidentelles, infectées ou non, Brûlures, Excoriations, Engelures,
Ongle incarné, Furoncles, Ulcères variqueux, Plaies suppurantes en
général.

Le Propidex est offert en tubes de 30 grammes.

Laboratoires POULENC FRÈRES du Canada, Ltée

350, rue Le Moyne - - - Montréal

TIRAGE CERTIFIÉ : 2350 EXEMPLAIRES

SOMMAIRE du No 1

Janvier-Février 1938

Pages

GUY HAMEL : Le Professeur Bruneau	1
J.-L. RIOPELLE : Sur un cas de myxome du coeur avec erythro- poïèse locale	4
ALCIDE PILON : Les amblyopiques, les amaurotiques et certaines lésions du fond de l'oeil	24
L. de G. JOUBERT : Les dangers de l'otite moyenne suppurée chronique, au point de vue fonctionnel et vital	32
E.-P. GRENIER : Contribution à l'étude d'une complication de la curiethérapie du cancer du col utérin: la pyométrie	50
LÉON LONGTIN : L'anesthésie au cyclo-propane présente-elle un champ opératoire plus sanglant ?	56
PAUL POIRIER: Robert Sabouraud	60
LÉO PARISEAU : Réorganisation du service d'électro-radiologie de l'Hôtel-Dieu	63

**POMMADE MIDY
SUPPOSITOIRES MIDY**

4
PRINCIPES ACTIFS
D'OÙ EFFICACITÉ
CERTAINE



ADRÉNALINE
STOVAÏNE
ANESTHÉSINE
EX¹ DE MARRONS D'INDE
FRAIS-STABILISÉ

MIDY, 4, Rue du Colonel-Moll, PARIS

HEMORROÏDES

LABORATOIRES MIDY
67 AVENUE DE WAGRAM, PARIS, VIIe

VINANT Ltée, 533 rue Bonsecours, MONTRÉAL
AGENTS POUR LE CANADA

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

AVEZ-VOUS PENSÉ AU VÔTRE?
CONSULTEZ-NOUS

Société d'Administration et de Fiducie
Administratrice et fiduciaire

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

AGENCES :

QUEBEC - WINNIPEG - RÉGINA - EDMONTON - VANCOUVER

ETHER PUR

pour Anesthésie

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

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

TRASENTINE "CIBA"

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

ANTISPASMODIQUE

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

Tolérance parfaite.

Utilisable par voie orale et parentérale.

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

POSOLOGIE :

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

Par voie parentérale: 1 à 2 ampoules par jour.

PRÉSENTATION :

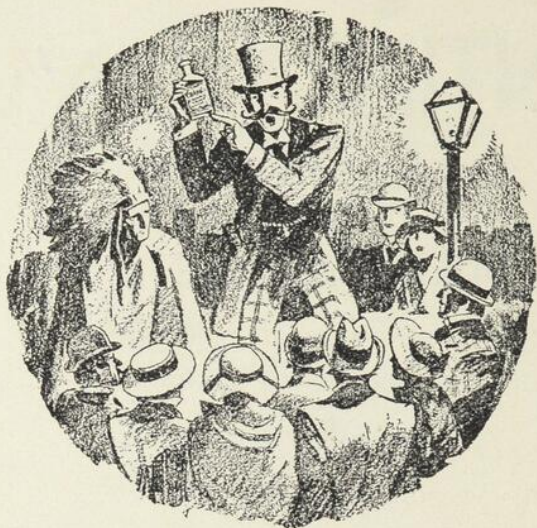
Dragées en flacons de 20 et 100, et ampoules en boîtes de 5 et 20 à 0.075 grm. (1 dragée = 1 ampoule)



COMPAGNIE CIBA LIMITÉE

-

MONTRÉAL



Charlatanisme vs Progrès Scientifique

La maison Schering a tracé la voie dans le développement de la thérapeutique par les hormones sexuelles féminines. Elle offre au corps médical des produits œstrogéniques parfaitement stables et de composition chimique connue et définie.

Les **COMPRIMÉS DE PROGYNON-DH** facilitent l'administration de l'hormone œstrogénique par voie buccale. Au sujet de l'emploi de ce produit dans les troubles de la ménopause, Frank, Golberger et Salmon, du Service Gynécologique de l'Hôpital Mount Sinai, à New-York, disent: « Cette forme de médication devrait se montrer beaucoup plus utile que l'administration par injection. » Selon d'autres cliniciens, on peut obtenir avec les Comprimés de Progynon-DH les mêmes résultats que par l'injection de l'hormone folliculaire.

INDICATIONS: Troubles de la ménopause, aménorrhées secondaires, dysménorrhée fonctionnelle, acné, nausées et vomissements de la grossesse, et certains cas de stérilité et d'oliménorrhée. Dans les cas les plus graves on peut injecter intramusculairement le Progynon-B en solution dans l'huile de sésame.

SUPPOSITOIRES VAGINAUX AU PROGYNON-DH. Le traitement par l'hormone œstrogénique est une arme précieuse contre la vaginite infantile gonococcique, permettant de vaincre le microbe et d'obtenir un soulagement durable. Les Suppositoires Vaginaux au Progynon-DH pour adolescentes sont particulièrement utiles à cette fin, car ils permettent d'éviter les injections.

Dans les autres cas d'insuffisance d'hormone folliculaire, on peut employer les Suppositoires Vaginaux au Progynon-DH pour adultes.

Nous nous empresserons de répondre à
toute demande de notices explicatives.

SCHERING (CANADA) LIMITED

BOÎTE POSTALE 358 (PLACE D'ARMES)

MONTRÉAL, P. Q.



EFRYL

Sirop à base d'Ephédrine
ANTISPASMODIQUE,
SÉDATIF ANTISEPTIQUE

CONTRE LA TOUX

et autres affections des voies
respiratoires.

LABORATOIRES POULENC FRÈRES
du Canada, Ltée

(licence « Théraplix »)

350, rue Le Moyne, Montréal

À VOTRE DISPOSITION

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



BANQUE CANADIENNE NATIONALE

537 bureaux au Canada

66 succursales à Montréal

MALADIES INFECTIEUSES DES VOIES URINAIRES

● URICLARINE ●

Hexaméthylène Tétramine

Salicylate de Phényle

Chlorure d'Ammonium

6 à 8 comprimés par jour — de préférence aux repas.

L'Uriclarine

permet un régime végétarien et un régime de boisson normale.

LABORATOIRES BRISSON, Paris

J. EDDÉ, Limitée — Agents
Edifice New Birks, Montréal.

LA. 2421
4913

IMPORTANT

B E N E R V A

“ROCHE”

Vitamine B₁ ou aneurine, pure, cristallisée

**Elimination rapide des déchets toxiques
du métabolisme des sucres**

POLYNÉVRITES ALCOOLIQUE ET DES DIABÉTIQUES
SCIATIQUES CONVALESCENCES

Une ampoule (2 mgm. = 1000 U. I.) Boîte de 6
1-2 amp. tous les deux jours en inj. sous-cutanées
Un comprimé (1 mgm. = 500 U. I.) par jour. Flacon de 20

HOFFMANN - LA ROCHE LIMITÉE, MONTRÉAL

GOUTTES NICAN



ANTISPASMODIQUE
ANTISEPTIQUE
RESPIRATOIRE

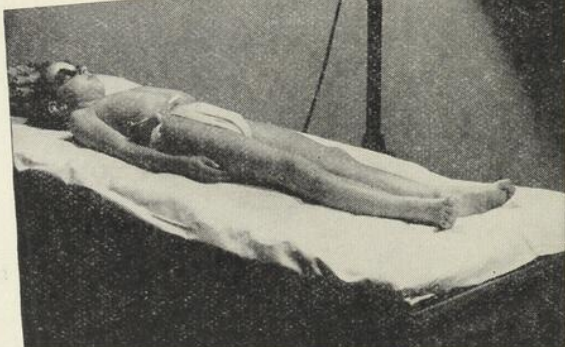
ADULTES:—240 gouttes.

ENFANTS:—12 gouttes par année d'âge.

A prendre en 4 fois, loin des repas,
dans une tasse de lait sucré.

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

POUR VOS PATIENTS
du soleil l'année durant



IL n'y a plus aucune raison de renoncer, pour vos clients et vous-mêmes, aux avantages que procure une bonne lampe au mercure, source puissante d'ultra-violet.

Tant au point de vue pécuniaire qu'au point de vue clinique il est fort intéressant de posséder le modèle "F" de la G.-E., parce que:

1° Son rendement a été accru et son prix abaissé.

2° Nombreux sont les états où l'actinothérapie peut être utilisée comme traitement de base ou comme adjuvant.

3° La simplicité de cet outillage et sa robustesse vous assurent un service long et fort économique et sans accidents.

Demandez nos tirés-à-part des articles les plus récents et les plus autorisés sur la thérapeutique par l'ultra-violet. Réclamez aussi la brochure décrivant cette lampe "dernier cri" qu'est le Modèle "F" de la G.-E. — Vous apprendrez ainsi qu'une très modique dépense peut vous assurer la possession d'un appareil excellent.

Pour tous renseignements adressez-vous à:

VICTOR X-RAY CORPORATION of Canada, Ltd.

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

Le Journal de l'Hôtel-Dieu de Montréal

Numéro 1

Janvier-février 1938

LE PROFESSEUR BRUNEAU

C'est avec une profonde tristesse que nous avons appris, le 9 février 1938, la mort de notre cher professeur Théodule Bruneau.

Nous savions déjà depuis plusieurs semaines la grave maladie dont il était atteint, mais nous ne pouvions croire que la fin était si proche.

Homme essentiellement droit, cachant d'éminentes qualités derrière une grande timidité, ami loyal et dévoué, il a été pour nous un conseiller discret au jugement très sûr.

Une belle figure médicale, quelque peu méconnue de la génération des jeunes, disparaît. Nous, les plus vieux, resterons toujours avec le souvenir de ses admirables leçons au chevet du malade.

Bruneau était un clinicien-né. Toujours clairs et précis, ses exposés cliniques faisaient ressortir son rare sens médical.

Ce n'est pas seulement à titre d'assistant de son service à l'Hôtel-Dieu que je me permets de faire part au « Journal » de ces quelques notes, mais à titre d'ami d'un homme que j'ai beaucoup admiré et à qui je dois une lourde dette de reconnaissance. Il a été pour moi pendant plus de vingt ans, le modèle du médecin, le consultant toujours prêt à s'effacer pour mieux faire ressortir le prestige d'un confrère.

L'Hôtel-Dieu voit s'en aller un homme aimé de tous, protecteur des jeunes et adversaire de l'intrigue et de l'injustice.

Je m'incline sur sa tombe en me disant : « qu'un grand vide s'est fait dans mon coeur ».

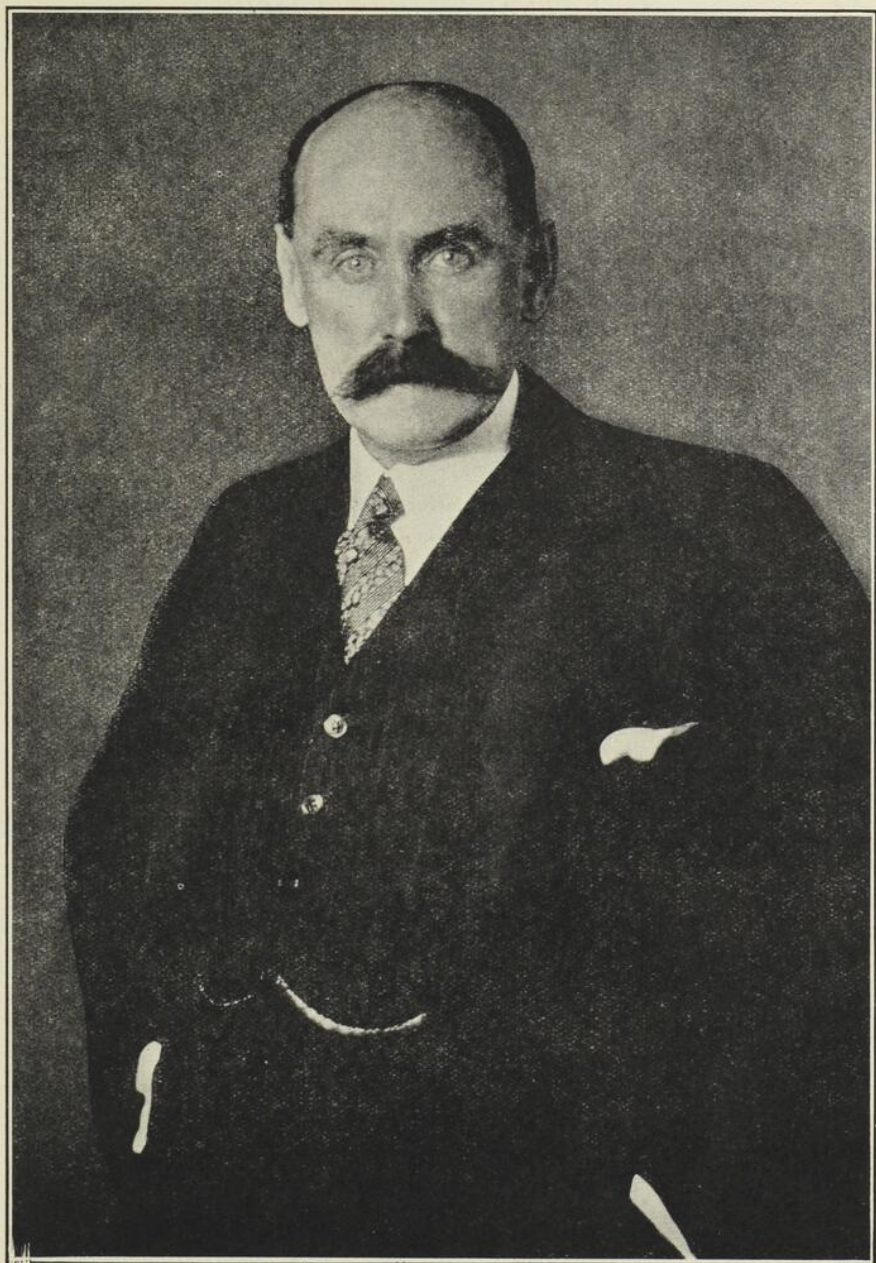
La Rédaction du Journal est convaincue de se faire l'interprète de tous ses lecteurs en associant leurs regrets aux miens et c'est au nom de la grande famille de l'Hôtel-Dieu que j'adresse à madame Bruneau, à Jacques Bruneau, au docteur et à madame Mercier, nos plus sincères condoléances.

Guy HAMEL.

NOTES BIOGRAPHIQUES

Le professeur Théodule Bruneau est né à Montréal le 11 juillet 1873. Il fit ses études secondaires au Collège de Montréal et au Collège Sainte-Marie. Il étudia la médecine à l'Université Laval de Montréal. Le 2 novembre 1896, il entre à l'Hôtel-Dieu comme médecin. Le 5 février 1906, il y est nommé assistant à la Clinique Médicale. Le 12 juin 1914, la Faculté le nomme suppléant à la Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu et le 5 mai 1915, elle le fait professeur-adjoint à la même chaire. Le 12 juin 1916, il devient professeur titulaire de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu, poste qu'il occupe jusqu'à sa mort survenue le 9 février 1938.





Laboratoires d'Anatomie pathologique de l'Hôtel-Dieu
et de l'Université de Montréal.

SUR UN CAS DE MYXOME DU COEUR AVEC ERYTHROPOIESE LOCALE

*(Considérations sur l'érythropoïèse
et la mégacaryopoïèse dans les thrombus)*

Par J.-L. RIOPELLE,

[Cet article est la reproduction littéraire mais partielle, d'un travail paru "in extenso" dans les *Annales d'anatomie pathologique*, t. 14, no 8, novembre 1937, pp. 725 à 751.]

La constitution des myxomes du coeur est aujourd'hui bien connue. Ces productions si curieuses ne sont pas d'une grande rareté, et, depuis les travaux de Lorne et de Virchow, la littérature médicale en compte plus de cent observations. Leur conformation spéciale, éminemment favorable à l'étude morphologique, la question si discutée de leur nature, ont incité les auteurs à en préciser toutes les modalités anatomiques. Aussi pourrait-on croire que la connaissance de leur structure est désormais complète. Pourtant, c'est surtout d'un fait histologique nouveau que cet article tire son intérêt.

Nous avons en effet observé, dans un myxome typique de l'oreillette gauche, outre des mégacaryocytes, de nombreux foyers d'hématies nucléées, mêlées d'éléments plus jeunes, encore basophiles, et de globules rouges adultes.

Askanazy et Eric Martin ont vu, dans les myxomes du coeur, des cellules ayant l'aspect de mégacaryocytes. Mais,

¹ Travail effectué et publié grâce au fonds Rougier-Armandie.

à notre connaissance, aucune publication n'a jusqu'ici signalé dans ces tumeurs une érythropoïèse locale. Les revues générales de Husten et de Fabris, les commentaires critiques de Windholz et d'Eric Martin n'y font pas la moindre allusion; et pourtant, ces auteurs accusent un souci évident de n'oublier aucun détail anatomique, fût-ce le plus minime. Aucun des travaux que nous avons personnellement compulsés n'en fait non plus mention. Aussi s'agit-il, croyons-nous, d'une constatation inédite.

C'est ce fait nouveau, avec ses caractères précis et sa signification, qui constitue l'objet principal de cet article.

La présence de ces éléments particuliers dans un myxome du coeur, pose une fois de fois le problème de la nature de ces formations. Nous aborderons donc forcément cette question litigieuse.¹

Un bon nombre des myxomes décrits par nos devanciers semblent posséder, d'une façon plus ou moins nette, une structure analogue à celle du nôtre. Nous nous abstenons toutefois de donner à nos conclusions une portée générale. Dans notre observation, l'étude histologique nous semble défavorable à l'hypothèse d'une prolifération néoplasique. Nous emploierons pourtant, pour la commodité de la description, et faute de mieux, les termes de *myxome* et de *tumeur*, quitte à en préciser le sens au cours de la discussion.

HISTOIRE CLINIQUE

Mme D... (B.), cinquante-trois ans, mariée, de nationalité canadienne-française, est transportée en ambulance, le 22 avril 1936, à l'Hôtel-Dieu de Montréal. Elle est admise dans le service du professeur Bruneau, à qui nous sommes redevables de l'observation clinique suivante:

¹ Nous omettons ici, dans la description, la discussion et l'iconographie, tout ce qui concerne exclusivement la nature tumorale ou non tumorale du « myxome ».

La malade souffre, depuis une année environ, d'une dyspnée progressive. D'abord intermittente, provoquée par l'effort, puis par le simple mouvement; cette dyspnée est maintenant continue, malgré le repos au lit. Elle s'accompagne d'orthopnée et de polypnée. Le moindre effort occasionne des douleurs précordiales et les changements de position déclenchent des crises de lipothymie.

Concurremment à cette dyspnée, la patiente a constaté un oedème de ses membres inférieurs, passer au début, devenu permanent depuis deux mois. Elle se plaint aussi d'anorexie, de pesanteurs épigastriques post-prandiales, de ballonnement de l'abdomen. Depuis trois semaines, elle tousse et expectore des crachats muqueux.

