

S. G. Chabot inc.
Relieurs - Régleurs
Imprimeurs
34, Côte de la Montagne
QUÉBEC 2, P. Q. "CANADA"

610.650
300L

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
BIBLIOTHÈQUE

VOL. 25 ANNÉE 1958

LAVAL MÉDICAL

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC

Direction
FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC



LAVAL MÉDICAL

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

CONDITIONS DE PUBLICATION. *Laval médical* paraît tous les mois, sauf en juillet et août. Il est l'organe officiel de la *Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec*, et ne publie, dans la section *Bulletin*, que les travaux originaux des membres de cette Société ou les communications faites devant d'autres sociétés à la condition que ces études soient inédites et qu'elles aient été résumées devant la Société médicale des Hôpitaux.

MANUSCRITS. Il est essentiel que, dans les manuscrits, le nom des auteurs cités, dans le texte comme dans la bibliographie, vienne en écriture moulée.

COPIES. Les copies doivent être dactylographiées avec double espace.

CLICHÉS. Pour fins de clichage, nos collaborateurs devront nous fournir des photographies noires sur papier glacé. Les dessins seront faits à l'encre de Chine sur papier blanc.

ABONNEMENT. Le prix de l'abonnement est de cinq dollars par année au Canada et de sept dollars cinquante sous à l'étranger. Les membres de la Société médicale des Hôpitaux universitaires jouissent du privilège d'un abonnement de groupe dont les frais sont soldés par la Société.

TIRÉS A PART. Il seront fournis sur demande au prix de revient. Le nombre des exemplaires désiré devra être indiqué en tête de la copie.

PER
L-37

LAVAL MÉDICAL

VOL. 25 *N° 1* *JANVIER 1958*

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC 1957

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

M. le professeur René Cruchet, de Bordeaux.
M. le professeur Jean Braine, de Paris.
M. le professeur Raoul Kourilsky, de Paris.
M. le professeur Albert Jentzer, de Genève.
M. le professeur Henry L. Bockus, de Philadelphie.
M. le professeur Alexander Brunschwig, de New-York.

COMPOSITION DU BUREAU

Président :	M. le professeur Maurice Giroux.
Vice-président :	M. le professeur Sylvio Leblond.
Secrétaire général :	M. le docteur Charles-A. Martin.
Trésorier :	M. le docteur Grégoire Saint-Arnaud.
Membres :	MM. les professeurs Chs-Auguste Gauthier et René Simard ; MM. les docteurs Arthur Bédard, Jean-Marie Lemieux et Alphonse Pelletier.

MEMBRES ÉMÉRITES

MM.	COUILLARD, Edgar,	à la Faculté de médecine.
	FORTIER, J.-É.,	à la Faculté de médecine.
	PAQUET, Albert,	à la Faculté de médecine.
	PETITCLERC, J.-L.,	à l'Hôtel-Dieu.
	VERGE, W.,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

LISTE DES MEMBRES TITULAIRES ET ADHÉRENTS

MM.	ALLARD, Eugène,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
	ALLEN, Marc,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
	AUDET, Jacques,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	AUGER, Carlton,	à l'Hôtel-Dieu.
	AUGER, Gustave,	à l'Hôtel-Dieu.
	AUGER, Paul,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	BEAUDET, Jean-Paul,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
	BEAUDET, Hector,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
	BEAUDIN, Jean-Luc,	à l'Hôtel-Dieu.
	BEAUDRY, Édouard,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
	BEAUDRY, Maurice,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
	BEAULIEU, Émile,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
	BEAULIEU, Maurice,	à l'Hôpital Laval.
	BÉDARD, Arthur,	à l'Hôtel-Dieu.
	BÉDARD, Dominique,	à la Clinique Roy-Rousseau.
	BÉDARD, Lucien,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
	BÉLANGER, Claude,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
	BÉLANGER, Maurice,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
	BERGERON, Georges-A.,	à la Faculté de médecine.
	BERGERON, Jacques,	à l'Hôpital Sainte-Foy.
	BERLINGUET, Louis,	à la Faculté de médecine.
	BERNIER, Jean-Pierre,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
	BERTRAND, Guy,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
	BISSONNETTE, Jean-Paul,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

MM.	BLANCHET, Roméo,	à la Faculté de médecine.
	BONENFANT, J.-Ls,	à l'Hôtel-Dieu.
	BOUCHARD, Marcel,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
	BOUDREAULT, Gérard,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
	BOULANGER, Jacques,	à l'Hôpital Sainte-Foy.
	BOULAY, Jacques,	à l'Hôpital Sainte-Foy.
	BOURGOIN, Louis,	à la Clinique Roy-Rousseau.
	BRISSON, F.-X.,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
	BROCHU, Paul,	à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
	BRUNEAU, Joseph,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
	CAMPBELL, Maurice,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
	CAOUETTE, Maurice,	à l'Hôtel-Dieu.
	CAOUETTE, Robert,	à l'Hôtel-Dieu.
	CARBOTTE, Marcel,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	CARON, Sylvio,	à la Clinique Roy-Rousseau.
	CARON, Wilfrid,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	CAUCHON, Roland,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
	CAYER, Lomer,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	CLAVEAU, Robert,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
	CLAVET, Marcel,	à l'Hôtel-Dieu.
	CÔTÉ, Jacques,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
	CÔTÉ, Jean-Robert,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	CÔTÉ, Paul-Émile,	à l'Hôpital Sainte-Foy.
	COULOMBE, Maurice,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
	COULONVAL, Louis,	à l'Hôtel-Dieu.
	COUTURE, Jean,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	DARCHE, Jean,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
	DÉCHÊNE, Euclide,	à l'Hôpital de la Crèche.
	DÉCHÊNE, Jean-Paul,	à l'Hôpital Laval.
	DELÂGE, Jean,	à la Clinique Roy-Rousseau.
	DELÂGE, Jean-Marie,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	DELÂGE, Maurice,	à l'Hôpital Sainte-Foy.
	DEMERS, F.-X.,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

MM. DEMERS, Marc-André, à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
DENONCOURT, J.-Avila, à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
DESMEULES, Roland, à l'Hôpital Laval.
DESROCHERS, Gustave, à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
DE ST-VICTOR, Jean, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
DE VARENNES, Paul, à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
DION, Robert, à l'Hôpital Laval.
DORVAL, Chs-Henri, à l'Hôpital Laval.
DROLET, Conrad, à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
DROUIN, Georges, à l'Hôpital de la Miséricorde.
DROUIN, Guy, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
DUCHAINE, Prime, à l'Hôpital de la Miséricorde.
DUCHESNE, Pierre, à l'Hôpital de la Miséricorde.
DUFRESNE, Jean-Paul, à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
DUGAL, Jean-Paul, à l'Hôtel-Dieu.
DUMOULIN, Pierre, à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
DUPUIS-LADOUCEUR, Paule, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
DUPUIS, Pierre, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

FILTEAU, Jacques, à l'Hôpital Sainte-Foy.
FISET, P.-Émile, à l'Hôpital Sainte-Foy.
FISHER, J.-C., à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
FOLEY, Roger, à la Faculté de médecine.
FORTIER, de la B., à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
FORTIER, Jean, à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
FUGÈRE, Paul, à l'Hôtel-Dieu.

GAGNÉ, François, à la Faculté de médecine.
GAGNON, Gérard, à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
GAGNON, Paul-M., à la Faculté de médecine.
GALIBOIS, Paul, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
GARANT, Oscar, à l'Hôtel-Dieu.
GAREAU, Paul-Émile, à l'Hôpital Laval.
GARNEAU, Jean-Jacques, à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
GARNEAU, Robert, à la Faculté de médecine.

MM. GAUMOND, Émile, à l'Hôtel-Dieu.
GAUTHIER, Chs-Auguste, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
GAUTHIER, G.-Thomas, à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
GAUTHIER, Vincent, à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
GAUVREAU, Léo, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
GÉLINAS, Guy, à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
GENDRON, Philippe, à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
GIGUÈRE, Alphonse, à l'Hôtel-Dieu.
GINGRAS, Rosaire, à la Faculté de médecine.
GIROUX, Maurice, à l'Hôpital Laval.
GOUIN, Jacques, à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
GOURDEAU, Yves, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
GRANDBOIS, Jean, à l'Hôtel-Dieu.
GRAVEL, Joffre-A., à l'Hôtel-Dieu.
GRÉGOIRE, Jean, à la Faculté de médecine.
GRENIER, Jacques, à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
GROULX, Georges, à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
GUAY, Marcel, à l'Hôtel-Dieu.
GUIMOND, Vincent, à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.

HALLÉ, Jules, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
HÉON, Maurice, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
HOUDE, Jacques, à l'Hôtel-Dieu.
HUDON, Fernando, à l'Hôtel-Dieu.

JACQUES, André, à l'Hôtel-Dieu.
JACQUES, Guy, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
JEAN, Clément, à la Faculté de médecine.
JOBIN, Jean-Baptiste, à la Faculté de médecine.
JOBIN, Joachim, à l'Hôtel-Dieu.
JOBIN, Pierre, à la Faculté de médecine.
JOLICŒUR, Amyot, à l'Hôpital Sainte-Foy.

LABERGE, Martin, à l'Hôtel-Dieu.
LACERTE, Jean, à l'Hôtel-Dieu.
LACHANCE, Wilfrid, à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.

MM.	LALIBERTÉ, Charles,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
	LALIBERTÉ, Henri,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
	LAMBERT, Jules,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
	LAMONTAGNE, A.,	à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
	LAMOUREUX, Chs-Édouard,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
	LANGLOIS, Marcel,	à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
	LAPERRIÈRE, Vincent,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
	LAPOINTE, André,	à l'Hôtel-Dieu.
	LAPOINTE, Donat,	à l'Hôpital de la Crèche.
	LAPOINTE, Gaston,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
	LAPOINTE, Henri,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
	LAROCHELLE, Jean-Louis,	à l'Hôtel-Dieu.
	LAROCHELLE, Napoléon,	à l'Hôtel-Dieu.
	LAROCHELLE, Paul,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
	LARUE, Antoine,	à l'Hôpital de la Crèche.
	LARUE, G.-H.,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
	LARUE, Lucien,	à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
	LAURIER, Jean-Jacques,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
	LAVERGNE, J.-Nérée,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	LAVOIE, René,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
	LAVOIE, Roland,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
	LEBLANC, Jean-Baptiste,	à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
	LEBLOND, Sylvio,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
	LEBLOND, Wilfrid,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
	LECLERC, Ls-Philippe,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	LEFEBVRE, Lucien,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	LEMIEUX, Hector,	à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
	LEMIEUX, Jean-Marie,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	LEMIEUX, Lionel,	à la Clinique Roy-Rousseau.
	LEMIEUX, Renaud,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	LESAGE, Roger,	à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
	L'ESPÉRANCE, Alphonse,	à l'Hôpital Laval.
	L'ÉSPÉRANCE, Paul,	à l'Hôtel-Dieu.
	LESSARD, Camille,	à l'Hôpital Laval.
	LESSARD, Jean-Marc,	à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

MM. LESSARD, Richard, à l'Hôtel-Dieu.
LESSARD, Robert, à l'Hôtel-Dieu.
LETARTE, François, à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
LÉTIENNE, Louis, à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
LEVASSEUR, Louis, à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
LOISELLE, Jean, à la Faculté de médecine.

MARANDA, Émilien, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
MARCEAU, Gilles, à l'Hôtel-Dieu
MARCHAND, René, à l'Hôpital de la Miséricorde.
MARCOUX, Gendron, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
MARCOUX, Henri, à l'Hôtel-Dieu.
MAROIS, André, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
MARTEL, Antonio, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
MARTEL, Fernand, à la Faculté de médecine.
MARTIN, Charles-A., à la Clinique Roy-Rousseau.
MATTEAU, René, à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
MAYRAND, Gérald, à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
MERCIER, Arthur, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
MICHAUD, Thomas, à l'Hôtel-Dieu.
MONTMINY, Lionel, à l'Hôpital Laval.
MOREAU, Alphonse, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
MORIN, Benoît, à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
MORIN, Eustace, à l'Hôpital Sainte-Foy.
MORIN, J.-Édouard, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.

NADEAU, Guy, à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
NADEAU, Honoré, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
NAUD, Robert, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
NORMAND, Georges, à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.

PAGÉ, Robert, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
PAINCHAUD, C.-A., à la Clinique Roy-Rousseau.
PAINCHAUD, Paul, à l'Hôtel-Dieu.
PANNETON, André, à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
PAQUET, Adrien, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.

MM. PAQUET, Berchmans, à l'Hôtel-Dieu.
PARADIS, Bernard, à l'Hôtel-Dieu.
PARADIS, Gérard, à l'Hôpital Laval.
PARADIS, Guy, à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
PARENT, Roger, à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
PATRY, Laurent, à la Clinique Roy-Rousseau.
PAYEUR, Léo, à l'Hôtel-Dieu.
PELLETIER, Alphonse, à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
PELLETIER, Émile, à l'Hôtel-Dieu.
PION, René, à la Clinique Roy-Rousseau.
PLAMONDON, Charles, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
PLAMONDON, Marc, à l'Hôtel-Dieu.
PLAMONDON, Marcel, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
POLIQUIN, Paul, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
POTVIN, André, à l'Hôtel-Dieu.
POTVIN, A.-R., à l'Hôtel-Dieu.
POULIOT, Louis, à l'Hôpital Saint-François-d'Assise.

REID, Léonide, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
REINHARDT, Georges, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
RICHARD, Maurice, à l'Hôtel-Dieu.
RICHARD, Philippe, à l'Hôpital Laval.
RINFRET, Lucien, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
ROBERGE, Raoul, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
ROCHETTE, Paul, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
ROGER, Jean-Paul, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
ROULEAU, Yves, à l'Hôpital Saint-Michel-Archange.
ROUSSEAU, Jean, à l'Hôpital Sainte-Foy.
ROUSSEAU, Louis, à l'Hôpital Laval.
ROUSSEAU, Marie, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
ROY, François, à l'Hôtel-Dieu.
ROY, Ls-Ph., à l'Hôtel-Dieu.
ROYER, Louis, à l'Hôtel-Dieu.

SAINT-ARNAUD, Grégoire, à l'Hôtel-Dieu.
SAINT-PIERRE, Rosaire, à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.

MM. SAMSON, Eucharistе, à l'Hôtel-Dieu.
SAMSON, Mathieu, à la Clinique Roy-Rousseau.
SAMSON, Maurice, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
SAULNIER, Georges, à l'Hôtel-Dieu.
SAVARD, Lucien, à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
SCHERRER, Roland, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
SIMARD, Émile, à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
SIMARD, Ls-Ph., à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
SIMARD, René, à l'Hôpital de la Miséricorde.
SIROIS, Jean, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
SYLVESTRE, Ernest, à l'Hôpital Laval.

TÉTREAULT, Adélard, à l'Hôpital Saint-Joseph, T.-R.
THERRIEN, Richard, à l'Hôtel-Dieu.
THIBAUDEAU, Roland, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
TREMBLAY, Gilles, à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
TREMBLAY, G.-W., à l'Hôtel-Dieu de Chicoutimi.
TREMBLAY, Léonidas, à l'Hôpital Laval.
TREMPE, Florian, à l'Hôpital du Saint-Sacrement.
TURCOT, Jacques, à l'Hôtel-Dieu.
TURCOT, Roland, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
TURCOTTE, Maurice, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
TURMEL, Jacques, à la Clinique-Roy-Rousseau.

VACHON, Malcolm, à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.
VERREAULT, J.-E., à la Faculté de médecine.

RÈGLEMENTS

de la

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE QUÉBEC

Membres

La Société se compose de membres titulaires, de membres adhérents et de membres correspondants.

Peuvent devenir membres titulaires : les professeurs et les agrégés de la Faculté de médecine ; les chefs de Service dans les hôpitaux universitaires et les chefs de département à la Faculté de médecine.

Peuvent devenir membres adhérents : les assistants dans les Services hospitaliers et dans les laboratoires universitaires.

Les membres adhérents ne font partie de la Société que pendant la durée de leurs fonctions universitaires ou hospitalières.

Les membres correspondants sont élus parmi les notabilités médicales canadiennes et parmi les médecins et savants étrangers qui peuvent apporter à la Société une contribution utile ou qui ont des titres à sa reconnaissance.

Pour être élu membre de la Société, à quelque titre que ce soit, il faut :

1° Que le candidat soit proposé par écrit au Bureau de direction par un membre titulaire ;

2° Que sa candidature soit soumise aux membres de la Société lors d'une séance régulière ;

3° Que le candidat recueille la majorité des suffrages des membres présents à la séance suivante.

La qualité de membre de la Société se perd,

1° Par la démission ;

2° Par la radiation prononcée, pour motifs graves, par l'assemblée générale comprenant au moins la moitié des titulaires, à la majorité des deux tiers des membres présents ;

3° Par le refus de régler sa cotisation annuelle pendant deux années consécutives, un mois après avis du trésorier.

OFFICIERS

Le Bureau de la Société se compose d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire et d'un trésorier.

Le Conseil d'administration se compose des membres du Bureau et de cinq membres de la Société élus pour trois ans.

Ces derniers, de même que le secrétaire et le trésorier qui sont élus pour un an, sont indéfiniment rééligibles.

Le président et le vice-président sont élus pour un an. Ils ne sont rééligibles qu'une fois.

COMITÉ DE NOMINATION

Le Comité de nomination est composé de trois membres, soit le président sortant de charge et deux anciens présidents.

Ce Comité est chargé de présenter une liste de candidats pour élection à l'Assemblée générale.

D'autre part, chaque groupe de dix membres, en règle avec la Société médicale des Hôpitaux universitaires de Québec, et comprenant au moins trois membres titulaires, peut également présenter une liste de candidats à être soumise à l'élection, pourvu que cette liste parvienne au secrétaire, un (1) mois avant la date fixée pour l'assemblée générale de janvier.

RESSOURCES

Les ressources de la Société proviennent des cotisations et souscriptions de ses membres ; des dons et legs ; des subventions qui pourraient lui être accordées.

La cotisation annuelle, payable en janvier, est de $5. pour les membres titulaires et de $3, pour les membres adhérents.

Les membres reçus lors des séances d'octobre, novembre et décembre, ne sont pas sujets à la cotisation pour l'année courante.

La cotisation n'est pas exigée des professeurs émérites.

RÉUNIONS

A. — Une *assemblée générale* des membres de la Société se réunit au moins une fois l'an :

1° Pour entendre le rapport du Conseil d'administration sur la situation générale de la Société ;

2° Pour entendre le compte rendu, par le secrétaire, des travaux de la Société pendant le cours de l'année ;

3° Pour entendre le rapport du trésorier ;

4° Pour procéder à l'élection des officiers.

L'Assemblée générale des membres de la Société aura lieu à l'École de médecine.

B. — *Les séances.* En dehors de la période des vacances (juillet et août) les séances ont lieu tous les premier et troisième vendredis de chaque mois, sauf le premier vendredi de janvier et le Vendredi saint.

Les séances ont lieu soit à l'École de médecine, soit dans les hôpitaux universitaires.

On tient un procès-verbal des séances.

Ordre des séances

1° Lecture et adoption du procès-verbal ;

2° Discussion à propos du procès-verbal ;

3° Correspondance ;

4° Présentation de malades ;

5° Présentation des travaux.

Les séances ne doivent pas durer plus de deux heures.

A moins d'une autorisation préalable et exceptionnelle du président, quinze minutes seulement sont allouées pour chaque présentation ou communication.

La discussion consécutive à chaque présentation ou communication est limitée à cinq minutes.

Texte et résumé des communications

Le texte de toute communication faite devant la Société doit être déposé séance tenante entre les mains du secrétaire pour publication dans le *Laval médical.*

Un résumé succinct (une vingtaine de lignes) des travaux doit être annexé au texte intégral.

Ces formalités sont de rigueur absolue.

INVITÉS

Les membres de la Société médicale de Québec sont admis aux séances de la Société médicale des Hôpitaux universitaires.

PUBLICATIONS

Aucune communication ne peut être publiée au nom de la Société sans l'approbation du Bureau.

COMMUNICATIONS

LES BRÛLURES *

(Compilation de quatre-vingt-douze cas)

par

François BRISSON et Roméo LAFRANCE

de l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier de Chicoutimi

Depuis dix ans le traitement des brûlures s'est considérablement amélioré. C'est grâce à une meilleure compréhension des phénomènes physio-pathologiques provoqués chez les brûlés, que nous pouvons maintenant sauver certains malades qui, il y a dix ans, étaient condamnés à une mort certaine.

En présence d'un grand brûlé, il faut tout de suite penser à l'évolution probable de ses lésions, évolution qui sera longue et susceptible d'entraîner des complications variées.

Dans les premiers jours, ce sont les déséquilibres du volume sanguin qui dominent la scène et, dans les jours suivants, les troubles métaboliques. Puis, viennent les complications respiratoires, l'infection, l'anémie, les amputations inévitables, les ankyloses. Dès le début il faut

* Travail présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 21 septembre 1956.

penser à toutes ces éventualités pour pouvoir les prévenir ou en diminuer l'importance.

Au cours de ce travail, nous rapporterons les cas de brûlures que nous avons traités et résumerons la conduite générale du traitement que nous avons appliqué.

Appréciation des brûlures

L'appréciation de la gravité d'une brûlure se fait en considérant l'étendue et la profondeur de la surface brûlée.

a) Étendue :

On connaît la règle classique de Berkow pour apprécier l'étendue de la brûlure. Ces dernières années, des auteurs ont préconisé une règle plus simple, dite « règle des neuf », qui est beaucoup plus facile d'application. Chaque membre supérieur correspond à neuf pour cent de la surface du corps, la tête à neuf pour cent, la face antérieure du tronc et de l'abdomen à 18 pour cent, la face postérieure à 18 pour cent également, chaque membre inférieur à 18 pour cent. D'une façon générale, on surestime l'étendue d'une brûlure et on sousestime sa profondeur.

TABLEAU I

Étendue des brûlures

SURFACE BRULÉE	NOMBRE DE PATIENTS	POURCENTAGE
0 à 10%	68	73,9
11 à 25%	12	13,0
25% et plus	10	10,9
non évaluée	2	2,2
Moyenne de la surface brûlée.....		13,7%

b) Profondeur :

Nous connaissons tous la classification de Dupuytren concernant la profondeur des brûlures. Au lieu des six degrés de cette classification, on reconnaît qu'il est plus simple de classer les brûlures en trois degrés : soit l'érythème, la phlyctène et l'escharre. Le premier degré c'est tout simplement de l'hyperhémie cutanée ; dans le deuxième degré, la nécrose du derme est plus ou moins profonde, mais toujours partielle ; dans le troisième degré, la nécrose du derme est totale ou encore partielle, mais très profonde et les cellules restantes sont détruites par l'infection. La nécrose peut dépasser la peau et même se rendre jusqu'à l'os.

Un relevé de nos cas personnels nous montre la distribution suivante (tableau II) quant à l'étendue et à la profondeur des brûlures que nous avons traitées.

TABLEAU II

Profondeur des brûlures

NOMBRE DE PATIENTS	DEGRÉ	POURCENTAGE
9	1er	9,8
25	2e	27,7
13	3e	14,8
6	1er, 2e et 3e	6,7
26	1er et 2e	26,9
11	2e et 3e	11,9
2	1er et 3e	2,3

Classification des brûlures

En vue de leur traitement, Curtis et Soroff, de l'Armée américaine, classifient les brûlures en trois groupes :

A. Les brûlures graves qui doivent être traitées dans un hôpital desservi par un personnel entraîné, et comportant toutes les facilités matérielles ;

B. Les brûlures de moyenne gravité susceptibles d'être convenablement traitées dans n'importe quel centre ;

C. Les petites brûlures qui n'entraînent pas la nécessité de l'hospitalisation.

Ces auteurs groupent les brûlures de la façon suivante :

A. *Brûlures graves :*

1. Les brûlures compliquées de lésions des voies respiratoires ;

2. Les brûlures du deuxième degré dont l'étendue dépasse 30 pour cent de la surface du corps ;

3. Les brûlures du troisième degré à la face, aux mains, aux pieds, aux organes génitaux ou toute autre brûlure du troisième degré dont l'étendue dépasse 10 pour cent de la surface corporelle ;

4. Les brûlures compliquées de fractures ou de lésions des tissus mous;

5. Les brûlures électriques.

B. *Brûlures de moyenne gravité :*

1. Les brûlures du deuxième degré dont l'étendue est de 15 à 30 pour cent de la surface du corps.

2. Les brûlures du deuxième degré d'une étendue de moins de 10 pour cent de la surface du corps lorsque les mains, la face, les pieds ou les organes génitaux sont impliqués

C. *Brûlures légères :*

1. Les brûlures du deuxième degré dont l'étendue n'atteint pas 15 pour cent de la surface corporelle ;

2. Les brûlures du troisième degré affectant moins de deux pour cent de la surface du corps.

Traitement

Nous discuterons des différentes phases du traitement d'après les étapes les les suivantes :

1. Le premier jour ;
2. Du deuxième au cinquième jour ;
3. Du cinquième au quinzième jour;
4. Du quinzième jour à trois mois et plus.

1. *Le premier jour :*

Dès le début, il faut soulager la douleur. On tente la sédation par les barbituriques, et s'ils s'avèrent insuffisants on peut recourir à la morphine mais avec prudence afin de ne pas provoquer de dépression respiratoire ; le largactil peut être avantageusement associé aux barbituriques et aux autres sédatifs : il potentialise leur action.

L'histoire et l'examen du brûlé permettent d'apprécier l'étendue et la profondeur des brûlures.

On a soin de faire un cathétérisme vésical et de laisser une sonde à demeure afin de recueillir les urines à toutes les heures.

Dès ce moment il faut penser :

1° A maintenir l'équilibre du volume sanguin ;

2° A déterminer la nature et la quantité des liquides à administrer.

On sait que dans les brûlures étendues, une quantité considérable de plasma est attirée hors des vaisseaux et vient se loger dans les espaces interstitiels des tissus environnant les brûlures. De plus, à la surface même de la brûlure, on observe un suintement considérable de plasma, ce qui réduit le volume du plasma circulant.

Si la diminution du volume du plasma circulant est assez accusée, il peut s'ensuivre un collapsus circulatoire aboutissant à l'anurie et, parfois, à la mort.

Il faut alors prévoir d'une façon approximative au moins, la quantité de liquides à administrer. Il existe plusieurs formules qui peuvent toutes être utiles. Toutefois, le médecin doit les utiliser en tenant compte des besoins individuels de chaque malade, de son état général, de son cœur, de son âge.

Francis D. Moore, a établi une règle qui peut nous servir de guide : une brûlure de plus de 25 pour cent de la surface du corps demande environ dix pour cent du poids du corps en plasma dans les premières 48 heures, pour remplacer les pertes de liquides dues à l'œdème ou à l'exsudation.

De plus, les pertes de liquides par les poumons, la peau et le rein doivent être remplacées, la première par du soluté glucosé, les deux

dernières par du soluté mixte, soit environ 3 000 cm^3 de l'un et de l'autre par 48 heures.

Environ la moitié de ces solutés doit être administrée dans les premières douze heures, l'autre moitié plus lentement dans les 36 heures suivantes.

Une transfusion de 500 cm^3 de sang est donnée dans les premières 48 heures.

Ainsi, un malade qui a une brûlure de 40 pour cent du tronc et des extrémités et qui pèse 60 kg doit recevoir, dans les premières 48 heures :

1° 6 000 cm^3 de plasma, pour les pertes de liquides dues à l'œdème ou à l'exsudation ;

2° 3 000 cm^3 de soluté glucosé pour les pertes pulmonaires ;

3° 3 000 cm^3 de soluté mixte pour les pertes rénales ;

4° 500 cm^3 de sang.

Ces 12,5 litres liquides seront administrés comme suit :

6 000 cm^3 au cours des 12 premières heures ;

3 000 cm^3 au cours des 12 heures subséquentes ; et

3 500 cm^3, dont 500 cm^3 de sang au cours de la deuxième journée.

On règle le débit des liquides perfusés en calculant le nombre de gouttes à la minute. Si 15 gouttes équivalent à un cm^3, il faut administrer 125 gouttes à la minute pour donner 6 000 cm^3 en 12 heures ; aussi, pour obtenir la perfusion de tout ce liquide on doit installer au moins deux appareils à solutés qui fonctionnent simultanément.

Pour savoir si la quantité des liquides perfusés est suffisante on note le débit urinaire par heure. La moyenne doit être de 25 à 60 cm^3 par heure, soit 500 à 1 200 cm^3 par 24 heures. Si le débit atteint ou dépasse 100 cm^3 à l'heure, il faut diminuer les liquides. Et si le débit n'est que de dix cm^3 ou moins par heure on doit craindre un blocage tubulaire rénal, qui peut entraîner une insuffisance rénale aiguë et, conséquemment, une acidose et une azotémie élevées. Mais il peut ne s'agir que d'une quantité insuffisante de liquides. On fait alors le test suivant : on injecte 1 000 cm^3 de plasma ou de soluté rapidement, soit en une heure. Si le débit urinaire baisse quand même il s'agit d'une insuffisance urinaire

aiguë ; si le débit urinaire monte : c'est que la thérapeutique était insuffisante.

MÉDICATION. *a) Locale.* Au cours des premières heures nous faisons généralement un pansement de vaseline sur la surface brûlée en employant de la gaze de Jelonet ; toutefois il arrive que dans certains cas nous ne faisons aucun pansement et laissons la surface brûlée à l'air libre. Certains auteurs préconisent un traitement local à l'air libre, d'autres veulent que toutes les lésions soient fermées et isolées. Il semble que les deux méthodes ne constituent pas deux écoles de pensées différentes mais deux techniques qui doivent être employées alternativement.

Le tableau III résume les méthodes que nous avons employées :

TABLEAU III

NOMBRE DE PATIENTS	TRAITEMENT	POURCENTAGE
62	Lésions fermées	62,58
7	Lésions ouvertes	7,60
21	Traitement mixte	22,82
23	Greffes	25,0

Durée moyenne d'hospitalisation : 33,38 jours.

Deux patients sont décédés avant tout traitement.

b) Générale. La médication générale comprend des antibiotiques, le sérum antitétanique et les hormones.

Les soins particuliers demandent un personnel médical et hospitalier spécialisé. Il faut, entre autres mesures, vérifier le volume des urines à toutes les heures, relever le pouls, la fréquence respiratoire et la pression artérielle. Il importe enfin de surveiller les voies respiratoires.

Les principaux examens de laboratoire demandés sont les examens d'urine, l'hématocrite, l'azotémie et la protéinémie.

2. *Du deuxième au cinquième jour :*

Cette période est caractérisée par la formation d'œdèmes à la surface brûlée. Comme on l'a déjà mentionné, cet œdème est constitué de plasma de haute teneur en protéines et est responsable du trouble fondamental dans l'équilibre hydrique et le volume plasmatique.

C'est pourquoi on attend avec anxiété le début de la diurèse spontanée. Soudainement, souvent en une heure ou deux, le volume des urines augmente sans aucun changement dans le traitement ; de 25 cm^3 à l'heure, il passe, par exemple, à 150 cm^3. Il faut alors réduire l'administration des liquides et même, dans la majorité des cas, cesser l'administration des liquides par voie intraveineuse et donner par la bouche des quantités suffisantes de liquides pour remplacer les pertes insensibles. Il est inutile et même nuisible d'alimenter le malade durant cette période et les pansements ne doivent pas être touchés sauf pour assurer le confort au patient. Il est de plus important de surveiller les voies respiratoires qui peuvent être l'objet d'une obstruction tardive.