Ses antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien de remarquable. La patiente a eu quatorze grossesses à terme. Elle est ménopausée depuis trois ans.

A l'examen, le faciès est tiré, anxieux, à la fois pâle et cyanosé. Le pouls, petit, inégal, bat à 92. La tension artérielle est de 100/60. L'aire de matité cardiaque est augmentée à gauche du sternum. A l'auscultation, on perçoit un souffle systolique rude, à propagation axillaire, avec roulement présystolique. Bruit de galop et claquement du second bruit.

La respiration est de 48 à la minute. Les bases pulmonaires sont submatées et l'on perçoit à ce niveau de nombreux râles de congestion.

L'abdomen est moyennement ballonné, météorique et semble contenir une petite quantité d'ascite. Le foie semble hypertrophié. Les membres inférieurs sont tuméfiés par un oedème blanc, indolore.

Les urines, obtenues par prise directe, ont une densité de 1.024 et donnent une réaction acide. Elles renferment de fortes traces d'albumine, des cylindres hyalins et granuleux.

Malgré la médication, la cyanose progresse, le pouls s'accélère et la patiente succombe à l'insuffisance cardiaque deux jours après son entrée à l'hôpital, le 24 avril, à 4 heures p.m.

NOTES MACROSCOPIQUES

L'autopsie est pratiquée le soir même, cinq heures après le décès, par le docteur G.-E. Cartier, que nous remercions vivement de ses notes macroscopiques et des pièces qu'ils a mises à notre disposition.

Le coeur est nettement dilaté de ses quatre cavités et pèse 415 grammes, y compris une tumeur de l'oreillette gauche.

Cette tumeur, globuleuse, oblongue, fait saillie dans la cavité de l'oreillette. Elle s'implante, par une base large, à peu près circulaire, d'environ 4.5 cm. de diamètre, sur la partie postérieure de la cloison interventriculaire, à 6 millimètres de la fosse ovale et sur la portion adjacente de la paroi auriculaire. Elle mesure 5.4 cm. de longueur et 4 centimètres de diamètre à sa région moyenne. Sa masse principale est presque sphérique, mais à son pôle libre une excroissance trapue, légèrement aplatie transversalement, la surmonte. Ce prolongement est insinué entre les deux valvules de la mitrale, dont il ne dépasse pas l'orifice.

La consistance de la tumeur est molle, son aspect gélatineux, sa coloration ambrée. Elle est parsemée de foyers rougeâtres, mal délimités et de forme vaguement arrondie, irrégulière. Au cours de la fixation, sa masse durcit, prend une consistance élastique et un aspect blanc bleuté analogues à la consistance et à l'aspect de l'albumine d'oeuf coagulée, sauf que sa transparence est plus grande.

Sa surface est brillante et tantôt lisse, tantôt légèrement bosselée, mais non lobée. Un examen attentif permet d'y voir, ça et là, de minuscules orifices arrondis, de moins d'un millimètre de diamètre. Il nous est impossible de préciser leur nombre et leur répartition, parce qu'ils ont été d'abord remarqués au microscope après section et inclusion d'une partie de la pièce. La revision des fragments conservés en réserve permet d'en observer quatre au pôle libre, sur une aire mesurant à peine 5 millimètres de largeur et 2 centimètres de longueur. On en retrouve aussi quelques-uns au niveau du corps de la tumeur.

L'endocarde de l'oreillette gauche est épaissi et opalin. L'auricule est le siège d'une thrombose récente: à environ 1 centimètre de son orifice, on observe un minuscule thrombus sessile, de la dimension d'un grain de blé, engagé entre deux piliers.

La valvule mitrale ne présente pas trace d'endocardite ancienne, non plus que les sigmoïdes aortiques. La valvule pulmonaire et la tricuspide sont intactes, mais le périmètre tricuspïdien est nettement agrandi et mesure 14 centimètres.

Le reste de l'autopsie ne révèle rien d'inattendu. On note un hydro-thorax bilatéral d'abondance moyenne, ainsi qu'une petite quantité d'ascite. Les poumons, partiellement collabés, sont à la fois indurés et congestifs aux régions déclives. Le lobe inférieur droit renferme deux volumineux infarctus. Le foie, petit, pèse 1,000 grammes et présente l'aspect du foie de stase avec atrophie brune. La rate, rouge foncé, pèse 100 grammes. Les reins, de poids normal, sont légèrement bosselés.

ETUDE HISTOLOGIQUE

TECHNIQUE. — Coeur plongé entier dans un bain de sérum formolé à 10%. Après quinze heures, fixation de deux fragments de la tumeur dans le Muller-formol (vingt-quatre heures). Fixation prolongée du reste dans le formol salé (un mois au plus). Confection de coupes totales, parallèles au grand axe de la tumeur, intéressant en même temps la paroi auriculaire.

A) *Description générale de la tumeur.* — Par sa base, la tumeur adhère largement à la surface interne de l'oreillette. Sa ligne de démarcation profonde est nettement dessinée, et son plan d'accolement ne dépasse pas la couche superficielle de l'endocarde, de sorte que la néoformation est purement endocavitaire, extra-pariétale.

Elle repose en majeure partie sur la paroi auriculaire, mais empiète d'environ 1 centimètre sur la portion adjacente du septum. Localement, l'endocarde, épaissi et scléreux, reste individualisé par la continuité de son réseau élastique. Des fibres élastiques et conjonctives se déta-

chent de sa base interne pour se rendre dans la masse du myxome. Des vaisseaux néoformés le traversent perpendiculairement pour se distribuer à la tumeur. Ce sont les ramifications principales de vaisseaux plus volumineux qui longent sa face externe. On reconnaît des veines d'aspect normal, des artères tortueuses, presque oblitérées par endartérite. Les plus volumineuses de ses artères atteignent un millimètre de diamètre externe.

En pénétrant dans le myxome, les artères néoformées subissent une transformation remarquable. Leur média se tuméfie; ses fibres musculaires disparaissent, son squelette conjonctivo-élastique lui-même semble se dissoudre dans un oedème séreux incolore, si bien qu'après un trajet de moins d'un centimètre, son emplacement n'est plus marqué que par la persistance d'une double limitante élastique.

Aux colorations les plus simples, malgré la dissociation des éléments tissulaires et la limpidité de la substance fondamentale, la tumeur proprement dite se montre d'une extrême complexité. Les colorations électives des substances fondamentales révèlent dans ce milieu, apparemment homogène, des affinités tinctoriales diverses, ainsi que des réseaux fibrillaires intriqués les uns avec les autres, d'une richesse et d'une ténuité incomparables. Chaque technique apporte une précision nouvelle à l'analyse histologique. Il devient ainsi impossible de décrire une structure si hautement organisée sans combiner ensemble les données recueillies par des méthodes variées. Cette description synthétique peut toutefois se faire en dehors de toute interprétation.

DUALITÉ STRUCTURALE DU MYXOME. — On peut distinguer à la tumeur deux dispositifs principaux: chacun d'eux est caractérisé par la nature et l'agencement de ses cellules, ainsi que par la structure de sa substance fondamentale.

Le premier auquel nous donnerons le nom de *tissu myxoïde* rappelle un *tissu de granulation*. Il comporte des *vaisseaux perméables*, souvent très volumineux, mais à paroi élémentaire, un *milieu interstitiel liquide* de constitution variable, peuplé d'*éléments cellulaires nombreux et variés*. Les vaisseaux sont soit remplis de sang ou de sérosité, soit oblitérés par thrombose. La substance fondamentale, finement grenue et colorable en rose par l'érythrosine, ressemble à un plasma coagulé. Elle n'est *jamais mucicarminophile*. Elle renferme, suivant les endroits, soit des lacis fibrineux, soit un réseau très fin de fibres élastiques et de fibres précollagènes ou collagènes. On y observe une pullulation d'éléments cellulaires où l'on peut reconnaître une trame de capillaires canalisés ou pleins, des cellules étoilées, des macrophages chargés de graisse ou de pigment ferrugineux, des traînées lympho-plasmocytaires, des cellules multinucléées semblables à des mégacaryocytes, et des foyers d'hématies nucléées.

Le second, au contraire, que nous désignerons sous le nom de *tissu endothélio-muqueux*, possède une structure beaucoup moins complexe. On n'y aperçoit ni cellules mobiles, ni fibrine, ni vaisseau à sang circulant. Il comporte une *substance fondamentale muqueuse*, extrêmement riche en fibrilles élastiques et conjonctives, ainsi qu'une *trame compliquée de cellules endothéliales*. Suivant l'orientation

Légende de la figure 1.

Fig. 1. — Myxome du cœur, région profonde. (Hémalun-éosine.)

Thrombus mixte, stratifié, mesurant environ 4 millimètres de diamètre, dans un vaisseau à paroi élémentaire. Localement, le vaisseau est énormément dilaté. On peut se rendre compte de ses dimensions normales au coin inférieur droit de la figure.

En haut, organisation du thrombus par un tissu myxoïde jeune. Dans ce tissu, les amas constitués de points noirs sont des îlots d'érythroblastes, en majorité basophiles.

Au pourtour du vaisseau thrombosé, tissu myxoïde adulte.



Fig. 1.

des coupes, ces cellules sont agencées soit en réseau, soit en formations feuilletées « en train d'onde », constituées de longues files rectilignes parallèles. Chacune de ces files est fermée d'une double rangée de cellules accolées l'une à l'autre, et chaque file est reliée à ses voisines par des prolongements obliques. Le noyau de ces éléments est volumineux, leur protoplasme franchement basophile. Outre leurs caractères cytologiques, leurs anastomoses avec la couche endothéliale de la surface du myxome ou avec celle des vaisseaux profonds apportent la démonstration de leur nature.

TOPOGRAPHIE DE DEUX TISSUS. — Ce second tissu, à *structure endothélino-muqueuse*, prédomine, à l'exclusion presque complète du premier, dans la zone périphérique de la tumeur. On en trouve aussi de nombreuses enclaves dans la profondeur, surtout dans la région moyenne et au pôle libre. Le tissu du premier type occupe surtout la région axiale et la base du myxome. Il correspond à peu près au territoire de distribution des vaisseaux de l'endocarde dont on peut suivre le trajet tortueux, apparemment spiralé, presque à proximité du pôle libre de la tumeur.

B) *Erythropoïèse et mégacaryopoïèse intra-tumorales* (fig. 2 et 3). — Cette description de myxome nous permet maintenant d'aborder avec plus de précision la question de l'érythropoïèse locale.

La présence d'éléments de la série rouge dans la masse du myxome ne fait aucun doute, et la netteté des images est telle que les préparations pourraient servir de fin de démonstration. L'examen le plus superficiel permet en effet d'apercevoir, dans les nappes d'infiltration leuco-hématique qui parsèment la néoformation, outre des éléments inflammatoires banaux, de nombreux globules rouges nucléés. Les plus volumineux possèdent un noyau « en raie de roue », un cytoplasme violacé, polychromatophile.

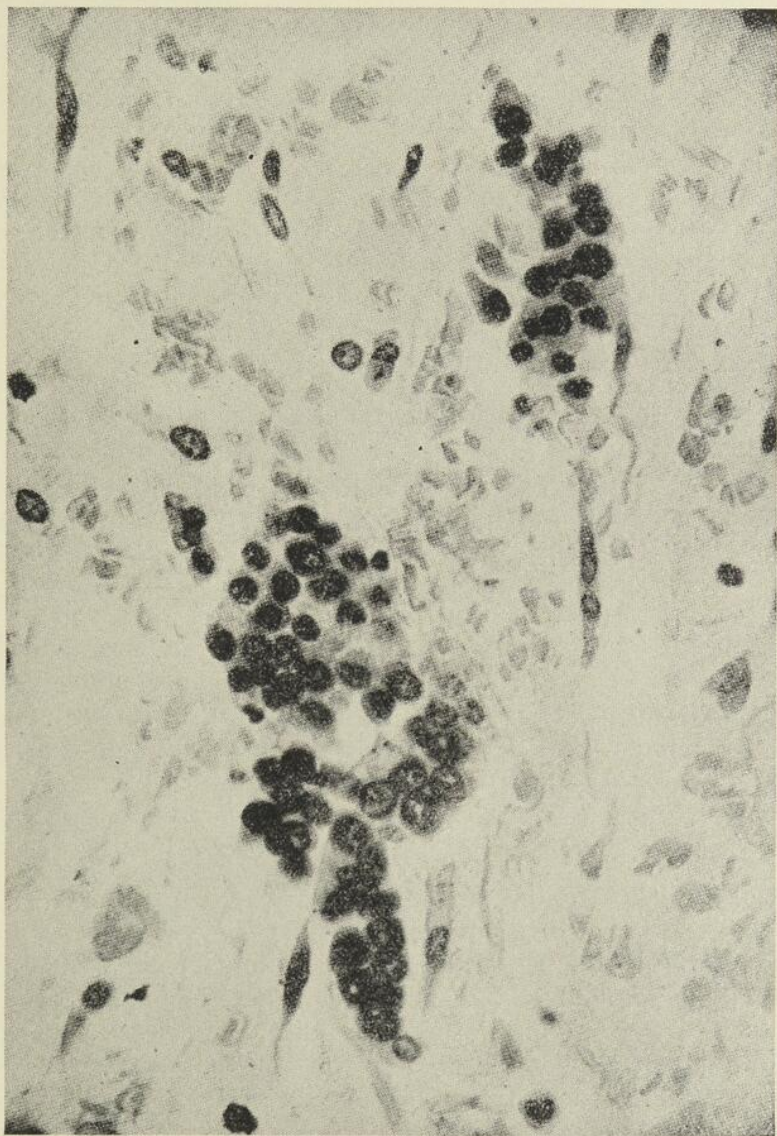


Fig. 2

Dans la moitié inférieure de la figure, amas constitué d'érythroblastes en majorité basophiles. Plus haut, érythroblastes plus évolués, polychromatophiles.

Ce sont des *érythroblastes polychromatophiles*. Les autres, plus petits, montrent un noyau rétracté, pyknotique, souvent en voie d'expulsion, ainsi qu'un cytoplasme d'une acidophilie intense. Ce sont des *normoblastes*. Ces hématies nucléées se relient par une série de formes de transition à des cellules totalement privées d'hémoglobine. Ces *éléments souches*, très volumineux, sont pourvus d'un protoplasme intensément basophile, et d'un gros noyau central finement réticulé de forme sphérique.

Ces cellules, si caractéristiques, ne sont pas égaillées au hasard dans la masse du myxome, mais elles sont au contraire réunies en foyers multiples, dont on pourrait compter des centaines. Dans chacun de ces foyers, elles possèdent sensiblement le même degré de différenciation comme si toutes avaient à peu près le même âge: ce sont tantôt des amas d'érythroblastes poly ou orthochromatiques, tantôt des accumulations de cellules primitives basophiles. Toutefois, cette observation ne présente rien d'absolu. Certains foyers réunissent toutes les figures de maturation, depuis l'élément souche jusqu'à l'hématie jeune, anucléée, intensément colorable en rose, puis en orange pur, par l'érythrosine-orange. On aperçoit alors avec la plus grande facilité la série de leurs filiations.

La disposition en amas, la fréquence des mitoses, les formes de transition, tout montre que les éléments de la série rouge résultent d'une multiplication locale, à partir de cellules semblables à des érythroblastes basophiles. Nous n'avons pas réussi à pousser plus loin, d'une façon rigoureuse, la question de leur origine. On peut, il est vrai, observer, dans de rares foyers d'érythropoïèse, des éléments basophiles comme les érythroblastes les plus jeunes, mais de moindres dimensions. Ils possèdent un noyau vésiculeux, ponctué d'un gros nucléole. Ils sont non plus agglutinés, mais symplastiques, et souvent disposés en files plurinucléées. Lorsqu'elles sont étirées, ces files offrent un aspect

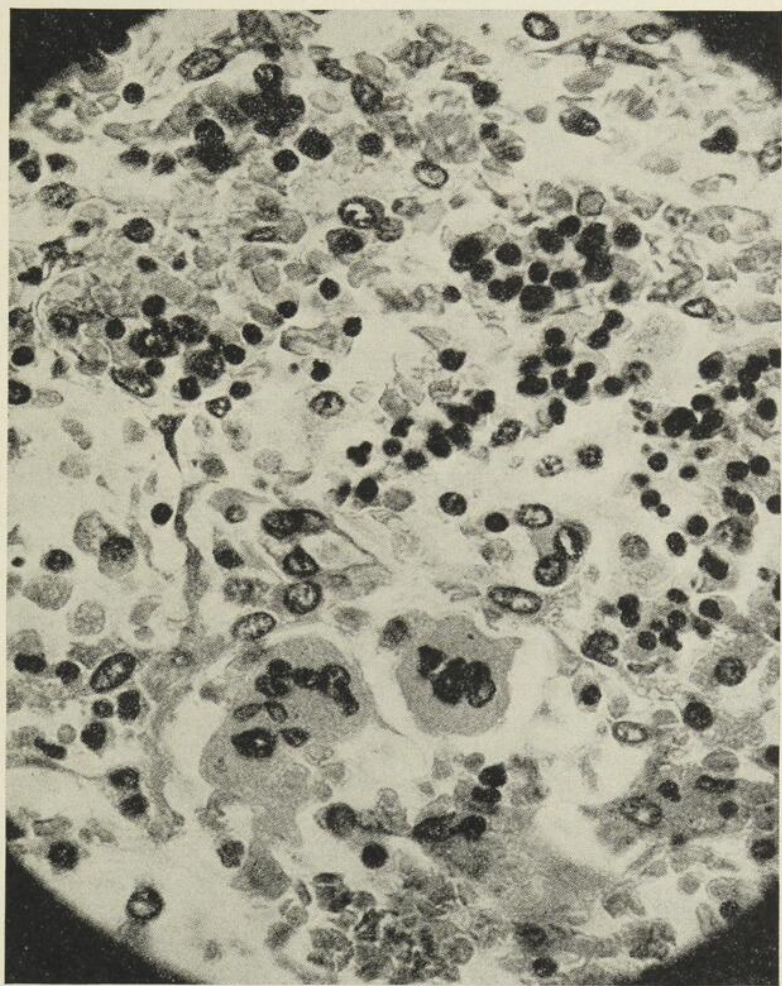


Fig. 3. — Foyer d'érythropoïèse et de mégacaryopoïèse. (Hémalun-éosine.)
 Au bas de la figure, présence de deux mégacaryocytes. En haut et à droite, nombreux érythroblastes en maturation, mêlés d'hématies adultes.

moniliforme, et l'on se rend compte avec facilité de la continuité de leur protoplasme. Aussi est-il permis de présumer que les cellules souches isolées n'arrivent pas par le torrent circulatoire, mais procèdent d'éléments locaux anastomosés, plutôt endothéliaux qu'adventitiels. On en trouve en effet dans certaines régions où n'existent que des capillaires tout à fait simples, dépourvus de péricytes.

Ces foyers possèdent une topographie précise. On n'aperçoit d'éléments de la série rouge ni dans la lumière des vaisseaux, ni dans les thrombus récents. Dès le début de l'organisation, on peut quelquefois observer des érythroblastes jeunes, rangés en files dans les failles du bloc fibrino-hématique en désintégration. A mesure que la prolifération se poursuit, le tissu néoformé s'enrichit en foyers d'érythropoïèse, à tous les stades de leur évolution. On voit aussi des amas d'hématies nucléées, ou même de cellules souches, dans toute l'étendue du tissu myxoïde adulte, où leur distribution correspond dans l'ensemble à celui des sidérophages.