3. *Du cinquième au quinzième jour :*

a) Alimentation. On note que les pertes de protéines sont considérables. C'est le temps d'alimenter le malade. L'objectif doit être de lui donner 3 500 calories, 450 g de glucides, 250 g de protéines et des vitamines, en injections de préférence.

b) Antibiotiques. Il est bon de changer d'antibiotiques à intervalles réguliers au cours du traitement. L'emploi prolongé des antibiotiques augmente la résistance microbienne à leur action.

c) Transfusions. On donne environ deux transfusions par semaine.

d) Examens. On contrôle la formule sanguine, le fonctionnement rénal, le volume sanguin, l'équilibre hydrique et les électrolytes en faisant les examens suivants une ou deux fois par semaine selon les besoins : azotémie, hématocrite, protéinémie et bilan électrolytique.

e) Pansements. A partir du septième au huitième jour, on change les pansements une fois par semaine, sous anesthésie générale ou sous hibernation. A plusieurs reprises, le docteur Comtois a utilisé un

cocktail hibernant à la satisfaction de tous. On enlève les tissus nécrotiques et on commence les greffes vers le quinzième jour. Le temps idéal pour greffer se situe entre la troisième semaine et le troisième mois. S'il n'a pas été possible de couvrir les surfaces brûlées durant cette période, on aura beaucoup de difficultés dans la suite, parce que l'état général du malade est de moins en moins bon. Dès qu'on a commencé à greffer, on change les pansements et on greffe à tous les cinq jours en autant que possible.

Les tableaux IV et V résument les résultats que nous avons obtenus.

TABLEAU IV

État des malades au départ de l'hôpital

ÉTAT	NOMBRE DE PATIENTS	POURCENTAGE
En voie de guérison	37	40,3
Guéris	52	56,5
Décédés	3	3,2

TABLEAU V

Complications observées

COMPLICATIONS	NOMBRE DE PATIENTS	POURCENTAGE
Infection	18	19,6
Chéloïde	1	1,1
Paraphymosis	1	1,1
Amputation	2	2,1
Décès	3	3,2

BIBLIOGRAPHIE

1. ARTZ et SOROFF, Modern concept in the treatment of burns, *J.A.M.A.*, p. 411, (oct.) 1955.
2. BERKOW, S. G., An outline for emergency treatment of catastrophic burns, *J. Internat. Coll. Surgeons*, p. 355, (sept.) 1955.
3. COLSON, STAGNARA, *et al.*, Le traitement accéléré des grands brûlés, *Lyon Chir.*, p. 16, (jan.) 1915.
4. DUPONT, C., Les brûlures. Modifications locales et générales, immédiates et médiates. Leur traitement général, *Union méd. du Canada*, p. 1047, (sept.) 1956.
5. HARDY, *et al.*, Thermal burns in man. IV. Body weight changes during therapy, *Surgery*, p. 685, (oct.) 1955.
6. LAGROT, ANTOINE et CÉSAIRE, Les troubles du métabolisme protidique chez les brûlés : essai d'étude physio-pathologique, *Lyon chir.*, p. 191, (fév.-mars) 1955.
7. MARTIN et EVANS, The treatment of acute burns, *M. Clin. North America*, p. 119, (juil.) 1953.
8. MONSAINGEON, Contribution à la pathologie expérimentale des brûlures cutanées, *Lyon chir.*, p. 269, (avril) 1954.
9. MOORE, F. D., Burns, an annotated outline for practical treatment *M. Clin. North America*, p. 1201, (sept.) 1952.
10. WALLACE, A. B., Assessment and emergency treatment of burns, *Brit. M. J.*, p. 1136, (5 nov.) 1955.
11. WILSON, C. E., The exposure method of burn treatment, *A.M.A. Arch. Surg.*, **71** : 424, (sept.) 1955.

DISCUSSION

Le docteur Paul Poliquin souligne que si le traitement général des brûlés est très bien établi depuis la guerre, les opinions sur le traitement local des brûlures restent bien divergentes dans l'esprit des thérapeutes.

Après la période empirique est venue la période du tannin de Davidson. Puis plus récemment on a recommandé diverses catégories de pansements, jusqu'aux pansements occlusifs dans le plâtre.

L'expérience du docteur Poliquin se limite à une vingtaine de cas atteints de 20 à 35 pour cent de la surface corporelle. Il recommande

instamment la méthode dite des trois teintures préconisée par Firror et Aldrecht, de Boston, dont il a obtenu d'excellents résultats.

Il s'agit de dévêtir le malade dans une chambre chaude et de pulvériser les brûlures débarrassées de leurs phlyctènes avec une solution à deux pour cent de vert brillant, d'acriflavine neutre et de violet de gentiane. La peau teintée noir se chamoise, cesse de suinter, ne fait plus mal, ne s'infecte pas et cicatrise parfaitement. Si des croûtes apparaissent près des orifices, il suffit de les enlever aux ciseaux et de pulvériser de nouveau. On garde le malade au chaud revêtu d'un drap stérile. Il ne semble pas que ces teintures soient toxiques. L'inconvénient est que le linge demeure taché. Si les brûlures ont été antérieurement recouvertes de pommade, il faut dégraisser complètement, ce qui n'est pas facile.

Le docteur Paul Lacroix demande si ce mélange se vend tout préparé dans le commerce.

Le docteur Poliquin répond qu'il faut le faire préparer. On vend bien une pommade contenant deux des ingrédients mentionnés, mais elle ne donne pas de si bons résultats que la pulvérisation.

Le docteur Louis-Joseph Gobeil, en clientèle générale, a employé l'acide tannique, le violet de gentiane, les sulfamidés seuls ou avec de l'huile de foie de morue ce qui favorise les chéloïdes. Parce que la couleur importe dans les traitements à domicile, il a fini par adopter la pommade au picrate de butésine recouverte d'une gaze, qu'on peut répéter, qui ne tache pas et qui fournit de belles cicatrices.

Le docteur Maurice Giroux demande si on a l'expérience d'un examen de laboratoire intéressant pour le pronostic des brûlures, le dosage de l'hémoglobine plasmatique. Plus il est élevé, plus mauvais est le pronostic.

Pour terminer, le docteur Brisson dit du traitement local que si les fonctions générales tiennent, les brûlures du premier et du deuxième degré guérissent parfaitement sans traitement local. Un pansement sec aseptique suffit. On le laisse en place 15 jours sans y toucher. Une brûlure du troisième degré ne peut guérir autrement que par bourgeonnement ou par greffe.

TUMEURS BÉNIGNES DE LA PEAU ET THUYA [1]

par

Émile GAUMOND et Jean GRANDBOIS, F.R.C.P. (C)

du Service de dermatologie de l'Hôtel-Dieu de Québec

Certaines tumeurs bénignes sont si nombreuses et si peu esthétiques qu'elles causent souvent plus de soucis au dermatologiste que certaines tumeurs malignes. Les femmes plus particulièrement les considèrent comme une atteinte à la beauté, et certaines, comme une véritable catastrophe. Les verrues vulgaires, les verrues planes et les condylomes sont de ces tumeurs que l'on considère souvent avec mépris et que l'on traite pour cette raison avec plus ou moins d'enthousiasme.

Les résultats que nous rapportons ici en rapport avec le traitement de certaines tumeurs bénignes ont été obtenus par l'emploi de deux préparations contenant le même produit actif, le *Thuya occidentalis*, ou cèdre (*white cedar*).

Cet arbre, qui pousse bien dans le Québec, a été reconnu depuis la plus haute antiquité pour posséder des propriétés thérapeutiques variées.

Le Thuya, employé comme hémostatique par les Arabes, fut aussi utilisé, *per os*, comme expectorant sudorifique, antirhumatismal et diurétique.

---

1. Travail présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 28 septembre 1956.

Le Thuya fut, selon certains botanistes, le remède qui sauva Jacques Cartier et ses hommes d'équipage de la mort lors de l'épidémie de scorbut qui les atteignit durant l'hiver de 1535-1536 au deuxième voyage du découvreur du Canada. Disons, en passant, qu'à cette occasion fut pratiquée la première autopsie au confluent de la rivière Saint-Charles et Lairet, dans la cité de Québec actuelle. Rappelons encore que Cartier et ses marins purent survivre grâce à l'infusion de Thuya pour les uns, d'épinette pour les autres, infusion qui fut conseillée à Cartier par les Indiens sous le nom d'*Ameda* ou *Anedda*.

Dès avant 1890, J. R. Leaming, de New-York, a fait prendre la teinture de Thuya préparée avec les feuilles dans les affections cancéreuses et a employé avec succès la même préparation localement contre les excroissances de « mauvaise nature ».

En 1828, des médecins allemands recommandèrent l'huile éthérée de Thuya comme anthelmintique. Plus tard, un médecin polonais vanta cette huile essentielle comme un moyen topique des plus précieux contre les condylomes rebelles.

L'emploi de la teinture alcoolique des feuilles de Thuya a donné au docteur Mohnike, de Berlin, de très belles cures dans ces dernières affections.

Le produit que nous avons utilisé est un extrait alcoolique de Thuya préparé avec les feuilles et l'écorce d'arbres jeunes. La préparation de cet extrait a été faite dans les laboratoires de la pharmacie de l'Hôtel-Dieu de Québec par Sœur Marie-Médiatrice, pharmacienne.

Préparation de l'extrait de Thuya :

L'extrait se prépare en laissant macérer dans de l'alcool à 95 pour cent des feuilles et branches jeunes de Thuya. Cette macération se fait durant vingt-quatre heures et trois jours de suite. Chaque jour le produit de la macération est conservé à part et de l'alcool frais à 95 pour cent est ajouté aux branches et feuilles déjà macérées. Tout le produit des trois jours de macération est alors réuni et évaporé jusqu'à ce que un cm^3 d'extrait corresponde à un gramme de substance fraîche.

Deux formules ont été employées : l'une (Grandbois), sous forme d'une pommade contenant dix pour cent d'extrait de Thuya dans l'axonge,

selon la formule recommandée par Perrin, l'autre (Gaumond), sous forme de collodion contenant 50 pour cent d'extrait additionné ou non d'acide salicylique, formule personnelle.

Le tableau I indique le nombre de cas traités de même que les différentes variétés de tumeurs bénignes qui ont été soumises à cette thérapeutique par les deux préparations déjà mentionnées.

TABLEAU I

Tumeurs bénignes traitées par des applications locales d'un extrait de Thuya

TUMEURS	VARIÉTÉ	NOMBRE DE CAS
Verrues	vulgaires	95
Verrues	planes juvéniles	12
Verrues	plantaires	4
Condylomes		2
Kératoses	arsénicale et sur radiodermite	1 1
		Total : 115

Le nombre total de malades traités est de 115 ; de ces cas nous n'en retiendrons que 78 (tableau II) que nous avons pu suivre ou qui ont répondu au questionnaire qui leur fut adressé.

De ces 78 cas, 36 avaient été traités par la pommade et 42 par le collodion au Thuya.

De ces malades, les uns avaient deux ou trois verrues, les autres plusieurs, jusqu'à trente ou quarante, et dans un cas soixante-et-cinq verrues vulgaires.

Dans le groupe traité au collodion au Thuya il n'y eu en réalité que trente-cinq malades traités pour verrues car deux sur les trente-sept malades ont été traités pour des cors aux pieds, l'un pour cor sur les

TABLEAU II

Résultats obtenus chez 78 malades traités par un extrait de Thuya à concentration variable et dans des véhicules différents.

TUMEURS	VARIÉTÉ	EXTRAIT DE THUYA A 10% DANS L'AXONGE				EXTRAIT DE THUYA A 50% DANS LE COLLODION			
		Nombre de cas	*Guéris*	*Améliorés*	*Non guéris*	*Nombre de cas*	*Guéris*	*Améliorés*	*Non guéris*
Verrues	vulgaires	30	15	4	11	37	31	2	4
Verrues	planes juvéniles	3	3	0	0	0			
Verrues	plantaires	2	1	0	1	2	1	0	1
Condylomes		0				2	2	0	0
Kératoses	arsénicale	1			1				
	sur radiodermite					1	0	1	0
Résultat en pourcentage		36%	52,8%	11,1%	36,1%	42%	80,9%	2,4%	16,7%

orteils, l'autre aussi mais en plus pour un « œil de perdrix ». Ces deux malades, deux femmes, ont été très satisfaites d'un traitement qui enlevait la tumeur douloureuse, sans douleur !

Le collodion au Thuya semble plus actif que la pommade : 80,9 pour cent de guérison par rapport à 52,8 pour cent mais il semble bien par ailleurs qu'il prenne un peu plus de temps à se manifester. La pommade manifeste ses résultats dans les premières semaines le plus souvent ; le collodion ne donne quelquefois un résultat qu'après plusieurs semaines, trois mois dans un cas. Ajoutons toutefois que les malades utilisent volontiers plus longtemps le collodion que la pommade.

Si le collodion est plus facile d'emploi que la pommade il a cet inconvénient de s'évaporer rapidement.

La pommade au Thuya, la seule qui fut utilisée, a amené une guérison dans trois cas sur trois de verrues planes juvéniles : excellent résultat par conséquent.

Deux cas de condylomes ont été traités. Un de ces malades était un diabétique. Même si les cas sont peu nombreux il nous a paru que ce traitement avait l'avantage sur le podophyllin d'être sans douleur et sans danger, l'effet caustique étant moins violent.

Sur les quatre malades atteints de verrues plantaires, deux ont été guéris.

Un malade, médecin, a vu disparaître les trois quarts de nombreuses lésions kératosiques des doigts consécutives à l'usage sans protection suffisante de la radioscopie. Une de ces kératoses, non traitée au Thuya était transformée en épithélioma et a nécessité l'amputation d'un doigt.

Nous n'ignorons pas combien sont nombreux les traitements utilisés pour la guérison de certaines tumeurs bénignes, en particulier des verrues ; ils vont de la suggestion à la rœntgenthérapie, à différents topiques, injections ou prises de médicaments, vaccins, etc.

L'extrait de Thuya s'ajoute à cette liste. Ce produit, s'il a déjà été employé en Amérique, semble bien oublié. Il nous a paru convenable que deux dermatologistes canadiens dont les ancêtres sont venus de France il y a trois cents ans, quelques années seulement après la fondation de Québec, le fassent revivre à votre mémoire.

BIBLIOGRAPHIE

1. DERVAULT, revisé par WURTZ, F., Officine de pharmacie pratique, 1898.
2. PERRIN, L., La teinture de Thuya en pommade dans le traitement des verrues, *Ann. derm. syph.*, **81** : 43, (jan.-fév.) 1954.
3. PERRIN, L., *Bull. Soc. franc. derm. syph.*, pp. 219-220, (13 juil.) 1955.
4. VICTORIN, Fr. M.-, Flore laurentienne, 1947.
5. Traité élémentaire de matière médicale des Sœurs de la Providence, 1890.

LE LORPHAN EN OBSTÉTRIQUE *

par

Oscar GARANT, Grégoire SAINT-ARNAUD et Maurice CAOUETTE

de l'Hôtel-Dieu de Québec.

Le but de cette communication est de faire part des résultats obtenus avec le *Lorphan*, marque commerciale du tartrate de levallorphan, dans le Service d'obstétrique de l'Hôtel-Dieu de Québec. C'est grâce au docteur Fernando Hudon, chef du Service d'anesthésie de l'Hôtel-Dieu, que nous avons pu utiliser ce médicament à titre gracieux.

Nous avons relevé 280 dossiers de patientes qui ont accouché dans notre milieu au cours de l'année 1956. Notre étude a été faite dans un but tout à fait désintéressé et objectif, et nous sommes parfaitement conscients de la discutabilité des conclusions tirées de statistiques.

Cliniquement, le tartrate de levallorphan est le tartrate de levo-3-hydroxy-N-allymorphinan et c'est un antagoniste des narcotiques. Ceci a été démontré par l'expérimentation sur les animaux de laboratoire tels que la souris, le rat, le lapin et le cobaye.

Chez l'homme également, l'utilisation du lorphan a permis de confirmer son action antagoniste sur les narcotiques qui ont pour ennui d'occasionner une dépression respiratoire caractérisée par une diminution du débit et du volume de la respiration. Cependant, le lorphan est inefficace pour lutter contre la dépression respiratoire causée par les barbituriques,

* Travail présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 25 janvier 1957.

les anesthésiques et les agents non narcotiques ou la dépression due à des causes pathologiques.

« Le mécanisme d'action des antagonistes des narcotiques n'est pas totalement connu et ne peut être expliqué entièrement à cause de l'imperfection de nos connaissances en pharmacologie cellulaire. Une hypothèse intéressante (1 et 2) a été exposée selon laquelle il existerait une compétition entre le narcotique et son antagoniste pour la prise de possession des cellules des centres sensoriels et respiratoires. L'administration d'un antagoniste du narcotique après une forte dose de narcotique produit toujours, selon cette théorie, un déplacement de l'analgésique de la plupart des cellules respiratoires et de quelques cellules sensorielles réceptives. Il se produit alors une diminution de la dépression respiratoire accompagnée d'une réduction modérée de l'analgésie. »

En clinique, le lorphan est utilisé avec succès selon plusieurs observateurs dans le traitement de la dépression causée par un surdosage de narcotiques. pour prévenir la dépression respiratoire chez les futurs opérés et chez les patients qui reçoivent des analgésiques narcotiques.

En obstétrique, le lorphan peut être utilisé dans le traitement de la dépression respiratoire de la mère due aux narcotiques et dans la prévention de cette dépression respiratoire chez la mère et le nouveau-né.

Pour cette communication nous nous sommes limités à étudier les effets du lorphan administré à la mère à titre de préventif de la dépression respiratoire chez le nouveau-né.

Nous avons relevé les dossiers de 280 cas d'accouchement qui eurent lieu à l'Hôtel-Dieu de Québec au cours de l'année 1956.

L'âge des patientes variait de 16 à 43 ans ; il y avait 97 primigestes, soit 34,6 pour cent et 183 multigestes, soit 65,4 pour cent.

De ces 280 accouchements, 249 furent à terme, 24 avant terme et 7 dépassant terme. Il y eut 265 grossesses normales, et dans 15 cas il y eut des troubles de grossesse tels qu'intoxication gravidique ou *placenta prævia*.

Quant aux présentations, il y eut 94,6 pour cent de présentations céphaliques, 3,2 de présentations podaliques, et 2,2 pour cent de grossesses gémellaires (tableau I).

Le forceps fut utilisé dans 87 cas, soit 31 pour cent, et l'épisiotomie pratiquée dans 75 cas, soit 27 pour cent.

TABLEAU I

Classification des présentations observées

	Cas		%
1. Présentations céphaliques —	**265**		**94,6**
Antérieures		206	73,6
Postérieures		59	21,0
2. Présentations podaliques —	**9**		**3,2**
Antérieures		4	1,4
Postérieures		5	1,8
3. Grossesses gémellaires —	**6**		**2,2**
OIDP et SIGA ; SIGA et OIGA OIGA et OIGA ; OIGA et OIDP SIDA et OIGA ; SIDA et OIDP			

Pour enregistrer les observations que nous faisons sur l'enfant à sa naissance, nous utilisons une feuille dite d'Évaluation du nouveau-né qui fut introduite ici par le docteur Maurice Richard, chef du Service de pédiatrie. C'est la version française d'une formule qui existe déjà dans certains hôpitaux américains.

ÉVALUATION DU NOUVEAU-NÉ

Un pronostic de vie peut être porté sur tout nouveau-né une minute après sa sortie des voies génitales, que le cordon soit coupé ou non.

Deux points sont accordés à chacune des cinq parties de l'examen qui s'avèrent satisfaisantes :

1° *Pulsations cardiaques :*

Entre 100 et 140 ..... 2 points
Moins de 100 ..... 1 point
Aucun battement 0

2° *Respiration :*

40/minute	2 points
Intervalles d'apnée	1 point
Apnée	0

3° *Coloration :*

Rosée	2 points
Ni rosée, ni cyanosée	1 point
Cyanosée ou blanche	0

4° *Réflexe d'irritabilité :*

L'introduction du cathéter et l'aspiration de sécrétions pharyngées entraînant la production d'une grimace	2 points
L'enfant ne réagit pas	0

5° *Tonus musculaire :*

L'enfant résiste à l'extension de la jambe	2 points
L'enfant résiste faiblement	1 point
L'enfant est atonique	0

Les statistiques montrent que les enfants ayant conservé de huit à dix points ont un taux de mortalité de 0,13 pour cent, que ceux qui ont obtenu de deux à sept points ont un taux de mortalité de 1,1 pour cent et qu'enfin le taux de mortalité est de 14 pour cent pour ceux qui conservent moins de deux points.

OBSERVATIONS

Le tableau II indique l'état, à la naissance, des bébés dont la mère n'avait reçu aucun médicament au cours du travail.

Il est à noter que 68,2 pour cent de ces bébés ont conservé le total des points, soit dix. De plus, les substances anesthésiques utilisées chez nos accouchées ont toujours été les mêmes soit le protoxyde d'azote, le cyclopropane et l'oxygène. Par ailleurs, les substances analgésiques employées ont varié ; ce furent soit le démérol, soit le nisentil, soit le nembutal et hyoscine.

TABLEAU II

Patientes n'ayant reçu aucun médicament au cours de leur travail
(66 cas, soit 23,6%)

ÉTAT DES BÉBÉS A LEUR NAISSANCE	
10 points	45, soit 68,2%
9 points	8, soit 12,1%
8 points	8, soit 12,1%
7 points	2, soit 3,0%
6 points	1, soit 1,8%
4 points	2, soit 3,0%

Le tableau III montre l'état, à la naissance, des bébés dont la mère avait reçu 50 mg de démérol seulement :

TABLEAU III

Patientes ayant reçu 50 mg de démérol
(25 cas, soit 9%)

ÉTAT DES BÉBÉS A LA NAISSANCE	
10 points	17, soit 68%
9 points	4, soit 16%
8 points	3, soit 12%
7 points	1, soit 4%

Si nous étudions maintenant l'état à la naissance, des bébés dont la mère avait reçu 4,5 gr de nembutal et 0,01 gr d'hyoscine (tableau IV), nous constatons que 40,5 pour cent seulement de ces enfants ont eu tous leurs points. C'est une diminution de 28 pour cent. On se rend compte tout de suite, comme on pouvait le prévoir d'ailleurs, que cette méthode d'analgésie obstétricale, même si elle est agréable pour la mère, n'en est pas moins dangereuse pour l'enfant. Une forte proportion de ces enfants

ont présenté une dépression respiratoire plus ou moins marquée. Malheureusement, le lorphan n'étant pas un antagoniste des barbituriques, nous n'avons pas pu l'utiliser dans ces cas.

TABLEAU IV

Patientes ayant reçu 4,5 gr de nembutal et 0,01 gr d'byoscine
(37 cas, soit 13,2%)

ÉTAT DES BÉBÉS A LA NAISSANCE	
10 points	15, soit 40,5%
9 points	8, soit 21,6%
8 points	5, soit 13,5%
7 points	4, soit 10,8%
6 points	3, soit 8,0%
4 points	1, soit 2,8%
1 point	1, soit 2,8%

De nos 280 cas relevés pour cette étude, 79, soit 28,2 pour cent ont reçu du lorphan.

Si nous étudions maintenant les patientes qui ont reçu 50 mg de démérol et 1 ampoule de lorphan (tableau V), nous avons 64% des bébés qui ont obtenu dix points à la naissance. Les résultats dans ces cas n'ont pas été améliorés par le lorphan.

TABLEAU V

Patientes ayant reçu 50 mg de démérol et 1 ampoule de lorphan
(11 cas, soit 4%)

ÉTAT DES BÉBÉS A LA NAISSANCE	
10 points	7, soit 64%
9 points	1, soit 9%
8 points	2, soit 18%
7 points	1, soit 9%

Le tableau VI rapporte l'état des bébés dont les mères avaient reçu 100 mg de démérol.

TABLEAU VI

Patientes ayant reçu 100 mg de démérol
(23 cas, soit 8,2%)

ÉTAT DES BÉBÉS A LA NAISSANCE	
10 points	9, soit 39,1%
9 points	7, soit 30,4%
8 points	3, soit 13,0%
7 points	1, soit 4,3%
6 points	1, soit 4,3%
2 points	1, soit 4,3%
1 point	1, soit 4,3%

Les résultats sont alors sensiblement les mêmes que ceux que nous avions obtenus avec le nembutal et l'hyoscine. Les bébés sont autant déprimés.

Maintenant si nous relevons les cas où la mère, ayant reçu 100 mg de démérol et 2 ampoules de lorphan (tableau VII) nous constatons une légère amélioration : 46,4 pour cent des enfants obtiennent dix points au lieu de 39,1 pour cent lorsque les 100 mg de démérol ont été utilisés seuls.

TABLEAU VII

Patientes ayant reçu 100 mg de démérol et 2 ampoules de lorphan
(28 cas, soit 10%)

ÉTAT DES BÉBÉS A LA NAISSANCE	
10 points	13, soit 46,4%
9 points	4, soit 14,3%
8 points	6, soit 21,4%
7 points	2, soit 7,1%
6 points	1, soit 3,5%
5 points	2, soit 7,1%

Le tableau VIII montre que 12,1 pour cent de nos patientes ont reçu de 30 à 60 mg de nisentil seul, et qu'alors 41,2 pour cent des bébés ont eu dix points à la naissance.

TABLEAU VIII

Patientes ayant reçu 30 à 60 mg de nisentil
(34 cas, soit 12,1%)

ÉTAT DES BÉBÉS A LA NAISSANCE	
10 points	14, soit 41,2%
9 points	7, soit 20,6%
8 points	8, soit 24,7%
7 points	1, soit 3,0%
5 points	1, soit 3,0%
2 points	2, soit 4,5%
0 point	1, soit 9,0%

Par ailleurs, nous avons 32 patientes qui ont reçu 30 mg de nisentil et deux ampoules de lorphan (tableau IX). Dans ces cas, 56,2 pour cent des enfants ont conservé dix points à la naissance. Il y a donc ici une amélioration importante dans la condition des bébés à la naissance qui semble bien attribuable à l'effet antagoniste du lorphan dans la dépression respiratoire.

TABLEAU IX

Patientes ayant reçu 30 mg de nisentil et 2 ampoules de lorphan
(32 cas, soit 11,9%)

ÉTAT DES BÉBÉS A LA NAISSANCE	
10 points	18, soit 56,2%
9 points	5, soit 15,6%
8 points	2, soit 6,2%
7 points	3, soit 9,4%
6 points	2, soit 6,2%
2 points	1, soit 3,2%
1 point	1, soit 3,2%

Viennent ensuite huit patientes qui reçurent 60 mg de nisentil et deux ampoules de lorphan. Dans leurs cas (tableau X) on remarque que 37,5 pour cent des enfants seulement eurent dix points. On sait en effet que le nisentil a un effet qui peut être nuisible à l'enfant lorsqu'il est administré à la dose de 60 mg. Il semble que dans ces cas, le lorphan n'ait pas rendu service.

TABLEAU X

Patientes ayant reçu 60 mg de nisentil et 2 ampoules de lorphan
(8 cas, soit 3%)

ÉTAT DES BÉBÉS A LA NAISSANCE	
10 points	3, soit 37,5%
8 points	3, soit 37,5%
6 points	1, soit 12,5%
4 points	1, soit 12,5%

Enfin nous avons étudié dix cas où les mères ont reçu 30 mg de nisentil, 50 mg de démérol et une ampoule de lorphan. Alors, 50 pour cent des bébés ont obtenu dix points à leur naissance (tableau XI).

TABLEAU XI

Patientes ayant reçu 30 mg de nisentil, 50 mg de démérol et 1 ampoule de lorphan
(10 cas, soit 2,8%)

ÉTAT DES BÉBÉS A LA NAISSANCE	
10 points	5, soit 50%
9 points	1, soit 10%
8 points	2, soit 20%
7 points	1, soit 10%
6 points	1, soit 10%

En résumé, il nous semble à la suite de cette étude sur le lorphan que ce médicament a rendu des services importants pour prévenir la

dépression respiratoire du nouveau-né, lorsque nous l'avons utilisé chez des mères ayant reçu 30 mg de nisentil. Cependant, dans les cas où la mère avait reçu 60 mg de nisentil, nous n'avons pas remarqué que le lorphan ait amélioré la condition des bébés à la naissance.

BIBLIOGRAPHIE

1. LANDMESSER, COBB et CONVEISE, *Anæsthesiol.*, **14** : 535, 1953.
2. LANDMESSER, COBB et CONVEISE, *Anæsthesiol.*, **16** : 520, 1955.

DISCUSSION

Le docteur Garant souligne que malgré les progrès de l'obstétrique, chaque fois qu'on intervient contre les douleurs maternelles, c'est au détriment de l'enfant.

Le docteur Marc-André Demers demande si le lorphan a une parenté avec la naline.

Le docteur Jean-Paul Dechêne répond que la naline, autre antibiote des opiacés a une formule bien différente. C'est de la morphine dont un groupe CH^3 a été remplacé par un radical allyl.

ÉVALUATION DE LA RÉSECTION PULMONAIRE EN TUBERCULOSE *

par

Maurice BEAULIEU, Joffre-A. GRAVEL, Jean-Paul ROGER
Jean-Marie LEMIEUX et W. LOU

de l'Hôpital Laval

De septembre 1951 à avril 1957, près de 700 résections pulmonaires pour tuberculose furent effectuées à l'Hôpital Laval. A ce stage, il semble bien qu'à la lumière des résultats obtenus, nous puissions mieux préciser les indications de cette thérapeutique chirurgicale.

La tuberculose est une maladie générale qui évolue souvent par poussées et rémissions. L'ablation des foyers pulmonaires actifs peut freiner la maladie, mais la réactivation est toujours possible. Pour évaluer les résultats d'une thérapeutique antituberculeuse, il faut donc forcément prendre en considération une bonne période d'observation étroite. De plus, certaines complications chirurgicales de la résection peuvent se manifester tardivement. C'est en raison de ces différents facteurs que nous avons limité notre étude aux 500 premiers cas. Ces excisions pulmonaires ont été effectuées chez 486 malades entre septembre 1951 et avril 1956. La période d'observation postopératoire varie donc de un à six ans.

---

* Travail présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 5 avril 1957.

Indications :

Les indications de la résection pulmonaire en tuberculose peuvent être classifiées en quatre groupes (tableau I).

TABLEAU I

Indications pour résection pulmonaire

GROUPES	NOMBRE DE CAS	EXPECTORATIONS POSITIVES
1. Lésions cavitaires rebelles	350	278 (79,4%)
2. Lésions caséeuses résiduelles	68	37 (54,4%)
3. Destructions pulmonaires	42	39 (92,9%)
4. Échecs de thoracoplastie	40	38 (95,0%)
TOTAL	500	392 (78,4%)

Le groupe des lésions cavitaires rebelles comprend les cas où l'ulcération a persisté en dépit du repos, des antibiotiques et peut-être de la collapsothérapie (pneumothorax, pneumopéritoine). C'est l'indication la plus fréquente.

Lorsqu'il ne persiste dans le poumon qu'une lésion caséeuse résiduelle sans évidence de cavité, la question litigieuse est de savoir s'il faut recommander la prolongation du traitement médical ou l'ablation chirurgicale. Nous croyons que l'on doit recommander l'intervention chirurgicale devant une histoire de poussées et de rémissions surtout chez le jeune, de pauvres conditions socio-économiques et lorsque le malade refuse de coopérer au traitement médical. A noter que nous classons le tuberculome dans ce groupe.

Le groupe des poumons détruits inclut les cas où tout un poumon est fortement atteint avec de multiples cavités et souvent avec des zones de bronchiectasies et d'atélectasie.