Fait remarquable, le tissu endothélio-muqueux adulte n'en renferme jamais, même dans ses enclaves profondes qui se retrouvent pourtant au contact immédiat du blastème sanguiformateur. On n'y voit pas, non plus, ces « îlots hémorragiques » qui parsèment en grand nombre le tissu myxoïde.

On peut se demander si ces derniers résultent bien d'hémorragies interstitielles. Ils sont isolés les uns des autres et ne constituent pas, à proprement parler, des nappes d'infiltration. Ils forment, dans la substance fondamentale, des masses nettement limitées. Ils ne contiennent ni plasma, ni fibrine. Malgré le nombre de leucocytes contenus dans les vaisseaux de leur voisinage, eux-mêmes ne renferment jamais de globules blancs. Ils sont fréquemment constitués d'hématies jeunes, polychromatophiles, mêlées parfois de quelques normoblastes. Aussi *semblent-ils*

correspondre, non pas à une effraction hémorragique mais à la différenciation ultime de foyers d'érythropoïèse. Ils sont ultérieurement résorbés par des macrophages.

Un autre constituant de la moelle osseuse se retrouve, à de multiples exemplaires, dans la masse du myxome. Il s'agit de *cellules géantes* à noyau monstrueux, dont le diamètre peut atteindre 40, 50 *micra* ou même davantage. Quelques-unes d'entre elles ont un corps cytoplasmique sphérique, soit acidophile dans toute son étendue, soit basophile à sa périphérie. Leur noyau, profondément lobé et bourgeonnant, possède une disposition en croissant ou en couronne, et ménage au centre du corps cellulaire une plage de protoplasma. Askanazy, Meroz, Eric Martin, qui les ont déjà observées dans les myxomes du coeur, les considèrent comme des *mégacaryocytes*. Dans notre cas, cette interprétation acquiert d'autant plus de force qu'elles sont très souvent associées aux éléments de la série rouge, et possèdent la même distribution générale que ces derniers. L'*origine locale* de ces mégacaryocytes ne fait aucun doute, car quelques-uns des plus typiques sont pourvus de longs prolongements cytoplasmiques qui les relient encore à des cellules interstitielles anastomosées en réseau.

Quant à la lignée blanche, elle n'est représentée que par des leucocytes adultes, neutro- ou éosinophiles. Ces polynucléaires abondent dans la lumière des petits vaisseaux, mais il en est bien peu d'extravasés. Les seuls granulocytes mononucléés que l'on observe interstitiellement sont des mastocytes de type conjonctif.

Il nous reste à signaler quelques faits sans commentaires immédiats, en vue de la discussion. L'érythropoïèse extra-médullaire ne s'observe pas uniquement au niveau du myxome. L'étude d'un petit thrombus pariétal de l'oreillette gauche permet d'apercevoir, en plein tissu d'organisation, un amas de normoblastes mêlés de cellules souches et de sidérophages. L'examen de thrombus des artères pul-

monaires droites permet de faire la même observation. La rate, le foie, la graisse périrénale sont au contraire dépourvus de tout élément jeune de la série rouge. Quant à la moelle osseuse, nous n'en avons, par malheur, aucun prélèvement à notre disposition.

DISCUSSION

Interprétation de l'érythropoïèse. — Eric Martin signale, dans les myxomes du coeur, des cellules géantes ayant l'aspect de mégacaryocytes. Leur présence lui semble favorable à la théorie tumorale de ces formations. Conformément à son opinion, nous croyons qu'il s'agit, en effet, de mégacaryocytes. Dans notre observation, outre les caractères morphologiques de ces éléments, leur association aux cellules de la série rouge vient à l'appui de cette conception. Ce fait, et, à plus forte raison, celui d'une érythropoïèse locale, sont-ils susceptibles de modifier notre interprétation ?¹

L'étude histologique nous fournit les données nécessaires à la solution de cette question. Dans la néoformation, les foyers d'érythropoïèse prédominent dans la zone d'organisation des thrombus. Ils sont moins nombreux dans la région myxoïde et manquent dans les territoires endothéliomuqueux. On en voit dans certains thrombus en organisation (oreillette gauche, artère pulmonaire), tandis que le foie, la rate, le tissu adipeux périrénal en sont complètement dépourvus. Cette localisation élective d'une érythropoïèse extra-médullaire n'est pas sans exemple dans la littérature médicale.

Une première publication, celle de Petri, rapporte un fait analogue. L'auteur signale, dans un cas de polyglobulie essentielle avec pléthore et splénomégalie, une érythropoïèse étendue, avec leucopoïèse minime, dans le tissu adipeux supra-rénal, au voisinage d'un vieil hématome.

¹ (Défavorable à la théorie tumorale des myxomes).

Plus récemment, Ludeke, dans une étude sur la thrombophilie, dont il souligne les relations étroites avec la polyglobulie essentielle, observe, dans un cas, des foyers d'érythro-poïèse dans un thrombus organisé de la jugulaire. Il a cherché sans succès, dans la littérature, une observation homologue à la sienne.

Notre patiente aurait-elle présenté, à l'état fruste, une thrombophilie ou une maladie de Vaquez restée méconnue? Par malheur, nous manquons à ce sujet de données suffisantes, en particulier de tout examen hématologique. Le poids minime de la rate (100 grammes) est peu favorable à cette hypothèse. Par contre, les thromboses successives survenues dans la masse du myxome, la coexistence d'autres thrombus, l'absence de toute bactérie décelable sur coupe, témoignent peut-être en faveur d'une dyscrasie sanguine de cet ordre.

Sauf dans certaines observations comme celles de Schwartz, et de Bacaloglu, Ilescu et Raileanu, on ne retrace, dans les cas de myxome du coeur, ni antécédents infectieux manifestes, ni lésions d'endocardite valvulaire. Selon la remarque de Welch, ces faits s'expliquent mal, si le myxome est en réalité un thrombus organisé. Il serait donc séduisant d'admettre l'hypothèse d'une thrombophilie, caractérisée précisément par des thromboses à localisation paradoxale, sans cause cliniquement décelable. Faute de documents personnels, nous en avons cherché la confirmation dans les observations qui nous sont accessibles. Par malheur, l'histoire clinique et les données anatomiques générales sont presque toujours réduites au minimum, de sorte qu'il est impossible de porter un diagnostic rétrospectif.

Le sort de notre interprétation n'est d'ailleurs pas lié à ces rares affections sanguines. Récemment, Roulet se proposa de voir si, dans les pléthores symptomatiques, dont on sait l'extrême fréquence dans les décompensations

cardiaques et l'hypertonie (cf. Aschoff), on trouve plus fréquemment des foyers d'érythropoïèse extra-médullaires. Dans tous ces cas, il remarqua une moelle rouge foncée, diffuse, extrêmement riche en érythroblastes, tandis que les ganglions, la rate, le foie, le tissu rétro-péritonéal, ne montraient que des images peu caractéristiques. Mais, chez une pléthorique de quarante-huit ans, atteinte d'artériosclérose oblitérante des coronaires, des thrombus cardiaques renfermaient des amas d'érythroblastes à tous les stades. Ces foyers d'érythropoïèse se forment au voisinage de dépôts pigmentaires et semblent résulter d'un prosoplasie des cellules adventitielles des capillaires.

Nous sommes en mesure d'attester la réalité du fait signalé par Roulet. En six mois, nous en avons vérifié quatre fois l'exactitude chez des cardiaques décomposés, sans en avoir fait méthodiquement la recherche. Il s'agit, dans les deux premiers cas, de thrombophlébite de la saphène; dans les deux autres, de thrombose de l'oreillette. Aussi la fréquence de ce phénomène nous paraît-elle très grande, à une période déterminée de l'organisation du caillot sanguin.

Dans notre observation de myxome, l'érythropoïèse à localisations électives, chez une grande asystolique, correspond manifestement au même ordre de faits. On peut donc s'étonner qu'elle n'ait pas été signalée jusqu'ici, même dans les néoformations que l'on considère comme des thrombus myxoides. Certaines descriptions histologiques permettent de penser qu'elle a parfois été méconnue.

L'étude de son déterminisme précis dépasserait le cadre de cet article, et nous renvoyons le lecteur à l'intéressant travail de Roulet. Dans le tissu myxomateux, l'état de dissociation des cellules facilite toutefois l'observation. Ces conditions favorables permettent d'apporter quelques variantes à l'interprétation de cet auteur. Selon nous, les érythroblastes procéderaient plutôt de cellules endothé-

liales que d'éléments adventitiels, conformément aux idées de Doan, Cunningham et Sabin. D'autre part, leur apparition devance de beaucoup celle des dépôts pigmentaires. La présence d'hémoglobine ou de ses dérivés, à l'état de solution, semble constituer une condition essentielle de la prosoplasie; celle des dépôts pigmentaires nous paraît simplement l'indice de l'imbibition du milieu par ces substances.

Quant aux mégacaryocytes, ni Petri, ni Ludeke, ni Roulet n'en font la moindre mention. Nous avons personnellement observé, dans certains thrombus érythropoïétiques, outre plusieurs grandes cellules à noyau difforme, *quelques images absolument typiques*. Pourtant, il s'en faut que nous ayons exploré ces thrombus aussi complètement que la masse volumineuse du myxome. Dans ce dernier, on peut se rendre compte, plus facilement que dans le tissu d'organisation des thrombus, de l'origine locale de ces cellules géantes.

Ainsi, la présence de mégacaryocytes et d'érythroblastes ne constitue pas un argument en faveur de la théorie néoplasique ou embryonnaire du myxome. Elle n'apporte pas, toutefois, une confirmation décisive à la thèse opposée, s'il est vrai qu'on observe des foyers érythropoïétiques dans certains endothéliomes.

RESUME

Chez une femme de cinquante-deux ans, emportée en une année par une insuffisance cardiaque progressive, on trouve à l'autopsie un gros myxome sessile de l'oreille gauche.

L'étude histologique révèle un dualisme structural d'une extrême netteté. La néoformation comporte: 1° un tissu polymorphe, formé de capillaires, de cellules étoilées, d'infiltrations leuco-hématiques, de macrophages, ainsi que d'une substance fondamentale liquide, non mucicarmino-

phile, riche en fibrilles collagènes, élastiques, ou fibrineuses (tissu myxoïde); 2° un tissu moins complexe, constitué d'un réseau de cellules syncytiales, anastomosées avec l'endothélium des vaisseaux ou de la surface. Ces cellules baignent dans une substance fondamentale *muqueuse* (tissu endothélio-muqueux).

Ce dualisme structural correspond à un double mode d'accroissement. Le tissu myxoïde accroît sa masse par un processus analogue en tout point à l'organisation conjonctive d'un caillot sanguin. La croissance du tissu endothélio-muqueux résulte de l'action mécano-morphotique du courant sanguin, conformément aux lois édictées par Thoma.

La néoformation ne s'accroît donc pas en vertu d'une fertilité autonome, embryonnaire ou néoplasique. Il ne s'agit pas d'une tumeur au sens propre du mot. La lésion qui lui a donné naissance est en toute vraisemblance une thrombose de l'oreillette.

L'érythropoïèse et la mégacaryopoïèse locales ne constituent pas un argument en faveur de la théorie tumorale du myxome. Tout montre qu'elles doivent être assimilées à celles qu'on observe, fréquemment, dans les thrombus en organisation, chez les cardiaques décompensés, ou plus généralement dans les pléthores symptomatiques.

Les microphotographies qui illustrent cet article sont l'oeuvre du professeur agrégé L.-Ch. Simard, que nous remercions vivement pour sa collaboration.

BIBLIOGRAPHIE

- ASCHOFF (L.): *Verh. D. Path. Ges.*, Berlin, 1930, p. 106.
BACALOGU (C.), ILIESCU (C.) et RAILEANU (C.): « Les thrompus myxoïdes du coeur. » (*Presse médicale*, 41, 1933, pp. 2074-76.)
BAUCKE (A.): « Statistisches über Plethora vera. » (*Beitrage z. Path. Anat. und z. allg. Path.*, 97, 1936, pp. 307-335.)
BENEKE (R.): « Der Wasserstoffs als gewebeformende Kraft im Organismus. » (*Beitr. path. Anat.*, 79, 1928, pp. 166-212.)

- BINDER (A.): « Zur Frage des Endocardtumoren. » (*Beitr. z. path. Anat.*, 77, 1927, p. 332.)
- CHIARI (H.): « Myxom des rechten Vorhofs; plotzlicher Tod durch Geschwulstembolie der Lungerschlagader. » (*Centralbl. f. Allg. Path. u. path. Anat.*, 52, 1931, pp. 241-246.)
- DENECKE (K.): « Ein primäres Herzsarkom und seine klinischen Erscheinungen. » (*Med. Klin.*, 1930, p. 1820.)
- FABRIS (A.): « Fibro-angio-myxomatose Neubildung des menschlichen Herzen. » (*Virch. Arch.*, 241, 1923, pp. 59-75.)
- FENSTER (E.): « Primäres malignes Myxom des Herzens mit Metastasen. » (*Frankfurt. Ztschr. f. Path.*, 45, 1933, pp. 565-570.)
- FOSSEL (M.): « Beitrag zur Kenntnis des primären Herzgeschwulste. » (*Fr. Zschrft. fur Path.*, 49, 1936, p. 355.)
- GORLITZER (V.): « Myxom des Herzens mit multiplen Gehirnembolien. » (*Zbl. Path.*, 61, 1932, p. 5.)
- LUDEKE (H.): « Trombophilie und Polycythämie. » (*Virch. Arch.*, 293, 1934, pp. 1-8.)
- PETRIS (E.): *Zbl. Path.*, 35, 1924-25, p. 520.
- ID.: « Neber Blutzellherde im Fettgewebe des Erwachsenen und ihre Bedeutung für die Neubildung des weissen und roten lymphknoten. » (*Virch. Arch.*, 258, 1926, p. 37.)
- MARTIN (E.): « De la pathogénie de certaines tumeurs du coeur. Contribution à l'étude des myxomes et des lipomes du coeur. » (*Ann. d'Anat. path.*, 6, 1929, pp. 159-187.)
- MONTPELLER (J.) et RAYNAUD (R.): « Un cas de pseudomyxome du coeur. » (*Ann. d'Anat. path.*, 9, 1932, p. 511.)
- MULLER (W.): « Ueber polypöse, bosartige, metastasierende Endokardgewächse und gewächsartige Thromben des linken Herzvorhofs. » (*Virch. Arch.*, 284, 1932, pp. 105-119.)
- NOWICKI (W.): « Beiträge zur pathologischen Anatomie des primären Herzgeschwulste, nebst einigen klinischen Bemerkungen. » (*Virch. Arch.*, 259, 1926, pp. 502-520.)
- ROULET (F.): « Quelques remarques sur l'érythroïdèse extra-médullaire. » (*Schweiz. med. Wchnschr.*, 65, 1935, pp. 234-235.)
- SABIN (F.): « Bone Marrow. » (*Physiological Reviews*, 8, 1928, pp. 191-244.)
- SCHWARTZ (D.): « Ueber die sogenannten Myxome des Herzens. » (*Virch. Arch.*, 264, 1927, pp. 759.)
- THOMA (R.): « Ueber die Strömung des Blutes in der Gefäßbahn. » (*Virch. Arch.*, 23, 1921, H. I., II, III.)
- WELCH: Cité par BINDER.
- WINDHOLZ (F.): « Ueber Thromben und Geschwülste des Herzens. » (*Virch. Arch.*, 273, 1929, pp. 331-336.)

LES AMBLYOPIQUES, LES AMAUROTiques ET CERTAINES LÉSIONS DU FOND DE L'OEIL

Par ALCIDE PILÓN,

Médecin de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital Sainte-Justine.

La vision n'est pas ce qu'il y a de moins important ici-bas et pourtant nous rencontrons un nombre relativement grand de personnes qui en sont privées ou presque. S'il y a des cas qui sont voués à la cécité quoi qu'on fasse et pour qui les meilleurs et plus nouveaux traitements restent vains, il y en a d'autres qui auraient pu conserver une grande partie de leur visibilité s'il y avait eu un traitement approprié en temps opportun; qu'il y ait eu négligence du sujet à se faire soigner au début ou ignorance du médecin, il est toujours regrettable de constater la cécité lorsqu'on s'aperçoit qu'elle aurait pu être retardée, sinon évitée. Un des facteurs entr'autres, au point de vue neurologique, favorisant la perte de la vue, est le défaut de reconnaître un néoplasme cérébral de la part de certains médecins, avant que des dommages irréparables aient été causés à la vision et l'existence prolongée d'un oedème papillaire méconnu.

Dans l'appareil de la vision, il faut considérer l'élément sensoriel qui constitue la vision proprement dite et l'élément moteur représenté par l'adaptation des mouvements de l'oeil à la vision. Le trajet du faisceau lumineux est assez complexe; pénétrant dans la rétine, il suit le nerf optique, le chiasma, les bandelettes optiques, les tubercules quadrijumeaux antérieurs, les corps genouillés externes, le pulvinar, les radiations optiques de Gratiolet, la partie postérieure du tiers postérieur de la capsule interne pour se terminer dans la substance grise qui borne la scissure

calcarine à la face interne du lobe occipital. C'est donc un parcours assez long et sinueux; une lésion ou irritation le long de cette voie peut amener des troubles de la vision et l'on doit se demander: l'oeil lui-même est-il responsable; est-ce dû à des conditions secondaires; quels sont les facteurs étiologiques responsables de cet état de l'oeil? Nous considérerons, dans cet exposé, l'amblyopie et l'amaurose qui sont une perte partielle ou totale de la vision sans lésions ophtalmoscopiques, et certaines lésions du fond de l'oeil; les premières sont généralement transitoires, tandis que les secondes sont le plus souvent permanentes et ne régressent que peu.

Les Drs Corvan et Sinclair rapportent que, dans l'état de Pennsylvanie, les principales causes de cécité sont les cataractes séniles 22%, les traumatismes 14%, les atrophies optiques simples 10%, les anomalies congénitales 4.5% (cataractes, globes défectueux, glaucomes), les ophtalmies du nouveau-né (conjonctivites) 3.9% et les kératites ulcératives 1.5%.

Dans l'état de New-York, les Drs Burns, Kerby et McKay ont fait une étude sur 2702 enfants à l'école des aveugles, étude non complète et ne pouvant être comparée scientifiquement parce que les informations qu'on leur a données ne sont pas toutes dignes de foi; ils ont un coup d'oeil approximatif sur l'état de la question, mais il est impossible de savoir si le nombre des personnes aveugles augmente ou diminue. A Londres, cependant, sur 7800 aveugles, il a été constaté que le nombre des enfants souffrant de cécité, entre 5 et 16 ans, a diminué de 38%, le tout étant attribuable à la prophylaxie et aux plus grandes connaissances actuelles sur les causes de la cécité à la naissance et dans les premières années.