Enfin, l'échec de la thoracoplastie est une autre indication de la résection pulmonaire. Nous avons observé que la thoracoplastie (ou le

plombage) manque habituellement son but lorsqu'elle est effectuée pour une cavité géante ou pour une lésion multicavitaire. De plus, l'association d'une tuberculose endobronchique ou de lésions bronchiectasiques peut conduire facilement à l'échec du collapsus. Disons que dans le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire nos préférences sont nettement à la résection. En présence de lésions tuberculeuses étendues, la thoracoplastie obtiendra rarement un résultat complet ; en présence de lésions peu étendues, la résection touche beaucoup moins la fonction respiratoire totale.

L'essaimage de la maladie est plus fréquent à la suite de la thoracoplastie ; on l'observe plus rarement à la suite de la résection. On obtient un résultat plus rapide et plus stable avec la résection pulmonaire qui, de plus, ne nécessite qu'un seul temps opératoire et ne laisse pas de déformation thoracique. Il semble bien que la thoracoplastie doive être réservée au malade dont l'état général est plus déficient et à qui on ne peut offrir plus qu'une amélioration de son état. La figure 1 illustre notre application de ces principes ; de 1951 à 1955, le nombre des thoracoplasties passe de 238 à 7 alors que celui des résections augmente de 17 à 138.

Préparation chirurgicale :

On ne procède à la résection pulmonaire que lorsque le traitement médical a produit une réduction maximum des lésions. Avant de procéder à l'excision, il faut bien localiser ces lésions. On y arrive par la tomographie dans les plans antéro-postérieur et latéral. La bronchoscopie permet d'évaluer l'état de l'endobronche surtout au point précis où l'on devra procéder à une section et à une suture bronchique.

Technique :

Dans les deux tiers des cas à la base de notre étude, l'intervention fut effectuée en position latérale et dans le tiers restant en position ventrale. Dans la première position, l'intubation fut pratiquée à l'aide d'un tube à double lumière (tube de Carlens) et dans la deuxième par un tube endotrachéal ordinaire. L'une ou l'autre méthode a ses avantages et ses désavantages. Le calcul de la perte sanguine par la pesée des

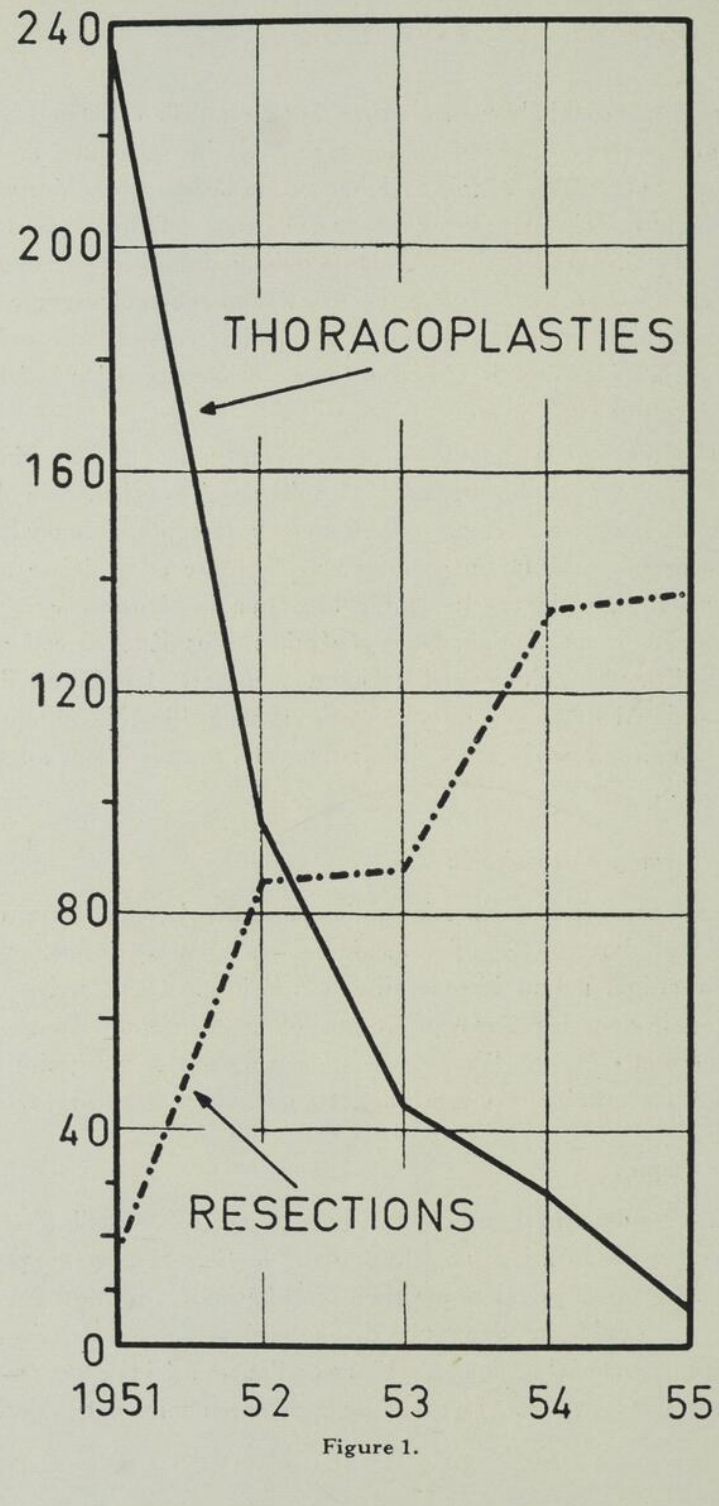

240
200
160
120
80
40
0
THORACOPLASTIES
RESECTIONS
1951
52
53
54
55

Figure 1.

éponges semble nous permettre de pourvoir au remplacement sanguin avec une assez bonne précision.

Soins postopératoires :

A la suite de toute résection pulmonaire totale ou partielle, il faut éviter la rétention de sécrétions et l'atélectasie. Il faut faire respirer les malades, les faire tousser ou même recourir à l'aspiration endobronchique. A cette fin, on ne saurait trop insister sur l'importance des services d'un bon physiothérapiste. A la suite d'une résection pulmonaire partielle, il est nécessaire que les tubes de drainage soient reliés à un appareil à succion avec une pression négative d'au moins 20 cm de H^2O. On élimine ainsi l'air et le sang qui s'accumulent dans l'hémithorax opéré. Une expansion rapide et complète du poumon restant constitue le moyen le plus sûr de prévenir les complications postopératoires.

Analyse du matériel :

Le matériel étudié inclut 500 cas de résections pulmonaires pratiquées sur 486 malades tuberculeux. La distribution est égale selon les sexes : 243 cas pour chacun. L'âge varie de 7 à 61 ans et l'âge moyen est de 31 ans (tableau II). Les variétés d'interventions apparaissent au tableau III. Une résection bilatérale fut pratiquée chez huit malades, dont six pour réactivation et deux pour fistule broncho-pleurale.

TABLEAU II

Répartition selon l'âge
(486 patients)

Age	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50 et plus
Nombre de cas	1	42	196	147	87	13

Age moyen ..... 31 ans

TABLEAU III

Variétés de résection pulmonaire

Pneumonectomie	125
Lobectomie	209
Résection segmentaire	127
Résection cunéiforme	39
TOTAL	500

Résultats :

L'étude statistique de la valeur de la chirurgie excisionnelle en tuberculose pulmonaire est basée sur trois points :

1° L'étude de la mortalité ;
2° L'étude des complications postopératoires ;
3° L'état actuel des malades vivants.

Afin de bien démontrer ces points, le matériel clinique soumis a été divisé en deux sous-groupes :

a) Deux cents opérés au cours des années 1951, 1952 et 1953 ;
b) Trois cents opérés au cours des années 1954, 1955 et 1956.

Mortalité :

Dans le premier groupe, la mortalité fut de 8 pour cent (16 cas) ; dans le second groupe, elle fut de 3,4 pour cent (10 cas). Le taux de mortalité totale fut de 5,2 pour cent (26 cas). Il y eut 17 cas de décès précoces (durant les 60 premiers jours subséquents à l'opération) et neuf cas de décès tardifs (après 60 jours) (tableau IV).

Le tableau V montre les causes de la mortalité et le tableau VI démontre que le taux de mortalité s'est accru avec l'étendue de la résection pulmonaire.

TABLEAU IV

Mortalité

	Premier groupe 1951-52-53 (200 cas)	Deuxième groupe 1954-55-56 (300 cas)	TOTAUX
Précoce	11 (5,5%)	6 (2,0%)	17 (3,4%)
Tardive	5 (2,5%)	4 (1,3%)	9 (1,8%)
TOTAUX	16 (8,0%)	10 (3,4%)	26 (5,2%)

TABLEAU V

Causes de mortalité

CAUSES	OPÉRATOIRE	PRÉCOCE	TARDIVE	TOTAL
Fistule broncho-pleurale et empyème	0	3	5	8
Empyème	0	2	0	2
Œdème pulmonaire aigu	0	3	0	3
Hémorragie	0	2	1	3
Insuffisance respiratoire	0	3	0	3
Broncho-pneumonie	0	2	0	2
Embolie pulmonaire	0	1	0	1
Arrêt cardiaque	1	0	1	2
Infarctus du myocarde	0	1	0	1
Inconnue	0	0	1	1
TOTAL	1	17	8	26 (5,2%)

Évaluation des complications postopératoires :

Les principales complications rencontrées dans les suites opératoires furent la fistule broncho-pleurale, l'essaimage ou la réactivation, et les sinus cutanés (tableau VII).

TABLEAU VI

Mortalité en regard de la variété de résection

VARIÉTÉ D'OPÉRATION	NOMBRE DE CAS	MORTALITÉ
Pneumonectomie	125	15 (12,0%)
Lobectomie	209	8 (3,8%)
Résection segmentaire	127	2 (1,6%)
Résection cunéiforme	39	0

TABLEAU VII

Complications

VARIÉTÉS	Premier groupe 1951-1953 (200 cas)	Deuxième groupe 1954-1956 (300 cas)	TOTAUX (500 cas)
Empyèmes	6 (3,0%)	9 (3,0%)	15 (3,0%)
Fistules broncho-pleurales	28 (14,0%)	13 (4,4%)	41 (8,2%)
Essaimages ou réactivations	6 (3,0%)	6 (2,0%)	12 (2,4%)
Sinus cutanés	8 (3,5%)	5 (1,7%)	12 (2,4%)

Empyème :

Quinze malades firent des empyèmes sans fistule broncho-pleurale ; le taux d'empyème fut de trois pour cent pour chaque groupe. Treize malades furent traités avec succès par la chirurgie, soit au moyen de thoracoplastie, de plombage ou de drainage. Deux patients décédèrent de leur complication (tableau VIII).

TABLEAU VIII

Empyème

TRAITEMENT	NOMBRE DE CAS	GUÉRIS	PERSISTANT	MORTS
Thoracoplastie ou plombage.....	8	7	0	1
Drainage.....	7	6	0	1
TOTAL.....	15	13	0	2

Fistules broncho-pleurales :

La fistule broncho-pleurale fut la complication la plus fréquente et entraîna la mort de huit malades. Il y eut 41 cas, soit 8,2 pour cent de fistules diagnostiquées. Toutefois, dans le deuxième groupe de malades opérés, il n'y eut que 13 cas de fistules, soit un taux de 4,4 pour cent. Il semble significatif que près d'un tiers des fistules suivirent une lobectomie supérieure droite.

Le taux des fistules broncho-pleurales augmenta avec l'étendue de la résection (tableau IX). Dans 41 cas de fistules, nous déplorâmes huit décès ; vingt-quatre fistules furent refermées par chirurgie, dont 16 par

TABLEAU IX

Fistules broncho-pleurales en regard de l'étendue de la résection

VARIÉTÉS D'OPÉRATIONS	NOMBRE DE CAS	NOMBRE DE FISTULES BRONCHO-PLEURALES ET POURCENTAGE
Pneumonectomie.....	125	15 (12,0%)
Lobectomie.....	209	18 (8,6%)
Résection segmentaire.....	127	7 (5,5%)
Résection cunéiforme.....	39	1 (2,6%)

thoracoplastie, cinq par thoracoplastie et bronchoplastie, une par excision complémentaire et deux par simple drainage. Le tableau X illustre bien le fait que la simple thoracoplastie fut la méthode de choix dans le traitement de la fistule broncho-pleurale.

TABLEAU X

Traitement des fistules broncho-pleurales

TRAITEMENT	NOMBRE DE CAS	GUÉRIS	PERSISTANT	MORTS
Thoracoplastie	20	16	4	0
Thoracoplastie et bronchoplastie	10	5	0	5
Excision complémentaire	4	1	1	2
Drainage	7	2	4	1
TOTAUX	41	24	9	8

Essaimage ou réactivation :

Pendant les six mois qui suivirent la résection, 12 cas subirent une progression de leur maladie ou une exacerbation. Il n'y eut pas de mort attribuable à cette complication. Six des malades furent subséquemment mis sous contrôle soit par un traitement médical ou par de la chirurgie complémentaire (tableau XI).

Sans vouloir surestimer la valeur de la résection pour la tuberculose pulmonaire, nous pouvons dire que nous avons eu peu de réactivations, surtout si l'on se souvient qu'au moment de la résection, 78,4 pour cent des malades avaient des bacilles de Koch dans leurs expectorations, ou encore, étaient atteints de lésions contro-latérales.

Sinus cutanés :

Douze malades firent des infections cutanées dans les suites opératoires. Tous, sauf trois, sont maintenant guéris.

TABLEAU XI

Essaimage précoce ou réactivation

TRAITEMENT	NOMBRE DE CAS	INACTIFS	ACTIFS	MORTALITÉ
Médical	9	3	6	0
Thoracoplastie ou plombage	1	1	0	0
Excision complémentaire	2	2	0	0
TOTAUX	12	6	6	0

Le tableau XII illustre bien la relation entre la durée de la maladie et l'incidence des complications postopératoires. Il convient de noter que les patients qui ont succombé étaient ceux dont la maladie comportait la plus longue évolution, soit une moyenne de 6,6 années.

TABLEAU XII

Complications en regard de la durée de la maladie

	NOMBRE DE CAS		DURÉE MOYENNE EN ANNÉES
Sans complication	**406**		4,9
Avec complications	**94**		
Empyèmes		15	5,4
Fistules broncho-pleurales		41	6,1
Essaimages ou réactivations		12	5,2
Mortalités		26	6,6
TOTAL	**500**		

État actuel des malades vivants :

Sur un total de 460 malades vivants, nous avons perdu la trace de 28. Par contre, nous en surveillons 432. Dans notre groupe hospitalier,

nous éprouvons une satisfaction profonde de pouvoir démontrer une relation maintenue entre le chirurgien et le malade qui atteint le taux imposant de 93,9 pour cent. Ces malades ont été suivis durant une période allant de une année à cinq ans.

Des malades revus à la clinique externe, 377, soit 87,3 pour cent travaillent ou sont en état de travailler. Le fait de savoir que ces malades sont retournés à une situation utile dans la vie, souvent après des années de sanatorium, constitue pour nous une source d'encouragement et de stimulation (tableau XIII).

TABLEAU XIII

Résumé des résultats

Nombre total d'opérations	500	
Nombre total de malades	486	
Nombre total de malades vivants	**460**	
Suivis		432
Non suivis		28
Bien et au travail	377 (87,3%)	

Cinquante-cinq malades ne peuvent travailler ; de ceux-ci 40 sont encore hospitalisés et 39 sont positifs au bacille de Koch (tableau XIV).

Ce dernier tableau illustre les causes d'incapacité. Huit malades ne peuvent travailler à cause d'une tuberculose bilatérale préexistante à l'opération, vingt et un du fait de complications postopératoires non corrigées et vingt-six à cause de réactivation tardive de la maladie.

En conclusion, nous pouvons affirmer qu'à mesure que la chirurgie excisionnelle approche de l'âge mûr et que ses indications deviennent plus définies, les résultats continuent à s'améliorer.

TABLEAU XIV

Distribution des cas d'incapacité

CAUSES	NOMBRE DE CAS			CAS DONT LES EXPECTORATIONS CONTIENNENT DU BACILLE DE KOCH		
	Hospitalisés	Non hospitalisés	TOTAL	Hospitalisés	Non hospitalisés	TOTAL
Tuberculose bilatérale préexistante	6	2	8	6	0	6
Complications postopératoires	14	7	21	4	3	7
Réactivation	20	6	26	20	6	26
TOTAUX	40	15	55	30	9	39

RÉSUMÉ

Les auteurs présentent les résultats obtenus au cours de 500 résections pulmonaires chez 486 malades opérés à l'Hôpital Laval et discutent des indications de ces interventions chirurgicales.

Les complications observées dans un premier groupe de 200 cas et dans un deuxième groupe de 300 cas et les 26 cas de décès sont discutées. Le traitement des complications postopératoires et les résultats sont exposés. Enfin, le sort ultime des malades est apprécié.

A PROPOS DES TUMEURS MALIGNES DE LA SURRÉNALE *

par

Sylvio LEBLOND et Édouard BEAUDRY

de l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier de Chicoutimi

M^me^ H. S., est une jeune femme de 27 ans, sourde-muette, mariée à un sourd-muet.

Cette surdi-mutité serait survenue à la suite d'une méningite aiguë, de nature indéterminée, à l'âge de 8 ans. La patiente a fréquenté un Institut éducationnel. Elle peut parler, émettre des sons intelligibles d'une façon explosive, saisit bien le mouvement des lèvres de son interlocuteur.

Menstruée à l'âge de 10 ans, sans incident, elle se marie il y a 3 ou 4 ans et, en août 1955, elle accouche d'un enfant normal, à la suite d'une grossesse non compliquée. En mai 1956, elle fait un avortement.

Peu après son premier accouchement, en août 1955, elle prend du poids et elle remarque qu'elle engraisse surtout des épaules et du visage qui s'arrondit. Des poils apparaissent au menton et aux joues. Ses cheveux tombent et elle se plaint de prurit généralisé.

Elle devient enceinte de nouveau peu après. En mai 1956, elle avorte et fait une hémorragie abondante.

---

* Travail présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 13 septembre 1957.

A ce moment, sa maladie, qui couve depuis son dernier accouchement, prend plus d'importance et les signes se dessinent. Ses poils deviennent plus abondants à la face qui s'arrondit davantage. Des vergetures foncées apparaissent à l'abdomen et aux cuisses. Elle engraisse du tronc, des épaules et de la nuque. Ses cheveux tombent en plus grande abondance. Elle devient nerveuse, et surtout, asthénique et fatiguée. La peau est lisse, mince, sèche. Elle est toujours fatiguée et le moindre effort lui est pénible. Elle a des vertiges, se sent lourde, bouffie, engourdie. Ses règles n'apparaissent plus, et la libido disparaît.

Elle consulte son médecin qui, suspectant une anomalie hypophysaire ou surrénalienne, nous l'adresse.

Elle est admise à l'hôpital le 5 septembre 1956.

C'est une petite femme, brune, pesant 108 livres, mesurant à peine cinq pieds. Elle a l'aspect figé des sourds, indifférents à ce qui se passe autour d'eux et qui concentrent leur attention sur les lèvres de ceux à qui ils parlent. Sa chevelure est clairsemée. Son facies a l'aspect lunaire. Des poils poussent aux joues, en avant des oreilles et rejoignent un bouquet pileux au menton. La lèvre supérieure est velue. Les paupières sont œdématiées, la face est rouge, les yeux sont légèrement saillants.

La thyroïde apparaît normale dans un cou élargi et court.

La malade a une obésité tronculaire patente et une bosse graisseuse marquée à la nuque (*buffalo bump*). La colonne dorsale est arrondie. Les poils existent, assez abondants, entre les seins qui sont bien proportionnés.

Les poumons et le cœur sont normaux à l'auscultation, mais la pression artérielle est à 200/100.

Le ventre est ballonné, parsemé de stries pourprées. Le foie et la rate ne sont pas palpables. Le clitoris n'est pas augmenté de volume.

Les membres n'offrent rien de particulier.

La selle turcique apparaît petite, presque fermée.

Les urines contiennent des traces d'albumine. L'hématocrite est à 48 pour cent et la formule sanguine contient 5 000 000 de globules rouges avec 100 pour cent d'hémoglobine. La leucocytose est à 9 300 avec prédominance neutrophilique à 88 pour cent. Il n'y a pas d'éosino-

philie. La glycémie est à 0,85 g pour mille. Le métabolisme basal est de 15 pour cent.

Les urines contiennent 69 mg/24 heures de 17-cétostéroïdes. Le cholestérol du sang est à 3,20 g pour mille et le cholestérol estérifié à 1,40 pour mille. Le bilan électrolytique est normal. Le décompte des éosinophiles total est à 200 et un nouveau dosage des 17-cétostéroïdes donne 45 mg/24 heures, quinze jours plus tard. L'électrocardiogramme est normal. Le fond d'œil est normal.

Une insufflation d'air rétropéritonéal est tentée sans succès appréciable, mais une urographie intraveineuse faite le 21 septembre laisse suspecter l'existence d'une tuméfaction surplombant le rein gauche.

La malade est opérée par l'un de nous (E. Beaudry) le 26 septembre 1956, après une bonne préparation.

« On constate qu'il existe à la surrénale gauche une tumeur lobulée, du volume d'un poing. Le rein est légèrement basculé de sorte que son pôle inférieur est aplati et semble inversé vers la gauche. Le pédicule est presque vertical. Le pôle inférieur du rein se trouve ainsi rapproché de la colonne vertébrale. La veine surrénale tombe à la partie moyenne du pédicule rénal. La tumeur surrénale est enlevée sans trop de difficulté malgré quelques adhérences au diaphragme. »

La pièce portée au laboratoire est examinée soigneusement et voici le rapport que nous fournit le docteur Bruneau :

« Nous avons reçu une glande surrénale augmentée de volume. La tranche de section nous montre qu'il s'agit d'une tumeur puisque la médullaire est complètement disparue et remplacée par la masse tumorale qui provient de la corticale. La tumeur, dans son ensemble, nous apparaît encapsulée. Elle est de consistance plutôt molle, friable, et on note en plus de nombreuses zones hémorragiques et des zones de nécrose. »

« Au point de vue microscopique, la glande surrénale présente une morphologie modifiée. Il n'existe plus de médullaire. La surrénale hypertrophiée est exclusivement composée de cellules de la corticale. Les cellules ont plutôt l'aspect à peu près normal de la cellule atypique alors qu'à d'autres endroits, la cellule présente une anaplasie marquée. Le dessin lobulaire est assez bien conservé. La capsule entoure très

bien l'organe, cependant, en plusieurs endroits, elle s'amincit et le tissu conjonctif collagène est pénétré par la masse tumorale. Le pléiomorphisme est apparent ici et là alors qu'à d'autres endroits, il n'existe pas. Dans l'ensemble le cytoplasme cellulaire est pauvre en lipides. La tumeur est bien vascularisée. En somme il s'agit d'un épithéiioma de la cortico-surrénale (adéno-carcinome). »

La malade supporte bien l'opération. Sa pression tombe à 175/115. Elle reçoit 100 mg de cortisone tous les jours. Son bilan électrolytique se maintient. La diurèse monte jusqu'à quatre litres pendant quelques jours. Le 2 octobre, la pression artérielle est à 142/100, le pouls à 88 et la diurèse à 1 300 cm^3.

Le 10 octobre les cétostéroïdes sont à 8,5 mg/24 heures. La patiente fait par la suite des troubles psychopathiques qui sont attribués à la cortisone, et ne durent que quelques jours.

Au départ, le 25 octobre 1956, elle va assez bien et ne prend plus que 25 mg de cortisone. Son facies est débouffi, la pilosité est moins marquée, mais elle conserve sa fatigabilité et son asthénie.

Elle revient en décembre 1956. Elle se plaint de douleurs abdominales et de faiblesse. Elle peut à peine se lever. Elle crie, se lamente, parle seule, et est plus ou moins obnubilée.

Les 17-cétostéroïdes sont à 32,8 mg/24 heures. La malade n'a pas revu ses menstruations. Le potassium sanguin est à 2,5. La pression artérielle est à 180/130 et la patiente ne pèse plus que 87 livres.

Les éosinophiles totaux sont à 55 et une injection d'ACTH les fait descendre à 44 seulement. Elle fait sûrement encore de l'hypersurrénalisme.

Elle revient le 14 janvier de cette année. Son état ne s'est pas amélioré. Elle a peine à marcher et à mouvoir ses membres inférieurs. Elle est confuse, hirsute. Une radiographie du rachis lombaire montre une ostéoporose marquée et on suspecte des taches métastatiques aux vertèbres.

Le potassium sanguin est à 2,5 mÉq/l malgré l'administration assez régulière, depuis la dernière hospitalisation, de potassium sous forme de solution de Randall. Le sodium est à 149 mÉq/l. Le cholestérol sanguin est à 3,28 g pour mille. Les 17-cétostéroïdes sont à

40 mg/24 heures, ils atteignent 69 mg/24 heures le 2 février, alors que le potassium est remonté à 4,4 mÉq/l.

La malade est très agitée, les pupilles sont en myosis. Elle a des maux de tête, des vomissements. Les papilles sont pâles. Elle fait de l'incontinence sphinctérienne. Le ventre est ballonné. On croit y percevoir un peu de liquide d'ascite. La pression artérielle est à 210/160. Le pouls varie entre 90 et 100.

Brusquement, le 5 février, la pression artérielle tombe à 90/60. La température s'élève à 104°, le pouls à 130. Elle devient comateuse, inconsciente, présente du Cheyne-Stokes, et elle meurt le 6 février au matin. Nous n'avons pu obtenir l'autopsie.

Les tumeurs malignes de la surrénale ne sont pas fréquentes, et elles se rencontrent chez la femme plus que chez l'homme, aux environs de 30 ans.

Chez notre malade, il n'a pas été très difficile d'établir le diagnostic d'hyperfonctionnement du cortex surrénal : l'apparence physique, les stries violacées, l'hirsutisme, le facies lunaire, l'hypertension artérielle, l'aménorrhée en avaient fait poser le diagnostic assez facilement.

Cette malade, cependant, n'a jamais présenté de glycosurie et la glycémie est toujours restée normale. L'hyperglycémie provoquée a donné une courbe subnormale (0,82 — 1,04 — 0,82 et 0,79).

Il s'agissait d'établir l'étiologie de cette hyperplasie surrénalienne.

L'âge de la malade, la rapidité de l'évolution de la maladie laissaient suspecter une formation tumorale hypophysaire ou surrénalienne, plutôt qu'une hyperplasie adénomateuse bilatérale qui apparaît insidieusement, et évolue lentement.

La radiographie de la selle turcique n'est cependant pas toujours suffisante pour affirmer ou nier l'existence d'une tumeur basophile de l'hypophyse. C'est la forte augmentation des hormones androgènes dans les urines, en particulier, des 17-cétostéroïdes qui nous a incités à penser à une tumeur maligne de la surrénale.

Il est admis aujourd'hui que des taux dépassant 50 mg/24 heures sont très suggestifs d'une carcinomatose corticale, et à plus forte raison si l'éosinophilie totale ne dépasse pas 50 au mm^3. A son arrivée, notre malade avait encore 200 éosinophiles au mm^3. Ils sont descendus par la

suite jusqu'à 55 au mm^3, malgré une leucocytose à 11 600 et une neutrophilie à 75 pour cent.

Le potassium sérique était à 4,4 mÉq/I à son arrivée à l'hôpital, mais il baissa rapidement au cours de la maladie et d'une façon rebelle.

Les seuls éléments suspects du début, chez notre malade, étaient donc l'histoire clinique, l'installation rapide de la maladie et des 17-cétostéroïdes à 69 mg/24 heures.

Si l'insufflation rétro-péritonéale n'a pu révéler la tumeur, l'urographie intraveineuse a laissé deviner une masse qui coiffait le rein gauche, en aplatissait le pôle supérieur et le refoulait vers le bas.

C'est sur ces indications assez précises que nous nous sommes basés pour mettre en évidence une tumeur carcinomateuse qui a été enlevée. L'évolution subséquente de la maladie a laissé croire qu'il y eut des métastases *in situ* ou ailleurs puisque l'hyperfonctionnement corticale a continué de se manifester avec une intensité devenue incontrôlable qui a emporté la malade en l'espace de 17 mois.

Les tumeurs malignes de la surrénale sont rares chez l'homme. Il faut toujours y penser en face d'un syndrome de Cushing chez la femme.

Quand, en 1932, Cushing décrivit la maladie qui porte son nom, il l'attribua à un adénome basophile de l'hypophyse. Dans la suite et plus spécialement, depuis l'avènement de la cortisone, on a compris le rôle important que joue la surrénale dans l'établissement d'un syndrome. L'action de l'hypophyse dans la maladie de Cushing n'est pas bien établie. Certains auteurs ont conservé le concept original d'un hyperfonctionnement de l'hypophyse stimulant la sécrétion des stéroïdes surrénaliens. Cependant, l'opinion dominante attribue à la surrénale la déviation pathologique : en possédant une quantité trop importante de stéroïdes, elle entraîne l'apparition du syndrome de Cushing et les altérations basophiles à la glande hypophysaire.

On décrit, anatomiquement, dans le cortex surrénal trois zones : la glomérulueuse, la fasciculée et, sous ces deux, la zone réticulée, qui sécrètent des hormones qu'on peut diviser en trois groupes principaux :

a) Les minéralocorticoïdes, qui maintiennent le bon équilibre de l'eau et des électrolytes dans l'organisme. Le désoxycorticostérone (DOCA) en est le prototype ; l'aldostérone ferait partie de ce groupe.

b) Les glucocorticoïdes de Sélyé ou « S » *(sugar-producing hormones)* d'Albright ; ce groupe comprend les stérols qui déterminent les réactions organiques du *stress*. Il catabolise les protéines et les transforme en hydrates de carbone. La cortisone est un glucocorticoïde.

c) Les « N » hormones d'Albright, c'est-à-dire, les hormones androgéniques et œstrogéniques dont le métabolisme aboutit aux 17-cétostéroïdes urinaires que l'on peut doser. On attribuerait aux cellules de la zone glomérulеuse la production des premières, à la zone fasciculée, celle des hormones « S », et à la zone réticulaire la formation des androgènes et des œstrogènes. L'ACTH n'aurait, en réalité, une action stimulante que sur les gluco-corticoïdes, soit les hormones du type de l'hydrocortisone et de la cortisone.

L'hyperplasie congénitale du cortex peut donner lieu à un excès de production androgénique et déterminer le pseudohermaphrodisme femelle ou la macrogénitosomie précoce. Elle peut donner lieu, à l'encontre, à un excès de sécrétion œstrogénique et produire le pseudohermaphrodisme mâle ou une puberté précoce chez la femme avec apparition des règles chez la fillette.

L'hyperfonctionnement de la corticosurrénale est dû à un processus dont la nature peut varier : tantôt il s'agit de simples hyperplasies qui peuvent constituer une anomalie congénitale du métabolisme des corticostéroïdes, tantôt de tumeurs corticales bénignes adénomateuses qui peuvent se rencontrer simultanément des deux côtés, tantôt même, d'épithéliomas corticaux. Ces différentes lésions donneront toutes les signes qui caractérisent le syndrome de Cushing. Cependant, le pronostic et l'évolution seront différents suivant les caractères de la lésion primitive.

L'hyperfonctionnement acquis engendre le syndrome de Cushing qui peut être attribué à une hyperplasie banale des surrénales ou à une tumeur. Il donne aussi naissance aux syndromes adréno-métaboliques et aux syndromes soit du type androgénique, soit du type œstrogénique, d'origine hyperplasique ou tumorale. La tumeur carcinomateuse va donner lieu à un excès de production de toutes les hormones de la corticale comme en font foi les troubles du métabolisme minéral, la virilisation rapide avec hirsutisme, la perte de la libido, l'aménorrhée, l'impotence

chez l'homme et les anomalies rattachables aux hormones du groupe hydrocortisone et cortisone telles que l'hypertension, le diabète, l'ostéoporose et l'obésité.