Les causes étiologiques seraient les maladies congénitales ou héréditaires 51%, les maladies infectieuses 28% (ophtalmie du nouveau-né, syphilis prénatale, méningite),

les traumatismes et blessures chimiques 7.8%, les néoplasmes 2%, les poisons toxiques 2% et les maladies non-infectieuses 1.2%. Les causes topographiques seraient pour le globe de l'oeil 31%, mégalophtalmie, myopie, albinisme, glaucome, microphtalmie. Pour la cornée 14%, la kératite interstitielle et ulcéralive. Pour le cristallin 17%, la cataracte ou l'opacité de la lentille. Enfin l'atrophie optique et la neurorétinite 16%. Bref les facteurs étiologiques seraient surtout la syphilis, les maladies cardiovasculaires, les tumeurs cérébrales, la méningite, la toxémie, etc.

On voit que ces deux rapports ont été faits par des ophtalmologistes; on a omis d'insister sur les arachnoïdites opto-chiasmatiques rencontrées dans les infections des cavités de la face, les infections cérébro-méningées et les traumatismes; elles représentent 27% des lésions neurochirurgicales de la région hypophysaire et se manifestent surtout entre 20 et 40 ans. Grâce à la neurochirurgie, nous connaissons aujourd'hui l'étiologie de certaines névrites rétro-bulbaires d'origine mystérieuse jadis et nous savons que l'A. O. C. peut réaliser un syndrome chiasmatique pseudo-tumoral. Le début se fait par une baisse de la vision sans modification des papilles optiques et la névrite rétro-bulbaire qui accompagne l'A. O. C. possède les caractéristiques suivantes: la baisse de la vision et l'évolution vers la cécité peut se faire en quelques semaines; la névrite rétro-bulbaire évolue assez souvent vers une atrophie optique du type primitif; la décoloration de la papille débute, comme toute atrophie optique, par le segment temporal; voilà une différence avec l'amblyopie et l'amaurose qui sont supposées être une névrite rétro-bulbaire chronique ou transitoire sans modifications ophtalmoscopiques.

Le rapport de Bollack, David, Pueck sur 129 observations d'arachnoïdites opto-chiasmatiques explorées chirurgicalement nous annonce que la baisse de l'acuité visuelle est rapide, qu'il existe des scotomes centraux fréquents et précoces et que l'atrophie optique est primitive sans

stase papillaire. Les altérations du champ visuel montrent 31% scotome central, 23% rétrécissement concentrique, 17% rétrécissement temporal, 7% rétrécissement nasal, 5% rétrécissement horizontal et 5% hémianopsie latérale. Les altérations du fond de l'oeil donnent 38% atrophie papillaire à bords nets, 16% atrophie papillaire à bords flous, 10% stase papillaire, 7% atrophie partielle du segment temporal, 7% hyperémie simple et 4% atrophie partielle horizontale.

Dans les formes oculaires symptomatiques, il y a le syndrome de la névrite maculaire ou axiale caractérisé par une diminution de la vision, un scotome central et une atrophie optique à bords flous; il y a le syndrome chiasmatique avec baisse de l'acuité visuelle, altérations du champ visuel temporal atypique et asymétrique, atrophie papillaire; il y a également le syndrome d'atrophie simple du nerf optique avec rétrécissement concentrique du champ visuel. Pour bien faire le diagnostic positif de cette affection, la ventriculographie est indispensable du fait que les symptômes sont polymorphes, qu'aucun d'eux pris isolément n'est pathognomonique et que leur groupement peut se rencontrer dans nombre d'autres affections.

Si donc l'atrophie optique avec rétrécissement concentrique du champ visuel peut se rencontrer dans les A. O. C., ce dont on parlait très peu il y a quelques années, il faudra se rappeler que l'hémianopsie bitemporale est surtout fréquente dans les troubles de l'hypophyse en particulier des tumeurs hypophysaires; selon l'étendue et le site de la lésion, il y aura hémianopsie en quadrant supérieur, inférieur ou latéral avec vision centrale intacte pour toute hémianopsie, sauf s'il y a un scotome central dû à un élément surajouté; quant à l'hémianopsie binasale, elle est exceptionnelle; l'hémianopsie latérale homonyme du côté opposé à la lésion de la bandelette optique est relativement plus fréquente: le malade se plaint de ne pas voir d'un oeil

alors qu'il voit si on lui bouche un oeil après l'autre; il a donc perdu le sens de la direction et se voit obligé de lire avec son doigt.

Venons-en maintenant à la question des complications oculaires au cours des traitements arsénicaux; Sézary a montré que les accidents oculaires sont dus à ce qu'on n'a pas respecté les contre-indications ou mal réglé la posologie. Il affirme qu'il faut traiter activement les tabès évolutifs pour arrêter l'évolution de la maladie et en cas de névrite optique, l'acuité visuelle ne baissera plus. Quand le tabès est fixé, c'est-à-dire le L. C. R. normal, un traitement modéré est nécessaire; si le L. C. R. est anormal, il devient indispensable. Les arsénicaux agissent plus vite, frappent plus fort et ils sont à conseiller au début de la syphilis; le tabès évoluant lentement d'ordinaire, il ne faut pas se presser d'agir si vite. Si les complications oculaires sont relativement rares, il ne faut pas moins se méfier des conséquences visuelles pouvant aller jusqu'à une cécité définitive et indélébile. Des exemples d'atrophie optique tabétique évoluant rapidement vers la cécité au cours d'un traitement intensif par les arsénobenzènes ne furent pas si rares en France avant qu'on s'en méfie. Sézary déclare que les dérivés de l'arsenic pentavalent doivent être absolument proscrits du traitement du tabès; ils ont une fâcheuse affinité pour le nerf optique, qui, souvent lésé d'une façon latente chez les tabétiques, est particulièrement fragile; ils sont particulièrement dangereux si les malades sont atteints d'insuffisance rénale ou d'une lésion avérée du nerf optique, surtout s'ils sont en même temps cachectiques ou alcooliques. Citons parmi les plus redoutables pour les yeux: l'atoxyl, le stovarsol, le tryparsamide, l'acétylarsan. Le stovarsol employé depuis plusieurs années dans la P. G. serait moins dangereux pour le nerf optique s'il est injecté tous les deux jours. Les arsénicaux trivalents, dont le novarsenobenzol est le plus actif, donnent plus rarement des névrites optiques et celles-ci évoluent

en général plus favorablement, à condition qu'on l'utilise à doses normales; à doses insuffisantes ou trop espacées il risque de réactiver les lésions, de les aggraver plutôt que de les améliorer: il est bon de l'alterner ou l'associer au bismuth ou mercure. L'hyperémie conjonctivale est un symptôme d'intolérance arsénicale dont il faut se souvenir; prévenir l'injection périkeratique, la myopie spasmodique et les hémorragies rétinienne. Les névrites optiques par les pentavalents se manifestent brusquement, quelques heures après l'injection et bilatéralement; le sujet est obnubilé et la cécité peut être définitive. La nature toxique des lésions du nerf optique est actuellement admise; les constatations anatomo-pathologiques montrent des lésions dégénératives (Igersheimer) et des cas de cécité par l'acétylarsan ont été observés en dehors de toute infection syphilitique (Terrien). En cas d'accident, se servir de l'acétylcholine contre le spasme des artères rétinienne et de l'hyposulfite de soude 20%, 10 cc. tous les jours à doses croissantes jusqu'à 20 cc.

D'autre part, le Dr L. Mayer, (J. A. M. A., 27 nov., 1937), raconte qu'il a traité 155 patients par le tryparsamide avec contrôle minutieux du fond de l'oeil; il conclut que les réactions subjectives sont dues à la suggestion, que le nombre des patients qui font bénéficier leur nerf optique est plus grand que ceux qui l'endommagent et que les patients même avec atrophie optique doivent être traités avec le tryparsamide quand le médicament est indiqué pourvu qu'on surveille étroitement le fond de l'oeil; le tryparsamide serait moins dangereux qu'on ne l'a cru, même s'il y a atrophie optique apparente; il affirme cependant que la vision diminua chez dix-huit patients, trois perdirent la vue et quatre leur champ visuel. La question est loin d'être vidée d'après ce que nous voyons; rappelons-nous donc qu'il y a eu des cas de cécité par les arsénicaux et que leur emploi nécessite un contrôle ophtalmoscopique.

Si la syphilis, les T. C., les A. O. C. peuvent altérer la vision, il y a aussi des manifestations cérébro-oculaires chez certains hypertendus qui peuvent simuler une T. C. (P. M.: 5 déc. 36, J. A. Chavany). L'aspect du fond de l'oeil peut se traduire par des modifications de la transparence, de la couleur, du calibre et des croisements des vaisseaux rétinien, ce qui n'est pas de la stase papillaire, mais il peut également se compliquer d'une stase papillaire. On peut noter divers degrés d'oedème de la papille n'intéressant parfois que les bords ou l'un des bords de cette papille, mais pouvant aussi recouvrir complètement le disque. Ce n'est pas là une vraie stase papillaire avec surélévation en chou-fleur, en bouton de chrysanthème; elle est moindre et les bords sont plus flous, les veines moins dilatées, moins tortueuses. On put également noter des hémorragies, des productions oedémateuses et des exsudations sur la rétine, des veines rétinien thrombosées, des aspects d'artérite et de périartérite. De petites taches gris sale, d'aspect stellaire ou non, constatées dans la région papillomaculaire, plaident plutôt en faveur d'une rétinite albuminurique. La discrimination entre la stase mécanique et la névrite oedémateuse est parfois impossible, si l'on ne s'appuie que sur les signes ophtalmoscopiques.

Dans la méningite séreuse, la stase papillaire est toujours bilatérale comme dans les syndromes H. I. C., mais elle est précoce alors que dans les T. C. elle est le plus souvent tardive; elle est constante dans les méningites séreuses alors que dans les T. C. elle peut faire défaut; de plus elle est d'une intensité modérée et toujours moins étendue que dans les T. C.

Chez tous ces malades, il faudra proscrire l'usage du tabac, chose que le médecin oublie assez souvent; le Dr Delobel plaide bien en faveur de la perniciosité du tabac et de l'ensemble des funestes effets du tabagisme. Que le tabac soit prisé, mâché ou fumé le danger est le même pour ceux qui en font un usage immodéré; sa toxi-

cité est due à toute une série de corps dont l'action s'ajoute et aux substances qui se produisent dans la fumée; c'est un poison lent auquel on s'accoutume; il va de pair avec l'alcoolisme; il amène la névrite du nerf optique. C'est un poison nervin, cérébral, intellectuel.

Le Dr H. Bousquet qui se demande sur quoi on pourra un jour se former une opinion ferme sur la cause de l'intoxication tabagique prétend que la nicotine n'y est pour rien car la clinique et l'expérimentation fournissent trop de réponses contradictoires. La nicotine au point de vue expérimental exerce une forte action vaso-dilatatrice à dose faible et une faible vaso-constriction à dose forte. Dix cigarettes par jour c'est douze milligrammes de nicotine, il est vrai, mais comme la nicotine se décompose aux environs de 200° et que le feu de la cigarette donne largement cette T°, ce ne serait plus la nicotine qui arriverait au gosier, dans les bronches du fumeur et de là dans sa circulation. Il conclut que lorsqu'il y a des troubles il faut supprimer le tabac, mais si ces troubles subsistent, laissons au patient le privilège de reprendre sa stupide manie dont l'action ne paraît nullement démontrée. Il n'est cependant pas absolument nécessaire de démontrer expérimentalement ce que l'on constate cliniquement pour y croire; il faut établir des règles concernant les restrictions à recommander aux fumeurs, et si les mesures prophylactiques suivantes étaient observées, la stupide manie se passerait plus vite ou ne s'établirait pas: avant dix-huit ans, pas de tabac; recommandation instante aux femmes de ne pas fumer; protéger les non-fumeurs en interdisant de fumer en milieu fermé (salles, chemin de fer, etc.), en faisant une propagande contre le tabac.

Voilà un aperçu rapide sur certains troubles visuels rencontrés en neurologie; ne devrait-il que mettre en garde le praticien sur quelques complications oculaires qu'il est susceptible de voir mais qu'il est porté à oublier, il nous serait agréable de le constater.

LES DANGERS DE L'OTITE MOYENNE SUPPUREE CHRONIQUE, AU POINT DE VUE FONCTIONNEL ET VITAL

Par L. de G. JOUBERT,

Chef du service d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôtel-Dieu.
Médecin consultant de l'Hôpital de Verdun, Professeur Agrégé
de l'Université de Montréal.

Parmi les nombreuses affections de l'oreille moyenne, il en est une qui présente une gravité tout à fait exceptionnelle. Le malade semble lui-même indifférent à sa lésion, étant donné qu'il n'éprouve que peu ou pas de douleurs et dans le cas d'unilatéralité du processus pathologique il ne paraît pas se rendre compte de la surdité progressive ou de la complication souvent mortelle qui devra en résulter. En face d'un pronostic aussi grave nous nous croyons justifiés d'attirer l'attention et du public et du médecin praticien par ce travail sur les dangers de l'otite moyenne suppurée chronique.

Qu'appelle-t-on otite moyenne suppurée chronique?

On entend par otite moyenne suppurée chronique le passage de l'état aigu de l'otite moyenne à celui de chronique, quand cette otite moyenne aiguë n'a pas tendance à guérir, soit spontanément, soit à la faveur d'un traitement consistant à faciliter l'écoulement du pus. Nous éliminerons de ce travail l'otorrhée muqueuse qui est une entité tout à fait différente, ainsi que les otites chroniques catarrhales et sèches, qui, d'ailleurs ne sont plus admises de nos jours. (Portmann).

ANATOMIE: La description anatomique de l'oreille moyenne étant assez longue, nous ne ferons que signaler les endroits les plus importants.

La caisse, ou oreille moyenne, peut se décrire comme ayant la forme d'un sablier présentant 6 parois :

1° *Paroi tympanique* : La paroi tympanique ou externe, formée surtout par la membrane tympanique, dans les fibres de laquelle est attaché le manche du marteau, qui est encerclé à la façon d'un manchon. C'est la porte naturelle de sortie des sécrétions purulentes de la caisse. Porte que l'auriste aura à surveiller de façon qu'elle soit suffisamment ouverte pour drainer le pus.

2° *Paroi interne larynithique* : La seconde paroi, interne ou larynithique présentant les aqueducs de Fallope, du vestibule et du limaçon. Les parois de ces aqueducs sont fermées par une mince lame osseuse par trop faciles à franchir par le processus infectieux de la caisse.

3° *Paroi supérieure crânienne* : Une troisième paroi, supérieure crânienne, qui sépare l'oreille moyenne de la cavité crânienne. A remarquer que ce plafond est très mince et peut quelquefois n'être pas plus épais qu'une feuille de papier. On y rencontre aussi des déhiscences congénitales et des veines. C'est aussi l'endroit où se logent les osselets, marteau, enclume, étrier avec leurs ligaments de suspension, le tout formant comme un réseau dans les mailles desquelles la sécrétion purulente peut être retenue et devenir la cause du passage de l'état aigu à celui de chronique.

En avant on remarque la poche de Prussack et la cavité de Shrapnell, qui sont pour les mêmes raisons, le départ de suppurations chroniques.

4° *Paroi antérieure ou tubo-carotidienne* : Une quatrième paroi, dite antérieure ou tubo-carotidienne à la partie supérieure de laquelle nous voyons l'extrémité de la trompe d'Eustache, qui à l'état normal amène l'air dans l'oreille moyenne, mais aussi l'entrée principale du pus dans la caisse au cours des affections nasales.

En-dessous l'on rencontre la paroi de l'artère carotide interne dont la nécrose possible au cours des suppurations nécrosantes peut amener une hémorragie fatale.

5° *Paroi inférieure ou jugulaire*: encore appelée récessus hypotympanique, surplombant le golfe de la jugulaire interne et pouvant être un écueil au cours d'une paracentèse par une main mal avertie ou à la faveur de déhiscences possibles de cette paroi.

6° *Paroi postérieure ou mastoïdienne*: Enfin la dernière paroi postérieure ou mastoïdienne où l'on distingue l'*aditus ad antrum* ou couloir, long de 6 mm., qui relie l'oreille moyenne avec la mastoïde et par où cheminent les sécrétions purulentes quand elles ne peuvent trouver leur voie au dehors par la paroi tympanique.

ETIOLOGIE: Les causes du passage de l'état aigu à celui de chronique sont d'ordre *général* et *local*.

Général: L'auriste aura souvent l'occasion de constater qu'une otite aiguë guérit avec plus de rapidité chez un sujet vigoureux, indemne de toutes tares et dans de bonnes conditions hygiéniques.

De même chez les diathésiques: diabétiques, syphilitiques ou scrofulo-tuberculeux il y aura lieu de considérer non seulement le terrain sur lequel l'otite évolue mais aussi la tendance des lésions ulcéro-progressives qui en sont l'expression anatomique.

Les anémiques et les convalescents de fièvres graves offriront, eux aussi, moins de résistance au cours d'une attaque d'otite moyenne aiguë qui passera facilement à la chronicité.

Local: Localement, la suppuration cantonnée à l'*aditus ad antrum* ou à la membrane de Shrapnell sera considérée comme une éventualité très redoutable à cause des nombreux cloisonnements et ligaments, facteurs de réten-

ILFORD X-RAY FILMS

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

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

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

VICTOR X-RAY CORPORATION of Canada, Ltd.

Distributors for General Electric X-Ray Corporation

TORONTO—30 Bloor Street W., Toronto, Ont. - MONTREAL—524 Medical Arts Bldg.
VANCOUVER—Motor Transportation Bldg., 570 Dunsmuir S. - WINNIPEG—Medical Arts Bldg.
Wholesale Warehouse, 389 St. Paul St. W., Montreal, P. Q.



*docteur,
vous tenez
la guérison
des Nerveux*

Neurène

Agocholine

GRANULÉ SOLUBLE

CHOLECYSTITES CHRONIQUES CONGESTION DU FOIE

LITHIASE BILIAIRE
ICTÈRE & CHOLÉMIE

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

D'Origine
hépatobiliaire

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

Laboratoires
du
DOCI

ZIZINE 24-26 RUE DE FÉCAMP, PARIS (XIII)

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

LORTURAL LAURIN

Dissolvant de l'acide urique
Antiseptique des voies urinaires.

Ses indications

Goutte — Gravelle — Sciatique —
Rhumatisme et toutes formes de
l'Arthritisme — Coliques néphrétiques —
Cystites — Pyérites, etc.

Le LORTURAL diminue l'élément
douleur dans toutes les affections
vésico-rénales. Il constitue le médicament
idéal de la diathèse urique.

Sa formule

Pipérazine	30 gr.
Hexaméthylènetétramine	300 "
Benzoate de Soude	300 "
Benzoate de Lithium	300 "
Lactose	300 "
Sucre granulé, Acide tartrique, Bicarbonate de Soude pour	6000 "

Son mode d'emploi

Trois cuillerées à café par jour, prises
avant ou après les repas, dans trois quarts
de verre d'eau.

SIROP LAURIN

Pectoral — Calmant
Agréable au goût.

Ses indications

Affections aiguës et chroniques du
Larynx de la Trachée, des Bronches
et des Poumons: Rhumes — Bron-
chites — Affections Bacillaires —
Toux Rebelles — Grippe — Asthme
— Coqueluche.