Notre malade présentait la presque totalité de ces déviations, comme il arrive dans la tumeur carcinomateuse qui s'attaque activement et rapidement à toutes les cellules de chacune des zones du cortex de la glande. La présence d'une tumeur cortico-surrénalienne détermine un traitement chirurgical. Il ne faut pas perdre de temps avec un traitement purement médical qui ne saurait qu'assurer une amélioration temporaire. En ce qui concerne la radiothérapie, les résultats sont bien aléatoires. Immédiatement après l'exérèse chirurgicale il se produit une grande amélioration des principaux symptômes. Les résultats éloignés sont naturellement conditionnés par la nature des lésions surrénaliennes. Dans l'épithélioma les malades succombent le plus souvent à des métastases variées. Ce fut le cas des trois malades rapportés par Walters, Wilder et Kepler. * Ce fut également le cas de notre patiente. Elle n'a pu subsister même à l'ablation de la tumeur-mère. Déjà sourde-muette, elle est morte, jeune, succombant à une tumeur de la cortico-surrénale.

---

* *Ann. Surg.*, **6** : 1934.

CALCULS DE L'URETÈRE INFÉRIEUR *

par

René MATTEAU

chef du Service d'urologie de l'Hôpital Saint-Joseph, Trois-Rivières

Le traitement des calculs du système urinaire comporte de fréquents problèmes. Bien souvent il présente de telles difficultés que même le plus expérimenté des urologistes doit y penser longuement avant de décider de la conduite à tenir dans tel cas particulier. En effet, il faut avant tout songer à la possibilité d'une récidive. Et autant une première intervention pour des calculs du système urinaire peut être facile et rapidement exécutée, autant une seconde peut poser des problèmes tant pour la technique opératoire que pour l'intégrité future de l'arbre urinaire. Une incidence de récidive de l'ordre de 8 à 15 pour cent est un facteur non négligeable lorsqu'il s'agit du traitement de toute affection organique et particulièrement de calculs du système urinaire supérieur.

Nous n'avons pas l'intention de discuter ici de la pathologie ni de l'étiologie des calculs urinaires, lesquelles demeurent encore passablement obscures ni, non plus, de disserter des meilleurs moyens de prévenir la formation de calculs urinaires. Nous voulons simplement présenter notre façon de traiter les calculs du tiers inférieur de l'uretère, notre technique opératoire qui n'a rien d'original mais qui tend à être très

* Travail présenté à la Société médicale des hôpitaux universitaires de Québec, le 11 octobre 1957.

conservatrice et, enfin, faire une brève récapitulation des résultats obtenus.

Chacun connaît bien, pour l'avoir souvent observé, le tableau clinique d'une crise de colique néphritique. C'est apparemment une des plus fortes crises douloureuses qui puisse se présenter. On comprend alors facilement l'angoisse du patient et sa hâte d'être délivré de ce cauchemar.

Jusqu'à 1935, le malade devait évacuer spontanément son calcul après de longues journées de souffrance, ou se soumettre à une intervention sanglante dans un bref délai. C'est alors que Zeiss introduisit l'usage d'un cathéter urétéral recourbé en boucle qui permettait d'extraire le calcul par voie endoscopique. En 1937, Johnson remplace le cathéter Zeiss par un panier fait de fines broches d'acier disposées en arc de cercle et c'est à partir de ce moment que la manipulation endoscopique des calculs de l'uretère commence surtout à prendre de l'ampleur. Au début, ces instruments furent employés pour extraire des calculs de toutes dimensions dans toutes les portions de l'uretère et souvent avec des résultats désastreux. Cependant avec l'usage, on finit par en connaître les avantages et les inconvénients et, subséquemment, on limita leur usage aux petits calculs du tiers intérieur de l'uretère, c'est-à-dire aux calculs n'ayant pas plus de 8 mm dans leur plus grand diamètre et descendus en bas du croisement de l'uretère sur les vaisseaux iliaques. L'urétérolithotomie est demeurée le traitement de choix pour les gros calculs de l'uretère inférieur et même pour les plus petits qui peuvent s'arrêter dans l'uretère supérieur.

Aujourd'hui, la manipulation endoscopique des petits calculs de l'uretère inférieur est d'usage courant parmi les urologistes et l'instrument le plus en vogue et qui donne les meilleurs résultats est certainement le panier mis au point par Johnson en 1937. Il est fait de quatre fines broches d'acier montées en arc de cercle, derrière une bougie urétérale d'environ 7 à 8 cm de long ; le tout est fixé à un manche d'environ 20 cm. de long en acier flexible. L'instrument se manipule très bien dans un cystoscope 24F ou 21F.

Étant donné le matériel dont l'instrument est fait, il est facile de comprendre que malgré sa grande utilité, il n'en demeure pas moins un

instrument qui peut être très dangereux et qui ne doit être manié qu'avec les plus grandes précautions. Il y a trois principes fondamentaux qu'il ne faut pas oublier lors de la manipulation des calculs :

1° Un calcul ne doit jamais être extrait de force d'un uretère non suffisamment dilaté ;

2° Il faut avoir de la patience et de la gentillesse dans la manipulation du panier de peur de créer des lésions urétérales ;

3° Le chirurgien doit être familier avec l'instrument, connaître ses limitations et les dangers inhérents à son usage.

Si l'on ne demande pas au panier de Johnson plus qu'il ne peut donner, il est intéressant de voir jusqu'à quel point cet instrument s'avère utile et peut éviter au malade une intervention sanglante avec tout son cortège d'inconvénients et de dangers.

En présence d'un malade souffrant de colique néphrétique, notre premier souci est évidemment de soulager la crise, de faire disparaître le spasme de l'uretère et de rendre le malade confortable. Ce n'est qu'ensuite que nous nous préoccupons d'avoir des radiographies qui vont nous révéler la présence du calcul, sa situation, ses dimensions et l'état des voies urinaires supérieures. S'il a moins de huit mm dans son plus grand diamètre, s'il est franchement descendu dans le tiers inférieur de l'uretère, alors nous pouvons tenter une manipulation endoscopique avec le panier de Johnson.

Le malade est conduit à la salle de cystoscopie et après une rachianesthésie nous introduisons un cystoscope B B 21F pour inspecter la vessie et les orifices urétéraux. Le panier de Johnson est ensuite lentement introduit, sans force indue, dans l'orifice urétéral du côté du calcul et monté jusqu'à ce que nous soyons sûr qu'il soit à la hauteur du calcul ou même un peu au-dessus. Le panier est ensuite retiré très lentement, régulièrement, en le tournant dans le sens des aiguilles d'une montre. Habituellement, lorsque le calcul est engagé, nous constatons que le papier offre un peu de résistance, surtout en arrivant à l'orifice urétéral. Une traction lente et régulière, mais sans trop de force, peut vaincre cette résistance sans difficulté. Lorsque une première tentative ne ramène pas de calcul, nous n'hésitons pas à réintroduire le panier de nouveau,

deux, trois et même quatre fois, en prenant toujours les mêmes précautions. Il est très rare, lorsque le panier peut être introduit, qu'il ne ramène pas le calcul. Par ailleurs, il arrive dans un certain nombre de cas que la bougie urétérale ne peut être introduite à côté du calcul de façon à conduire le panier à sa hauteur. Les principales causes en sont :

1° Une anesthésie générale au lieu d'une anesthésie rachidienne : sous rachi-anesthésie ; la fibre lisse de l'uretère est complètement atone et ne peut se contracter, tandis que l'anesthésie générale ne préviendra pas un spasme de l'uretère lorsque celui-ci sera irrité par la bougie ;

2° La localisation du calcul dans la portion intramurale de l'uretère rend la plupart du temps l'introduction du panier très difficile : c'est là la cause prépondérante de nos échecs ;

3° La manipulation trop brusque du panier peut déplacer un calcul de façon à ce que son plus grand diamètre devienne transversal à l'uretère et en obstrue complètement la lumière ;

4° Une atrésie marquée de l'orifice urétéral peut faire obstacle à l'introduction de la bougie urétérale ;

5° Certaines hypertrophies prostatiques, de même que certaines tumeurs de la vessie peuvent cacher l'orifice urétéral de façon à rendre le cathétérisme techniquement impossible.

En plus de servir à la manipulation endoscopique des calculs, le panier de Johnson peut être encore précieux au cours de certaines techniques sanglantes. Mathias et ses associés l'ont employé avec succès pour des calculs multiples de l'uretère, en l'introduisant par une incision d'urérotomie, pour des calculs situés dans la portion intramurale de l'uretère en passant par une incision de cystostomie, ou encore lorsque, au cours d'une urétérotomie, ils constataient que le calcul avait émigré vers le rein ou vers la vessie. Notre expérience de la manipulation des calculs lors d'interventions chirurgicales se limite malheureusement à un seul cas, où nous nous sommes servi du panier par une incision de cystotomie pour un calcul de la portion intramurale de l'uretère. Cet essai fut très heureux et nous nous proposons bien de recommencer chaque fois que l'occasion s'en présentera.

Nous avons déjà mentionné que le panier de Johnson doit être manié avec beaucoup de prudence de façon à éviter des complications fâcheuses

et, parfois, graves, telles que la perforation de l'uretère avec extravasation consécutive d'urine dans l'espace rétropéritonéal, le rétrécissement ultérieur de l'orifice urétéral avec hydronéphrose consécutive. Une autre complication assez fréquente est celle qui peut survenir lors de la tentative d'extraction d'un trop gros calcul. Celui-ci entre dans le panier et peut être retiré jusqu'à la portion intramurale de l'uretère, mais ne peut passer à cet endroit. Il n'y a alors qu'un recours, c'est de faire une cystotomie et une méatotomie urétérale qui permet de délivrer le panier et le calcul. Ce n'est pas une catastrophe, mais le pourcentage de rétrécissements après une méatotomie de l'orifice urétéral est assez élevé et cette intervention peut être suivie d'une hydronéphrose progressive.

Nous exposerons maintenant les résultats que nous avons obtenus avec le panier de Johnson. Disons tout d'abord que nous avons compilé ici tous les cas de calculs du tiers inférieur de l'uretère observés à l'Hôpital Saint-Joseph des Trois-Rivières de janvier 1956, à septembre 1957. En tout, nous avons relevé 28 cas, à l'exclusion de trois cas dont les calculs passèrent spontanément, sans manœuvre de notre part.

Des 28 cas étudiés, 19, soit 67 pour cent, étaient de sexe masculin. Cette proportion de deux hommes pour une femme est plus élevée que celle qu'on rapporte généralement. L'âge moyen de notre série est de 40 ans, variant de 22 à 65 ans. Cependant l'âge moyen chez les hommes est de 43 ans, avec des extrêmes de 22 à 65 ans, tandis que l'âge moyen chez les femmes est de 33 ans, avec des extrêmes de 24 à 52 ans. Faudrait-il conclure que les calculs urinaires sont moins fréquents chez la femme que chez l'homme, mais qu'ils se manifestent plus précocement ? Nous avons observé autant de calculs à droite qu'à gauche, soit 15 du côté droit et 13 du côté gauche.

Au total, nous avons fait 18 extractions endoscopiques avec le panier de Johnson, soit 64,2 pour cent et dix urétérolithotomies, soit 35,8 pour cent. Ici encore, il n'y a aucune prépondérance en ce qui regarde les côtés droit ou gauche : neuf extractions endoscopiques furent pratiquées de chaque côté, six urétérolithotomies à droites et quatre à gauche. Chez cinq patients pour lesquels nous n'avions pas les indications requises pour une extraction endoscopique, nous avons fait

une urétérolithotomie d'emblée. Chez les autres, soit 23, il y eut huit tentatives infructueuses d'extractions endoscopiques.

Cependant trois d'entre elles se sont avérées réunies lors d'une deuxième tentative et, malheureusement, cinq cas durent subir une intervention sanglante. C'est ainsi que nous pouvons établir l'efficacité du panier de Johnson dans 18 cas sur 23 tentatives, soit à 78 pour cent.

Le séjour hospitalier postopératoire est en moyenne de 3,5 jours dans les cas d'extraction endoscopique, variant de deux à 11 jours, tandis qu'il s'établit à 13,2 jours dans les cas d'urétérolithotomie, variant de 8 à 36 jours. Dans ces derniers cas, le drainage d'urine par la plaie opératoire est en moyenne de 9,7 jours. Cependant si on exclut de cette série deux cas de fistules urétéro-cutanées, l'une de 18 jours et l'autre de 35 jours, on obtient un pansement sec au bout de 5,5 jours après l'intervention.

En ce qui regarde les complications postopératoires, nous n'avons eu à déplorer que deux cas de fistules urétéro-cutanées. Nous considérons comme complication un drainage postopératoire qui dure plus de dix jours. Sans que nous ayons eu à faire de manipulations spéciales, l'une se ferma spontanément après 18 jours et l'autre se tarit d'elle-même en 35 jours, après maintes vaines tentatives d'introduire une sonde urétérale. Ce sont là les deux seules complications de nos urétérolithotomies. Nous fûmes aussi heureux dans nos cas d'extraction endoscopique où nous n'avons pas eu de complications fâcheuses. Cependant quatre de nos patients nous ont causé les mêmes ennuis, soit des douleurs lombo-abdominales très fortes ressemblant étrangement à de nouvelles crises de colique néphrétique, qui survenaient cinq à six heures après l'extraction du calcul, mais qui cédaient facilement à la médication. Ces douleurs, que nous attribuons à l'œdème de la muqueuse urétérale qui devient assez important pour produire un bloquage complet mais temporaire de l'évacuation de l'urine, ne durent pas plus de 24 heures. En un cas, elles se prolongèrent plus longtemps, et on dut introduire une sonde urétérale que nous avons laissée à demeure pendant 24 heures, ce qui régla le problème.

Évidemment, notre période d'observation est trop courte pour savoir si quelques-uns de nos patients ne feront un rétrécissement de l'orifice

urétéral avec hydronéphrose. Pour la même raison, nous ne pouvons pas apprécier la fréquence de récidive des calculs.

Nous désirons surtout insister ici, sur la bénignité de l'intervention endoscopique pour les calculs du tiers inférieur de l'uretère, lorsqu'on respecte les indications opératoires, sur l'énorme diminution du séjour hospitalier, soit 3,5 jours en comparaison à 13,2, facteur excessivement important pour le patient et, enfin, sur la suppression d'une intervention sanglante avec toutes ses conséquences. Nous avons particulièrement apprécié l'extraction endoscopique des calculs, lorsque nous l'avons réussie chez une patiente enceinte depuis sept mois et demi. Une intervention sanglante chez cette malade, en plus de poser des problèmes de technique opératoire assez importants, aurait eu de fortes chances de provoquer un accouchement prématuré avec tous les inconvénients qu'il entraîne tant pour la mère que pour le bébé.

En résumé, cette compilation de 28 cas de calculs au tiers inférieur de l'uretère montre que 64,2 pour cent des calculs peuvent être extraits par voie endoscopique et que cette méthode s'est avérée fructueuse dans 78 pour cent des cas. Cette intervention, simple et bénigne, est très facilement acceptée par le patient et le favorise grandement à cause de la réduction de la durée du séjour hospitalier, de l'absence de plaies opératoires parfois assez longues à guérir, de la jouissance d'un arbre urinaire non lésé chirurgicalement, ce qui est très important si, dans l'avenir, le patient doit subir une intervention pour quelque cause que ce soit. L'âge moyen des patients atteints de calculs du système urinaire supérieur tombant dans la troisième décade de la vie, ce dernier avantage prend une importance particulière.

DISCUSSION

Le docteur P.-A. Poliquin souligne la fréquence de cette affection. Pour démontrer les difficultés et les incidents qu'on peut rencontrer en cette matière, il rapporte les deux cas suivants :

Un militaire hébergeait depuis des mois quatre gros calculs à facettes dans son uretère droit. C'était avant l'usage du panier. On fit des séances de dilatation urétérale, mais, après trois semaines, rien n'était passé.

Après un contrôle radiologique une urétérolithotomie fut décidée. On fit une cystostomie à la dernière minute et on eut la surprise de retrouver les quatre calculs rendus dans la vessie.

L'autre cas est celui d'une femme venue consulter pour des troubles gynécologiques. A l'examen vaginal on découvrit une grosse masse dans l'uretère gauche. Elle présentait une uronéphrose volumineuse. A l'intervention, on retrouva un uretère très dilaté et un calcul de 58 grammes, qui fut facile à enlever. Malheureusement le drainage fut plus compliqué et on dut enlever le rein plus tard.

Le docteur Normand demande pourquoi ces manœuvres d'extraction sont contre-indiquées dans le cas des calculs bloqués au tiers moyen.

Le docteur Matteau fait remarquer que le premier cas cité par le docteur Poliquin démontre l'importance de prendre la précaution d'une radiographie immédiatement avant l'intervention.

Il a vu chez une malade de 55 à 60 ans un calcul gros comme le pouce, logé près de la vessie qui n'avait donné ni colique, ni douleur lombaire, mais une hématurie. Il n'en a jamais vu de si lourds que 58 grammes.

Il mentionne un incident qu'il a observé ailleurs. On intervenait sous anesthésie générale. Le calcul entré dans le panier restait bloqué à l'orifice urétéral. Des tractions pas très fortes n'ont ramené que le manche. On voyait le bout du panier, mais il ne voulait pas venir. Il fallut faire une cystostomie et une méatotomie et expliquer ensuite au malade pourquoi il avait fallu inciser.

Au docteur Normand il explique qu'en cas de calcul du tiers moyen, l'uretère probablement lésé peut avoir une paroi mince comme du papier et que la partie métallique de l'instrument pourrait le déchirer, tandis que l'extraction sanglante est plus facile à cet endroit qu'au tiers inférieur.

LE TRAITEMENT DE LA SPONDYLITE RHIZOMÉLIQUE PAR LES AGENTS PHYSIQUES

par

Maurice DELÂGE

Le but du traitement de la spondylite ankylosante est de soulager le patient de sa douleur et de prévenir, diminuer ou retarder autant que possible l'ankylose. Les agents physiques tendent vers cet objectif.

Nous pouvons utiliser à cet effet les agents producteurs de chaleur, le massage, l'ionisation et les exercices.

L'application de la chaleur produit une vasodilatation qui augmente la circulation sanguine, accélère le métabolisme cellulaire et produit un effet sédatif. Cette sédation entraîne l'atténuation ou la disparition de la douleur et de la contracture.

Nous utilisons en ce sens les infrarouges, les ondes courtes et ultrasonores.

La lampe à infrarouge peut être considérée comme la meilleure productrice de chaleur pour le traitement à domicile. Son coût minime et sa facilité d'opération en font un appareil très recommandable. Manipulée par des gens le moindrement intelligents elle ne présente pratiquement aucun risque sérieux.

Le *pad* électrique est également utile à domicile, mais n'est pas aussi efficace que la lampe à infrarouge. La chaleur produite est moins intense. Son seul avantage, à notre avis, est qu'il peut être toléré pendant de longues séances, voire une nuit entière, en autant que la surface douloureuse est restreinte.

Également à domicile, le bain chaud peut être utile pour calmer la douleur, faire relâcher la contracture et servir d'assouplissement chez le patient en train de s'ankyloser et à qui on a prescrit des exercices. On le prescrit pour 20 à 30 minutes, à une température de 100 degrés.

En milieu hospitalier, les infrarouges sont peu utilisés dans le traitement de la spondylite ankylosante. Le bain de lumière local (Baker) est indiqué chez le patient alité, lorsqu'il est impossible de le conduire au département de physiothérapie.

Dans la grande majorité des cas, les ondes courtes sont encore ce que la physiothérapie possède de plus efficace contre la douleur, la raideur et la contracture musculaire des spondylitiques. Elles produisent une chaleur profonde, uniforme et confortable. L'agencement des électrodes nous permet de traiter de petites et de grandes surfaces. Les séances peuvent être répétées aussi longtemps qu'on le désire. Souvent, on note une exagération de la douleur au cours des deux ou trois premiers traitements, puis la douleur s'atténue graduellement. La période d'accalmie qui suit chaque traitement se prolonge avec la répétition des séances. La douleur disparaît généralement entre le dixième et le vingtième traitement.

Les ondes ultrasonores sont venues s'ajouter à l'arsenal thérapeutique. Leur action thermique est analoque à celle des ondes courtes. L'expérience nous a démontré que, dans la spondylite ankylosante, leurs effets sont sensiblement les mêmes que ceux des ondes courtes. Ces deux agents semblent d'ailleurs se compléter dans leur lutte contre la douleur et la contracture. Nous remarquons que lorsque nous n'obtenons pas avec les ondes courtes la sédation désirée, nous l'obtenons presque à coup sûr en les remplaçant pas les ultrasons. Nous constatons également les mêmes phénomènes en remplaçant les ultrasons par la diathermie là où ceux-ci ne semblent pas vouloir agir. Si nous donnons la préférence aux ondes courtes, c'est uniquement parce que les ultrasons ont le désavantage d'immobiliser un technicien pendant la durée de la séance.

Le ralentissement de la circulation locale par la contracture qui, secondairement, entraîne une restriction du mouvement, justifie l'application du massage. Son action mécanique supplée à la réduction de l'activité musculaire et stimule la nutrition et le tonus du muscle. En plus de son effet mécanique, on note, par voie réflexe, une sédation de la

douleur et de la contracture. Le massage est toujours précédé d'une application de chaleur dont les effets se complètent.

L'ionisation peut aussi rendre quelques services. Cependant, dans ce domaine, les ions analgésiques du type salicylé cèdent la place aux ions vasodilatateurs comme l'histamine et les dérivés de la choline dont le Mecholyl (chlorure d'acétyl-béta-méthylcholine) est le plus employé. Ces vasodilatateurs agissent d'ailleurs bien dans toutes les affections rhumatismales du type rhumatoïde.

Si la douleur, la raideur et la contracture sont des symptômes qui attirent notre attention, l'ankylose vers laquelle s'achemine le patient, demeure toujours le point vers lequel doivent converger tous nos efforts thérapeutiques. C'est en ce sens que les exercices physiques peuvent jouer un grand rôle. La conservation de l'amplitude du mouvement n'est possible que par l'exécution de ce mouvement qui entretiendra et développera la force musculaire. Du même coup, l'équilibre statique de la colonne se conservera, car cet équilibre n'est possible que par le maintien d'une bonne musculature. Nécessairement, le patient doit être mis au courant de l'ankylose à laquelle il s'expose s'il ne suit pas nos recommandations. Il devra se soumettre à une série d'exercices répétés, soutenus, qui, en somme, devront s'incorporer à ses activités quotidiennes.

Si, durant l'évolution de sa maladie, le patient est laissé à lui-même et continue à vaquer à ses occupations, sa colonne dorso-lombaire se fléchira graduellement. Selon la posture qu'il adoptera sa colonne cervicale prendre la position de flexion ou d'hyperextension. Pour marcher, son centre de gravité étant porté à l'avant, il devra maintenir ses hanches et ses genoux en flexion. Si, par contre, il s'alite s'entoure d'oreillers, ou s'installe confortablement dans un fauteuil, sa colonne dorso-lombaire se fléchira graduellement, la tête se déjetera à l'avant et la colonne cervicale se fixera en flexion. Comme le processus peut intéresser toutes les articulations, celles qui sont adjacentes seront naturellement les plus touchées. Les mouvements des épaules, de la cage thoracique et des hanches verront leur amplitude diminuer et même disparaître.

Pour prévenir ces complications, le patient doit se maintenir en bonne position. Il doit utiliser un lit rigide, un matelas dur, sur lequel il

s'étendra sur le dos, les jambes allongées. La tête ne doit pas reposer sur un oreiller. Si, toutefois, cette position n'est pas confortable, l'oreiller ne doit pas être épais et doit être éliminé aussitôt que possible. On conseille, lorsque le patient est couché, de placer pendant de courtes périodes un petit coussin ou une couverture roulée, transversalement à la colonne lombaire pour obtenir une extension du segment lombaire. On peut également placer ce petit coussin entre les épaules, parallèlement à la colonne dorsale, pour contrecarrer l'amorce d'une voussure dorsale. Lorsqu'il se tient debout, le patient doit constamment surveiller sa posture : l'abdomen légèrement porté à l'avant, les épaules à l'arrière et la tête droite. Assis, il doit reposer au fond de la chaise, le segment lombaire à plat sur le dossier, les épaules légèrement déjetées à l'arrière et la tête droite. En somme, il doit, comme dit l'expression anglaise, être toujours *posture conscious*.

En prévision de la diminution de l'expansion thoracique et de l'amplitude respiratoire, le patient doit être soumis à une gymnastique respiratoire quotidienne, la séance doit durer 4 à 5 minutes. Il devra comprendre la nécessité, durant la séance, de ne respirer autant que possible qu'avec son thorax. La contraction volontaire des muscles abdominaux pendant la respiration immobilisera le diaphragme, forçant ainsi le thorax à s'étendre davantage. On peut également éliminer la respiration abdominale, lorsque le patient est couché, en lui installant une bande abdominale serrée.

Il sera de plus astreint à un programme d'exercices généraux. Ces exercices intéresseront tous les mouvements de toute la colonne, de la ceinture scapulaire et des hanches. Selon la position à prendre pour l'exécution de ces exercices nous les divisons en exercices en position assise, debout, couchée sur le dos et sur le ventre. Ce programme, lorsqu'il est bien suivi, dure presque deux heures, et c'est celui que nous suivons en milieu hospitalier lorsque, évidemment, la condition du patient nous le permet.

A sa libération, nous insistons pour qu'il suive la même routine. Cependant, s'il reprend son travail, on peut modifier le programme en retranchant les exercices qu'il aura nécessairement à faire au cours de ses activités.

REVUE MÉDICALE

ENTÉRITE RÉGIONALE [1]

par

Gérard GAGNON, F.A.C.S., F.I.C.S., M. Sc.,

professeur agrégé, Diplomate American Board of Surgery,
chef du Service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu Saint-Vallier de Chicoutimi

Observations cliniques

Première observation :

M. P. L., 41 ans (dossier 49050) se présente à l'hôpital le 22 février 1947, pour des douleurs abdominales.

Depuis environ six mois, ce malade accuse des douleurs abdominales mal localisées, survenant par crises et se répétant à des intervalles de plus en plus rapprochés, soit presque tous les jours. De plus, il se plaint de ballonnement abdominal et de diarrhée légère. Il a maigri d'une trentaine de livres. Les antécédents personnels et familiaux ne comportent rien de particulier.

A l'examen physique, on constate que l'abdomen est distendu et douloureux à la palpation. On note une contracture musculaire dans le flanc gauche.

1. Cf. *Laval médical*, **24** : 365, (décembre) 1957.

La formule sanguine est sans particularité. L'examen d'urine révèle des traces marquées d'acétone.

On porte le diagnostic d'obstruction intestinale et, le 27 février 1947, une laparotomie est pratiquée par le docteur D. Gaudry. Ce dernier rapporte les constatations suivantes : « Péritoine épaissi, œdématié, liquide séreux dans la cavité péritonéale. La portion moyenne du jéjunum est fermement épaissie et congestionnée. Le mésentère de cette portion contient une grosse masse ganglionnaire. »

Un ganglion mésentérique est prélevé pour examen histologique. Le pathologiste remarque une légère hyperplasie lymphocytaire et réticulo-endothéliale avec une bande de tissu scléreux en bordure du ganglion contenant ici et là quelques rares lymphocytes et plasmocytes. Il ne relève aucune indice de malignité et porte le diagnostic d'iléite régionale.

Le malade quitte l'hôpital sans autorisation, deux semaines après l'intervention.

Le malade est réhospitalisé le 20 août 1947. Son état s'est quelque peu amélioré quoiqu'il conserve certains signes d'obstruction intestinale avec un peu de diarrhée. Il continue de se plaindre de nausées et de douleurs associées à une asthénie marquée.

A l'examen physique, on note un abdomen distendu et douloureux dans toute son étendue.

La formule sanguine révèle une leucocytose à 18 000 dont 76 pour cent de polynucléaires neutrophiles. L'azotémie, la glycémie, l'urine sont sans particularité.

Le 27 août 1947, on pratique une laparotomie paramédiane droite pour une obstruction intestinale. L'intervention comprend :

1° Une anastomose de dérivation entre l'iléon en amont et en aval de la lésion et suture du mésentère au niveau de l'anastomose ;

2° Une appendicectomie.

A l'intervention, on constate que l'iléon est fortement épaissi, sur une longueur d'environ douze pouces, dans sa portion terminale, à environ dix-huit pouces du cæcum. La masse ganglionnaire du mésentère constatée à la dernière intervention est disparue. L'appendice est rétro-

cæcal, long et congestionné. Un liquide séreux abondant est observé dans la cavité péritonéale.

Les suites opératoires sont normales.

Le malade quitte l'hôpital le 23 septembre, soit vingt-six jours après l'intervention. Le malade est réadmis trois jours après sa sortie de l'hôpital. Il se plaint de ballonnement abdominal, de diarrhée profuse, d'inappétence et d'œdème des membres inférieurs.

A l'examen physique, on remarque que la langue est sèche et que la rate est percutable. La palpation de l'abdomen révèle une douleur diffuse. La percussion démontre du météorisme.

L'examen d'urine révèle des traces d'albumine, de sucre et d'acétone ; la formule sanguine démontre une anémie légère.

On porte le diagnostic de cirrhose diffuse ou d'hypoprotéinémie avec avitaminose, due à la longue période d'hyponutrition.

Un traitement médical est institué. On permet au patient de quitter l'hôpital le 15 décembre 1947. On rapporte qu'il est fortement amélioré.

Il est réadmis le 13 août 1948 pour de l'amaigrissement, de la faiblesse et de la dénutrition. L'abdomen est souple, mais on palpe une masse dans la fosse iliaque et le flanc droits.

Le malade fait des vomissements et éprouve des douleurs très fortes après les repas ; il ne s'alimente pratiquement pas. Malgré un traitement médical intensif, le malade continue de dépérir.

Un lavement baryté, pratiqué le 1er août 1948, révèle une colite diffuse. L'étude du relief muqueux montre une altération et une irritabilité marquée au côlon sigmoïdien. Le transit digestif pratiqué le 21 août 1948 ne révèle rien d'anormal.

Les urines sont normales. Par contre, la formule sanguine révèle une anémie légère. La protéinémie est à 5,80 grammes. La sédimentation est de 8 millimètres. L'azotémie est à 0,35 g. La recherche du sang dans les selles est positive.

Une gastroscopie pratiquée le 24 août 1948, révèle un estomac normal.

L'état général du patient continue de se détériorer. Il est alors référé à un autre chirurgien qui pratique une résection intestinale avec anastomose termino-terminale. On enlève toute la région de l'anastomose de chaque côté.

Rapport anatomo-pathologique :

L'anse intestinale examinée présente une entérite aiguë, ulcéreuse et purulente, sans aucune spécificité histologique. A un endroit, deux segments de cette anse sont accolés l'un à l'autre et à cet endroit, la sous-muqueuse et la musculeuse contiennent quelques corps étrangers amorphes qui pourraient à la rigueur correspondre à des fragments de suture récente.

Les suites opératoires sont marquées par le développement d'un iléus adynamique avec péritonite. Malgré un traitement énergique, le malade expire le 20 octobre 1948.

Cette observation illustre bien que l'entérite régionale est une maladie décourageante et difficile à traiter.

DEUXIÈME OBSERVATION :

M. M. C., 20 ans (dossier 4950), commissionnaire, est hospitalisé à l'Hôtel-Dieu le 27 mai 1941, pour un syndrome digestif imprécis. Depuis plusieurs mois, il se plaint de douleurs abdominales basses, sans caractère défini ; ces douleurs sont sans horaire et n'ont pas de relation avec les repas. A celles-ci, s'ajoutent une constipation chronique et un état nauséeux presque continuel, mais sans vomissement.

Dans les antécédents, tant héréditaires que personnels, il n'y a rien à signaler. L'état général semble bon. La température est à 98,4°F. et le pouls à 80 à la minute.

A l'examen physique, on note un abdomen plat et souple. La palpation révèle une sensibilité diffuse. Le péristaltisme est normal. L'examen d'urine et la formule sanguine sont sans particularité. Après un lavement baryté, le radiologiste conclut à une perméabilité exagérée de la valvule iléo-cæcale et à un état inflammatoire péricæcal. On soupçonne une iléite régionale.

Le 29 mai 1951, une laparotomie est pratiquée par le docteur E. Simard, qui découvre un appendice sensiblement normal. A l'abouchement iléo-cæcal et sur une distance de trois pouces, l'iléon est épaissi, sa séreuse est dépolie ; la palpation donne l'impression d'un tuyau d'arrosage ; le mésentère de la région iléo-cæcale est farci de gros ganglions.

Le pathologiste confirme le diagnostic clinique comme suit : « Il s'agit d'une iléite régionale, communément appelée maladie de Crohn, avec ulcération de la muqueuse. »

Les suites opératoires furent normales et le malade quittait l'hôpital le 7 juin 1941, en bonne voie de guérison.

Le dernier examen périodique fut fait le 11 janvier 1956. Le patient a engraissé de quinze livres depuis son opération. Il ne ressent aucune douleur et n'a pas de diarrhée. Il ne passe pas de sang dans ses selles. Le patient affirme qu'il n'a aucun trouble intestinal et se considère guéri.

TROISIÈME OBSERVATION :

M^lle C. J., 24 ans (dossier 7256), est hospitalisée le 4 août 1951. Depuis vingt-quatre heures, elle se plaint de douleurs abdominales, surtout localisées au quadrant inférieur droit de l'abdomen et associées à des nausées, des vomissements et de la diarrhée. L'état général est bon, la température est à 98,3°F. et le pouls à 84.

L'examen physique révèle un abdomen souple, avec une douleur ou un point de MacBurney, mais sans défense, ni contracture.

L'examen d'urine est normal. La leucocytose est à 14 200, avec 85 pour cent de polynucléaires neutrophiles.

On porte le diagnostic d'appendicite aiguë.

Une laparotomie d'urgence est pratiquée par le docteur E. Simard.

À l'ouverture de la cavité péritonéale, on remarque une certaine quantité de liquide séreux. L'appendice est sensiblement normal, sauf un petit calcul dans sa lumière. La dernière portion de l'intestin grêle, sur une longueur de dix-huit à vingt pouces est fortement épaissie, avec un piqueté hémorragique sous-séreux. Le mésentère de ce segment de l'iléon est œdématié et contient plusieurs ganglions hypertrophiés. On découvre quatre placards nécrotiques (coloration violacée, presque noire, de la grandeur d'une pièce de cinq sous) sur l'intestin.

Une résection intestinale avec iléo-transversostomie est pratiquée en un temps.

Le pathologiste rapporte qu'il s'agit d'une iléite inflammatoire aiguë ou maladie de Crohn.

La patiente fut réhospitalisée le 25 novembre 1951, pour un épisode diarrhéique, apparaissant surtout à l'occasion d'une émotion ou d'un refroidissement. Elle est mariée depuis mai 1952, mais n'est jamais devenue enceinte.

Elle fut examinée à intervalles réguliers depuis son départ de l'hôpital. Elle déclare faire encore de la diarrhée et de l'anémie.

Une étude radiologique du tractus digestif pratiquée le 25 janvier 1954, a révélé un intestin grêle d'apparence normale. Elle se plaint également de douleurs dans le bas-ventre.

On revoit la malade le 11 janvier 1956 et on note que la température est normale, et que le poids à 155 livres indique un amaigrissement de six ou sept livres. Elle se plaint d'une douleur abdominale diffuse, postprandiale. Elle fait trois selles diarrhéiques par jour ; depuis son opération toutefois, elle ne passe pas de sang dans ses selles.

Nous considérons cette malade comme améliorée, mais nous ne pouvons éliminer la possibilité d'une récidive.

QUATRIÈME OBSERVATION :

M. T. B., 23 ans (dossier 24223), est hospitalisé le 26 mai 1953, pour des douleurs à la fosse iliaque droite. Depuis deux mois environ, trois à quatre heures après les repas, le patient dit éprouver une sensation de ballonnement abdominal qui dure quelques minutes et s'accompagne de borborygme. Depuis cette époque également, il a deux selles molles par jour.

A l'examen, on note une forte douleur au point de MacBurney, avec rigidité musculaire. La température est à 100°F. et le pouls à 80.

Les urines sont normales. La leucocytose est à 16 400, avec 84 pour cent de polynucléaires neutrophiles.

Une appendicectomie est décidée le 27 mai. Une incision de MacBurney découvre un appendice en état d'inflammation aiguë, recouvert d'un exsudat fibrineux intense. Après avoir enlevé l'appendice, on extériorise le grêle pour éliminer la présence d'un diverticule de Meckel. A notre grande surprise, l'iléon terminal, depuis la valvule iléo-cæcale, et sur une longueur de 24 centimètres est rouge feu et a la consistance du caoutchouc. La paroi de l'intestin à cet endroit, semble avoir plus de deux centimètres d'épaisseur. Sa lumière est réduite au minimum. Nous avons l'impression de palper un organe solide plutôt qu'un organe

creux. Certains ganglions du mésentère ont la grosseur d'une noix anglaise. Nous croyons être en présence d'une iléite segmentaire. On ferme la paroi abdominale.

L'examen histo-pathologique révèle un appendice en état d'inflammation aiguë avec gangrène.

Le 15 juin, après une préparation médicale (sulfathalidine et streptomycine), nous pratiquons une résection intestinale, comprenant le cæcum, le côlon ascendant, l'angle hépatique, la moitié droite du côlon transverse et plus de deux pieds de l'iléon, avec une anastomose terminolatérale, entre l'iléon et le côlon transverse.

La convalescence est rapide et sans complication. Le malade quitte l'hôpital, le 25 juin 1953, et laisse la région immédiatement pour retourner dans sa famille.

En janvier 1956, le malade déclare qu'il pèse 145 livres. Son poids est demeuré stationnaire. Sa température est normale. Cependant, il a toujours des selles diarrhéiques. Il a repris toutes ses activités et se dit guéri. Nous classons ce patient dans la catégorie des patients guéris.

CINQUIÈME OBSERVATION :

M. L. M., 26 ans (dossier 11956), est admis à l'hôpital le 15 novembre 1953, pour une diarrhée chronique. La maladie, au dire du patient, aurait débuté en 1951, alors qu'il a commencé à faire de la diarrhée. Il avait alors au moins six évacuations par jour.

Il fut hospitalisé en 1952, pour une diarrhée aiguë qui céda après trois jours de traitement médical. La diarrhée est réapparue à intervalles réguliers depuis son départ de l'hôpital. Il n'a pas passé de sang dans les selles ; il n'a pas eu de nausée, ni de vomissement ; il n'a pas perdu de poids.

L'examen physique de l'abdomen ne révèle rien d'anormal. Le foie, la rate et les reins ne sont pas palpables, ni percutables.

Le repas baryté révèle la présence d'une entérite régionale. La calcémie est à 8,8 mg pour cent et la phosphorémie est à 4,7 mg pour cent. L'épreuve à l'histamine est normale. Les urines sont normales. La recherche du sang dans les selles est positive sur trois échantillons. La formule sanguine est normale.

On demande une consultation chirurgicale. Le docteur E. Simard recommande et pratique une laparotomie exploratrice. Le diagnostic d'entérite régionale est porté avant l'intervention.

Constatations opératoires. A l'ouverture de l'abdomen, nous dirigeons notre exploration immédiatement vers l'estomac ; celui-ci n'offre aucun signe pouvant faire penser à la présence d'une linite plastique, d'une ulcération ou de tout autre état pathologique.

La vésicule biliaire, le foie et le duodénum paraissent normaux, de même que le côlon transverse. L'exploration de l'intestin grêle est intéressante : le jéjunum, depuis l'angle duodéno-jéjunal et sur une longueur d'environ trois pieds, présente un épaississement considérable de la paroi. De plus, l'intestin dans son ensemble est distendu et hypertrophié et il est le siège d'une hyperhémie sous-séreuse marquée. Faisant immédiatement suite à ce segment dilaté, nous voyons un segment d'environ un pied et demi de longueur où la paroi intestinale nous paraît quelque peu rétrécie. Toutes les anses intestinales faisant suite à celles que nous venons de décrire, présentent une consistance et une apparence normales. Le mésentère est farci de ganglions tuméfiés, allant du volume d'une fève à celui d'une olive. La majorité de ces ganglions se retrouve près de la région intestinale qui est le siège des phénomènes décrits plus haut. Il est à remarquer, cependant, qu'il existe des ganglions tuméfiés, mais moins nombreux et moins gros, dans les segments sous-jacents du mésentère vis-à-vis desquels l'intestin nous paraît normal. La région iléo-cæcale semble normale, excepté l'appendice qui contient un volumineux calcul ; toutefois, l'appendice n'est pas le siège de réaction inflammatoire apparente. Les côlons sont normaux, à l'exception d'une boucle sigmoïdienne mobile et longue qu'on pourrait considérer comme un dolichosigmoïde moyen.

L'exploration abdominale nous donne franchement l'impression d'une maladie de Crohn dont le siège actuel est localisé au jéjunum et au début de l'iléon.

Nous prélevons un ganglion pour étude histo-pathologique. Le rapport de cet examen se lit comme suit : « Adénite subaiguë avec appendicite aiguë catarrhale. »

La convalescence fut rapide et sans complication. Le patient quitta l'hôpital le 12 décembre 1953, soit dix jours après l'intervention. Il est sous traitement médical pour entérite régionale depuis cette époque.

Nous l'avons revu le 20 janvier 1956. Sa température est normale ; son poids est demeuré le même. Il ne ressent aucune douleur. L'opération n'a cependant pas modifié la diarrhée : il a quatre ou cinq selles par jour, presque toutes semi-liquides. Les selles sont plutôt pâles, sans sang ni fausse-membrane. La digestion est un peu difficile. Il se plaint d'une flatulence postprandiale. Le patient travaille régulièrement depuis son départ de l'hôpital.

Nous considérons que la maladie évolue lentement vers l'obstruction intestinale qui nécessitera une intervention chirurgicale.

SIXIÈME OBSERVATION :

J.-G. C., un enfant de 8 ans (dossier 27681), est admis à l'hôpital dans le Service de médecine, le 8 mai 1954, pour des douleurs abdominales, des nausées et des vomissements, ainsi que de la constipation. Le début de la maladie remonterait à huit jours. Les troubles se seraient installés progressivement.

Dans les antécédents personnels, on remarque que l'enfant fut opéré d'urgence le 15 octobre 1953. Le diagnostic préopératoire était d'appendicite aiguë et le diagnostic postopératoire d'adéno-lymphite mésentérique. L'appendice fut enlevé. La convalescence fut compliquée d'un iléus adynamique. Le patient put cependant quitter l'hôpital huit jours après son opération. L'examen histo-pathologique indiquait un appendice normal. Le médecin de famille l'aurait également traité pour un rhumatisme articulaire aigu à forme abdominale.

Une radiographie simple de l'abdomen révèle une dilation des anses du grêle avec un niveau liquide. On porte le diagnostic d'iléus adynamique.

La formule sanguine est banale :

Hémoglobine	11 grammes
Érythrocytes	4 570 000
Leucocytes	10 200

Valeur globulaire	0,85
Polynucléaires neutrophiles	77%
Lymphocytes	12%
Grands monocytes	10%
Polynucléaires basophiles	1%

Deux jours après son admission, on demande une consultation chirurgicale. Le consultant recommande une laparotomie qui est pratiquée le 11 mai 1954, par le docteur E. Beaudry. On porte le diagnostic préopératoire d'obstruction intestinale par bride, mais on le modifie après l'intervention en celui d'obstruction par iléite terminale perforée.

A l'opération, on fait une résection intestinale (quinze cm d'iléon) avec anastomose termino-terminale.

Constatations opératoires. Cet enfant présente des douleurs abdominales depuis six à sept jours. Il s'est progressivement développé une obstruction et une distension de l'abdomen. La radiographie a démontré une obstruction siégeant sur l'intestin grêle seulement. A l'opération, on constate qu'il existe dans l'abdomen, un liquide libre, séro-purulent. A environ 12 cm du cæcum, on retrouve une iléite segmentaire avec nécrose partielle de l'intestin et perforation. Cette perforation s'est cloisonnée par de multiples adhérences et des membranes fibrineuses. L'examen du cæcum et des autres organes de l'abdomen ne révèle rien d'anormal.

L'examen histo-pathologique du segment intestinal confirme le diagnostic d'iléite régionale terminale.

La convalescence est normale. La plaie guérit par première intention. Le patient quitte l'hôpital dix-huit jours après son admission et quinze jours après son opération.

Ce patient est actuellement pensionnaire dans un collège classique. La famille n'a jamais constaté la nécessité d'un examen périodique, tellement l'enfant se porte bien. Nous le classons dans la catégorie des sujets guéris.

SEPTIÈME OBSERVATION :

M^me^ J.-P. G., 26 ans (dossier 34001), est admise à l'hôpital le 18 août 1954, pour des douleurs dans la fosse iliaque droite. La maladie

actuelle aurait commencé il y a trois jours. La patiente raconte qu'elle a commencé à ressentir un malaise dans la fosse iliaque droite, accompagné de frissons et de vomissements. La patiente dit avoir vécu un épisode semblable au mois de juillet dernier, quelques jours avant ses menstruations.

Dans les antécédents, on relève que les amygdales ont été enlevées plusieurs années auparavant.

A l'examen physique, on constate une douleur objective diffuse dans tout l'abdomen. Il y a une rigidité musculaire marquée à la fosse iliaque droite.

La formule sanguine démontre :

Hémoglobine	12 grammes
Érythrocytes	3 840 000
Leucocytes	10 800
Polynucléaires neutrophiles	74%
Lymphocytes	24%
Grands monocytes	2%

On porte le diagnostic d'appendicite aiguë et on recommande une laparotomie d'urgence qui est pratiquée par le docteur E. Simard. On enlève l'appendice. Le diagnostic postopératoire est celui d'appendicite aiguë et d'iléite terminale (maladie de Crohn).

Constatations opératoires. Cette patiente présente un syndrome appendiculaire aigu. A l'ouverture de l'abdomen, on constate que l'appendice est modérément congestionné et que la base du cæcum, surtout à l'implantation de l'appendice, semble entièrement normal. Par ailleurs, la dernière anse du grêle sur une distance d'environ cinq à six pouces, présente un épaississement marqué et un dépoli de la séreuse et une hyperhémie sous-séreuse marquée. Dans le mésentère du grêle, près de cette anse, on constate de très nombreux ganglions, tuméfiés et œdématiés, formant une masse plus grosse qu'un œuf. Le tout nous apparaît assez caractéristique d'une iléite terminale ou maladie de Crohn, localisée à la dernière anse de l'iléon. Il est à remarquer que le cæcum ne participe en aucune façon au processus inflammatoire qui se termine

brusquement à la valvule iléo-cæcale. C'est la raison pour laquelle nous avons tout de même pratiqué une appendicectomie.

L'utérus et les annexes nous apparaissent normaux. Nous explorons le grêle sur une certaine distance et nous ne trouvons aucune autre zone atteinte d'entérite régionale.

L'examen histologique révèle une appendicite aiguë suppurée avec réaction péritonéale.

La convalescence est rapide et sans complication. La plaie guérit par première intention. La malade quitte l'hôpital six jours après son admission à l'hôpital. Elle est toujours soumise à un traitement médical.

Elle est réadmise à l'hôpital le 6 août 1955, pour un avortement incomplet.

En janvier 1956, la patiente continue de jouir d'une bonne santé. Nous croyons que la maladie a guéri spontanément.

HUITIÈME OBSERVATION :

M. O. B., 28 ans (dossier 33637), est hospitalisé une première fois le 3 août 1954, pour des douleurs abdominales, accompagnées de vomissements. Il y a trois jours, le patient a subitement ressenti après son repas du soir, une vive douleur au creux épigastrique. Quelques heures plus tard, les vomissements alimentaires sont apparus. Le patient ne pouvait même pas tolérer l'eau. Vingt-quatre heures auparavant, le patient aurait vomi des matières fécales. Le patient dit avoir eu une défécation normale quelque temps avant son admission à l'hôpital.

Les antécédents personnels et héréditaires ne révèlent rien de particulier. Le patient eut la rougeole en bas âge et subit une amygdalectomie il y a quatre ans.

Le patient raconte également que depuis cinq ans, il éprouve beaucoup de troubles digestifs qui se caractérisent par une diarrhée fréquente et abondante. Il raconte avoir vécu un épisode semblable il y a deux mois. Le tout serait entré dans l'ordre après quelques jours.

A l'examen physique, on constate un abdomen souple et plat ; la palpation provoque une douleur subjective légère, à la fosse iliaque droite et à l'ombilic. L'auscultation de l'abdomen révèle un péristaltisme normal. Le toucher rectal n'indique rien d'anormal.

La recherche des parasites dans les selles est négative. L'épreuve à l'histamine est normale.

La formule sanguine démontre :

Hémoglobine	11,5 grammes
Érythrocytes	3 980 000
Leucocytes	5 400
Valeur globulaire	0,94
Polynucléaires neutrophiles	60%
Polynucléaires éosinophiles	2%
Lymphocytes	29%
Grands monocytes	9%

Un lavement baryté ne révèle rien d'anormal au côlon.

On pratique un examen radiologique du tractus digestif par l'administration de bouillie opaque ; le radiologiste déclare que l'estomac, le duodénum et l'intestin grêle sont normaux. Il signale cependant une dilatation du jéjunum. Devant ce rapport, nous portons le diagnostic d'appendicite à rechute ou de diverticule de Meckel.

Le malade quitte l'hôpital amélioré, sept jours après son admission.

Le 11 février 1955, le patient est réadmis à l'hôpital pour de la diarrhée, des vomissements fétides et de la constipation. Le patient raconte que, depuis son départ de l'hôpital au mois d'août dernier, il a ressenti par intervalles irréguliers une forte douleur péri-ombilicale associée à des vomissements bilieux et fécaloïdes. Le patient prétend que son abdomen devient parfois distendu et qu'il peut même observer une tuméfaction abdominale qui se déplace d'un côté à l'autre de l'abdomen. Enfin, il dit avoir perdu vingt-cinq livres depuis sa dernière hospitalisation.

A l'examen physique, on constate que le patient n'apparaît pas souffrant. La tension systolique est à 115 et la tension diastolique est à 80 mm de Hg. L'examen physique de l'abdomen révèle une sensibilité diffuse. On ne palpe pas de masse. Le toucher rectal indique un empâtement dans la fosse iliaque droite.

Les urines sont normales.

La formule sanguine se lit ainsi :

Hémoglobine	14,2 grammes
Érythrocytes	4 680 000
Leucocytes	6 200
Valeur globulaire	1,0
Polynucléaires neutrophiles	62%
Lymphocytes	34%
Grands monocytes	4%

On porte le diagnostic d'entérite régionale ou maladie de Crohn.

Le 14 février 1955, une laparotomie est pratiquée sous anesthésie générale.

Constatations opératoires. A l'ouverture de la cavité péritonéale, nous constatons la présence d'un liquide clair. L'intestin grêle est dilaté jusqu'à plusieurs fois son diamètre normal. La partie terminale de l'iléon, sur une longueur de dix-huit pouces environ a la consistance d'un saucisson. La lumière intestinale à cet endroit est réduite à un millimètre au plus. La paroi de l'intestin a au moins deux centimètres d'épaisseur. Le mésentère intestinal est épaissi. On peut voir plusieurs ganglions lymphatiques en état d'inflammation aiguë. L'inflammation intéresse également l'appendice, mais se termine brusquement à la valvule iléo-cæcale. L'anse iléale malade est fortement adhérente à la vessie et à la paroi abdominale postérieure. Il s'agit d'un cas classique de maladie de Crohn ou iléite segmentaire, produisant une obstruction intestinale complète. L'intestin grêle a au moins trois fois le diamètre du côlon. Ce serait violer un des principes élémentaires de la chirurgie que de vouloir tenter une résection intestinale d'emblée. Nous nous contentons de pratiquer une iléotransversostomie sans rien réséquer. Dans quelques mois, nous retournerons pour pratiquer la résection de l'iléon et la moitié droite du côlon. Nous laissons l'appendice en place bien qu'il soit inflammé.

La convalescence est rapide et sans complication. La plaie guérit par première intention. Le malade quitte l'hôpital onze jours après son admission, soit huit jours après son opération. Il est maintenant sous traitement médical et se rapporte régulièrement pour examens périodiques.

Le 23 mars 1955, nous constatons que le patient a gagné trois livres de poids ; sa température est alors à 98°F.

Le 27 juin 1955, il pèse 150 livres. Il a repris son travail. Il ne veut pas être hospitalisé, mais préfère attendre d'avoir des troubles avant de se soumettre à une résection intestinale.

Nous le revoyons le 21 septembre 1955. Il pèse à cette époque 153 livres. La température est toujours normale. Il donne une forte journée de travail.

Enfin, il vient en consultation le 4 janvier 1956. Le poids s'est maintenu à 152 livres. La température est toujours normale, à 98°F. Il ne passe pas de sang dans ses selles. Il n'a pas de diarrhée. Il préfère attendre encore avant de se soumettre à une intervention chirurgicale pour résection intestinale.

Nous n'avons pas assez de recul du temps pour classer ce patient dans la catégorie des guéris. Nous présumons qu'une résection intestinale deviendra nécessaire.

PRONOSTIC

Même avec tous les moyens thérapeutiques dont nous disposons, l'entérite régionale continue souvent de progresser. Le pronostic dans tous les cas doit demeurer réservé non seulement pour un an, deux ans, mais encore pour plusieurs années. Il n'est pas rare de constater une récidive de la maladie après avoir pratiqué une résection jugée idéale. La persistance, la progression ou la récidive de la maladie sont plus fréquentes que le laissaient croire les communications originales. La fréquence des récidives semble directement proportionnelle à la durée des examens périodiques postopératoires. Selon les auteurs et selon les modes de traitement, nous retrouvons des pourcentages différents. Colp (18) rapporte un taux de récidive de 28,9 pour cent chez 781 patients ayant subi une iléo-colostomie avec exclusion et de 21,8 pour cent chez 2 209 patients ayant subi une résection intestinale. Rhoads (75) a rapporté 25 cas de résection intestinale pour entérite régionale avec un taux de mortalité de 8,8 pour cent et un taux de récidive de 92 pour cent. Marshall (60) rapporte 269 résections pour entérite régionale avec un taux de mortalité de 2,6 pour

cent et un taux de récidive de 15,7 pour cent. Van Patter (84) a rapporté un taux de récidive de 64 pour cent, tandis que Hawthorne et Frobèse (44) signalent un taux de récidive de 73 pour cent.

Les récidives apparaissent le plus souvent dans les deux premières années qui suivent l'opération, mais sont susceptibles de se manifester même plusieurs années après l'opération initiale. Connelly (21) rapporte un cas de récidive survenu dix-neuf ans et demi après l'institution du traitement chirurgical.

Liber (56) fut le premier à signaler la présence de cellules ressemblant aux cellules de Brunner dans la muqueuse de l'iléon, dans les cas d'entérite régionale. Kawel et Tesluk (51) ont observé la présence de ces cellules dans 16 des 34 cas soumis à une résection. Parmi ces 16 cas, 67 pour cent subirent une récidive, tandis qu'aucune récidive n'est apparue chez les 18 patients qui n'exhibaient pas de cellules de Brunner dans la muqueuse du segment intestinal réséqué. Qu'il s'agisse de métaplasie ou d'hétérotopie, la présence de ces cellules constitue, d'après ces auteurs, un critère important dans l'établissement du pronostic.

DIAGNOSTIC DE L'ENTÉRITE RÉCIDIVANTE

On doit penser à une récidive de la maladie quand réapparaissent les symptômes caractéristiques de la maladie initiale. Ces symptômes sont la diarrhée, la douleur abdominale, l'anémie, l'amaigrissement, la fièvre, l'hypoprotéinémie, l'œdème périphérique, la formation d'abcès ou de fistules.

La diarrhée, à elle seule, ne suffit pas pour porter le diagnostic de récidive. Cependant, si une diarrhée sévère s'accompagne, soit de fièvre, soit de perte de poids, soit d'anémie, soit d'augmentation du taux de sédimentation, soit du renversement du rapport albumine-globuline, soit de signes radiologiques, le diagnostic de l'entérite est établi.

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

Le repas baryté est la meilleure méthode de diagnostic. En général, on constate la présence d'un segment intestinal épaissi, rigide, dont

la lumière peut être réduite jusqu'à l'obstruction. On doit compléter l'examen par une sigmoïdoscopie et un lavement baryté, car la propagation colique est une complication assez fréquente.

TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE RÉCIDIVANTE

Le traitement de l'entérite récidivante est médical ou médico-chirurgical. Pour le choix du traitement, on doit se baser sur les mêmes critères que ceux qui ont motivé le choix de la thérapeutique de l'entérite primaire.

Le traitement médical doit être institué si la maladie dure depuis quelque temps seulement et s'il semble s'agir d'un processus inflammatoire aigu et non pas d'un processus chronique fibrosant sténosant.

L'exérèse chirurgicale est particulièrement indiquée quand il s'agit d'une zone localisée avec sténose marquée. On doit nécessairement songer au traitement chirurgical devant une obstruction chronique, une perforation avec formation d'abcès ou de fistules, une hémorragie ou l'échec du traitement médical. L'iléo-jéjunite diffuse n'est pas une contre-indication absolue du traitement chirurgical.

Le traitement médical de l'entérite régionale, primitive ou secondaire, est entièrement non spécifique et symptomatique. Le repos au lit est capital. La suralimentation, la vitaminothérapie, la surveillance de l'équilibre électrolytique, les transfusions sanguines sont également importants. Les antibiotiques ont une valeur thérapeutique réelle, mais aucun n'est reconnu comme spécifique. Si l'un s'avère inefficace, on doit l'écarter pour en essayer un autre. Il faut préférer l'administration énergique pendant une courte durée, à l'administration prolongée de faibles doses. L'ACTH, comme les antibiotiques, n'est pas un médicament spécifique ; c'est une médication de support qui place le patient en meilleure condition, en augmentant sa résistance à la maladie.

Dans la grande majorité des cas, la résection chirurgicale de l'intestin malade devient nécessaire. Cependant, quand on est rendu à envisager une troisième ou même une quatrième résection, on doit sérieusement mettre en doute la valeur du traitement chirurgical. Dans certains milieux, le traitement chirurgical est réservé aux cas compliqués comme

un pis aller parce que nous n'avons rien de meilleur à offrir. C'est pourquoi on ne doit pas hésiter à faire le point et à rapporter tous les cas d'entérite régionale. Il semble qu'en ce faisant, on finira par résoudre le problème.

Le chirurgien a toujours été limité par les troubles de la nutrition qui résultaient d'une résection considérable de l'intestin grêle. On s'accorde à dire que l'activité de la maladie est un facteur beaucoup plus important comme cause de troubles de la nutrition, que la perte d'un segment plus ou moins étendu de l'intestin grêle. On peut sacrifier 50 pour cent de l'intestin grêle sans produire de troubles de la nutrition, si l'intestin restant est sain. Il est possible de maintenir l'équilibre de la nutrition avec cinq pieds d'intestin normal. Malheureusement, on ne peut être sûr de la qualité de l'intestin restant quand il s'agit d'entérite régionale. La persistance d'une hypermotilité fonctionnelle apparente, consécutive à une résection, fait mettre en doute l'intégrité de l'intestin restant. L'ingéniosité du clinicien est surtout taxée quand il est appelé à traiter un patient atteint d'un syndrome intestinal et dont une quantité limite d'intestin a été réséquée. Le tableau clinique ressemble alors à celui qui est provoqué par une brûlure cutanée étendue. En effet, en plus des troubles d'absorption, il se produit une exsudation marquée de sang et de sérum. Une anémie sévère est un symptôme pratiquement constant. La plupart du temps, il s'agit d'une anémie hypochrome par hémorragie ou pauvre absorption de fer. Cette anémie peut parfois être secondaire à la déficience d'un facteur hématopoïétique spécifique.

L'hémorragie intestinale peut être discrète, occulte ou massive, si l'ulcère de l'intestin est assez grand et assez profond. Dans certains cas, l'hémorragie est imputable à une hypoprotéinémie ou à une déficience en vitamine K.

L'augmentation du taux de la sédimentation et l'inversion du rapport albumine/globuline sont un indice important de l'activité de la maladie. Le taux d'albumine peut descendre jusqu'à un gramme ou moins. L'œdème périphérique disparaît quand l'équilibre protéinique du sérum est rétabli. Le jeûne prolongé peut donner une protéinémie qui ressemble à celle de l'entérite régionale. Dans cette dernière maladie, une rétention élevée du bromesulfaléine indique que l'insuffisance

fonctionnelle de la cellule hépatique peut être un facteur de cette hypoprotéinémie. On combat l'anémie et l'hypoprotéinémie par des transfusions de sang complet ou de facteur albumine.

Le plasma n'est pas conseillé tant pour éviter le danger d'une hépatite à virus que parce que les quantités requises de plasma sont trop grandes.

L'hypocalcémie est assez fréquente. On la contrôle par l'administration par voie orale de calcium et de vitamine D.

Le déséquilibre électrolytique est fréquent et souvent sévère. A un taux de chlore élevé s'ajoute une chute des ions sodium et potassium. La déficience en potassium peut être supérieure à celle qui est indiquée par la détermination du potassium du sérum. C'est pourquoi on conseille l'administration du potassium quand la diarrhée existe.

PROPHYLAXIE DE L'ENTÉRITE RÉCIDIVANTE

Il n'y a pas de mesure prophylactique. On doit cependant éviter de commettre l'erreur d'abandonner le traitement médical à la sortie de la salle d'opération. Le traitement médical énergique est aussi impératif après qu'avant l'intervention, pour une durée minimum de six mois. Ces patients sont comme certains repris de justice libérés sur parole : ils doivent se rapporter à leur médecin traitant à intervalles réguliers.

CONCLUSIONS

L'entérite régionale est une maladie difficile à traiter. Le traitement chirurgical, comme le traitement médical est souvent inefficace. La fréquence des récidives porte à considérer le traitement chirurgical comme une mesure symptomatique et non pas curative. L'éradication complète de la maladie est probablement rare. Des foyers occultes demeureraient à l'état latent dans la paroi intestinale ou encore dans les ganglions et les lymphatiques du mésentère. Ce fait décourageant ne doit pas cependant nous rendre pessimiste au point de rejeter le traitement chirurgical, même après deux ou trois échecs sur le même patient. Il y a un fait certain : devant une forme compliquée, la chirurgie est

reine. De plus, le seul fait d'enlever la lésion macroscopique semble donner au patient un avantage décisif sur sa maladie. C'est pourquoi la résection nous apparaît plus avantageuse que la dérivation.

Enfin, la récidive postopératoire, quoique déplorable, n'est pas synonyme de catastrophe. Si le traitement médical intensif et prolongé s'avère impuissant à enrayer la maladie, un nouvel essai du traitement chirurgical ne doit pas être refusé au patient. Quoique les résultats laissent encore à désirer, beaucoup sont renfloués d'une situation apparemment désespérée.