Le SIROP LAURIN est un parfait
sédatif de la toux; il favorise l'ex-
pectoration; il décongestionne di-
rectement la muqueuse bronchique.

Sa formule

Chl. d'éthylmorphine	0.005 gr.
Codéine	0.005 "
Benzoate de Soude	0.15 "
Eau de Laurier-Cerise	0.50 "
Extrait de Scille	0.003 "
Sirop d'Ipéca Composé	Q. S. par cuillerée à soupe.

Son mode d'emploi

Adultes: 3 à 5 cuillerées à soupe dans les
24 heures.

Enfants au-dessus de 2 ans: 1 à 5 cuil-
lerées à thé.

Spécialités de prescription strictement médicale

PRIX MODIQUES

Les Laboratoires Louis Laurin, 86, Boulevard de Port-Royal, Paris

ROUGIER FRÈRES, 350, rue Le Moyne, MONTRÉAL.

LE TONIQUE PARFAIT



... PUIS-JE CONTINUER À BOIRE MON BYRRH, DOCTEUR ?
MAIS BIEN ENTENDU ! LE BYRRH, JE LE RECOMMANDE SOUVENT ET NE L'INTERDIS JAMAIS

BYRRH



AGOBYL

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

Mode d'emploi

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

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

SE MÉFIER DE TOUT PRODUIT DIT "AUSSI BON".

CALHALOL-E

CAPSULES

Vitamine A	2,600 U.I.
Vitamine D	375 U.I.
Huile de germe de blé	3 mins.
Monophosphate de calcium	1 gr.

**Frank W. Horner
Limited**

« La maison entièrement
canadienne »

Winnipeg, Montréal, Vancouver

UN TONIQUE GÉNÉRAL

Durant la grossesse, spécialement là où se présente l'avitaminose.

Indiqué dans l'acné juvénile.

Dose: Trois capsules par jour, avant les repas.

Aux tout premiers symptômes d'une
CONGESTION PULMONAIRE

c'est l'heure d'appliquer l'

Antiphlogistine

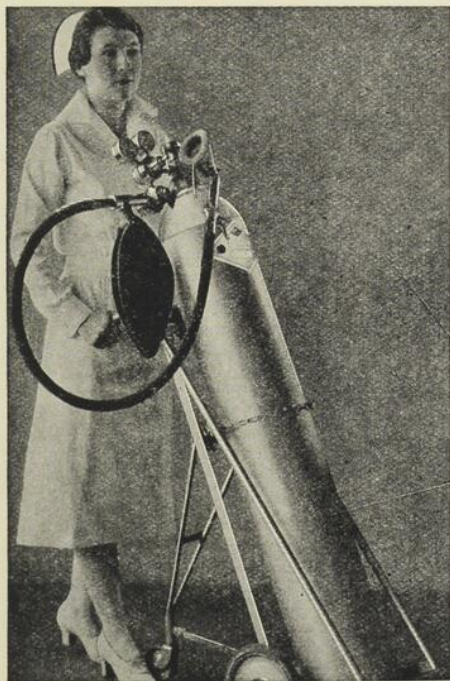
Sa propriété de stimuler la circulation capillaire tend à détourner la congestion, et par cela même, à éviter une phase plus sérieuse conduisant à la pneumonie.

Appliquer l'Antiphlogistine épaisse, chaude et promptement.

THE DENVER CHEMICAL M'F'G CO.

153, LAGAUCHETIERE OUEST - - - MONTREAL

L'Antiphlogistine est fabriquée au Canada.



" OXYGÈNE . . . ! "

C'est une méthode recommandable que d'avoir de l'oxygène en main pour les revivifications d'urgence et pour la thérapeutique régulière dans le soulagement de la pneumonie, du croup, de l'asthme et des autres congestions bronchiales.

Préparez-vous à combattre les maladies d'hiver. Ayez une réserve d'oxygène en main. Envoyez le coupon ci-dessous pour obtenir nos prix.

Compagnie d'Oxygène du Canada

2549 ouest, rue Saint-Jacques, - Montréal
Téléphone Wllbank 1728

Messieurs,

Veillez me faire parvenir vos prix pour l'oxygène et les gaz anesthésiques.

Nom

Adresse

H E P A T R O L

E
P
A
T
R
O
L

HEPATROL

Extrait de Foie de veau frais

Toutes anémies et insuffisances hépatiques.

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

2 Formes : AMPOULES BUVABLES
AMPOULES INJECTABLES

LAB. ALBERT ROLLAND

PARIS

SOLUCAMPHRE

DELALANDE

Camphre en Solution aqueuse

Même Posologie, mêmes indications que

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

2 Formes : SOLUCAMPHRE SIMPLE
SOLUCAMPHRE SPARTEINE

MILLET ROUX & CIE, LIMITEE

1215 RUE ST-DENIS

MONTREAL

SULFOCIDE

(*Para-Amino-Benzene-Sulfamide*)

à l'usage exclusif du médecin.



INFECTIONS STREPTOCOCCIQUES & GONOCOCCIQUES

Infections Puerpérales

Scarlatine

Septicémie

Erysipèle

Arthrites suppurées

Amygdalite aiguë

Impetigo chronique

Méningite

Otite moyenne

Gonorrhée

Littérature et échantillons sur demande.

En bouteilles de 25 tabs. de 5 grs.

“ “ “ 100 “ “ “ “

“ “ “ 500 “ “ “ “

“ “ “ 1000 “ “ “ “

ASGRAIN & HARBONNEAU
Limitée

MONTREAL

Uroprazine

GRANULÉ EFFERVESCENT

LA SEULE FORMULE RÉUNISSANT LE SOUFRE COLLOIDAL,
LA PIPERAZINE, LA LITHINE ET L'UROTROPINE.

INDICATIONS : GOUTTE, GRAVELLE, RHUMATISME, SCIATIQUE

HERDT & CHARTON, INC.

2027, AVENUE MCGILL COLLEGE, MONTRÉAL

FLACONS de 150 grammes

FLACONS de 275 grammes

TRAITEMENT POLYVALENT DES ÉTATS INFECTIEUX

par la

LIPOSEPTINE

(médication polyvalente des agents pathogènes)

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES : — La Liposeptine agit dans bien des affections contre lesquelles il n'y a jusqu'à présent ni sérum, ni vaccin, telles les FIÈVRES ARUPTIVES, ROUGEOLE, OREILLONS, la FIÈVRE PUERPÉRALE, les PHLÉBITES;

affections plus banales, mais souvent graves par leurs complications : TRACHÉITES, BRONCHITES, affections purulentes: OTITES, MASTOÏDITES, ABCÈS DIVERS au début.

En cas d'épidémie son action préventive est recherchée

LABORATOIRES DE LA LIPOSEPTINE,
2, PLACE DES VOSGES, PARIS, FRANCE

Agents exclusifs pour la Canada:

HERDT & CHARTON, INC.

2027, AVENUE MCGILL COLLEGE

MONTRÉAL

LE SIROP DIÉTÉTIQUE PAR EXCELLENCE



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

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



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

Produits de THE CANADA STARCH CO. Limited - MONTREAL

Prescrivez avec confiance JEL-LAX

Laxatif naturel aux fruits
Ne contient pas de Phénolphthaléine.

POUR LA CONSTIPATION CHRONIQUE

Une spécialité populaire de M. & M.

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

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

MOWATT & MOORE Limitée
64 rue Prince, Tél. MARquette
MONTREAL 8166-8167-8168



PAVERAL

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

COQUELUCHE

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

Littérature sur demande.

Agents : LA CIE CANADA DRUG

PHARMACIENS EN GROS

857, rue Saint-Maurice, - - - Montréal

L'ASSOCIATION JEANNE MANCE

prie les lecteurs du journal

de bien vouloir prendre note que son Registre fait maintenant
partie d'un Registre général où sont inscrites toutes les
gardes-malades du groupe *Ville-Marie*, lequel
constitue désormais un sous-comité de
l'Association Catholique des
Infirmières Canadiennes-
françaises.

S'adresser à

GABRIELLE BROSSARD, G.M.E.

Téléphone: ATLantic 2862

**59, chemin Bellingham,
Outremont**



MOITIÉ { *de la dose ordinaire*
de la quantité du médicament à éliminer

Administré par voie buccale, par voie rectale ou par voie intraveineuse, le NEMBUTAL, à dose de moitié moindre que tout autre barbiturique, a une action hypnotique rapide, mais de courte durée, et un effet sédatif prolongé. Dans un temps exceptionnellement court, il est assimilé et éliminé. C'est ce qui en fait le barbiturique de choix en chirurgie, obstétrique et médecine générale. — Information détaillée sur demande.

LABORATOIRES ABBOTT Ltée - MONTRÉAL

NEMBUTAL ABBOTT

TAXOL

RÉÉDUCATEUR
TYPE
DE L'INTESTIN
SANS
ACCOUTUMANCE

Laboratoires LOBICA
PARIS

J. EDDÉ, Ltée, Agents

La 1ère Aminophiline Française

● CARENA ●

(Thérapeutique cardio rénale)

Dans les cardiopathies

*Angine de poitrine
Aortites chroniques
Insuffisance ventriculaire gauche*

Sédation de la douleur
Espacement des crises d'Angor
Disparition des algies rétro-
sternales
Soulagement de l'oppression

Dans les oedèmes

des Cardio rénaux

Mobilisation des oedèmes
Déclanchement de la diurèse

Dans les dyspnées

*et défaillances
cardio respiratoires*

Relâchement du spasme bronchique.
Apaisement de l'orthopnée.

SOCIÉTÉ D'APPLICATIONS PHARMACODYNAMIQUES
5 & 7 Rue Claude Decaen, Paris 12è

J. EDDE Ltée Agent
Édifice New Birks, Montréal

LA 2421
4913

tion de pus surtout à la faveur d'une perforation tympanique minime.

Causes adjuvantes : Signalons comme causes adjuvantes les lésions génératrices qui ont déterminé l'otite moyenne aiguë, telles que: les coryzas aigus et chroniques, les adénoïdites suppurées, les déviations de la cloison nasale avec leurs épines et leurs crêtes, les polypes nasaux, toutes les sinusites, les pharyngites chroniques et l'ozène.

Cependant la toute première cause est bien l'otite moyenne aiguë nécrosante d'origine tuberculeuse, syphilitique, grippale ou consécutive aux fièvres éruptives.

Si l'on interroge le malade sur la cause de son otorrhée qui date de 10, 20 ou 30 ans, nous retraçons la plupart du temps, la scarlatine, la diphtérie, la rougeole ou l'influenza.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE: A un premier stade d'inflammation et d'ulcération de la muqueuse de la caisse succède un autre stade de défense, celui des fongosités: lésions caractéristiques de la muqueuse de l'oreille moyenne dans le cours des otorrhées chroniques.

Cette fongosité nous apparaît sous l'aspect d'une couche épaisse, couleur lie de vin, saignant facilement ou affectant la forme de polype.

A l'examen microscopique, nous voyons des petites cellules rondes, granuleuses, au milieu de vaisseaux fortement dilatés.

La muqueuse a perdu son épithélium vibratil, remplacé par un épithélium pavimenteux évoluant vers la transformation épidermique.

Dans les cas heureux de guérison, cet épithélium prend l'aspect de l'épiderme blanc et sec, mais il n'en est pas toujours ainsi et l'on peut constater quelquefois une épider-

misation constituée par des lamelles dissimulant des fongosités et des sécrétions purulentes très odorantes: c'est là l'origine du cholestéatome.

CHOLESTEATOME: Le cholestéatome est une tumeur caractérisée par des lamelles blanc-nacré se reproduisant sans cesse et s'emboîtant les unes sur les autres à la façon des pelures d'oignon.

Cette tumeur étant celle qui provoque le plus souvent des complications, il importe que nous la fassions connaître plus en détail.

Origine: Il faut remonter jusqu'en 1830 pour savoir que ce sont les anatomistes qui l'ont décrit les premiers. C'est l'époque du véritable cholestéatome, tumeur rencontrée et se développant à l'intérieur de la boîte crânienne.

Plus tard, en 1837, Wendt apporta la théorie de la muqueuse métaplasiée pour expliquer son origine dans la caisse.

Cette théorie fut remplacée en 1888 par celle d'Habermann-Bezold qui en ont fait une invasion épidermique du conduit externe dans l'oreille moyenne.

D'après Portmann, le cholestéatome suppose pour son développement une perforation marginale ou centrale à la faveur d'un pont, une surface dépourvue d'épithélium muqueux, une ouverture étroite et épitympanale dans une cavité presque close, le tout favorisé par une otite moyenne aiguë nécrosante.

Evolution: Il évolue en 3 phases: 1° sec et latent, 2° ou présente une suppuration cholesthéatomateuse, 3° ou devient gangréneux à la faveur de rétention de microbes anaérobies.

Histologie: Moulonget citant Lemaître nous dit que, histologiquement, la muqueuse infectée par le cholestéa-

tome présente une couche épaissie, infiltrée de leucocytes polynucléaires, de plasmocytes et de cellules géantes. La lame de conjonctive est recouverte d'un épithélium épais, métaplasie, du type malpighien et au-dessus on remarque une couche épaisse d'éléidine et de kératine. Par suite de la dégénérescence graisseuse de la muqueuse, l'épithélium est soulevé et les débris tombent dans la cavité, tandis que plus tard la couche muqueuse fertile subit la même dégénérescence et le cycle recommence.

La pression que cause cette masse de cholestéatome entourée de cholestérine provoque l'usure de l'os.

Le cholestéatome peut pénétrer par les aqueducs de Fallope, du vestibule et du limaçon ou trouver son chemin vers l'antre mastoïdien.

OSTEITE. — Dans le cas où le cholestéatome n'est pas en cause on remarquera l'envahissement de l'os, après ulcération de la muqueuse et l'on constatera de l'ostéite fongueuse ou raréfiante, créant des fistules dans l'oreille moyenne, dans l'antre, dénudant le facial ou le sinus latéral ou les canaux semi-circulaires.

Les osselets eux-mêmes sont détruits en partie ou en totalité, surtout après une scarlatine par le streptococcus mucosus.

SYMPTOMATOLOGIE. — La symptomatologie de l'otorrhéique se résume dans la surdité et l'écoulement. Le malade n'accuse que peu ou pas de douleur et sa surdité ne le déterminera pas à consulter, surtout si elle est unilatérale. Par contre les symptômes objectifs sont plus nombreux. L'auriste pourra constater la présence d'un pus épais ou clair, la présence de mucus qui donnera du muco-pus. Quelquefois la teinte sera d'un gris jaunâtre ou bleu par adjonction du pyocyanique, et à ces symptômes s'ajoutera l'odeur fétide de la nécrose osseuse.

Le pus enlevé, apparaissent les perforations qui peuvent être petites, grandes ou totales. Ou bien il verra des polypes de différentes dimensions. Au fond de la caisse, la muqueuse se montre sous un aspect fongueux, saignant au moindre contact et avec le stylet l'auriste pourra découvrir des pertes osseuses.

EVOLUTION. — L'évolution de l'otite moyenne suppurée chronique diffère suivant la perforation, le drainage. Mais la plupart du temps l'écoulement présente des périodes d'accalmie et de recrudescence.

Ce sont les suppurations de l'attique et de la membrane de Shrapnell qui ont une évolution la plus longue et qui demandent un traitement des plus attentif.

L'apparition d'un épiderme sec pourra faire espérer la guérison ou tout au moins un assèchement de la caisse sans toutefois nous induire en erreur sur l'état plus ou moins compromis de la fonction auditive.

COMPLICATIONS. — Malheureusement l'otite moyenne suppurée chronique n'évolue pas toujours sans incidents et à son décours surviennent des complications très graves, qui souvent compromettent la vie du patient.

Parmi ces complications la plus fréquente est la mastoïdite.

Mastoïdite. — Avec Moure et Portmann nous ferons la distinction entre la mastoïdite par oedème collatéral, celle qui accompagne toute otite moyenne aiguë, c'est la mastoïdite pathologique et non chirurgicale, celle qui guérit d'elle-même avant l'otite moyenne aiguë, d'avec la mastoïdite appelée empyème mastoïdien par Mouret et Sheibe, lequel empyème a une tendance à se fistuliser, et la mastoïdite nécrosante, celle qui fait suite à une fièvre éruptive, particulièrement la fièvre scarlatine.

Les détails concernant l'histo-pathologie de ces trois variétés de mastoïdite nous entraînerait trop loin et nous considérerons la mastoïdite faisant suite à une otite moyenne suppurée chronique dont voici une observation qui nous fera voir et les symptômes et les réactions du laboratoire.

OBSERVATION No 1

(Mastoïdite chronique droite)

Monsieur A. J., 29 ans, entre à l'hôpital le 23 juin 1936.

Maladie actuelle: se présente pour des douleurs à la mastoïde droite. Il souffre d'otorrhée chronique depuis son bas âge.

La température est de 99°.

A l'examen de son oreille droite on note de la surdité, un écoulement fétide jaune-verdâtre, et de l'ostéite de la caisse avec odeur.

Antécédents personnels: Rougeole ainsi que scarlatine à 4 ans.

Antécédents héréditaires: Rien à noter.

Les différents systèmes ne présentent rien de particulier.

Numération globulaire et formule leucocytaire: Globules blancs: 11718; polynucléaires neutrophyles: 72%.

Urines: normales.

Opération: On remarque à l'opération l'éburnation de la table externe de l'apophyse mastoïde tandis que les cellules pneumatiques ont été rongées par la suppuration chronique. Evidement pétro-mastoïdien.

Départ: Le 30 juin 1936, guéri.

Remarquons dans cette observation: l'âge du malade, l'origine scarlatineuse à 4 ans, l'otorrhée chronique, l'évolution insidieuse de la mastoïdite chronique et la très faible réaction leucocytaire.

Radiographie et examen cytologique: La radiographie des mastoïdes pourra nous renseigner sur la transparence ou l'opacité de l'une ou des deux mastoïdes. De même l'examen cytologique nous éclairera sur la défense de l'organisme contre l'envahissement microbien.

Selon Sébilleau, la numération passe très souvent de 8000 à 15000 avec 75% de polynucléaires dans les mastoï-

dites et les abcès encéphaliques. Dans les affections plus graves, la formule varie de 20000 à 30000 avec 90% à 95% de polynucléaires et dans les cas très graves, presque fatalement mortels on compte de 30000 à 40000 leucocytes avec 95% de polynucléaires.

Traitement: Le traitement consiste dans l'anthrotomie ou l'évidement pétro-mastoïdien suivant la destruction des osselets et le degré d'audition restant.

Diagnostic différentiel: La *périostite rétro-auriculaire* par son oedème, sa tuméfaction et sa rougeur pourra simuler une mastoïdite.

On remarquera cependant que l'audition n'est pas complètement abolie et l'incision de Wilde avec curettage du foyer aura tôt fait de faire disparaître les symptômes.

L'ostéo-myélite envahissante du crâne, d'origine otitique, est encore possible, quoique moins fréquente que celle de l'empyème sinuso-frontal.

Le processus infectieux s'infiltré alors entre la table externe et la table interne de l'os, en plein diploé, par les canaux de Breschet. Quelquefois elle affecte la forme dite bondissante, décrite par Luc. Elle est caractérisée par une succession de petits abcès sous périostés ou s'ouvrant dans la cavité crânienne. On note comme symptômes de la fièvre élevée, des frissons, un état de septicémie causée la plupart du temps par le streptocoque.

Traitement: Le traitement se fait par l'ouverture et le curettage, le drainage tout en se rappelant que dans certains cas la marche de l'affection est très lente, au point que le Docteur Saint Clair Thompson ne considérerait ces malades comme guéris qu'après un délai de 15 mois écoulés à partir de la cicatrisation du dernier foyer.

Abcès extra-dural: Une autre complication de la mastoïdite est celle de l'abcès extra-dural.

L'empyème mastoïdien ne trouvant pas de voie facile pour son extériorisation vers l'aditus ad antrum ou vers la paroi externe de l'apophyse mastoïde s'est dirigé du côté de l'endocrâne où il rencontre les méninges qui s'opposent à l'envahissement. A ce moment l'abcès est dit extra-dural.

Symptômes: Peu de symptômes révéleront sa présence, quelquefois des vertiges, des nausées, des vomissements et une température élevée, mais passagère. La céphalée est plus constante, mais elle est vague, localisée d'un côté de l'hémi-crâne, sans précision. La plupart du temps la découverte de l'abcès se fait au moment de l'opération du foyer primitif en cause, c'est-à-dire de la mastoïdite.

Thrombo-phlébite des sinus latéraux:

Les sinus du crâne sont des veines plus au moins volumineuses et de forme variée qui ont pour rôle de collecter le sang veineux de l'endocrâne pour le transporter aux poumons et assurer son oxygénation.

Parmi les sinus qui peuvent être affectés par l'empyème mastoïdien citons: les sinus latéraux, le sinus longitudinal supérieur, les sinus caverneux et les pétreux supérieurs et inférieurs.

L'infection la plus fréquente est bien celle des sinus latéraux qui peut se compliquer de l'infection des autres sinus. Elle se produit par l'attaque de la coque du sinus par le processus suppurant, ostéite nécrosante ou suppuration cholestéatomateuse produisant à un premier degré de la périphlébite et puis passant à l'endo-phlébite suivie d'une thrombose oblitérante ou non.

Symptômes: Le début est brusque et bruyant. La douleur est localisée à la région mastoïdienne et sinusale, accompagnée de vomissements. On note des frissons intenses avec élévation de la température à 102, 103, 104 degrés. Elle s'élève en clocher et retombe à la normale après que

le malade a passé par un stade de chaleur intense suivie de sueurs profuses.

L'état général est souvent atteint: teint sub-ictérique, facies abattu, langue blanche et visqueuse.

On rencontre quelquefois chez l'enfant une forme à température à peu près continue avec apparition de taches rosées lenticulaires sur l'abdomen faisant croire à une infection dothientérique.

Complications: Des complications peuvent se manifester par extension du processus thrombosant vers le sinus longitudinal supérieur, congestionnant les veines du cuir chevelu et donnant un aspect de tête de Méduse, selon Lermoyer.

Sinus caverneux: L'infection peut gagner le sinus caverneux par son anastomose avec le sinus latéral par le sinus pétreux supérieur. On remarque alors des troubles oculaires se manifestant par des douleurs névralgiformes et des paralysies oculaires.

Jugulaire interne: Du côté de la jugulaire interne, on remarque soit un affaissement de la jugulaire externe, soit du gonflement, suivant la région thrombosée.

Veine ophtalmique: La thrombose de la veine ophtalmique se manifestera par de l'exophtalmie, accompagnée d'oedème des paupières et de la partie inférieure du front.

Fond de l'oeil: L'examen du fond de l'oeil nous fera constater soit une turgescence ou une tortuosité des veines rétiniennes ou une névrite optique.

Trou déchiré postérieur: Le nerf qui paraît le plus intéressé dans la thrombose située au trou déchiré postérieur est le pneumogastrique, qui, suivant sa compression ou son irritation, donnera comme symptômes: de la dyspnée, des troubles vocaux, du ralentissement du pouls.

Complications viscérales et périphériques: Des particules septiques, se détachant du caillot ou trombus pourront créer des métastases encéphaliques sous forme d'abcès cérébral ou cérébelleux.

Du côté des poumons, nous remarquons des petits abcès multiples ou de la pleurésie ou du pneumo-thorax. A la périphérie on note des métastases dans les bourses muqueuses et tendineuses et dans les articulations.

Marche de la maladie: La thrombo-phlébite peut évoluer suivant deux formes cliniques: la forme pyémique ou lente par complications métastatiques et la forme oblitérante par arrêt de la circulation intra-crânienne.

Traitement: Le traitement consiste dans l'ouverture du sinus latéral après avoir fait la ligature de la jugulaire interne suivant que l'on est partisan de cette méthode ou non.

Suivant l'aspect du sinus il sera indiqué de faire la ponction avec une seringue dans les cas douteux. Mais s'il se présentait sous l'aspect d'un cordon jaune-verdâtre, plus ou moins bosselé, comme injecté de suif, il n'y aura pas d'hésitation mais plutôt indication d'en faire l'ouverture et l'extraction du thrombus oblitérant.

Pronostic: La maladie abandonnée à elle-même comporte un pronostic fatal; de la précocité du diagnostic et de l'intervention dépend le sort du malade.

OBSERVATION No 2

Monsieur R. de C., 59 ans, est admis à l'hôpital le 15 décembre 1933.

Maladie actuelle: Le malade se présente pour des troubles de l'estomac datant depuis 2 ou 3 ans.

Antécédents personnels: On note de la coqueluche, de la variole, du rhumatisme, de la pneumonie et de l'otite moyenne suppurée chronique droite.

Système nerveux: Vertiges au lever.

Système digestif: Gaz, douleurs au creux épigastrique.

Circulatoire: P. A. 112/75, bruits cardiaques assourdis.

Température: 99 1/5, descend à la normale.

Jusqu'au 24 janvier le malade est traité pour son estomac.

Opération: A ce moment l'oreille rentre en cause. Une paracentèse pratiquée le 25 janvier semble remettre les choses en place. Température normalë. Le 2 février, ascension de la température à 103° avec frissons. On note de l'empâtement du côté de la jugulaire interne.

La mastoïde est trépanée, la jugulaire suturée et le sinus latéral ouvert et curetté.

Le 16 février, on remarque de l'oedème du cuir chevelu à l'occiput.

Au cours de l'opération nous n'avons pu réussir à atteindre l'extrémité du caillot d'autant plus que le malade manifestait des signes de défaillance.

Mort: Le 9 mars le malade meurt par blocage de la circulation intracrânienne.

Autopsie: Thrombo-phlébite du sinus latéral droit, du pressoir d'Hérophile et du sinus longitudinal supérieur.

Phlébite du golfe de la jugulaire:

Etiologie: Nous avons vu que l'extension du processus pathologique de la thrombo-phlébite du sinus latéral peut causer une phlébite du golfe de la jugulaire interne, mais il existe d'autres causes plus immédiates qui favorisent son infection.

Sa situation immédiate sous le plancher de l'oreille moyenne l'expose aux infections survenant de traumatisme de cette région à l'occasion de paracentèse ou d'ablation de corps étrangers.

Anatomie: Nous appelons golfe de la jugulaire le renflement veineux qui est à l'origine de la veine jugulaire interne, sous le trou déchiré postérieur et faisant suite au sinus latéral.

MacEwen considère ce renflement comme un réservoir nécessaire pour empêcher les phénomènes d'anémie subite

de l'encéphale pendant la diastole cardiaque. Grunert à la suite de Leutert fait remarquer qu'à cause du ralentissement du sang et de la circulation en remous il existe comme un point mort sous le plancher de la caisse, endroit on ne peut plus favorable au développement d'un thrombus.

Symptômes: Les symptômes se manifestent par un début brusque des accidents où l'on rencontre de la septicémie, de l'empâtement du sterno-cleido-mastoïdien, de l'infiltration de la nuque et du creux rétro-maxillaire.

Anatomie pathologique: A l'opération ou à l'autopsie on découvre un dépôt grisâtre, correspondant au point mort.

Traitement: Autrefois on se contentait comme traitement d'ouvrir le sinus latéral et la veine jugulaire interne et de faire passer un courant d'une solution antiseptique, manoeuvre qui n'était pas exempte de dangers. Plus tard Otto Piffle employa la voie trans-tympanique faisant courir beaucoup de risque au facial.

A Grunert revient le mérite d'avoir trouvé une voie trans-mastoïdienne, beaucoup plus sûre et qui, combinée à la suture de la jugulaire interne, donne de meilleurs résultats.

Lepto-méningite:

Définition: C'est l'infection de la membrane la plus profonde.

Fréquence: D'après Korner elle est la complication la moins fréquente et elle apparaît plus souvent dans les cas aigus que chroniques.

Étiologie: Elle suppose que la suppuration a franchi la dure-mère, cependant on la rencontre quelques fois venant par les voies vasculaires.

On note aussi au cours des labyrinthites suppurées une voie toute tracée du vestibule et du limaçon ainsi que par des manoeuvres opératoires.

Autopsie: A l'autopsie nous trouvons des traînées de pus fibrineux et adhésif le long des vaisseaux pie-mériens, un épanchement louche et des signes de ramollissement inflammatoire de l'écorce cérébrale.

Formes: On distingue 3 formes: la forme diffuse d'emblée, la forme limitée, et la forme séreuse.

1° *Diffuse d'emblée*, caractérisée par une diffusion rapide et la mort sans que l'épanchement devienne purulent.

Symptômes: Les symptômes sont brusques et tapageurs, on note de grands frissons et une fièvre élevée.

Evolution: en 3 phases.

a) Phase aiguë: de la céphalée variable accompagnée de photophobie, état vertigineux, de nausées et de vomissements biliaires puis alimentaires.

b) 2me phase: après quelques jours surviennent des paralysies oculaires et des modifications pupillaires, de la raideur de la nuque et des troubles de respiration et du pouls.

c) 3me phase: caractérisée par de la somnolence, précédée de délire ou non et qui dégénère en coma. C'est tout le *tableau méningitique*: ventre en bateau, raie méningée, respiration de Cheyne-Stokes, cris hydro-céphaliques, carphologie, incontinence d'urine, intoxication bulbaire et asphyxie.

Limitées La forme limitée, comme son nom l'indique, se cantonne sur un espace et crée des signes de compression, tout en ayant des symptômes moins accentués.

Séreuse: caractérisée par une tension intra-crânienne. Elle s'accompagne de céphalée, de vertiges, ralentissement du pouls, des vomissements, crises épileptiques (parfois) pouvant être suivies de parésies passagères avec une température plus ou moins normale.

Examen ophtalmoscopique: turgescence de la papille et l'examen du liquide céphalo-rachidien donne un liquide clair sans éléments figurés mais sortant avec une force anormale.

Diagnostic différentiel: est à faire entre la *méningite cérébro-spinale* dans laquelle on note l'épidémicité, la lenteur de l'évolution et la présence du méningocoque dans le liquide céphalo-rachidien.

La *méningite tuberculeuse* se distinguera par les résultats de l'injection au cobaye.

Certaines otites chez les enfants dans lesquelles on rencontre de la céphalée, du vertige et des vomissements. La paracenthèse en fera la restitution *ad integrum*.

L'*abcès encéphalique* qu'on saura reconnaître à l'opération.

Pronostic: La méningite séreuse est la plus curable.

Traitement: Le traitement consistera en des ponctions lombaires répétées, remplaçant le liquide céphalo-rachidien par de l'électrargol à 1% tous les 2 jours. Les jours intercalaires on injecte la même quantité i.e. 10 c.c. dans les veines.

Abcès encéphalique:

L'abcès encéphalique est surtout consécutif aux suppurations chroniques de l'oreille.

Etiologie: Il suppose pour sa formation une lésion de la paroi osseuse et se rencontre le plus souvent dans les suppurations chroniques.

Jansen rapporte dans ses statistiques que sur 2500 otites chroniques il a rencontré 6 abcès encéphaliques, sur 2650 otites aiguës il a rencontré 1 abcès encéphalique.

Causes provocantes: telles que: choc sur le crâne, opérations limitées aux foyers osseux, abcès métastatiques des thrombo-phlébites des sinus.

Anatomie pathologique: A l'autopsie, on trouve souvent des lésions concomitantes de voisinage, telles que: l'abcès extra-dural, la phlébite du sinus latéral et la leptoméningite.

Siège: Suivant le siège de la perforation l'on pourra localiser l'abcès 1° au cervelet dans une perforation du sillon sigmoïdien, 2° au lobe sphénoïdal dans l'ostéite fongueuse du tegmen tympanique, 3° à la protubérance et au pédoncule cérébelleux dans les infections labyrinthiques.

Nombre: L'abcès peut être unique ou multiple ou en succession.

Dimension: De dimension variable et peut même occuper tout un lobe cérébral ou cérébelleux.

Caractère du pus: Le pus que l'on rencontre est épais et bien lié, très fétide, d'aspect crémeux, jaunâtre ou verdâtre avec gaz très odorant.

Compression: Ces abcès encéphaliques peuvent déterminer des compressions suivant le siège, de même qu'ils peuvent s'ouvrir dans les cavités ventriculaires et causer une mort rapide.

Symptômes et évolution: On remarque des symptômes prodromiques se manifestant par une céphalée non localisée, un état général de malaise, langueur, dépérissement et une fièvre vespérale. Quelques jours ou quelques semaines plus tard la céphalée augmente, prend l'aspect migraineux, il existe de la photophobie, un état nauséeux et des vomissements accompagnés de vertiges. La température

est presque normale et l'on a même rencontré des cas d'hypothermie. Le pouls est ralenti et ne correspond pas à la fièvre mais il est fort et régulier avec une respiration calme.

Le malade finit par tomber dans une somnolence progressive. Il est indifférent, répond mal aux questions qu'on lui pose, il marmote des choses inintelligibles et tombe dans le coma.

Symptômes de foyers: En dehors des symptômes subjectifs et objectifs on pourra constater des symptômes de foyers.

Traitement: Le chirurgien, son diagnostic posé, devra se hâter d'intervenir suivant les règles qu'il jugera en rapport au cas qui se présentera.

OBSERVATION No 3

(Mastoïdite chronique double, compliquée d'abcès cérébelleux)

Monsieur G. L., 41 ans, est admis à l'hôpital à 9 h. 30 p.m., le 22 janvier 1936.

Maladie actuelle: Le malade se plaint de douleurs du côté de l'oreille droite depuis les fêtes, écoulement des deux oreilles et de surdité.

Antécédents personnels: Les oreilles ont toujours coulé et il avoue n'avoir jamais consulté.

Symptômes subjectifs: Céphalée fronto-occipitale, douleurs spontanées. Le malade vaque à ses occupations jusqu'au soir.

Symptômes objectifs: Absence des tympans, présence de fongosités au fond de la caisse avec écoulement fétide. On note des douleurs à la pression de la mastoïde droite, la réponse n'est cependant pas constante. Le malade s'étant présenté au commencement de la nuit et paraissant très souffrant, nous prescrivons un calmant et l'examen cytologique du sang: glob. blanc 16250 avec 94% polyn. neutro.

Azotémie: 0 gr. 650%.

Glycémie: 1 gr. 70%.

Le lendemain il demeure inconscient et meurt à 2.30 p.m.

Autopsie: Mastoïdite chronique c. c. A droite fistulisation au cer-velet dont tout l'hémisphère droit est rempli par un abcès, sans réaction des méninges ou du liquide céphalo-rachidien.

Foie et rate en dégénérescence infectieuse.

(A suivre)

CONTRIBUTION A L'ETUDE D'UNE COMPLICATION DE LA CURIETHERAPIE DU CANCER DU COL UTERIN : LA PYOMETRIE

Par E.-P. GRENIER,

Radiumthérapeute de l'Hôtel-Dieu.

Il est universellement reconnu aujourd'hui que les moyens qui donnent les meilleurs résultats dans la lutte contre le cancer sont la chirurgie, le radium, les rayons X et l'électro-coagulation, moyens employés séparément ou conjointement.

La thérapeutique semble vouloir se préciser, se spécialiser, serait-il mieux d'écrire. Ainsi, par exemple, le cancer du corps utérin relève plutôt de la chirurgie et celui des os longs de la radiothérapie, certain cancer de la peau répond bien à l'électro-coagulation et celui du col utérin est un des triomphes du radium, qu'il soit utilisé seul ou combiné à l'exérèse chirurgicale ou à la radiothérapie.

Personne n'ignore plus les beaux résultats obtenus aujourd'hui par le radium dans le traitement du cancer du col utérin. — Je ne m'attarderai donc pas sur les détails de sa technique et l'excellence de ses effets. — Mais il y a parfois une ombre de trop au tableau et je veux en signaler une.

La connaître, c'est déjà presque la faire disparaître. Les cinq observations que je rapporte brièvement soulignent l'apparition d'une complication sérieuse qui entrave les effets de la curiethérapie du cancer du col utérin et en assombrit légèrement les statistiques pourtant encourageantes, je veux parler de la pyométrie.

OBSERVATION I. — Madame R... , 55 ans, traitée à l'Hôtel-Dieu. Elle souffrait d'un cancer du col très envahissant (3e degré).

Radiumthérapie en mars (1929). Le résultat fut magnifique. On notait la disparition des bourgeons et la cicatrisation du col ; l'arrêt des hémorragies était complet ; il n'y avait même pas de leucorrhée. Ce cas fit l'objet d'une clinique aux étudiants.

Malheureusement, la malade faisait toujours un peu de fièvre : 99° F., 99.5° F., 100° F. et se plaignait de douleurs dans le bas-ventre comme à l'approche de ses règles et de constipation. Elle fut soumise aux traitements qui d'ordinaire accompagnent l'application du radium.

Sur les entrefaites, je m'absentai une dizaine de jours. A mon retour, j'appris que la patiente fut prise une nuit de douleurs violentes et mourut très rapidement d'oedème aigu du poumon, diagnostic confirmé à l'autopsie, qui montra également la présence d'une assez forte pyométrie.



Fig. 1

Coupe sagittale d'un utérus avec col cancéreux drainé par une sonde Malécot à quatre fenêtres après curiethérapie.

OBSERVATION II. — Madame M., 52 ans, traitée en 1931 à l'Hôtel-Dieu. Cancer du col utérin très grave confirmé par la biopsie. Lors de l'intervention, je constatai, en retirant l'hystéromètre, l'apparition d'un filet de pus blanchâtre qui longeant l'orifice extrême du col, envahissait le fond du vagin. L'utérus était en rétroversion. Fait à noter, la malade faisait alors un peu de température. Je dilatai le col et désinfectai la cavité utérine, puis j'appliquai le radium dans l'utérus et le vagin.

La température devint normale à la fin du traitement. Trois ou quatre jours après l'enlèvement des tubes radifères, la température remonta. La patiente se plaignait de violentes douleurs abdominales. Malgré tous les moyens énergiques employés, la péritonite s'installa et la malade mourut dans les quinze jours qui suivirent. Pas d'autopsie.

OBSERVATION III. — Madame F., 42 ans, traitée à l'Hôtel-Dieu se présenta pour ménorragies et métrorragies, sans douleur. À l'examen, on constate un col utérin en chou-fleur saignant facilement, un corps utérin un peu augmenté, mais mobile. Traitée le 19 janvier 1935. Sonde et colpostat: 62.8 millicuries détruits en 96 heures.