BIBLIOGRAPHIE

1. ARMITAGE, A., et WILSON, N., Crohn's disease, a survey of the literature and a report on 34 cases, *Brit. J. Surg.*, **38** : 182-192, (oct.) 1950.
2. BARGEN, J. A., et WEBER, D. M., Chronic ulcerative colitis, *Surg., Gynec. & Obst.*, **50** : 964, 1930.
3. BERNSTEIN, M., KONZLEMANN, F. W., et SIDLICK, D. M., Bœck's sarcoid : report of a case with visceral involvement, *Arch. Int Med.*, **44** : 721-734, (nov.) 1929.
4. BISGARD, J. W., et HENSKE, J. A., Regional ileitis (Crohn), *J.A.M.A.*, **108** : 550, (13 fév.) 1937.
5. BLACKBURN, G., HADFIELD, G., et HUNT, A. H., Regional ileitis, *St.-Barth. Hosp. J.*, **72** : 181-224, 1939.
6. BLAIN, A., KENNEDY, J. D., CALIHAN, R. J., et HARKINS, H. N., Effect of penicillin in experimental intestinal obstruction ; cure of strangulated ileal obstructions treated with penicillin prior to late resection, *Arch. Surg.*, **53** : 378-386, (oct.) 1946.
7. BLUMENTHAL, J. S., et BERMAN, R., Terminal ileitis with extension into the cæcum following non perforating abdominal trauma, *Minnesota Med.*, **22** : 406-408, (juin) 1939.
8. BOCKUS, H. L., Present status of chronic regional or cicatricing enteritis, *J.A.M.A.*, **127** : 449-456, 1945.
9. BRAUN, *Deutsche Zeitschr. für chir.*, **100** : 1-12, 1909.
10. BROOKE, B. N., et COOKE, W. T., Ulcerative colitis : diagnostic problem and therapeutic warning, *Lancet*, **2** : 462, 1951.

11. BROOKE, B. N., et COOKE, W. T., Ulcerative colitis : diagnostic problem and therapeutic warning, *Lancet*, **2** : 462-464, (15 sept.) 1951.

12. BROWN, P. W., BARGEN, J. A., et WEBER, S. M., Chronic inflammatory lesions of small intestine (regional enteritis). *Am. J. Digest & Nutrition*, **1** : 426, 1934.

13. BROWN, P. W., Regional enteritis, *Am. Pract. & Digest. Treat.*, **4** . 774-776, (nov.) 1953.

14. BUSSON, A., cité par BUSSON, PILOIS et BELCOURT, Entérite terminale folliculaire et segmentaire (Maladie de Crohn) traitée par infiltration régionale de novocaïne (technique de Forget), *Arch. mal. app. digest.*, **43** : 1095, (nov.) 1954.

15. CARLISLE, J. C., et JUDD, E. S., Jr., Regional enteritis involving the duodenum : report of case, *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, **27** : 569, (déc.) 1952.

16. CHERIGIÉ, E., VERSPYCK, R., TAVERNIER, C., et M^me^ RAYNAL, Considérations cliniques et radiologiques sur la maladie de Crohn, *J. radiol. électrol. et Arch. électricité médicale*, **35** : n^os^ 9-10, 1954.

17. CHESS, S., *et al.*, Production of chronic enteritis and other systemic lesions by ingestion of finely divided foreign materials, *Surgery*, **27** : 221, 1950.

18. COLP, R., Regional ileitis and ileocolitis, *Postgrad. med.*, **17** : 313-317, (avril) 1955.

19. COMBE, C., et SANDERS, W., A singular case of stricture and tickening of the ileum, *Tr., Col. Phys.*, London, **4** : 16-21, 1813.

20. COMFERT, N. W., WEBER, D. M., BAFFENTOS, A. M. et KIELY, W. F., Non specific granulomatous inflammation of the stomach and duodenum : its relation to regional enteritis, *Am. J. M. Sc.*, **220** : 616, 1950.

21. CONNELLY, M. W., et MAYO, C. W., Late recurrence of regional enteritis : report of case, *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, (23 fév.) 1955.

22. COOKE, W. T., Steatorrhea and regional ilesitis, in modern trends in gastro-enterology, edited by A. Jones, London, *Butterworth and Co. Ltd.*, p. 514, 1952.

23. CORR, P., et BŒCK, W. C., Chronic ulcerative enteritis, *Am. J. Digest. Dis.*, **1** : 161-163, 1934.

24. CROHN, B. B., GINSBURG, L. et POŒNHEIMER, G. D., Regional ileitis, a pathological and clinical entiry, *J.A.M.A.*, **99** : 1323-1328, (15 oct.) 1952.

25. CROHN, B. B., Regional enteritis, *Maryland J. Med.*, Baltimore, **3** : 537, (oct.) 1954.

27. CURTISS, R. L., A clinico-pathological study of lymphopathia venerium with involvement of the anus, rectus and colon, Thesis. Graduate School, University of Minnesota, 1951.

28. CUTLER, E. C., A neglected entity in abdominal pain and a common disease. Cicatrizing enteritis, *New-York State J. Med.*, 29-328 (15 fév.) 1939.

29. DAVIS, H. A., GASTER, J., MARSH, R. L., et PRITEL, P. A., The effect of streptomycin in experimental strangulation of the bowel, *Surg., Gynec. & Obst.*, **87** : 63-67, (juil.) 1948.

30. DALZIEL, T. K., Chronic interstitial enteritis, *Brit. M. J.*, **2** : 1068-1070, (25 oct.) 1913.

31. DRAGSTEDT, C. A., LARY, V. F., et MILLET, R. F., The relative effects of distension on different portions of the intestine, *Arch. Surg.*, **18** : 2257-2263, (juin) 1929.

32. ERB, I. H., et FARMER, A. W., Ileocolitis : acute ileocolitis simulating appendicitis and characterized by œdema of the ileocæcal region and mesenteric glands ; its relation to regional ileitis or chronic cicatrizing enteritis, *Surg., Gynec. & Obst.*, **61** : 6-14, (juil.) 1935.

33. ERSKINE, E. B., The pathologic relationship of mesenteric adenitis, ileitis and appendicitis, *Am. J. Clin. Path.*, **11** : 706, (sept.) 1941.

34. FELSEN, J., The relationship of bacillary dysentery to distal ileitis chronic ulcerative colitis and non-specific intestinal granuloma, *Am. Int. Med.*, **10** : 645-669, (nov.) 1936.

35. FRASER, A. C., Fat metabolism and the sprue syndrome, *Brit. M. J.*, **2** : 769-773, (oct.) 1949.

36. GAGNON, G., BERTHO, E., Entérite régionale ou maladie de Crohn, *Laval médical*, **19** : 149-165, (fév.) 1954.

37. GATCH, W. D., Textbook of Surgery, Christopher, F., ed., Philadelphia, *W. B. Saunders Co.*, p. 1025, 1953.

38. GINZBURG, L., SCHNEIDER, K. M., DREIZIN, D. H. et LEVINSON, C. N. Y., Carcinoma of the jejunum occurring in a case of regional enteritis, *Surgery*, **39** : 347-351 (fév.) 1956.

39. GODDARD, J. W., Granuloma a characteristic qualitive change in focal anaphylactic inflammation, *Am. J. Path.*, **23** : 943-965.

40. HADFIELD, G., The primary histological lesion of regional ileitis, *Lancet.*, **2** : 773-775, (7 oct.) 1939.

41. HALLIGAN, E. J., et HALLIGAN, H. J., Acute free perforation as first sign of regional enteritis, *Am. J. Surg.*, **37** : 493-497, (sept.) 1937.

42. HARPER, W. H., et BLAIN, A. Ill., The effect of penicillin in experimental intestinal obstruction ; preliminary report on closed loop studies, *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, **76** : 221-244, 1945.

43. HARPER, W. H., et LEMMER, R. A., Necrosis and ulceration of the intestinal wall in simple intestinal obstruction : an experimental study, *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, **79** : 207-228, 1946.

44. HAWTHORNE, H. R., et FROBESE, A. S., Chronic stenosing regional enteritis : surgical pathology and experience in surgical treatment, *Surg., Clin. N. A.*, **130** : 233-240, 1949.

45. HILLEMAND, P., CHERIGIÉ, E., VIGNIE et ANDRÉ, La maladie de Crohn : iléite régionale dans ses formes sub-aiguës et chroniques, *Semaine hôp.*, 4027/SP : 379-388, (20 déc.) 1955.

46. HOLMAN, E., in discussion on BELLE, H. G., Chronic cicatrizing enteritis, *California Med.*, **41** : 239, (oct.) 1934.

47. HOMANS, J., et HASS, G. M., Regional ileitis ; a clinical, not a pathological entity, *New England J. Med.*, **209** : 1315-1321, (28 déc.) 1933.

48. HOMANS, J., DRINKER, C. K., et FIELD, M., Elephantiasis and the clinical implication of its experimental reproduction in animals, *Ann. Surg.*, **100** : 812-829, (oct.) 1934.

49. JACKMAN, W. A., Localized hypertrophic enteritis as a cause of intestinal obstruction ; with a report of two cases, *Brit. J. Surg.*, **22** : 27-32, (juil.) 1934.

50. KANTOR, J. L., Regional (terminal) ileitis : its rœntgen diagnosis *J.A.M.A.*, **103** : 2016-2020, (29 déc.) 1934.

51. KAWEL, C. A., Js. et TESLUK, H., Brunner type glands in regional enteritis, *Gastro-enterology*, 810-820, (mai) 1955.

52. KEELE, K. D., The prognosis and treatment of sprue in India, *Brit. M. J.*, **1** : 986-989, (4 juin) 1949.

53. KIEFER, E. D., cité par MARSHALL, S. F., Regional enteritis, *Post Grad. Med.*, **18** : 528-534, (déc.) 1955.

54. KIEFER, E. D., Recurrent regional ileitis, *Labey Clin. Bull.*, **8** : 149-156, (juil.) 1953.

55. KREMEN, A. J., Surgical physiology of bowel obstruction, *S. Clin. North America*, **29** : 1775-1788, (déc.) 1949.

56. LIBER, A. F., Aberrant pyloric glands in regional ileitis, *Arch. Path.*, **51** : 205-212, 1951.

57. LICHTMANN, A. L., MCDONALD, J. R., DIXON, C. F., et MANN, F. C., Talc granuloma, *Surg., Gynec. & Obst.*, **83** : 531-546 (oct). 1946.

58. LIKELY, D. S., et LISA, J. R., Chronic granuloma of the small intestine, *Am. J. Digest. Dis.*, **6** : 113-116, 1939.

59. LOWELL, E. J., Clinical and pathological differences between regional enteritis and ulcerative coltis, *J. Internat. Coll. Surgeons*, **22** : 513-516, (avril) 1955.

60. MARSHALL, S. F., Regional enteritis, *Post. Grad. Med.*, **18** : 528-534, (déc.) 1955.

61. MARSHALL, S. F., MATHIESEN, W. L., Surgical treatment of chronic regional enteritis, *Labey Clin. Bull.*, **9** : 66-70 (juin) 1955.

62. MARTIN, F. R. R., et CARR, R. J., Crohn's disease involving the stomach, *Brit. Med. Jour.*, **1** : 700-702, (mars) 1953.

63. MAXIMOW, A. A., et BLOOM, W., A textbook of histology, Ed. 6, Philadelphia, *W. B. Saunders Co.*, pp. 58-59, 1952.

64. MAYO, C. W., Regional enteritis : medical and surgical considerations, *Post. Grad. Med.*, **15** : 109-113, (fév.) 1954.

65. MELTON, cité par MAYO, W., The diagnosis and treatment of ileitis, *Collect. Papers Mayo Clin. and Mayo Found.*, **43** : 53-55, 1951.

66. MORGAGNI, J. B., The seats and causes of diseases investigated by anatomy ; in five books, containing a great variety of disections, with remarks (translated by Benjamin Alexandre), London, A. Millar, T. Caddell and Johnson and Payne, **2** : 64-65, 1769.

67. MORELAND, A., A case of sarcoidosis of the lung with regional ileitis, *Tubercle*, **28** : 32-33, (fév.) 1947.

68. MORLOCK, C. G., BARGEN, J. A., et PEMBERTON, J. de J., Regional enteritis following severe external violence to the abdomen, *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, **14** : 631-635, (oct.) 1941.

69. MOSCHCOWITZ, E., et WILENSKY, A. O., Non specific granulomata of the intestine, *Am. J. A. Sc.*, **166** : 48-66, (juil.) 1923.

70. POPP B. et DIXON, cité par BROWN, P. W., Regional enteritis, *Collect. Papers Mayo Clin., and Mayo Found.*, 45, 1953.

71. PUGH, H. L., Regional enteritis, *Am. Surg.*, **111** : 845-861, (nov.) 1945.

72. PUMPHREY, R. E., Studies on the etiology of regional ileitis, *Roc. Staff Meet. Mayo Clin.*, **13** : 539-541, (24 août) 1938.

73. RAPPAPORT, H., BURGOGNE, F. H., et SMETANA, F. H., The pathology of regional enteritis, *Milit. Surgeon*, **109** : 463, 1951.

74. REICHERT, F. L., et MATHES, M. E., Experimental lymphedema of the intestinal tract and its relation to regional cicatrizing enteritis, *Ann. Surg.*, **104** : 601, (oct.) 1936.

75. RHOADS, J. E., Management of regional ileitis and certain other ulcerative lesions of intestine, *Pennsylvania M. J.*, **42** : 1052, (juin) 1939.

76. RODANICHE, E. C., KERSNES, J. B., et PALMER, W. L., Relationship between lymphogranuloma venereum and regional enteritis, *Gastro-enterology*, **1** : 687, (juil.) 1943.

77. Ross, K., Regional ileitis, with a report of a case, *M. J. Australia*, **1** : 321-323, (7 mars) 1936.

78. SABIN, F. R., et DOAN, C. A., The relation of monocytes and clasmocytes to early infection in rabbits with bovine tubercle bacille, *J. Exper. Med.*, **46** : 627-644, (oct.) 1927.

79. SILTZBACK, L. E., cité par CROHN et JANOWITZ, Reflections on regional ileitis, twenty years later, *J.A.M.A.*, **156** : 1221-1225, (27 nov.) 1954.

80. SPELLBERG, M. A., et GRAY, L. W., Regional enteritis of the proximal jejunum following trauma, *Surgery*, **17** : 343-350, (mars) 1945.

81. SPELLBERG, M. A., et OCHSNER, A., The role of trauma as a possible etiologic factor in regional enteritis : the effect of non-penetrating trauma on the small intestine of dogs, *Ann. J. M. Sc.*, **213** : 579-584, (mai) 1947.

82. STEWART, W. A., Psychomatic aspects of regional ileitis, *N. Y. State J. M.*, **49** : 2820-2825, (1er déc.) 1949.

83. TALLROTH, A., On regional enteritis with special reference to its etiology and pathogenesis, *Acta. Chir. Scandinav.*, **88** : 407-432, 1943.

84. VAN PATTER, N. W., Regional enteritis, *Gastro-enterology*, **26** : 347-450, (mars) 1954.

85. WARREN, R., et MILLER, R. H., Regional enteritis. Report of 43 cases, *New England J. Med.*, **226** : 589, (avril) 1942.

86. WARREN, S., et SOMMERS, S. C., Pathology of regional ileitis and ulcerative colitis, *J.A.M.A.*, **154** : 189, (16 janv.) 1954.

87. WEBER, H. M., cité par Ward Vant PATTER, Regional enteritis, *Gastro-enterology*, **26** : 347-450, (mars) 1954.

88. WILSON, J. W., DOCKERTY, M. B., WAUGH, J. M., et BARGER, A. A., Granulomas of the ileo-cæcal region secondary to appendicitis (ligneous cecitis) which simulate neoplasms, *Arch. Surg.*, **59** : 933-956, (oct.) 1949.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

PROPOS SUR LA BIOLOGIE MÉDICALE

par

Charles-Marie BOISSONNAULT

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET CLINIQUE MODERNE

IV

Laënnec ne voyait rien de pratique dans la subdivision des maladies en genres et en espèces, subdivision empruntée aux naturalistes et qui ne saurait, à son avis, s'appliquer à des catégories toutes différentes les unes des autres.

> « Les espèces zoologiques et botaniques sont des êtres, et les maladies ne sont que des modifications dans la texture des organes de l'économie animale, dans la composition de ses liquides ou dans l'ordre de ses fonctions. » [22]

Laënnec jugeait vaine la recherche des causes prochaines des maladies, estimant que « l'oubli profond où sont successivement tombées

22. *Ibid.*, p. 133. « Je tenterai encore moins de remonter aux causes premières, ou, pour me servir du terme des écoles, aux *causes procbaines* des malades. La vanité de ce genre de recherches est suffisamment prouvée par l'oubli profond où sont successivement tombées toutes les théories de ce genre, excepté celles dont les auteurs sont encore vivants : encore subissent-elles chaque jour tant de modifications, que leur auteurs mêmes montrent assez par là combien ils sont peu sûrs d'avoir trouvé la vérité. Brown pourrait-il reconnaître aujourd'hui ses disciples avoués et sans aveu ? »

toutes les théories de ce genre » est une preuve évidente de leur inutilité. Il entendait se borner à décrire les cas pathologiques tranchés et distincts les uns des autres, à déterminer les phénomènes insolites qui se manifestent dans la constitution matérielle des organes ou dans leurs fonctions pendant une maladie.

Par cette méthode et grâce à son nouveau procédé d'investigation, Laënnec rénova entièrement la pathologie des poumons. On peut même affirmer qu'il en fut le véritable créateur.

Adversaire des théories, il accumula tant d'observations, tant de faits, tant de constatations qu'il finit lui-même par construire toute une doctrine fondée sur la comparaison des bruits normaux de l'organisme chez les gens sains avec les sons et les râles des malades. Par une étude attentive des lésions organiques, il parvint à lever le voile qui cachait jusqu'alors aux praticiens les différentes maladies des poumons et à les classifier. Des inflammations de la membrane muqueuse bronchique à la dilatation des bronches, de l'inflammation plastique de la membrane muqueuse des voies aériennes (croup) à l'hémorrhagie bronchique aux polypes de la membrane muqueuse bronchique, des ulcères des bronches aux affections des glandes, Laënnec, passe en revue les différentes affections dont peuvent souffrir les poumons et les individualise, alors qu'avant lui c'est à peine si l'on connaissait la pneumonie et la gangrène pulmonaire. Dans son *Traité de l'Auscultation médiate et des Maladies des Poumons et du Cœur*, il décrit en détail chacune des affections qu'il a identifiées ainsi que leur marche mystérieuse dans l'organisme, ouvrant ainsi à la pathologie un champ aussi neuf que bien exploré.

Que connaissait-on à cette époque de la structure intime du poumon? « Les cellules aériennes étaient formées, pensait Malpighi, par la membrane interne des bronches, qui, en se terminant, se divisait en cellules analogues à celles d'une éponge. » Helvétius, de son côté, à la suite de nombreuses expériences sur les vésicules, conclut qu'elles étaient constituées

> « par un simple tissu cellulaire disposé sans ordre régulier et né des enveloppes celluleuses de tous les vaisseaux qui parcourent le poumon ».

Haller et la majeure partie des anatomistes de son temps partageaient cette opinion.[23]

En 1823, un étudiant en médecine du nom de Picard fit souffler un poumon et le fit dessécher. Il le trancha ensuite avec un bistouri bien aiguisé et constata, affirma-t-il, « que, dans quelque direction qu'on fasse les coupes, on aperçoit des canaux perpendiculaires et d'autres obliques à leur surface ». Il en conclut

> « que le ramuscule bronchique principal qui se distribue à chaque lobule pulmonaire se divise à son entrée dans le lobule en deux rameaux qui en donnent quatre, lesquels en donnent huit et que cette bifurcation, répétée ainsi plusieurs fois donne lieu à des conduits qui se croisent dans tous les sens possibles, et dont chacun marche accompagné d'un ramuscule des veines et de l'artère pulmonaire ».

Laënnec reprit cette expérience sans toutefois parvenir à la confirmer, disant que, « au contraire, outre les ramuscules bronchiques très-ténus reconnaissable à leur forme allongée », il avait vu quantité de petites vésicules. Laënnec estime dangereuse la recherche des « causes de maladies graves dans des altérations microscopiques des organes ».[24] Pour lui, un poumon sain se compose d'une multitude de petites vésicules irrégulièrement sphéroïdes ou ovoïdes pleines d'air et séparées par des cloisons blanches et opaques.

Si, comme on le voit dans la discussion précédente, Laënnec étudie avec une grande sympathie les théories médicales de ses contemporains, il les rejette ou les réfute avec une extrême courtoisie, soucieux avant tout de ne blesser personne ; ceux de ses confrères qui ne partagent pas ses vues n'ont pas la même politesse. Des professeurs éminents comme Broussais, l'attaquent avec une violence voisine de la haine, employant des termes d'un incivilité remarquable et d'un ton qui n'a rien de scientifique.

---

23. *Ibid.*, p. 277. « M. Reisseissen, après un grand nombre d'observations microscopiques et d'injections au mercure, a trouvé que les bronches, à leurs extrémités, se subdivisent en une multitude de petits canaux terminés par des culs-de-sac globuleux dont le rapprochement présente un aspect analogue à celui de la terminaison des rameaux du chou-fleur » (*De Fabricâ pulmonum à reg. Acad. Scient. Berolin. præm. ornata.*, 1822).

24. *Ibid.*, p. 280. « . . . Il est impossible de ne pas tomber dans des conséquences absurdes, et l'anatomie pathologique, ainsi que celle de l'homme sain cultivées de cette manière, perdraient bientôt le rang qu'elles occupent parmi les sciences physiques, pour se changer en un vaste champs d'hypothèses fondées sur des illusions d'optiques et des spéculations, sans aucune utilité pour la médecine. »

Voici, par exemple, comment s'exprime, à propos du stéthoscope, un futur président de l'Académie de médecine, Jean-Baptiste Nacquart :

> « L'oreille est maintenant investie du droit d'apprécier la circulation du cœur et l'entrée de l'air dans les cellules du poumon. Une main de papier roulé en cylindre, approchée de l'oreille et placée successivement sur les différents points de la poitrine, est l'instrument dont s'est servi d'abord M. Laennec. Il vient de substituer un cylindre creux de bois tendre et léger ; avec cet instrument appelé pectoriloque, l'intérieur de la poitrine n'a plus de secret pour le médecin. Le son est différent suivant qu'il y a une phlegmasie aiguë ou chronique, suivant la place même qu'elle occupe. Un simple tubercule tenterait veinement d'échapper. Sa présence est trahie par une pectoriloquie différente. Je crains bien que les plaisants ne voient quelque analogie entre cet instrument et le Kaleïdoscope. Pour moi, j'avoue, à ma honte, ne pas m'en être encore servi et ne pouvoir prendre dans cette affaire que la qualité d'historien. » [25]

Naquart ne fut pas, évidemment, le seul médecin à se moquer de Laënnec. A chaque invention, aussi loin que l'on remonte dans l'histoire de l'humanité, on voit ainsi de grands esprits se buter contre les innovations et dénoncer les inventions nouvelles avec d'autant plus de force, peut-on dire, qu'elles sont plus utiles et plus normales. L'histoire des sciences est jonchée de ces déclarations qui jettent plus de ridicule sur leurs auteurs que sur les innovateurs. Il en est qui doivent quand même pressentir leurs erreurs de jugement car ils se couvrent de l'anonymat quand ils veulent dénigrer leurs confrères. Laënnec a également rencontré des gens de cet acabit.

Des médecins condamnaient l'usage du stéthoscope pour toutes sortes de raisons dont la plupart n'avaient rien à voir avec la science. Un correspondant de la *Gazette de Santé* [26] se moque des hommes de l'art et

> « du motif qui les porte à se livrer si vite à l'emploi d'un instrument qui, par plus d'un côté, donne prise au ridicule et d'une méthode qui paraît plutôt une manœuvre de charlatanisme qu'un moyen de diagnostic avantageux ».

---

25. SARRADON, Paul, *Le docteur Laënnec*, pp. 147-148.

26. 15 janvier 1820. Cité par Sarradon, p. 148.

Le dictionnaire des Sciences médicales contient un article de Mérat, condisciple de Laënnec, sur le pectoriloque, dans lequel il condamne l'usage du mot stéthoscope :

> « La méthode a peu de chance de passer dans la pratique, écrit-il, car il faut du temps pour arriver à discerner tous ces bruits que l'auteur, à force de travail, a pu rendre familiers. » [27]

Mérat termine en invitant les praticiens à n'utiliser ce procédé qu'avec le plus de circonspection possible ; non seulement, il trouve la méthode singulière, mais prétend qu'elle *peut induire en erreur.* Ce sont là les paroles d'un ami.

La critique de Mérat fit sourire Laënnec :

> « J'aime beaucoup l'inconvénient qu'il trouve à une méthode purement mécanique et qui tend à détourner les médecins de s'exercer à conjecturer habilement sur le pouls, la face, les excréments. Autant vaudrait refuser de courir Paris en cabriolet de peur de perdre l'habitude de marcher sur la pointe des pieds sans se crotter . . . » [28]

D'autres rivaux, aussi envieux que jaloux, s'en prennent à Laënnec et condamnent avec véhémence son invention. Tout le monde sait qu'il a eu un adversaire irréductible dans la personne de Broussais qui jouissait alors d'une grande réputation plutôt imméritée.

L'anatomie pathologique, tel que conçue par Laënnec, avait le don de déplaire profondément à Broussais. Tout en reconnaissant que l'inventeur du stéthoscope est « un anatomo-pathologiste scrupuleux, et fort exact dans les descriptions qu'il donne des altérations organiques qu'il étudie », il lui reproche de ne pas tenir « compte de toutes celles qui existent dans les cadavres qu'il explore ». Laënnec « a toujours pour objet, écrit Broussais, [29] dans chaque nécroscopie, de faire ressortir une altération organique à laquelle il veut rapporter tous les symptômes, et prodigue les sophismes pour amener ses lecteurs à son opinion ». On sait que Laënnec est un des intellectuels les plus probes du XIX[e] siècle. Aussi, quand Broussais l'accuse de « dissimuler l'importance des lésions

---

27. *Ibid.*, pp. 148-149.
28. DUCLOS, Henri, *Laënnec*, p. 236.
29. *Examen des Doctrines Médicales et des Systèmes de Nosologie*, 1834. T. IV. p. 332.

qu'il regarde comme secondaires, et souvent de n'en pas dire un seul mot », il fait une grossière erreur.

Que le stéthoscope soit considéré « comme le seul moyen d'obtenir le diagnostic des maladies de la poitrine », cela Broussais ne saurait l'admettre. En conséquence, il accuse Laënnec de toujours commencer par ce qu'il appelle grossièrement « l'exposition des signes tirés des autres moyens d'exploration », et il l'accuse de « les entourer tous d'incertitude avant d'exposer les signes stéthoscopiques qui, seuls, selon lui, peuvent fixer le caractère précis de la maladie ».[30]

L'esprit de recherche de Laënnec et ses conceptions scientifiques deviennent sous la plume de Broussais des défauts : « Laënnec, écrit-il, est un homme opiniâtre, dominé par un petit nombre d'idées fixes et n'épargnant pas les sophismes pour les faire prévaloir ; ce qui le conduit souvent aux contradictions. »

La façon de raisonner de Broussais nous apparaît aussi fautive que discourtoise. On peut prendre au hasard dans les quelque deux cents pages du IV[e] tome de son *Examen* des phrases qui trahissent chez leur auteur plus de haine que de jugement. Quand il écrit que Laënnec s'est « proposé pour problème de deviner pendant la vie quelle espèce d'altération on doit trouver après la mort, afin d'ajuster les symptômes aux différentes formes des altérations organiques », il manifeste une mauvaise foi évidente. « Laënnec trouve dans les inflammations pulmonaires la cause la plus fréquente des maladies graves et de la mort », écrit ailleurs Broussais.[31] « Cette sentence est irréfléchie ; elle montre un médecin qui n'a pensé qu'aux régions froides et humides où il a passé sa vie, et c'est un pareil homme qui nous accuse d'*exclusivisme* ». Jamais Laënnec n'a condamné l'examen du thorax comme moyen d'exploration, jamais il n'a nié le rôle du cœur et l'influence du sang. Broussais, pourtant, l'en accuse comme il l'accuse de vouloir passer pour un inventeur. Mais là où il se trompe encore plus c'est quand il dénonce d'un seul coup, le *Traité d'Auscultation*, le qualifiant de « Roman sublime, sombre et triste roman qui n'est qu'un amas fastidieux de faits indigestes ou de

30. *Ibid.*, pp. 332-333.
31. *Ibid.*, p. 161.

découvertes inutiles ». On sent chez Broussais la colère d'un homme qui se rend compte de son infériorité en face d'un rival heureux :

> « M. Laënnec, ce grand explicateur, malgré sa sagacité à observer avec le stéthoscope, est le moins propre des hommes à suivre un raisonnement sévère pour arriver à des conclusions rigoureuses. »

L'usage des poisons en thérapeutique le fait bondir et il fustige ceux qui

> « manient chaque jour avec une hardiesse inconcevable, les poisons les plus formidables et qui se font gloire de les avoir portés à des doses épouvantables ».

Si on lui reproche la virulence de ses expressions, il réitère dans sa réponse le verdict qu'il a déjà prononcé :

> « Quand nous disons que certains rasoriens déterminent des gastrites mortelles et même des déchirures de l'estomac avec des doses forcées d'émétique, on nous accuse de les injurier, car, enfin, il s'agit d'une doctrine qui ordonne de traiter les maladies par des substances vénéneuses à des doses plus fortes même que celles dont l'administration place les criminels sous le glaive de la loi. »

L'oncle de Laënnec, Guillaume, n'y allait pas par quatre chemins quand il expliquait à son neveu que tous ces détracteurs n'étaient en somme qu'une bande de jaloux, de rivaux, de mauvais plaisants et d'imbéciles. C'était un véritable débordement d'injures contre le savant. On le donnait en ridicule dans les feuilles satiriques et humoristiques ainsi que sur certaines scènes ; on ne le désignait plus que par l'expression : *l'homme au cornet ou au pectoriloque !*

En revanche, d'autres savants, de grands praticiens, des écrivains même, lui adressaient de lettres de louange et publiaient des articles fort élogieux à son adresse.

En accusant réception du *Traité*, le professeur Hallé le félicitait en ces termes :

> « J'ai reçu avec reconnaissance votre bon et utile ouvrage. J'y vois avec plaisir développer l'utilité d'un moyen qui est propre à donner beaucoup de précision à un diagnostic difficile ; j'y vois de très utiles observations faites avec probité et sagacité . . . Aussi, je vous remercie et pour moi personnellement et pour l'art, du cadeau que vous venez de nous faire. » [32]

---

32. 30 août 1819. Cité par SARRADON, p. 152.