Cinq jours après la fin du traitement, je fis un toucher vaginal, parce que la patiente se plaignait de douleurs. L'utérus était encore gros et sensible, mais le ventre était souple. Il y avait un peu de température. Deux jours plus tard la malade fut isolée, car elle avait crié de douleurs pendant la nuit malgré les calmants.

Je la trouvai sidérée avec une température à 103° F., un pouls à 130, un abdomen bombé, tendu et excessivement douloureux. Le toucher vaginal me donna tous les signes d'une pelvi-péritonite aiguë.

Le chirurgien, qui m'avait confié la patiente, fut appelé aussitôt; il confirma le diagnostic et proposa un traitement d'attente, ce qui n'empêche que quelques jours plus tard, il dut faire une colpotomie qui donna libre cours à un flot de pus fétide qui finit par tarir avec le drainage.

La patiente survécut, mais elle traîna; il y eut récédive et elle mourut de cachexie cancéreuse, huit mois plus tard.

OBSERVATION IV. — Madame M. A., 60 ans, traitée à l'Hôtel-Dieu. Vagin très rétréci, col petit, bourgeonnant, saignant facilement, peu mobile — Cancer du col utérin du 2e degré.

A l'intervention, issue de pus dès l'hystérométrie. Je dilatai alors et drainai pendant dix jours le col et la cavité de l'utérus au moyen de mèches et de douches intra-utérines quotidiennes. Je fis, le 16 mars 1934, la curiethérapie intra-cervicale et utérine, détruisant 33.6 millicuries en 144 heures. La patiente se rétablit vite et quitta l'hôpital peu après. Elle m'avait promis de se présenter à la consultation six semaines après la fin du traitement; mais comme tout allait bien, elle ne crut pas revenir. Mal lui en prit, car un jour prise de douleurs abdominales excessivement violentes, elle se crut à l'article de la mort et me fit appeler d'urgence à son chevet. Comme elle demeurait assez loin, je prescrivis par téléphone l'application d'un sac de glace, l'absorption d'un bon verre de cognac et je recommandai une douche vaginale chaude. Dès mon

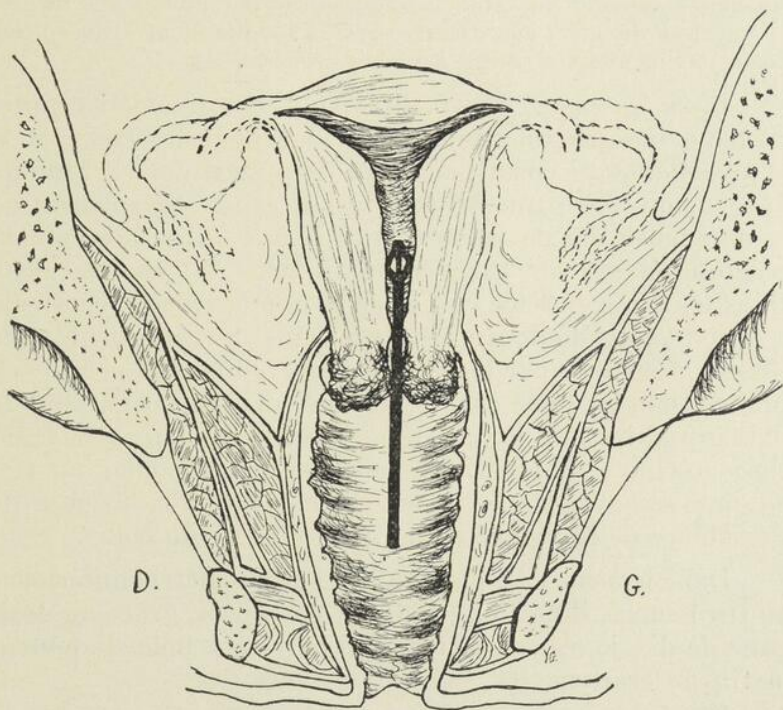


Fig. 2

Coupe de face du même utérus.

arrivée chez elle, je vis aussitôt que les choses avaient changé. J'allai voir la patiente: « Ça va mieux », me dit-elle, « mais j'ai bien cru mourir, je n'ai jamais souffert de ma vie comme ça ». Je ne sais pas si le traitement y fut pour beaucoup, mais une grosse quantité de pus suivit la douche, pus sanguinolent et excessivement fétide. La même chose se reproduisit en moindre importance encore deux fois, à deux ou trois mois d'intervalle pour ne plus reparaitre. Après la première alerte, je vis la patiente à mon bureau, et je trouvai le canal cervical absolument imperméable. Il y a de cela 5 ans, et la patiente se porte toujours très bien.

OBSERVATION V. — Mme D., traitée à l'hôpital St-Luc, le 11 août 1934; cancer du col utérin 2ème degré avec pyométrie décelée par l'hystérométrie — drainage avant et après la curie-thérapie classique: sonde et colpostat 57.6 millicuries détruits en 120 heures. — guérison depuis 3 ans. Dans ce cas, la biopsie montra un épithélioma pavimenteux stratifié à globes cornés.

Dans les cas 2, 4 et 5, il existait une pyométrie antérieure à la curie-thérapie, tandis que pour les cas 1 et 3, la pyométrie se constitua après l'application du radium. Je crois que ces pyométries ont pour cause l'accolement de la muqueuse, dû en même temps à la contraction et à la réaction qui suivent l'irradiation interne du canal cervical. Dans les 2ème et 3ème cas, je crois que la sténose cervicale a résisté aux douloureuses tranchées de l'utérus et que l'issue s'est faite par les trompes provoquant la pelvi-péritonite. Dans le 4ème cas, la sténose cervicale céda, pour le plus grand bien de la patiente, sous le pression de la tranchée utérine et à répétition pour laisser s'écouler un flot de pus sanguinolent et excessivement fétide, preuve de l'existence de la pyométrie et de la sténose du col.

Dans le 5ème cas, bien qu'il y eut pyométrie antérieure au traitement, il ne s'en produisit pas après, grâce au drainage de dix jours consécutifs qui suivirent immédiatement la fin du traitement.

Plusieurs traitements sont faits afin de prévenir la formation d'une pyométrie concomitante et consécutive à la curiethérapie du cancer du col utérin; une désinfection

vaginale et cervicale minutieuse par antiseptiques, vaccins, etc.; un renouvellement quotidien de l'application du radium; l'usage de mèches goménolées pendant et après le traitement; des douches vaginales etc. Et je crois qu'on évitera la pyométrie consécutive au traitement par le drainage immédiatement après avoir enlevé la sonde porte-radium. Aussitôt que le tamponnement vaginal est enlevé, que le colpostat aura été retiré, je fais un nettoyage aseptique du fond du vagin et du col irradiés. J'enlève la sonde sous le spéculum et je la remplace immédiatement par une málécot no 18 ou 20; mèches vaginales gomenolées pour le 1er jour, puis je fais daucher la patiente deux fois par jour et j'enlève la sonde ordinairement le dixième jour, alors qu'une bonne partie de la réaction sera passée, que le canal aura été maintenu dilaté et que tout danger de sténose sera pratiquement disparu. Depuis trois ans que j'ai commencé cette technique, je l'ai systématiquement employée chez toutes les patientes qui ont eu du radium intra-cervical et je n'ai plus eu, que je sache, ni sténose ni pyométrie.

BIBLIOGRAPHIE:

- REGAUD: Traitement des cancers du col de l'utérus par les radiations. Idées sommaires des méthodes et des résultats. Indications thérapeutiques, 1926, 1 vol. Imprimerie Médicale et Scientifique, Bruxelles.
- M. MAURICE BORDIER: A propos d'une volumineuse hydro-pyométrie post-curiothérapique. Bulletin du cancer, janvier 1935.
- M. TH. NOGIER (Lyon): Du danger de la pyométrie dans les applications de radium. Comment l'éviter. Bulletin, Mémoires de la Société de Radiologie Médicale de France, année 25 — No. 242, Oct. 1937.

L'ANESTHÉSIE AU CYCLO-PROPANE PRÉSENTE-ELLE UN CHAMP OPÉRATOIRE PLUS SANGlant ?

Par LÉON LONGTIN,

Anesthésiste bénévole à l'Hôtel-Dieu

Nous croyons qu'il faudrait répondre affirmativement à cette question pour traduire l'impression du plus grand nombre des chirurgiens et même d'un bon nombre d'anesthésistes. Mais voyons plutôt ce qui existe en réalité.

Un anesthésique inhalé ne peut agir sur la circulation et offrir un champ opératoire plus sanglant que par l'un des processus suivants : — 1. en augmentant la pression artérielle ; 2. en produisant une vasodilatation et nous aurions alors une chute de pression artérielle ; 3. en modifiant la coagulabilité sanguine : augmentant ainsi les temps de coagulation et de saignement.

Or, nous avons vérifié, et bien d'autres l'ont fait sans doute, que durant l'anesthésie au cyclopropane, les modifications de la pression artérielle, quand il en existe, sont réduites à quelques cm.³ de mercure, tantôt en plus, tantôt en moins. Des modifications semblables de la pression artérielle s'observent avec les autres anesthésiques, quels qu'ils soient, et, par conséquent, nous ne saurions incriminer ces changements de pression artérielle s'il existe des hémorragies plus abondantes dans le champ opératoire durant l'anesthésie au cyclopropane. Il faudrait donc chercher dans le troisième processus s'il y a de quoi justifier ou infirmer cette impression.

Avec le concours indispensable du laboratoire de l'hôpital dont la collaboration nous a été gracieusement offerte par le docteur P. P. Gauthier et son personnel à qui nous

adressons nos plus sincères remerciements, nous avons fait, avant, pendant et après des anesthésies au cyclopropane, des temps de coagulation et des temps de saignement en série.

Les sujets soumis à cette épreuve ont été pris indifféremment dans les deux sexes entre 20 et 50 ans. Les opérations subies ont été des plus variées. Le sang a été prélevé au moins une heure avant l'opération pour la première épreuve, au moins quinze minutes après le début de l'anesthésie pour la deuxième épreuve et au moins deux heures après la fin de l'anesthésie pour la troisième épreuve.

Et voici les résultats obtenus : —

GENRE D'OPERATIONS	AVANT		PENDANT		APRES	
	T. de saig.	T. de coag.	T. de saig.	T. de coag.	T. de saig.	T. de coag.
Kyste tendineux du creux poplité	47s.	10m.45s.	32s.	6m.	22s.	7m.49s.
Ovariectomie	35s.	8m.	37s.	10m.18s.	32s.	9m.40s.
Abcès multiples du foie	45s.	8m.18s.	55s.	10m.25s.	37s.	6m.30s.
Costotomie	45s.	7m.48s.	35s.	14m.	45s.	7m.35s.
Hystérectomie	56s.	8m.19s.	40s.	12m.15s.	52s.	12m.16s.

« le fait de provoquer une hémorragie modifie certainement le temps de coagulation » ; et d'autres ajouteront même : — « les différentes phases que vit le patient au moment où il doit être opéré influent sur son psychisme et son temps de coagulation peut varier ; » d'autres enfin diront : « il n'y a pas de relation de cause à effet entre l'anesthésique qui, dans l'occurrence, est le cyclopropane et les modifications

Après un examen sommaire de ce tableau, nous retenons que, dans 80% des cas, le temps de coagulation durant l'opération est plus long et nous pourrions conclure positivement c'est-à-dire que cette impression que le champ opératoire est plus sanglant est bien vraie.

Mais voyons les objections qui s'élèvent : Les uns diront : — « Le fait de causer un traumatisme quelconque peut modifier le temps de coagulation » ; les autres : —

du temps de coagulation. » Ce sont là en effet autant de gens qui ont raison et autant de causes d'erreur qui nous empêchent de conclure catégoriquement en consultant ce tableau.

Mais comment éliminer ces causes d'erreurs et en venir à une conclusion plus certaine? Impossible? — Pas tout à fait. Au lieu d'éliminer ces différents facteurs; traumatisme, hémorragie, psychisme, nous les avons conservés tous et nous avons modifié le dernier facteur: au lieu du cyclopropane, nous avons employé l'éther et, dans les mêmes circonstances, nous avons fait les mêmes épreuves. L'anesthésie a été faite comme nous la faisons tous les jours à l'hôpital: un peu de chlorure d'éthyle au début; plus tard une vingtaine de cc. de « mixture »: une partie de chloroforme et deux parties d'éther et ensuite de l'éther pur tout le temps de l'opération.

Puis voici les résultats obtenus: —

GENRE D'OPERATIONS	AVANT		PENDANT		APRES	
	T. de saig.	T. de coag.	T. de saig.	T. de coag.	T. de saig.	T. de coag.
Cure de hernie	1m.12s.	7m.33s.	45s.	8m.39s.	29s.	8m.16s.
Cure de varicocèle	50s.	8m.29s.	1m. 3s.	12m.58s.	37s.	11m.18s.
Autoplastie cutanée	50s.	8m.	41s.	14m.27s.	12s.	9m. 2s.
Hystérectomie	35s.	6m.38s.	48s.	11m. 5s.	36s.	6m.25s.
Cholécystectomie	57s.	9m.	52s.	10m.57s.	1m.35s.	7m.57s.

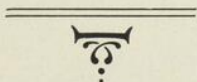
Dans ce tableau, nous avons, dans 100% des cas, une augmentation du temps de coagulation pendant l'opération et des modifications du temps de saignement semblables à celles de l'autre tableau au même temps de l'expérience. Maintenant, à mon avis, nous pouvons, avec plus d'assurance, en venir à une conclusion.

Dans les deux séries d'expérience, le seul facteur changé a été l'anesthésique employé, et, pour un cas, l'anesthésiste. Les résultats obtenus sont presque superposables à l'exception d'un cas où il s'agissait d'une opération mineure. Donc, nous ne pouvons pas affirmer que le cyclo-

propane, comme anesthésique, présente un champ opératoire plus sanglant que l'éther, employé à la même fin, et que n'importe quel autre anesthésique probablement. C'est ce que nous voulions démontrer, du moins par les processus que nous avons énuméré au début.

Mais cela ne donne pas la part que peut avoir l'anesthésique dans les modifications du temps de coagulation, ce que nous réalisons avec tous. Pour résoudre ce problème, il aurait fallu soumettre à l'anesthésie des sujets que nous n'aurions pas opérés, ce que nous n'avons pas fait faute de volontaires.

Cependant, qu'ils soient dus au traumatisme, à l'hémorragie provoquée ou au psychisme changé par l'opération ou à quelle qu'autre cause que nous ignorons, les changements du temps de coagulation et du temps de saignement durant l'opération demeurent un fait acquis qui peut avoir une utilité pratique. Ainsi, l'anesthésiste, en préparant son malade pour l'opération se rappellera ce fait, surtout s'il s'agit d'opérations traumatisantes ou de longue durée, ou encore s'il s'agit d'opérations où le chirurgien ne peut faire de ligatures: polypes des cordes vocales, polypes de la vessie par fulguration trans-urétrale ou résection trans-urétrale de la prostate. L'administration de coagulants devient alors prudente sinon indiquée avant ces opérations.



ROBERT SABOURAUD

J'avais eu l'honneur de suivre ses cliniques, il y a dix ans, et il y a quelques semaines à peine, je le retrouvai à son laboratoire, où il se rendait encore régulièrement, à neuf heures précises.

De tous mes confrères canadiens, j'aurai été le dernier à lui serrer la main; aussi ai-je tenu à lui rendre un humble témoignage de reconnaissance.

De tous les maîtres du temps, que j'avais eu l'avantage de connaître, plusieurs sont morts malheureusement toujours trop jeunes, tels Jeanselme, Louste, Lortat-Jacob, Ravaut; d'autres ont atteint la limite d'âge comme Hudelo et Milian, tout en demeurant en excellente santé. Mais Sabouraud était le seul, qui n'avait pas changé.

Crâne dégarni depuis presque toujours — léger vestige de cheveux blanchis, sur l'occiput — visage frais, bien rasé — yeux petits, très vifs, pétillants — lèvres bien taillées, faites pour rire du coin: figure qui respire le caractère et l'intelligence; cou bref — fortes épaules, légèrement voûtées; de taille moyenne, plutôt court.

Tel était au physique Sabouraud; un ensemble imposant. On avait l'impression très nette, que ce n'était pas le premier venu, qui nous regardait ainsi, droit dans les yeux.

La calvitie du Professeur Sabouraud était un sujet d'humour traditionnel. Lui-même, ne manquait pas de rassurer les malades qui venaient le consulter sur la perte de leurs cheveux.

« Je ne peux pas vous donner mes cheveux en exemple. Mais il faut que vous sachiez qu'il n'y a pas que des incurables chez les chauves. »

Modeste de geste comme de sa personne, Sabouraud était en plus un grand artiste au sens propre du mot, occupant tous ses loisirs à la peinture, à la sculpture et au violon.

Il a beaucoup publié.

Pour mieux comprendre la valeur de son oeuvre, il faut remonter jusqu'à Alibert. — Ecoutez ce qu'il a écrit lui-même dans une de ses préfaces.

« Jusque dans l'oeuvre d'Alibert, on retrouve les mêmes affections du visage et du cuir chevelu, présentées sous des noms différents, ce qui est absurde.

Jusqu'à la fin du siècle dernier, l'absence de toute étude monographique avait laissé le sujet dans la plus extrême confusion, et peut-être pourrait-on dire que, dans l'ensemble de la dermatologie, c'est lui qui a le plus bénéficié des recherches modernes. — Dans l'opinion médicale commune cependant, les affections du cuir chevelu sont encore des plus mal connues; je ne prétends pas dissiper toutes les obscurités qu'elles gardent; elles en garderont de quoi exercer la sagacité de nos successeurs.

Aussi aurai-je fini de mettre au point¹ du mieux qu'il m'aura été possible, les résultats d'études auxquelles je me suis exclusivement consacré depuis plus de 30 ans. »

Parmi ses travaux de prédilection on peut citer en particulier les études sur les teignes et leur traitement.

Mais ces soucis esthétiques ne l'empêchaient pas de rester fidèle à la grande tradition de l'Ecole St-Louis et de s'attacher à la guérison des maladies spécifiques.

Son érudition étendue lui permettait de ne pas découvrir le connu mais d'absorber l'inconnu sans embarras et d'en comprendre les aspects.

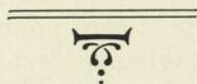
¹ Traité des maladies du cuir chevelu, 5 volumes.

Il ne fut pas seulement un professeur éminent mais un véritable chef d'école, dont les nombreux élèves distribués en France, aux Colonies, à l'étranger et même au Canada se réclament de lui.

En lui disparaît une figure très pure de la vieille école classique française, un dermatologiste complet, un des plus représentants de son temps pour ne pas dire davantage.

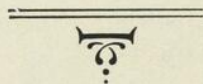
Au moment de sa mort, Sabouraud était directeur honoraire du laboratoire municipal de l'Hôpital St-Louis.

PAUL POIRIER



NOTE DE LA RÉDACTION

Il nous fait plaisir d'annoncer à nos lecteurs la nomination toute récente de M. le docteur Paul Poirier, chef du Service de dermato-syphiligraphie de l'Hôtel-Dieu comme membre correspondant-étranger de la Société de Dermatology et de Syphiligraphie de Paris.



RÉORGANISATION DU SERVICE D'ÉLECTRO- RADIOLOGIE DE L'HÔTEL-DIEU

Par LÉO PARISEAU.

« Les absents ont toujours tort », paraît-il. Or votre serviteur s'est absenté pendant près d'un an des lieux qu'il fréquentait depuis si longtemps. C'est dire qu'il doit maintenant avoir raison un peu moins souvent qu'autrefois. Aussi bien lui permettra-t-on, ne serait-ce que pour mettre fin à certaines rumeurs, d'expliquer pourquoi il a pris une décision grosse de conséquences.

Les paragraphes suivants, extraits d'une lettre adressée le 8 janvier à la Supérieure, motivent pleinement une retraite que d'aucuns voudraient bien expliquer à leur manière :

Ma révérende Mère,

Comme vous savez, l'année qui vient de finir n'a pas été bonne pour moi. Au cours du mois de janvier 1937, un ulcère cornéen que j'endurais depuis plusieurs semaines s'étant perforé, la chambre antérieure de mon oeil droit s'est vidée. Il est vrai que la cicatrisation s'est opérée depuis, mais en dépit de prédictions optimistes il est maintenant évident que la vision nette, de ce côté, est à jamais perdue. — Autant dire que je ne puis plus interpréter les radiographies stéréoscopiques (ce travail présupposant une bonne vision binoculaire), et que je dois m'abstenir de faire de la radioscopie sous peine de mettre en péril l'oeil qui me reste.

A peine sorti de cette première épreuve déjà bien grave, je me suis vu affligé d'une maladie étrange qui a fait de

moi un objet de curiosité pour la Faculté. On m'a promené de clinique en clinique, et de très nombreux confrères ont pu entendre au stéthoscope les bruits terribles qui ont résonné dans ma tête durant de trop longs mois. Les uns les ont attribués à un anévrysme artério-veineux de la région rétro-mastoïdienne; d'autres ont cru à une compression de l'artère occipitale par des ganglions malades; on a même parlé d'une tumeur du tubercule carotidien.*

Quoi qu'il en soit, à la suite semble-t-il d'une séance de radiothérapie, les bruits ont disparu, et je puis espérer que le vaisseau malade ou comprimé est maintenant définitivement oblitéré. Mais je dois vous avouer que l'insomnie qu'il m'a fallu subir pendant des mois m'a complètement épuisé. Au point que je commence seulement à me remettre et m'estime très heureux de n'avoir pas sombré dans l'hypochondrie.

Ma vieille diverticulite du colon se rappelle à moi sans cesse et, s'il est vrai que je n'ai plus les hémorragies abondantes qui m'ont forcé à m'absenter plusieurs fois au cours de l'année 1936, il n'en reste pas moins que cette infirmité persistante m'interdit tout travail soutenu.

Enfin, pour compléter ce tableau déjà très poussé au noir, je dois vous dire que la radiodermite dont je souffre, à l'instar de presque tous les pionniers du métier, s'est beaucoup aggravée (...)

Pour toutes ces raisons je ne puis conserver la direction du service qui me fut confié en 1919. (...) Ayant mûre-

* Les rares profanes qui liront cet article auraient tort de ricaner devant ces divergences d'opinion. Plusieurs maladies fort différentes peuvent présenter le même syndrome. Et puis, n'est-ce pas ? l'opération aurait apporté tout à la fois le diagnostic et la cure. MM. les chirurgiens voudront bien me pardonner le fait de m'être contenté d'une guérison.

ment réfléchi, je me résous à vous remettre ma démission. J'hésiterais peut-être encore à le faire si je n'avais, après plusieurs tentatives infructueuses d'embaucher un second assistant, enfin trouvé un homme capable d'être un véritable remplaçant. J'ai nommé le docteur Albert Jutras.

Bien entendu je ne confie aux lecteurs du journal que les renseignements qui permettront à mes amis d'abattre certains canards. Et c'est dans le même but que je prends la liberté de citer textuellement quelques mots de la réponse que je recevais le 11 janvier :

« Forcée d'accepter votre démission, eu égard aux circonstances, je vous souhaite, en vous remerciant au nom de la Communauté, que le repos relatif dont vous jouirez vous rende assez de force pour continuer à servir l'Hôtel-Dieu en qualité de radiologiste consultant, et être utile à toutes les causes auxquelles vous vous intéressez. »

Soeur Rivard, supérieure.

Tout ce qui précède se passe de commentaires. Je me permettrai cependant quelques remarques destinées à justifier davantage le geste que je viens de faire.

Et d'abord, il va sans dire que je n'ai aucune prétention à figurer parmi les grands martyrs de la Radiologie. J'admire trop ces maîtres, morts ou vivants, pour me comparer à eux. N'était des maladies et infirmités surajoutées à mes petites misères professionnelles, je me croirais obligé de rester à mon poste, tant l'exemple donné par les pionniers est digne d'être suivi jusqu'au bout. Mais j'ose espérer que tout ce qui m'arrive m'autorise à porter ailleurs mes énergies décroissantes, sans avoir à craindre que l'on crie à la désertion.

Et puis, s'il est vrai que je pars assez longtemps avant d'avoir atteint la soixantaine, l'on voudra bien se souvenir que j'ai eu soin de confier ma succession à un jeune homme fort capable de me remplacer avantageusement.

C'est que le docteur Jutras a fait de fortes études, qu'il a de l'expérience, et que ses nombreux travaux lui ont d'ores et déjà valu une réputation enviable. En moins de deux mois, il a triomphalement fait ses preuves chez nous, et j'écoute avec grand plaisir tous mes anciens collègues louer mon discernement. Car c'est bien moi qui ai choisi cet homme. Lui-même l'atteste dans une lettre qu'il m'autorise à citer :

« En premier lieu, il importe que je reconnaisse formellement que je vous dois ma situation actuelle. Les Religieuses de l'Hôtel-Dieu m'ont accueilli avec bienveillance et confiance parce que vous m'avez présenté à elles comme pouvant répondre aux besoins de leur hôpital. Les médecins au courant des pourparlers n'ont fait que des commentaires. Si aujourd'hui je suis radiologiste à l'Hôtel-Dieu c'est parce que vous l'avez voulu ».

Voilà qui est clair. Il me reste à dire que le docteur Langlois, dont les longs services devaient lui garantir certains droits, a vu respecter pleinement ses droits. Il administrera le service d'Electroradiologie au même rang que son nouveau collègue et séparera avec lui, à parts égales, les profits éventuels. Ainsi en a-t-on décidé, sur ma recommandation.

Quant à moi, je reste à l'Hôtel-Dieu avec un titre qui m'honore beaucoup sans trop m'obliger, car j'ai préféré ne pas accepter un salaire, pour des raisons qui ne seront fournies qu'aux médecins de la maison, en temps et lieu. Les Religieuses ont bien voulu m'assurer la pleine et entière jouissance de l'une des plus belles pièces du corridor, afin que je puisse y liquider mes affaires et y poursuivre certaines recherches scientifiques projetées depuis longtemps. La chambre que j'occupe désormais porte le numéro 13. N'étant pas superstitieux je veux croire qu'il en sortira quelque chose avant longtemps.

Il est question de renouveler une partie du matériel de notre service. La Direction de l'hôpital m'a prié d'agir comme conseiller technique au moment des achats. Les lecteurs du Journal seront avisés des améliorations qui auront été réalisées.



LES TROUBLES RESPIRATOIRES

tels que pneumonies, bronchites, laryngites, amygdalites, sont toujours utilement traités par la chaleur humide prolongée. Mais il est peu de modes d'applications de la chaleur qui soient satisfaisants et susceptibles de se maintenir pendant quelques heures sans incidents qu'il importe, dans l'intérêt du malade, d'éviter. Les cataplasmes de graine de lin, par exemple, et autres similaires, se refroidissent vite et exigent de fréquents renouvellements, ceux-ci étant de nature à fatiguer, sinon à épuiser le patient. En outre, il ne faut pas oublier leur action destructive sur les tissus.

Il existe, toutefois, dans l'arsenal thérapeutique, un mode d'application de la chaleur humide prolongée, soit: *l'Antiphlogistine* — produit ne comportant aucun des inconvénients précités. Dans le traitement des pneumonies et des bronchites, ce glycéroplasma est d'une valeur inestimable, étant donnée son action thermique de longue durée. En fait, un enveloppement d'Antiphlogistine ne sera renouvelé qu'au bout de 24 heures, sans crainte de refroidissement pour la pâte, et sans danger de réaction cutanée par macération. Il importe de signaler ces avantages au point de vue du confort du patient; au point de vue, également, de l'intérêt, pour l'infirmière, que représentent ces 24 heures de répit, qu'elle voudra consacrer soit à un repos bien mérité, soit à tout autre devoir de sa charge.

Le médecin qui a recours à l'Antiphlogistine — aux propriétés hygroscopiques et thérapeutiques remarquables de ce produit — peut être persuadé qu'il a procuré à son patient la meilleure des médications que le laboratoire scientifique puisse offrir pour l'application de la chaleur humide prolongée.

(Communiqué)

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
CONCOURS CASGRAIN-CHARBONNEAU

La Maison Casgrain-Charbonneau offre :

Premièrement, « un prix de \$500 à être attribué, chaque année, au meilleur travail, — recherche ou amélioration scientifique, — se rapportant à la médecine, à la pharmacie, à la dentisterie, à la chimie ou biochimie; — ce qui comprend toute découverte médicale ou pharmaceutique, toute amélioration importante de traitement médical ou d'opération chirurgicale, toute découverte scientifique d'ordre médical. »

Deuxièmement, « la Maison Casgrain-Charbonneau met à la disposition des chercheurs une somme de \$1,000. Il s'agit d'encourager les travailleurs qui, dans les domaines scientifiques et médicaux ci-haut mentionnés, ont obtenu déjà des résultats probants, mais dont les ressources insuffisantes entravent les recherches. »

1° Peuvent prendre part aux deux concours : les *Diplômés de l'Université de Montréal*.

2° Pour le premier concours, les travaux devront être envoyés au Recteur de l'Université, d'ici le *1er mai 1938*.

3° Ces travaux devront être inédits.

4° Pour le second concours, les demandes de secours, bien motivées, devront être adressées au *Recteur*, d'ici le *1er mai 1938*.
(Communiqué)

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

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

se trouve chez

J. EDDÉ Limitée, Edifice New Birks, — MONTRÉAL

◆

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

●

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

▼

T É L É P H O N E :
L A n c a s t e r 1 4 2 4

4 3 5 E S T , R U E
L A G A U C H E T I È R E

▲
**R E L I U R E
D ' A R T
F R A N Ç A I S E**

—
R E L I U R E D E L U X E
▼

S P É C I A L I T É :
R e l i u r e d e B i b l i o t h è q u e

M O N T R É A L



L I M I T E E
É m i l e C a r r i è r e , O . D . A d r i e n S e n é c a l , O . D .

CARRIÈRE & SÉNÉCAL

Optométristes-Opticiens à l'Hôtel-Dieu

271 RUE SAINTE-CATHERINE EST, MONTREAL

Tél. L A n c a s t e r 2211-2212

Spécialités:

Ajustement des yeux artificiels

Prescriptions de MM. les Oculistes remplies avec soin.

Tout laine ou falsifiée une étoffe est une étoffe . . .

*Pourtant, si l'on compare, l'authentique est moins cher,
ainsi du lait . . . à prix égal, la qualité JOUBERT
l'emporte haut la main.*

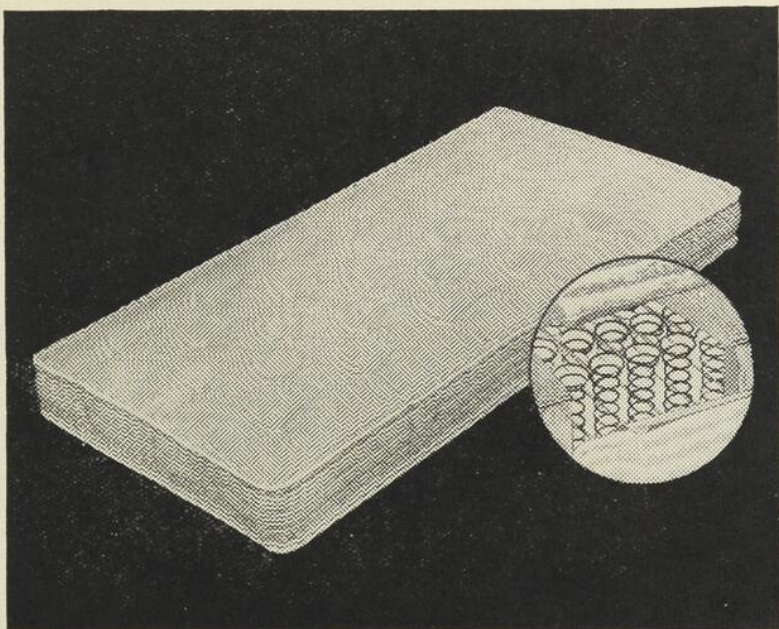
Abaissér le taux de la mortalité
à Montréal, voilà notre ambition.

Pour renseignements
Appelez
FRontenac
3121

J. Joubert
LIMITÉE

Matelas "Deepsleep" Simmons

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



SIMMONS **Lits** - **Sommiers** - **Matelas** - **Oreillers**

Nous célébrons notre

70^{ème} ANNIVERSAIRE

par notre plus grande vente depuis 70 ans. Suivez nos
annonces dans les journaux.

Dupuis Frères
LIMITÉE

MONTRÉAL

FINANCE

ADMINISTRATION

ASSURANCES

Guardian Finance & Investments Co. AGENTS FINANCIERS

*Spécialité : Assurances contre les risques professionnels
Accidents et Maladies - Automobiles*

266 RUE ST-JACQUES OUEST - - - - MONTRÉAL

GASTON RIVET, Gérant.

Tél. MARquette 2587

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

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

Dernière Création de la Prothèse

Prodige de la mécanique moderne

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

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

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

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

J. A. DUCKETT

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

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

MONTREAL

Toutes Grosseurs
D'ANTHRACITES

"WELSH"

"SCOTCH"

et

"SCRANTON"

'bleu'

"Le Marchand Indépendant"

F. H. Phelan

"A la Tonne ou au Char"



MArquette 1279

315, RUE COLBORNE

Charbons
BITUMINEUX

—
HUILE A
CHAUFFAGE

—
COKE

**"VOICI
pour votre
SANTÉ"**



NOURRICES

CONVALESCENTS

**PERSONNES
ÉPUISÉES**

**VICTIMES
D'INSOMNIE**

DAWES CREAM PORTER

CHEZ TOUS LES EPICIERIS LICENCIES

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

Spécialistes dans le transport des malades et des blessés

GEO. VANDELAC LIMITÉE

Fondé en 1890

G. VANDELAC, jr.

ALEX. GOUR

DIRECTEURS DE FUNÉRAILLES
SALONS MORTUAIRES

120 RUE RACHEL EST, - - MONTRÉAL

Tél.: BELair 1717



VOUS SOMMES DÉMÉNAGÉS!

A la suite de l'incendie qui a ravagé nos bureaux et ateliers de la rue Notre-Dame, maintenant nous opérons, en mieux, au No 494 ouest, rue Lagauchetière.

Ça pressait...! Nous étions tellement anxieux de vous assurer un service aussi efficace qu'auparavant.

Thérien Frères, Limitée

IMPRIMEURS - LITHOGRAPHES - GRAVEURS

Tél. HARbour ★5288

494 ouest, rue Lagauchetière

MONTRÉAL

TABLE DES ANNONCEURS

	Page		Page
Abbott Lab.	XIX	Joubert, J. J.	XXIII
Agobyl (lab. du Bismol)	XII	Laboratoire Poulenc	V et Couvert. 2
Antiphlogistine	XIII	Lechasseur Limitée	Couvert. 3
Ass. Jeanne Mance	XVIII	Mallinckrodt Chem.	II
Banque Canadienne Nationale	V	Merck & Co.	Couvert. 4
Bière Dawes	XXVI	Millet, Roux & Cie	IX et XIV
Byrrh	XI	Mowatt & Moore	XVII
Canada Drug	XVIII	Oxygène du Canada (Compagnie)	XIII
Canada Starch	XVII	Phelan, P. H.	XXV
Carrière et Sénécal	XXII	Reliure d'Art Française	XXII
Casgrain & Charbonneau	XV	Rougier Frères	X
Ciba (Compagnie)	III	Schering (Canada)	IV
Cognac Monnet	XXI	Simmons (Lits)	XXIII
Duckett, J. A.	XXV	Soc. d'Administration et de Fiducie	II
Dupuis Frères	XXIV	Soc. d'Expansion Pharmaceutique	VII
Guardian Finance	XXIV	Thérien Frères	XXVII
Herd et Charton	XVI	Vandelac, Georges	XXVII
Hoffman-LaRoche	VI	Victor X-Ray	VIII et IX
Horner Frank W.	XII	Vinant Limitée	I
Hudson-Grenier	XXVIII		

HUDSON-TERRA PLANE

1938

Les pionniers de l'industrie de l'automobile vous donnent la qualité
incontestable du Hudson avec un nouveau produit

Hudson - 112

dans la classe du bas prix

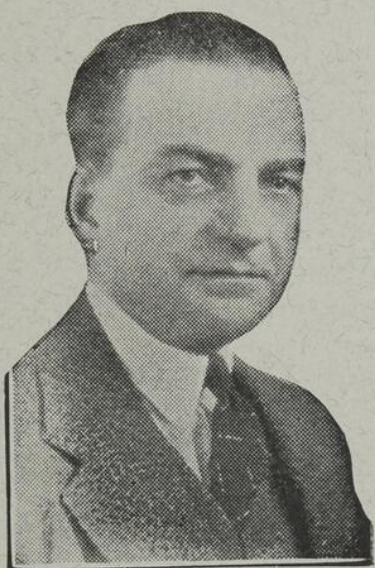
VISITEZ NOTRE SALLE DE MONTRE

Dépositaires:

HUDSON-GRENIER
Motors Limited

1644-1646 RUE STE-CATHERINE OUEST - - Fitzroy 6383

Vous avez besoin d'un nouveau paletot ou habit ?



Monsieur JEAN FORTIER
Gérant

Consultez M. FORTIER,
spécialiste en élégance
masculine.

Et pour former un ensemble de bon goût, nous avons tous les accessoires nécessaires : chemises, cravates, gants, souliers et chapeaux.

Lechasseur, limitée

281 est, rue Ste-Catherine

SÉCURITÉ



Durant le traitement per os des infections génito-urinaires les principales considérations que doit envisager le médecin sont

la SÉCURITÉ et l'EFFICACITÉ

Le Pyridium est reconnu comme un médicament sûr et efficace des infections des voies génito-urinaires.

Le Pyridium, per os, fait rapidement disparaître les signes douloureux de la cystite, de la pyélite, de la prostatite et de l'urétrite, tels que le ténésme vésical, les douleurs lombaires, la pollakiurie et la dysurie.

MERCK & Co. Limited

Fabricants Chimistes

Montréal, P. Q.