Un autre professeur, Husson, reconnaît que le *Traité* contient une foule de renseignements utiles et nécessaires :

> « Je veux puiser dans votre travail toutes les notions que vous avez rassemblées et qui me paraissent une indispensable nécessité pour la pratique de la médecine. Libre au 1er octobre, c'est cette période que j'ai choisie pour m'occuper sérieusement d'éduquer mon oreille. Votre aimable souvenir me fait vivement regretter que votre hôpital soit si éloigné du mien, j'aurais sollicité vous être compté parmi les élèves que vous formez à l'auscultation. . . »

De tous les témoignages reçus par Laënnec, celui qui porte la signature la plus célèbre se trouve dans les *Mélanges littéraires* de Châteaubriand. Le voici :

> « Après avoir traité de l'histoire, il conviendrait de parler des sciences, mais nous manquons de ce courage, si commun aujourd'hui, de raisonner sur des choses que nous n'entendons pas. Dans la crainte de prendre le Pirée pour un homme nous nous abstiendrons.
>
> « Néanmoins, nous ne pouvons résister à l'envie de dire un mot d'un ouvrage de science que nous avons sous les yeux : il est intitulé *De l'Auscultation médiate*. « Au moyen d'un tube appliqué aux parties extérieures du corps, notre savant compatriote breton, le docteur Laënnec, est parvenu à reconnaître, par la nature du bruit de la respiration, la nature des affections du cœur et de la poitrine. Cette belle et grande découverte fera époque dans l'histoire de l'art. Si l'on pouvait inventer une machine pour entendre ce qui se passe dans la conscience des hommes, cela serait bien utile au temps où nous vivons. C'est dans son génie que le médecin doit trouver des remèdes, a dit un autre médecin dans ses ingénieuses maximes, et l'ouvrage du docteur Laënnec prouve la justesse de cette observation. Nous pensons aussi, comme l'*Ecclésiaste*, que toute médecine vient de Dieu et qu'un bon ami est la médecine du cœur. »

Laënnec expliquait, certes, la médecine du Cœur. Ses recherches, il les faisait autant par générosité envers les malades que par esprit scientifique. Il consacrait tout son temps à son travail. Dans une lettre qu'il a écrite à l'un de ses amis, il donne l'emploi de son temps :

> « . . . Je me lève à 7 ou même 8 heures, car j'ai besoin de beaucoup de sommeil. Je m'habille le plus souvent en donnant des consultations. Je vais faire ma visite d'hôpital et ensuite un bout de clinique aux élèves qui le suivent. Cela me mène à 10.30 heures et déjà le temps me presse assez pour que le plus souvent je ne puisse rentrer chez moi pour déjeuner.
>
> « Je commence donc une journée qui ne finit que vers 5.30 heures. Après dîner, c'est-à-dire vers 6.30 heures j'en commence une autre

jusqu'à 10 heures. Il me reste ensuite une heure jusqu'à 11 heures que je me couche, plus quelques minutes de temps en temps avant de déjeuner et de dîner, pour tenir à jour mes correspondances de toute espèce, corriger et mettre en ordre les observaitons recueillies par les élèves dans mon hôpital, règler mes petites affaires. »

La découverte de la séméiologie pulmonaire, Laënnec la fit dans l'espace relativement court de vingt-deux mois et, pendant cette même période, il écrivit la première version de son traité de l'*Auscultation médiate*. Il fit ce travail si important alors que la maladie ne cessait de s'attaquer à son organisme : 1817, violente attaque de goutte qui se termina par une syncope, 1818, céphalées atroces, vertiges, étourdissements. Homme d'une santé frêle, il n'en travaille pas moins, autant qu'il le put. Voici comment son biographe, Henri Duclos, peint cette époque de sa vie : « Cet homme, qui, chaque matin, se hâtait vers Necker, et que beaucoup de ses contemporains ne connaissaient que pour ses grands chapeaux et le nombre de ses breloques, personne n'aurait soupçonné qu'il roulait un monde dans son cerveau. » De concert avec ses élèves, il faisait régulièrement, au moyen de stéthoscope, l'examen de chaque malade, cherchant à découvrir de nouveaux symptômes ou la confirmation de ses diagnostics antérieurs. Il procédait également à d'innombrables autopsies et comparait, comme le lui a reproché Broussais, les lésions anatomiques *post mortem* avec les observations enregistrées avant la mort du malade. Sa famille s'inquiétait d'autant plus de sa santé qu'il était moins prudent. Seule son énergie, lui permettait de résister au mal qui le minait. Il faut dire aussi que la pensée de résoudre le grave problème qui le hantait le soutenait. L'un de ses cousins, Mériadec, exprime dans une lettre [33] les inquiétudes qui troublaient sa famille :

« Depuis quelque temps, notre bon cousin est un peu malade et cela me fait de la peine. Quoiqu'il soit maintenant assez bien, il n'est pas encore comme je le voudrais. Il s'était livré avec trop d'ardeur à son travail sur ce nouveau moyen de reconnaître les maladies de poitrine, dont je t'ai déjà, je crois, parlé ou dont Ambroise du moins a dû te dire quelque chose. Cette maladie, qui était une affection nerveuse assez difficile à caractériser et dont le principal symptôme était un embarras du cerveau qui ne lui permettait pas de fixer trop fortement son attention, quoique non dangereuse par elle-même, n'a pas été sans faire maigrir ce pauvre Théophile et

33. 16 avril 1818.

tu sais que déjà il n'était pas trop gras. Heureusement, il va bien mieux, l'appétit lui revient, il se donne de l'exercice à jardiner avec moi après sa visite d'hôpital (et l'exercice est pour lui un remède d'élection), en sorte que j'espère que, dans quelques jours, il sera tout à fait dans son état naturel. »

La famille de Laënnec avait bien raison de s'inquiéter de sa santé. Depuis dix-neuf ans, il travaillait sans relâche, usant sa santé, dépensant le peu d'argent qu'il avait et sacrifiant son bonheur personnel à la science. En avril 1819, son ouvrage *De l'Auscultation médiate*, allait être publié. C'est le dix-neuf de ce mois qu'il signa le contrat avec les éditeurs Bresson & Chaudé. Voici comment il annonçait peu après, la nouvelle :

« Je suis accablé de malades et occupé de mon livre, comme un cuisinier dans son coup de feu. Il est vendu et on l'imprime. Il paraîtra au 1er juillet, non pas en trois bateaux, mais en deux volumes et, ce qui m'étonne pour une chose de cette nature, précédé de préventions favorables. J'ai été étonné du prix que j'en ai obtenu, comparé à celui des premières éditions des ouvrages de médecine qui ont eu le plus de succès. J'ai vendu les deux premières éditions à faire, formant ensemble 3 500 exemplaires, 7 000 francs payables six mois après la mise en vente de chaque édition. Bichat n'a vendu la propriété de son Anatomie générale en quatre volumes que 3 000 francs ; et moi, je me réserve la propriété. » [34]

La goutte et l'asthme minaient son organisme surmené. Au moment où il allait recueillir la récompense de ses travaux, sa santé l'abandonnait. Il s'en rendait parfaitement compte et il en souffrait vivement. Quand on a mis toutes ses expériences dans une seule chose ou un seul être, il est souverainement pénible de les voir s'envoler. Ainsi, la vie meurtrit les plus délicieux de nos rêves. Déjà, Laënnec le sentait, il n'était plus en état d'enseigner et si son livre le désignait pour la première chaire de médecine vacante à l'école, sa santé ne lui permettait pas de l'accepter.

Le mal s'aggravait à mesure et Laënnec songeait de plus en plus à sa retraite, comme on peut le constater à la lecture de la lettre suivante :

« Je suis retenu chez moi depuis cinq jours par une attaque d'asthme. J'espère qu'elle ne sera pas longue, car elle diminue beaucoup depuis hier ; mais, comme c'est la plus forte que j'aie eue jusqu'ici et que l'expérience m'a prouvé que le moyen de prévenir et de guérir ce mal et beaucoup d'autres, chez moi, c'est l'exercice habi-

34. DUCLOS, Henri, *Laënnec*, pp. 216-217.

tuel et un peu violent, je suis tout à fait décidé à quitter Paris. Je compte dire adieu à Paris à la fin d'août, au plus tard. Bien des gens à ma place seraient désespérés et j'avoue que j'aurais beaucoup mieux aimé devenir professeur à l'École, donner des consultations pendant huit mois et passer les quatre autres en Bretagne avec l'agrément qu'a partout un homme qui a de l'aisance, et il est certain qu'après la publication de mon ouvrage je pourrais me borner à faire de la médecine de consultation. Il est certain aussi que je suis à la porte de l'École et que, sans injustice manifeste, on ne peut me refuser une des deux ou trois premières places vacantes. Mais je ne suis plus capable, sans danger pour ma vie, du degré de contention d'esprit que demande la préparation d'une leçon et mes nerfs me forceraient d'en laisser, ou d'en faire mal, vingt sur quarante . . . Je ne me chargerai jamais d'un pareille tâche pour m'en acquitter aussi mal. J'aime beaucoup mieux aller végéter et faire ce que je pourrai de bien à Kerlouarnec et, au fond, pourvu que j'y aie de quoi joindre les deux bouts de l'année, je m'y trouverai très heureux. Il y a dix ans que j'ai prévu et commencé à préparer ma retraite. Je n'ai été trompé que par des circonstances politiques qui m'ont forcé à manger pendant deux ans mes économies de deux autres années et qui ne m'ont pas permis d'en faire depuis. » [35]

Quelle était la portée des vérités découvertes par Laënnec? On l'ignorait encore de son temps. Koch et Villemin allaient plus tard en faire comprendre toute l'utilité féconde. Laënnec avait reconnu par l'exploration scientifique des poumons les signes indispensables au diagnostic le plus précis. Il avait analysé tous les bruits de la poitrine, depuis ceux des bronches jusqu'aux souffles les plus divers, les identifiant et les classant avec soin. Honoré et les *flottements pleuraux*, Trousseau et le *bruit d'airain*, Bacelli et la *pectoriloquie aphone*, Monnerat et Grancher distinguant les vibrations et leurs variations, ont pu accomplir leurs œuvres et réussir leurs observations grâce aux travaux de Laënnec, il faut l'admettre. La biologie médicale pouvait donc naître. On saurait bientôt que la tuberculose est une maladie infectieuse spécifique, que son agent peut être vaincu. Calmette pourrait pousser ses recherches vers la vaccination. Sans les constatations de Laënnec, combien d'années se seraient écoulées avant que l'on établisse la notion de bacille tuberculeux infiltrant? Nul n'a fait franchir une étape aussi décisive à nos connaissances touchant la tuberculose ! Depuis les temps les plus reculés, cette terrible maladie était un véritable fléau. L'antiquité lui avait donné

35. *Ibid.*, pp. 218-219.

le nom de phtisie, mot tiré d'un verbe grec signifiant sécher, mais tout en en décrivant les symptômes et les conséquences, les prédécesseurs de Laënnec, depuis vingt-trois siècles, ne s'étaient même pas rendus compte de son unicité. Lésions et troubles présentés par les malades portaient les médecins à croire à l'existence de douze ou quatorze maladies auxquelles ils donnaient ce nom au hasard de leurs observations et selon l'apparence des malades qu'ils recevaient dans leur cabinet ou rencontraient dans leurs hôpitaux.

Laënnec eût l'heureuse idée « de mener parallèlement l'observation clinique et la recherche anatomo-pathologique, afin de contrôler l'une au moyen de l'autre ». En procédant ainsi, il créait du coup la médecine moderne. Toutefois, Laënnec ne croyait pas à la contagiosité de la tuberculose. Ce grand savant, qui avait identifié les granulations, les tubercules et les infiltrations, n'avait pas vu que si

> « le tubercule engendre le tubercule d'un tissu à l'autre, il pourrait bien se faire qu'il produisît aussi ce tubercule d'un organisme à un autre ».

Villemin s'en rendit compte. Il est vrai qu'il ne faut pas condamner Laënnec trop vite. Le terme contagion était alors presque synonyme du mot épidémie. Or, la contagion est le passage d'une infection d'un sujet à un autre ; c'est la communication d'une maladie par contact médiat ou immédiat. On appelait contagion morte la transmission par contact d'effets provenant d'un malade.

> « On voit souvent chez les personnes qui ont peu d'aisance, une famille nombreuse couchée dans la même chambre qu'un phtisique, un mari partager jusqu'au dernier moment le lit de sa femme phtisique, sans que la maladie se communique »,

écrit Laënnec, ce en quoi l'auteur du *Traité d'auscultation* se trompe grandement.

Villemin ne commit pas la même erreur. Il décida d'élucider la question et procéda comme Magendie aurait pu le faire en conduisant diverses expériences. Des lapins lui permirent de constater que la tu-

berculose est inoculable. Il en conclut qu'elle est « l'effet d'un agent causal physique, un virus ». Malheureusement, la découverte de Villemin n'eut pas la publicité requise et on l'ignore. Toutefois, elle confirmait l'opinion de Laënnec touchant l'unicité de cette affection. On ignorait encore son origine microbienne ; la voie ouverte par Laënnec devait nécessairement y conduire, mais cela appartient à une époque ultérieure, celle de Claude Bernard, de Pasteur, et, dans le cas de la phtisie, celle de Robert Koch.

La chimie médicale va bientôt prendre son essor. Sans la clinique moderne et l'anatomo-pathologie, cet essor aurait encore été retardé. Laënnec a brisé l'esprit de système et prouvé que « la médecine a comme fondement le plus solide, l'observation ». Il a établi « que celle-ci doit embrasser à la fois les symptômes de la maladie et les lésions des tissus et des organes, en réalisant la corrélation entre celle-ci et ceux-là ».

A la base des recherches expérimentales touchant la modalité de la contagion tuberculeuse, les facteurs d'éclosion et les procédés thérapeutiques, demeure la clinique, telle que Laënnec l'a comprise et enseignée. Les progrès de la biochimie, dans ces domaines, ont largement bénéficié de ses découvertes et de ses travaux sans lesquels chimistes et biologistes n'auraient peut-être pas su orienter leurs propres recherches vers les activités physico-chimiques de la machine vivante.

ANALYSES

P. WERTHEIMER et J. DESCOTES. **Les névralgies essentielles bilatérales du trijumeau.** *La Presse médicale*, (13 février) 1957.

Le traitement chirurgical de la névralgie faciale passe à juste titre pour un des chapitres les plus satisfaisants de la chirurgie de la douleur.

Pourtant, l'analyse des résultats éloignés de la radiocotomie rétroganglionnaire nous avait montré que des résultats demeurés satisfaisants, pendant plusieurs années, pouvaient se détériorer ; de tels faits tempèrent quelque peu l'optimisme du chirurgien dans son espoir de faire céder définitivement une névralgie trigéminale par l'opération simple et rationnelle qu'est l'interruption de la voie sensitive.

La possibilité de récidives contro-latérales nous était apparue également, dans l'analyse de nos résultats éloignés, comme une éventualité non négligeable, pleine d'enseignements pour la conception pathogénique de la prosopalgie et pour sa thérapeutique.

La névralgie faciale bilatérale se présente fréquemment, tout au moins au chirurgien, comme une récidive.

Elle est, en effet, exceptionnellement bilatérale d'emblée.

Frazier, en 1924, publie une statistique de 754 neurotomies et ne fait mention d'aucune névralgie bilatérale.

Horrax et Poppen (1935) rapportent 4,1% de névralgies bilatérales (sur 468 névralgies).

Coleman Meredith et Froland colligeant 600 observations rapportent un seul cas de névralgie bilatérale.

Les recherches effectuées sur un ensemble de plus de 500 cas de névralgies faciales traités par l'un de nous ont permis de retrouver 13 observations de névralgies bilatérales : 3% ; nous n'avons bien entendu retenu que les observations de névralgie faciale authentique, à l'exclusion de toutes les algies faciales atypiques (postzoostérienne, sympathalgies, etc.) dans lesquelles la bilatéralité n'est pas rare.

Commentaires et réflexions

Nous avons retrouvé 200 malades neurotomisés depuis plus d'un an, une trentaine de malades non opérés ; nous aboutissons à un total de 230

malades environ suivis plusieurs années et auquel se rapportent les 13 observations. On aboutit ainsi au chiffre de 5 ou 6% de récidives controlatérales, qui paraît correspondre de plus près à la réelle fréquence des névralgies faciales bilatérales.

La névralgie faciale bilatérale semble l'apanage des gens âgés. Neuf de ces cas étaient des femmes.

Dans deux des cas seulement, la maladie a été vue et traitée pour la première fois, au stade de névralgie bilatérale.

Les onze autres cas entrent dans la catégorie des récidives controlatérales.

D'autre part, il est intéressant de noter que tous ces récidivistes controlatéraux, sauf un, ont eu un résultat qui s'est maintenu excellent du côté opéré.

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES BILATÉRALES

Douze cas ont été traités. Six malades ont été traités médicalement (alcoolisations, vitamines B_{12}, dihydan, etc.).

Les six autres prosopalgiques furent opérés selon la technique habituelle par voie temporale : radicotomie totale avec conservation de la racine motrice qui doit être vue et soigneusement préservée.

L'ÉTUDE DES RÉSULTATS

Ils s'avèrent très favorables ; leur étude écarte bien des objections adressées à l'opération de Spiller-Frazier, en matière de névralgie faciale bilatérale.

Les suites opératoires ont été simples dans les 6 cas, et le résultat immédiat a été excellent, tant au point de vue sensitif que moteur. Pas de paralysie faciale, aucune complication oculaire et, surtout, à lointaine échéance, pas de troubles de la mastication ; nous avons été, comme Frazier et Stookey, surpris par l'erreur de cette objection faite à la radicotomie. En fin de compte, les troubles de la mastication n'existent pas chez ces malades opérés à plusieurs années d'intervalle même si un déficit transitoire a suivi une des interventions.

Sur le plan de la douleur, les résultats ont été remarquables et la guérison obtenue dans tous les cas (même dans l'observation V où la malade récidiva au bout de dix-huit ans du côté opéré en premier), 3 résultats connus depuis plus de huit ans se sont maintenus excellents (observations IX, VIII et XII). Nous partageons l'opinion de Byron Stookey : les réserves apportées à l'endroit de la neurotomie rétro-gassérienne avec conservation de la racine motrice en matière de névralgie faciale bilatérale ne nous paraissent pas devoir être retenues.

En effet, les conditions étiologiques : caractères exceptionnels de la névralgie bilatérale vraie, sujets âgés, sont autant d'arguments en faveur de l'opération de Spiller-Frazier qui, effectuée des deux côtés à des années d'intervalle, n'a pas les inconvénients qu'on lui prête. Nous admettrions l'indication de tractotomie bulbo-spinale chez un sujet jeune, présentant une névralgie bilatérale, mais le cas est rare et dans la

forme habituelle c'est-à-dire celle des névralgies « bilatéralisées » nous restons fidèles à la radicotomie.

Le plus large crédit est accordé à l'opération de Spiller-Frazier et celle-ci reste parfaitement valable dans les cas bilatéraux.

Une expérience de près de trente années, appuyée sur une analyse récente des résultats éloignés, a prouvé à l'un de nous la valeur de la radicotomie.

Les névralgies faciales bilatérales, bien loin de constituer une exception à cette thérapeutique, lui fournissent, au contraire, une justification supplémentaire.

RÉSUMÉ

Les névralgies bilatérales du trijumeau se présentent le plus souvent comme des récidives controlatérales tardives. Elles représentent 5 à 6% des névralgies faciales essentielles. L'absence de simultanéité permet d'appliquer aux formes bilatérales la thérapeutique propre à soulager durablement les formes unilatérales.

La radicotomie rétroganglionnaire, pratiquée d'après la méthode de Spiller-Frazier, n'entraîne pas habituellement de troubles de la mastication et fournit un résultat fonctionnel satisfaisant et durable, ainsi qu'en témoignent les six observations rapportées.

Pierre JOBIN

W. G. VAN KETEL. **Rosacea-like tuberculid of Lewandowsky.** (Les tuberculides genre rosacée de Lewandowsky.) *Excerpta Medica*, vol. 11, n° 5 (mai) 1957, 187-188.

Les tuberculides genre rosacée décrites par Lewandowsky en 1927 ont fait l'objet de nombreuses publications et de présentations de malades entre 1930 et 1940 surtout aux États-Unis.

Les lésions de tuberculides genre rosacée siègent à la face, sur le nez mais surtout sur les joues et le cou. L'examen à la vitropression révélerait la présence de tubercules et l'examen histopathologique démontrerait la formation de follicules tuberculoïdes.

L'auteur s'est appliqué à contrôler ces différentes constatations chez cinquante-cinq malades. Il a trouvé que, cliniquement il était impossible de faire la différentiation entre l'acnée rosacée papuleuse et les tuberculides genre rosacée. L'histopathologie n'est pas plus caractéristique car on retrouve le follicule tuberculoïde dans un cas comme dans l'autre. Le terrain tuberculeux ne semble pas se rencontrer plus souvent dans le premier cas que dans le second.

L'auteur en conclut que les tuberculides genre rosacée ne doivent pas être considérées comme une maladie autonome mais une simple variété de l'acnée rosacée papuleuse ou papulo-pustuleuse.

Émile GAUMOND

G. GINESTET et L. MIVILLE. **Communications bucco-sinuso-nasales.** *Encycl. méd.-chir.*, Oto-rhino-laryngologie, 20480 M[10] (3-1956), 14 pages, 33 fig.

Sont étudiées ici les fistules bucco-sinuso-nasales acquises, à l'exclusion des communications congénitales qui représentent un type bien particulier et qui sont étudiées dans d'autres chapitres du traité. Les causes de ces communications acquises sont multiples et variées : ostéites de diverses origines, et surtout traumatismes, qu'ils soient accidentels, balistiques ou chirurgicaux.

Après une étude symptomatologique très précise, G. Ginestet et L. Miville accordent la plus grande place à la thérapeutique : traitement préventif, traitement immédiat, traitement tardif, principes et technique des procédés chirurgicaux utilisés. Cette thérapeutique constitue un des gros progrès récents de la chirurgie maxillo-faciale.

J. RICHIER et J. MERCIER. **Anatomie des sinus : sinus frontal, sinus ethmoïdal, sinus sphénoïdal, sinus maxillaire.** *Encycl. méd.-chir.* Oto-rhino-laryngologie, 20415 A[10], 20415 C[10], 20415 E[10], 20415 G[10] (3-1956), 18 pages, 22 fig.

Une connaissance précise de l'anatomie des sinus est évidemment indispensable à la pratique oto-rhino-laryngologique, médicale ou chirurgicale. Bien illustrés, les fascicules de J. Richier et de J. Mercier doivent être d'une grande utilité pour les étudiants, comme pour les praticiens. Pour chaque sinus, les caractères anatomiques constants, les rapports anatomiques et les nombreuses variations individuelles font l'objet d'une étude très précise.

R. MASPETIOL et P. ABOULKER. **Tympanoplastie : principes et indications ; technique.** *Encycl. méd.-chir.*, Oto-rhino-laryngologie, 20190 B[10], 20190 B[50], (3-1956), 11 pages, 10 fig.

La tympanoplastie, dont les promoteurs sont deux chirurgiens allemands, Zöllner et Wullstein, permet d'opposer aux otites chroniques, à côté de l'antro-atticotomie classique, une méthode chirurgicale nouvelle, réparatrice et fonctionnelle. Son but est double :

— d'une part, fermer une perforation tympanique par greffe cutanée ;

— d'autre part, vérifier la chaîne des osselets, la conserver dans la mesure du possible ou, sinon redonner à la fenêtre ovale et à la fenêtre ronde la meilleure capacité fonctionnelle.

On sait que cette méthode permet d'obtenir une amélioration notable de l'audition dans une grande proportion des cas opérés. R. Maspétiol et P. Aboulker, se basant sur une expérience étendue de cette chirurgie, en étudient les indications selon le type de l'otite chronique, selon l'état de l'audition, selon l'âge du malade et, enfin, selon la perméabilité tubaire. La technique de l'intervention est présentée en détails et abondamment illustrée ; elle varie selon les lésions anatomiques, aussi bien pour la greffe tympanique que pour la libération des fenêtres ; elle doit donc être discutée dans chaque cas particulier.

Y. BOQUIEN. **Complications digestives des antibiotiques.** *Encycl. méd.-chir.*, Estomac-Intestin, 9110 A^{10} (2-1956), 3 pages.

L'avènement des antibiotiques, en provoquant un changement radical de la flore microbienne du tube digestif, par stérilisation de tous ses hôtes normaux, et parfois pullulation secondaire de micro-organismes résistants, a créé de toutes pièces une pathologie nouvelle, dont les manifestations peuvent se voir à tous les étages du tube digestif. Il importe de connaître ces manifestations, afin d'en prévenir l'apparition chaque fois que la chose est possible, de les rattacher à leur cause quand elles sont déclarées, et de les traiter correctement. Le lecteur trouvera, dans le fascicule de Y. Boquien, toutes les indications utiles à ce propos, qu'il s'agisse des manifestation buccopharyngées, œsophagiennes ou gastriques, des complications gastro-intestinales, ou des anites et anorectites.

C. COUINAUD. **Invagination intestinale.** *Encycl. méd.-chir.*, Estomac-Intestin, 9042 A^{10}, A^{30} (2-1956), 14 pages, 10 fig.

L'invagination intestinale réalise une occlusion par étranglement dont l'évolution est essentiellement variable selon l'âge :

— chez le nourrisson, c'est une occlusion « aiguë » nécessitant une intervention d'urgence ;

— chez le grand enfant, elle réalise un syndrome abdominal aigu faisant penser à l'appendicite ;

— chez l'adulte, c'est, en règle, un accident subaigu ou chronique, survenant le plus souvent comme complication d'une lésion intestinale persistante.

Chez le nourrisson, il s'agit d'une affection de toute première importance et, devant tout syndrome abdominal survenant chez un nourrisson, le premier devoir du médecin est de penser à l'invagination intestinale.

C. Couinaud en précise très exactement la symptomatologie, les formes cliniques, le diagnostic et le traitement. Chez le grand enfant et chez l'adulte, les caractères cliniques sont très différents : leurs différents aspects sont étudiés de façon complète par C. Couinaud.

B. DUHAMEL, J. SAUVEGRAIN et J. DUHAMEL. **Hernies gastriques par l'hiatus œsophagien.** *Encycl. méd.-chir.*, Estomac-Intestin, 9029 D[10] (2-1956), 10 pages, 16 fig.

Ce n'est que depuis quelques années que les progrès du diagnostic radiologique et de la technique chirurgicale ont éclairé les différents problèmes étiologiques, anatomiques et physiopathologiques posés par les hernies gastriques franchissant l'hiatus œsophagien du diaphragme.

L'aspect clinique et radiologique de ces hernies est étudié tour à tour chez l'enfant et chez l'adulte avec, dans chaque cas, une importante série d'illustrations. Chez l'enfant, les hernies œsophagiennes constituent, de loin, la variété la plus fréquente des hernies diaphragmatiques ; leurs indications thérapeutiques doivent être exactement précisées. Chez l'adulte également, les hernies par l'hiatus œsophagien apparaissent très fréquentes depuis que l'on sait les mettre en évidence radiologiquement grâce à une technique appropriée. Les formes cliniques en sont très diverses ; l'examen radiologique doit être conduit de façon systématique ; les indications thérapeutiques sont rarement chirurgicales.

H. GALLIARD. **Maladies parasitaires.** *Encycl. méd.-chir.*, Maladies infectieuses et parasitaires, 8078 A[10] (2-1956), 6 pages.

Ce nouveau fascicule du professeur Galliard précède, dans l'*Encyclopédie médico-chirurgicale*, l'étude des différents groupes de maladies parasitaires. Il examine quelques problèmes généraux, d'une grande portée clinique : comment définir les maladies parasitaires ; problèmes des protozooses ; problèmes des helminthiases.

Soulignons le grand intérêt partique des derniers paragraphes du fascicule où H. Galliard, se fondant sur une expérience considérable, insiste sur un certain nombre d'écueils : difficultés du diagnostic d'exception ; danger du diagnostic d'habitude ; dangers surtout des thérapeutiques inopportunes : « Il est bon d'hésiter parfois entre le risque d'intoxication et la satisfaction de débarrasser l'organisme d'un parasite souvent anodin » et « mieux vaut parfois négliger un parasite peu pathogène que provoquer la mort du malade », n'hésite pas à écrire le professeur Galliard.

A. TOURAINE. **Dermatoses précancéreuses.** *Encycl. méd.-chir.*, Dermatologie, 12102 A[10] (3-1956), 6 pages, 7 fig.

L'usage est de réunir, sous ce nom, des dermatoses dont l'évolution en cancer est une éventualité plus ou moins fréquente. Ce groupe a été jugé digne d'être maintenu, car il s'agit de dermatoses de morphologie et de structures très spéciales, d'évolution assez lente pour que, pendant de nombreuses années, elles ne montrent aucune manifestation d'évolution maligne, qui n'est d'ailleurs pas inéluctable. L'hyperplasie caracté-

ristique de ces dermatoses précancéreuses est tantôt primitive, tantôt secondaire et réactionnelle ; elle peut revêtir un type d'hyperplasie pure, simple prolifération quantitative, ou un type de métaplasie, avec altérations de la structure cellulaire, ou enfin un type mixte.

On voit qu'il s'agit d'un sujet de grande importance clinique, en pratique médicale générale comme en pratique dermatologique. Parmi les dermatoses dont l'évolution cancéreuse est accessoire, ne représentant pas la règle générale, on trouve les cicatrices de brûlures, les lésions cutanées provoquées par les radiations, les granulomes et de multiples autres affections dermatologiques. Parmi les dermatoses particulièrement précancéreuses, en dehors de la kératose sénile et des leucoplasies, on trouve l'érythroplasie, ou épithélioma papillaire, la maladie de Bosen et la maladie cutanée de Paget.

P. DEBRÉ, P. GRENET et G. MATHÉ. **Lymphocytose infectieuse.** *Encycl. méd.-chir.*, Maladies infectieuses et parasitaires, 8057 M^{10} (2-1956), 4 pages, 2 fig.

Il s'agit d'une affection spécifique, décrite par Carl Smith, il y a quelques années, de cause inconnue, infectieuse et contagieuse, d'apparition sporadique ou épidémique, caractérisée par l'hyperleucocytose lymphocytaire et la courte durée de l'évolution, toujours bénigne.

Le fascicule du professeur Debré, de P. Grenet et de G. Mathé présente le bilan de nos connaissances actuelles sur cette maladie. L'étude clinique, l'étude hématologique et la discussion du diagnostic sont particulièrement intéressantes.

J. PARAF et A. PARAF. **Tétanos.** *Encycl. méd.-chir.*, Maladies infectieuses et parasitaires, 8032 A^{10}, A^{50} (2-1956), 15 pages, 2 fig.

La mort est encore la terminaison fréquente du tétanos. Cependant, depuis plusieurs années, la prophylaxie et la thérapeutique de cette maladie se sont enrichies d'acquisitions nouvelles. D'une part, la vaccination par l'anatoxine donne la possibilité de diminuer considérablement la fréquence du tétanos ou même de le faire disparaître. D'autre part, la sérothérapie curative a été très heureusement complétée par des techniques nouvelles (anesthésie, barbituriques, antibiotiques, curarisation), ce qui permet de guérir des cas de plus en plus nombreux de tétanos déclaré, même dans ses formes graves.

Les points de vue les plus récents sont exposés par J. et A. Paraf dans leur étude très complète de cette affection ; signalons notamment l'étude clinique des diverses formes d'infection tétanique et l'étude thérapeutique, préventive et curative.

REVUE DES LIVRES

Maladies du sang et des organes hématopoïétiques, par le docteur R. JOURNOUD, ex-interne de l'hôpital Saint-Joseph de Lyon, membre de la Société française d'hématologie. Dans la collection *Petits Précis*. Un volume 12 × 16 de 352 pages : 800 fr. (port et taxe locale en sus, 70 fr.). Éditeurs : *Librairie Maloine*, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris (VI[e]).

Faire tenir l'essentiel de l'étude du sang normal et pathologique en un petit précis de 350 pages, telle est la gageure à laquelle s'est attaqué l'auteur.

Après un rappel substantiel des caractères du sang normal et de sa genèse, et des formules normales des sucs de ponction des organes sanguiformateurs, l'auteur passe en revue les anémies ; les myéloses ; les hémopathies toxiques ; les diathèses hémorragiques (à propos desquelles est faite une étude originale de l'hémostase normale et de son exploration) ; les maladies du système lymphoïde ; les réticulo-endothélioses ; les polyglobulies ; les maladies de la rate ; le retentissement sanguin des états pathologiques des divers appareils. Une étude très claire des groupes sanguins et de la transfusion sanguine termine ce petit précis.

Cependant l'ouvrage n'est pas réduit à un exposé aride et sommaire, et chacune des principales hémopathies comporte une étude clinique et thérapeutique complète, qui sera précieuse au praticien aussi bien qu'à l'étudiant.

L'auteur s'est appliqué à rendre vivant et facilement compréhensible l'exposé d'une discipline médicale qui passe d'ordinaire pour aride et peu attrayante ; des développements nosologiques indispensables permettent au lecteur d'acquérir une parfaite compréhension de l'ensemble des problèmes hématologiques modernes, et de la façon dont se relient les unes aux autres les diverses maladies du sang et des organes hématopoïétiques.

Désireux de faciliter au maximum l'utilisation de l'ouvrage, le docteur Journoud l'a muni non seulement de la table analytique habituelle, mais aussi d'une table alphabétique fort complète.

C'est dire que, devant l'extension prise actuellement par les hémopathies, ce petit précis, complet et maniable, à jour des connaissances les plus récentes en la matière, a sa place sur la table de travail de tout étudiant et de tout praticien.

Syndromes pathologiques de la gravido-puerpéralité, par Edmond LEVY-SOLAL, professeur, et Jacques GRASSET, professeur agrégé, à la Faculté de médecine de Paris. Un volume de 574 pages, avec 219 figures (17 × 25). Prix : broché 3.600 fr. ; cartonné toile, 4,200 fr. *Masson et Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^{e}).

Les considérables progrès réalisés ces dernières années dans les diverses branches de la médecine et des sciences fondamentales, ont eu d'importantes répercussions dans le domaine de l'obstétrique et des fonctions de reproduction : bien des notions théoriques classiques ont dû être revisées, bien des entités cliniques nouvelles ont dû être décrites, de nombreuses et très intéressantes acquisitions thérapeutiques ont été réalisées. Il était devenu nécessaire de mettre à la disposition du praticien une mise au point simple et précise des conceptions actuelles et des données essentiellement pratiques qu'il doit en tirer dans l'exercice journalier de sa profession. C'est ce que réalise parfaitement cet ouvrage.

Le mérite des auteurs est encore d'avoir inauguré une forme nouvelle d'exposition clinique. Ils partent des divers syndromes généraux eux-mêmes ou de leurs variétés particulières, pour aboutir au diagnostic nosologique et de là, à des directives thérapeutiques rationnelles.

L'ouvrage envisage successivement, en un plan essentiellement clinique : les syndromes hémorragiques ; les syndromes douloureux ; les syndromes infectieux ; les syndromes traumatiques — à chacune des périodes de la gestation, du travail ou des suites de couches où on peut les observer. Suivant leur date d'apparition, ces syndromes revêtent des allures souvent très particulières et posent des problèmes diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques fort différents.

Le livre n'est pas qu'un simple précis : certains développements, intéressants par leurs nouveautés et utiles au point de vue diagnostic et thérapeutique, ont été à dessein exagérés. Pour mieux éclairer certaines acquisitions nouvelles, une large place a été parfois consacrée aux notions physio-pathologiques de base qui constituent les points d'appui les plus sûrs de la thérapeutique.

Le praticien trouvera donc dans cette étude, un guide clinique particulièrement précieux, sûr et facile à suivre.

L'étudiant lui aussi l'utilisera avec profit ; chaque chapitre, en effet, est précédé d'un bref rappel des principales notions théoriques destinées à faciliter la compréhension du mécanisme de production des manifestations cliniques observées. Une riche iconographie, abondamment et clairement commentée, aide encore à mieux saisir le sens du texte.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

1. Les syndromes pathologiques de la gestation (130 pages). Le syndrome « vomissements graves ». Les syndromes dermatologiques de la gestation. Les syndromes douloureux et infectieux de la gestation. Les syndromes hémorragiques gravidiques de la gestation. Les syndromes d'interruption de la gestation. — 2. Les syndromes pathologiques du travail (230 p.). Les syndromes de dystocie d'engagement. Syndromes de non progression de la présentation de l'excavation. Syndromes de dystocie de dégagement. Syndromes de dystocie mécanique. Syndromes de ruptures intempestives des membranes au voisinage du terme et au cours du travail. Syndromes d'infection amniotique. Syndromes traumatiques et lésions des voies génitales au cours du travail. Les syndromes douloureux et infectieux au cours du travail. Syndromes hémorragiques au cours du travail. Les syndromes de souffrance fœtale et de mort apparente du nouveau-né. Syndromes d'érythroblastose congénitale. — 3. Les syndromes de la période de délivrance et des suites de couches (84 p.). Complications de la délivrance. Les syndromes de choc au cours de la puerpéralité. Syndrome de mort subite au cours de la puerpéralité. Les hémorragies tardives des suites de couches. Syndromes douloureux et infectieux des suites de couches. Complications opératoires et postopératoires des interventions en chirurgie obstétricale. Syndromes phlébitiques des suites de couches. — 4. Les syndromes organiques ou associés au cours de la gravido-puerpéralité (100 p.). Syndromes rénaux de l'état gravido-puerpéral. Les syndromes urinaires au cours de l'état gravido-puerpéral. Les syndromes diabétiques au cours de la gestation. Les syndromes anémiques au cours de la gestation. Association cardiopathie et gestation. Association tuberculeuse pulmonaire et gestation. Syphilis et gravido-puerpéralité. Association cancer du col de l'utérus et fonction de reproduction.

Index alphabétique des matières.

Les fonctions hépatiques — Étude physio-pathologique — par H. BÉNARD, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, et A. GATDOS, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, membres de la Société de biologie. Un volume de 420 pages, avec 75 figures (19,5 × 28.3) : 5,000 fr. *Masson et Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^{e}).

Cet ouvrage constitue un exposé critique des connaissances actuelles sur les fonctions du foie. Les auteurs montrent comment les notions classiques ont été, dans ce vaste domaine, enrichies, complétées et souvent renouvelées à la lumière des recherches modernes, portant sur la biochimie d'une façon dominante. Ils montrent également que ces recherches ont apporté non seulement un immense matériel expérimental,

intéressant avant tout les chercheurs, mais qu'elles ont aussi modifié, dans plusieurs chapitres de la pathologie hépatique, les conceptions étiologiques, pathogéniques et thérapeutiques.

Ce remaniement important de la physiopathologie hépatique est décrit avec un souci constant d'être en même temps complet et clair. Une très importante bibliographie, ajoutée à chaque chapitre, contribue à faire de l'ouvrage un véritable instrument de travail, tant pour l'étude bioclinique, que pour les recherches expérimentales.

Bien que conçus dans un esprit didactique, tous les chapitres de cette monographie comportent l'exposé des vues personnelles des auteurs. Ces vues personnelles, confrontées avec d'autres données concordantes ou contraires, laissent par là même les éléments d'une discussion critique.

Malgré la prépondérance du tissu hépatique dans les réactions biochimiques, les auteurs insistent constamment sur les relations qui unissent, de ce point de vue, le foie et le reste de l'économie. Comme ils le soulignent, il est peu de métabolisme, en effet, où le foie ne joue sa note souvent prépondérante et il n'en est guère non plus où il intervienne exclusivement. Le rappel constant de ce fait est le guide le plus sûr dans l'interprétation des problèmes extrêmement complexes de la physiopathologie hépatique.

Comme le disent les auteurs eux-mêmes, cet ouvrage n'est ni un livre de physiologie, ni un exposé de biochimie, ni un manuel d'exploration fonctionnelle. C'est une mise au point nécessaire à l'étude de la pathologie hépatique, destinée à faciliter l'analyse des troubles complexes qui marquent l'évolution des maladies du foie.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

I. — *Introduction anatomique. Structure et fonction.*

II. — *Les grandes techniques de l'étude expérimentale des fonctions du foie.*

III. — *La fonction biliaire.* Pigments biliaires, sels biliaires (83 pages).

IV. — *Métabolisme hydrocarboné. Fonction glycogénique du foie* (62 pages) : Les glucides du foie. Origine et destinée du glycogène. Facteurs intervenant sur la fonction glycogénique du foie. Dégradation du glucose au niveau du foie. Applications cliniques. Bibliographie.

V. — *Métabolisme des protides* (75 pages) : Le rôle du foie dans le métabolisme des aminoacides. Le rôle du foie dans la régulation de la protéinémie. Enzymes d'origine hépatique. Le rôle du foie dans le métabolisme des nucléo-protéides et des bases puriques. Le rôle du foie dans le métabolisme des chromoprotéides porphyriques et des porphyrines. Foie et action dynamique spécifique des protides. Bibliographie.

VI. — *Métabolisme des lipides* (55 pages) : Mode d'arrivée au foie des lipides alimentaires. Métabolisme hépatique des acides gras. Métabolisme des phospho-lipides. Métabolisme du cholestérol. Surcharge graisseuse et dégénérescence hépatique. Troubles du méta-

bolisme hépatique des lipides en pathologie humaine. Bibliographie.

VII. — *Rôle du foie dans le métabolisme de l'eau et des électrolytes* (24 pages).

VIII. — *Vitamines et physiopathologie hépatique* (46 pages).

IX. — *Interrelations endocriniennes* (25 pages).

X. — *Activité enzymatique du foie.*

XI. — *Rôle du foie dans la composition cytologique du sang* et dans l'hématopoïèse.

XII. — *Foie et phénomènes de défense de l'organisme* (20 pages) : Fixation et élimination. Défense antimicrobienne. Détoxication chimique.

XIII. — *Foie et thermogenèse.*

XIV. — *Le foie vasculaire* (15 pages).

XV. — *Physiopathologie des voies biliaires extrahépatiques* (21 pages). Index alphabétique.

***Vade-Mecum* encyclopédique du médecin-praticien** — *Le médecin et son malade* — par H. DOUSSET. Un volume 12 × 19 de 1,000 pages avec 225 figures : broché, 2,000 fr. ; reliure souple, sous emboîtage en matière plastique, 3,000 fr. (port et taxe locale en sus, 160 fr.). Éditeurs : *Librairie Maloine*, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris (VI[e]).

Écrit pour compléter sur le plan thérapeutique l'*Examen du malade en clientèle*, cet ouvrage uniquement rédigé en vue de servir *d'instrument de travail maniable et précis*, a été délibérément allégé de toutes considérations théoriques et de la description de toutes techniques irréalisables en clientèle courante.

Après quelques considérations relatives à l'attitude professionnelle et morale du médecin vis-à-vis de ses malades ou de ses confrères et quelques pages consacrées à l'art de formuler et au rappel des techniques élémentaires l'auteur entre bientôt dans le vif du sujet : *le traitement du malade en clientèle*, en s'attachant à préciser : *ce qu'il faut savoir, ce qu'il faut faire*, et *ce qu'il faut éviter*, en présence d'un malade, d'un blessé — ou d'une parturiente.

Sont aussi successivement abordées, après un bref rappel des caractéristiques cliniques et évolutives de chacun des principaux cas :

— *Les urgences ;*

— *La médecine générale* (et ce terme englobe l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la dermatologie et l'urologie du praticien) — avec indication du mode d'action des thérapeutiques les plus efficaces, et exposé, pour chaque cas, de quelques formules types aisément modifiables suivant les besoins ;

— *La petite chirurgie* avec description des techniques et interventions que tout praticien isolé doit savoir et pouvoir réaliser ;

— *La gynécologie clinique et endocrinologique.*

— Enfin *l'obstétrique* avec indication de la conduite à tenir, du détail et de l'opportunité des manœuvres que chaque médecin aura obligatoirement à pratiquer au cours d'un accouchement, d'un avortement ou d'une complication imprévue.

— Cet ouvrage comporte en outre un chapitre consacré à la *médecine sociale* groupant toutes les notions indispensables au praticien dans l'application des lois médico-sociales (A.M.G. — Soins aux victimes de la guerre — Sécurité sociale et assurances sociales agricoles — Soins aux accidentés du travail, etc.).

Ainsi conçu et présenté, muni d'autre part, à la fois d'un *Index alphabétique* très complet et d'une *table systématique des matières* permettant de trouver immédiatement les renseignements recherchés, le *Vademecum du médecin praticien*, constitue pour le médecin, l'étudiant, ou la sage-femme, un instrument de travail d'une utilité certaine — en même temps qu'il réunit avec *L'Examen du malade en clientèle*, l'ensemble des connaissances pratiques nécessaires et suffisantes à l'exercice correct et rationnel de la médecine courante.

EXTRAIT DE LA TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I. — Quelques conseils d'ordre général. — Attitude et présentation. — Interrogatoire. — Examen du malade. — L'exposé au malade et à son entourage. — Prescriptions et ordonnances. — Fréquence des visites. — Consultation avec un confrère. — Rapport avec les autres médecins.

CHAPITRE II. — Le matériel et les techniques indispensables. — L'art de formuler. — Le cabinet – Équipement et appareillage. — La mallette de visite. — Soins élémentaires. — Petites interventions. — Le maniement des médicaments et l'art de formuler. — Prescription des toxiques et stupéfiants. — Tableaux des moyennes biologiques.

CHAPITRE III. — URGENCES MÉDICALES. — *Syndromes douloureux.* — Affections chirurgicales abdominales avec infection. — Affections chirurgicales abdominales sans infection. — Syndromes douloureux thoraciques. — Syndromes douloureux des membres. — *Syndromes dyspnéiques.* — Dyspnées laryngées. — Dyspnées d'origine bronchique ou pulmonaire. — Dyspnées des cardiaques. — *Les hémorragies.* — Syncopes et états de *schock.* — *Les comas.* — *Les rétentions d'urine.* — Empoisonnements et intoxications. — Les crises d'agitations – Les délires – Les troubles mentaux aigus.

CHAPITRE IV. —MALADIES INFECTIEUSES. — Généralités. — Infections générales imputables à des intravirus. — Fièvres éruptives. — Septicémies. — Infections intestinales ou d'origine alimentaire. — Maladies infectieuses et localisations ou manifestations effectivement nerveuses. — Maladies parasitaires.

CHAPITRE V. — MALADIES DE LA TÊTE ET DU COU. — Affections douloureuses – Névralgies et névrites de la tête et du cou. — Affections des téguments et du cuir chevelu. — Maladies du nez. — Maladies de la bouche et de la gorge. — Maladies des yeux. — Maladies des oreilles. — Maladies des glandes et des ganglions cervicaux.

CHAPITRE VI. — MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE. — Médications pulmonaires. — Affections respiratoires nécessitant une médication d'urgence. — Affections respiratoires aiguës. — Affections respiratoires d'évolution lente ou chronique.

CHAPITRE VII. — MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE ET TROUBLES TENSIONNELS. —Médications cardio-vasculaires. — Les insuffisances cardiaques. — Maladies de l'endocarde et du myocarde. — Troubles de l'excitabilité cardiaque. — Péricardites. — Aortites et anévrysme de l'aorte. — Troubles tensionnels.

CHAPITRE VIII. — MALADIES DE L'ESTOMAC. —Médications gastriques. — Troubles fonctionnels et dyspepsies. — Affections lésionnelles.

CHAPITRE IX. — AFFECTIONS DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES. — Médicaments hépato-biliaires. — Maladies de la vésicule et des voies biliaires. — Maladies du foie.

CHAPITRE X. — MALADIES DES INTESTINS. — Médications intestinales. — Les grands syndromes intestinaux. — Entérites et entérocolites infectieuses ou parasitaires. — Affections diverses.

CHAPITRE XI. — MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE. — Médication de l'appareil urinaire. — Maladies de la vessie.

CHAPITRE XII. — MALADIES VÉNÉRIENNES. — La syphilis – La blennorragie.

CHAPITRE XIII. — AFFECTION DE L'APPAREIL GÉNITAL MASCULIN. — Affections de la verge. — Affections des bourses et des testicules. — Affections de la prostate et des vésicules. — Infections urinaires. — Troubles fonctionnels.

CHAPITRE XIV. — GYNÉCOLOGIE. — Maladies de la vulve et du vagin. — Maladies de l'utérus. — Maladies des annexes. — Troubles fonctionnels. — Affections – Inflammations et tumeurs du sein.

CHAPITRE XV. — MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — Affections du système végétatif. — Maladies du système cérébro-spinal. — Maladies du système nerveux périphérique.

CHAPITRE XVI. — MALADIES DU SANG. — Généralités. — Affections intéressant surtout les globules rouges. — Maladies intéressant surtout les globules blancs. — Affections endothélio-plasmatique et syndromes hémorragiques.

CHAPITRE XVII. — MALADIES ET TROUBLES DE LA NUTRITION. — Troubles pancréatiques, hypophysaires et thyroïdiens. — Obésité — Maigreur – Asthénies. — Avitaminoses et hypoavitaminoses.

CHAPITRE XVIII. —AFFECTIONS MÉDICALES DES MEMBRES. —Affections des vaisseaux. — Affections des nerfs et des muscles. — Affections articulaires ou juxta-articulaires. — Affections articulaires ou juxta-articulaires. — Affections des os et des cartilages.

CHAPITRE XIX. — DERMATOLOGIE. — Généralités. — Pyodermites. — Lésions parasitaires mycosiques. — Dermatoses prurigineuses et prurits. — Les érythèmes. — Lésions bulleuses. — Gommes – Nodules – Nodosités – Tumeurs cutanées. — Troubles et modifications de la couche cornée. – Troubles et modifications de la pigmentation. — Troubles de la sécrétion cutanée. — Quelques rappels cliniques.

CHAPITRE XX. — PETITE CHIRURGIE. — Généralités. — Anesthésies. — Incisions – Sutures – Pansements. — Suppurations et abcès. — Plaies accidentelles. — Brûlures et gelures. — Contusions. — Entorses – Foulures – Luxations. — Fractures. — Petites interventions courantes.

CHAPITRE XXI. — OBSTÉTRIQUE. — La grossesse. — L'accouchement. — Suites de couches. — Le nouveau-né et le nourrisson.

Actualités pharmacologiques, publiées sous la direction de René HAZARD, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Quatrième série. Par MM. J. DALLEMAGNE, J.-A. GAUTHIER, P.-F. GIRARD, P. CLEY, R. HAZARD, H. SIMONNET, M. TAUSK et J. TRÉFOUEL. Un volume de 192 pages avec 44 figures : 1,200 fr. *Masson et Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI[e]).

Quatrième série d'*Actualités pharmaceutiques* qui ont pour but de présenter un travail de simplification et de synthèse. Si cette simplification s'impose déjà quand il s'agit des notions de pharmacologie classique, elle est indispensable lorsqu'on aborde des sujets en pleine évolution, sur lesquels on ne peut trouver que des renseignements épars, fragmentaires, parfois même contradictoires. Aussi ces conférences présentent-elles, sous une forme assimilable, l'ensemble des connaissances présentes sur des sujets d'intérêt actuel, qu'il s'agisse de recherches originales ou de mises au point.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Pharmacodynamie des dérivés de l'ammonium quaternaire, par M.-J. Dallemagne. — Les méthodes d'analyse chimique au service de la pharmacologie, par J.-A. Gautier. — Les nouveaux médicaments antiparkinsoniens, par P.-F. Girard. — La substance trophique du pancréas, par P. Gley. — Obscurités et paradoxes en pharmacodynamie, par R. Hazard. — Mécanisme d'action de quelques hormones, par H. Simonnet. — L'hormone cortico-stimulante (A.C.T.H.) comme agent physiologique et pharmacodynamique, par M. Tausk. — Les synergies en chimiothérapie antituberculeuse, par J. Trefouel.

PRÉCÉDEMMENT PARU :

Actualités pharmacologiques, 1[re] série.

Curares naturels et curares de synthèse, par J. Cheymol. — Principes de pharmacodynamie non spécifique, par D. Daniélopolu. — La procaïne (novocaïne), réactif pharmacologique et biologique, par R. Hazard. — Le diabète alloxanique, par J. La Barre. — La résorption cutanée des médicaments, par G. Valette. — Les succédanés synthétiques de l'opium, par A. Lespagnol.

Actualités pharmacologiques, 2[e] série.

Crises convulsives expérimentales et médicaments antiépileptiques, par J. Cheymol. — Principes de l'étude pharmacologique des antipaludiques, par Ph. Decourt. — Les accidents des médications chimiques et antibiotiques, par C. Huriez. — Études biochimiques sur le mode d'action des trois antibiotiques : pénicilline, streptomycine et tyrothrycine,

par M. Machebœuf. — Les antithyroïdiens de synthèse, par M. Perrault. — Intoxications endogènes chez les brûlés, par A. Simonart. — Ressemblance chimique et action synergique des molécules organiques, par C. Mentzer. — Métabolisme des glucides dans les trypanosomoses. Conséquences thérapeutiques de cette étude, par L. Launoy. — Chimiothérapie des maladies à bacilles acido-résistants, par M. Chambon.

Actualités pharmacologiques, 3e série.

Conditions et facteurs de sécrétion de l'hormone médullo-surrénale, par F. Jourdan. — Les analgésiques centraux de synthèse, par A. Lespagnol. — Les bases pharmacodynamiques de la médication « préanesthésique », par F. Mercier. — Mécanisme d'action des substances digitaliques, par A. Loubatières. — Étude pharmacodynamique et thérapeutique des antipaludiques de synthèse chez l'homme, par J. Schneider. — Les relations des alcaloïdes de l'opium avec la colinergie, par Ed. Frommel, avec la collaboration de M. Beck, I. T. Beck, D, Melkonian, R. Wys, F. Valette et M. Ducommun. — Physiologie et pathologie de la douleur, par A. Baudouin. — Les hormones cortico-surrénales et plus particulièrement les 11-oxycorticostéroïdes. Étude biochimique, par H. Bénard et A. Horn.

Films médicaux et chirurgicaux français, réunis par le docteur Philippe DÉTRIE. Catalogue basé sur la rubrique cinématographique de *La Presse médicale.* Un volume de 302 pages (15,5 × 22,5) : 1 600 fr. *Masson et Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Grouper en un volume les renseignements relatifs aux films médicaux réalisés en France jusqu'à ce jour était une entreprise indispensable à l'essor du cinéma médico-chirurgical dans notre pays. Que l'on s'intéresse à la production, à la diffusion ou même à l'organisation générale du cinéma scientifique en France, il importe d'avoir entre les mains un bilan de ce qui a été fait.

En l'absence de cinémathèque médicale, les films ont en effet un caractère éphémère ; ils sont présentés par leurs auteurs à une société savante ou à un Congrès, puis disparaissent, soit que leurs auteurs les jugent périmés, soit qu'ils n'aient plus l'occasion de les présenter à nouveau. Depuis peu, des centres de production ou de diffusion sont nés qui sont des sources de renseignements, malheureusement incomplètes.

Ce catalogue constitue la première tentative de ce genre en France. Ses bases ont été tirées de la rubrique cinématographique de *La Presse médicale*, seul journal médical français assurant régulièrement une chronique de comptes rendus et d'informations cinématographiques.

Les films ont été classés par spécialités. Chaque titre est suivi des noms de l'auteur et du réalisateur-technicien, et d'une analyse du scénario. Suivent les indications techniques : année de production, format

(16 ou 35 mm.), mode de sonorisation, emploi de la couleur, longueur, cadence et durée de projection.

Enfin le mode de diffusion est précisé : personne ou organisme à qui il faut s'adresser pour obtenir éventuellement le prêt, la location ou une copie du film.

L'ouvrage se termine par deux index destinés à en faciliter la consultation : un index des auteurs et un index détaillé des sujets (28 pages).

Quel que soit l'empressement que la plupart des auteurs de films aient pu mettre à renseigner la rédaction, une telle entreprise ne pouvait aboutir d'emblée à un inventaire complet. Aussi les éditeurs annoncent-ils un supplément à ce catalogue, qui présentera les films dont la rédaction de *La Presse médicale* aura eu connaissance après la publication du volume.

Ce supplément sera envoyé gratuitement à tous les acheteurs du volume.

Chirurgie des glandes salivaires, par Henri REDON, chirurgien des hôpitaux de Paris. Collection *Henri-Mondor*, section des monographies chirurgicales. Un volume de 282 pages, avec 77 figures (17 × 25,5). Broché : 2 300 fr. ; cartonné toile : 2 900 fr. *Masson et Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^{e}).

En concevant l'idée de cette nouvelle collection chirurgicale, le professeur Mondor a pensé qu'à côté des Traités, des Manuels et de tous les livres impersonnels, indispensables sans doute d'un point de vue didactique et documentaire, il y avait place pour des ouvrages d'un caractère différent.

Il a donc demandé à un groupe de jeunes chirurgiens, qualifiés par leur esprit et leur activité, d'écrire, chacun en fonction de son expérience, une Monographie qui, sans méconnaître ce qui a paru par ailleurs, exposerait avant tout les conclusions tirées de son activité personnelle.

C'est dire que ces livres ne doivent nécessairement obéir, ni dans leur étendue, ni dans leur présentation, ni même dans leur esprit, à des canons identiques. Forme et fond, selon la compétence personnelle de l'auteur, sont adaptés au sujet traité.

Le quatrième volume de la collection, dû au docteur Henri Redon, est consacré à la chirurgie des glandes salivaires.

L'auteur a pris connaissance de toute la littérature concernant ce sujet, qui n'a jamais encore été traité dans une étude d'ensemble. Mais la base de ce travail reste la très importante statistique personnelle de l'auteur, qui a observé depuis quinze ans près de 500 tumeurs ou fausses tumeurs de la région parotidienne.

Plus de 450 ont été opérées par lui ou par ses collaborateurs les plus proches, ce qui réalise la plus importante statistique homogène publiée jusqu'à ce jour. De plus, toutes les pièces opératoires ont été examinées par deux anatomo-pathologistes de même formation : le professeur Jacques Delarue et le docteur Vermès.

Comme il était logique, ce livre est centré sur la pathologie parotidienne ; les nouvelles méthodes de diagnostic — sialographies et forage biopsique — y sont étudiées et dicutées. D'importants chapitres sont consacrés aux affections inflammatoires, aux épithéliomas remaniés et aux cystoadénolymphomes.

Le traitement chirurgical de la paralysie faciale est aussi exposé, ainsi que la conduite à tenir en présence des tumeurs nerveuses, et des métastases intraparotidiennes.

Les chapitres primordiaux du traitement des tumeurs et des affections inflammatoires sont longuement développés, ainsi que les techniques opératoires. L'auteur montre en particulier la valeur et la place de la parotidectomie totale avec conservation du nerf facial, qu'il a été un des premiers à défendre et à vulgariser.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

I. — Traumatismes de la glande parotide et du canal de Sténon. — II. Les tumeurs parotidiennes. — Diversité des tumeurs de la région parotidienne. — Tumeurs glandulaires vraies. — Essai de classification. — Épithéliomas remaniés. — Cystoadénolymphomes papillaires. — Adénomes parotidiens. — Kystes parotidiens. —Cylindromes. — Cancers glandulaires. — Tumeurs de la parotide chez l'enfant. — Diagnostic des tumeurs de la parotide. — III. Parotidites et paratidoses. — Parotidites infectieuses. — Parotidites aiguës. — Parotidites chroniques non spécifiques. — Parotidites chroniques spécifiques. — Parotidoses. — IV. Chirurgie de la glande sous-maxillaire. — V. Tumeurs salivaires des glandes annexes.

Bibliographie.

Table alphabétique des matières.

Le cancer du plancher de la bouche, par Marcel DARGENT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, chirurgien des hôpitaux, chef du Service de chirurgie du Centre anticancéreux de Lyon, et Jean PAPILLON, radiologiste des hôpitaux, chef du Service des radiothérapie du Centre anticancéreux de Lyon, avec la collaboration de J.-F. MONTBARBON, assistant de radiothérapie du Centre anticancéreux de Lyon. Préface du professeur P. SANTY. Un volume de 170 pages, avec 48 figures (16,5 × 25) : 1 800 fr. *Masson et Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI^{e}).

La possibilité d'étudier un lot important de cancers du plancher de la bouche a permis aux auteurs de fixer un certain nombre de traits tout à fait caractéristiques de cette localisation maligne. Comme le fait remarquer le professeur Santy dans sa préface, le seul fait de l'apparition de ces tumeurs chez des hommes presque toujours grands imprégnés éthyliques, apporte une notion étiologique tout à fait intéressante. De même, les longs délais d'observation de certains cas suivis plus de dix ans

ont permis d'attirer l'attention sur la relative fréquence des cancers digestifs succédant à la localisation pelvi-buccale. Une autre particularité de ces épithéliomas est la difficulté de réalisation correcte d'un traitement radical. La chirurgie pose des problèmes difficiles à partir du moment où il faut sacrifier une partie ou tout le squelette mentonnier et la langue. La fragilité particulière de ces malades crée un risque opératoire considérable dont la prévention est longuement discutée. Il est pourtant intéressant de remarquer que des mutilations considérables pour des lésions avancées ont permis de très longues survies. Le chapitre de l'électrochirurgie et de ses résultats permet également d'envisager les ressources et les inconvénients de ce procédé. L'étude des avantages et des risques de la rœntgenthérapie sous toutes ses formes permet à la fois d'attirer l'attention sur les dangers de l'ostéo-radio-nécrose qui menace tout spécialement ces malades et de limiter les indications de ce traitement. Ainsi, ce sont à des formules très éclectiques de traitements qu'aboutissent les auteurs en sélectionnant les différents types anatomo-cliniques des lésions.

Ce livre, bien illustré, à la fois clinique et thérapeutique, rendra les plus grands services aux praticiens, aux stomalotogistes, aux chirurgiens et aux radiothérapeutes.

Il fournit même aux cancérologues des notions intéressantes sur quelques points particuliers de l'étiologie de cette localisation de cancer bien définie.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Introduction. — Données étiologiques. — Étude anatomo-clinique. — Les problèmes de diagnostic. — Le traitement chirurgical. — L'électro-coagulation. — Le traitement radiothérapique. — L'association radio-chirurgicale. — Traitement des adénopathies. — Les traitements palliatifs. — Les résultats d'ensemble. — Indications thérapeutiques. — Bibliographie.

Oxygénothérapie, par Léon BINET, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, et Madeleine BOCHET, assistante au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Paris. Un volume de 180 pages, avec 28 figures (16 × 24,5) : 1 300 fr. *Masson et Cie*, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VI[e]).

La mise en service de la technique des inhalations d'oxygène est devenue aujourd'hui rapide et facile, à la fois par suite de l'extension des distributions d'oxygène au lit du malade et par le perfectionnement de l'appareillage. Les résultats sont très convaincants dans de nombreux états d'anoxie de l'organisme d'origine très diverse.

Efficace comme traitement d'extrême urgence dans l'hémorragie, le choc, l'asphyxie, l'inhalation d'oxygène a une action bienfaisante dans de nombreuses affections de l'appareil respiratoire et dans divers cas de troubles circulatoires. Son action détoxiquante est depuis longtemps

reconnue non seulement dans l'intoxication par l'oxyde de carbone, par les barbituriques et certains gaz anesthésiques, mais aussi dans l'intoxication par l'alcool. Les résultats en pathologie infantile, en obstétrique, sont remarquables et déjà classiques.

En chirurgie, l'action de l'oxygène est dominante. Non seulement son association avec l'anesthésique a transformé la perspective opératoire, mais son utilisation courante se montre indispensable, soit en chirurgie générale, soit dans la chirurgie du thorax, pulmonaire et cardiaque.

Dans la médecine du travail, l'oxygène s'impose comme l'un des éléments les plus nécessaires du secours d'urgence ; l'efficacité de son action défatigante est expérimentalement établie.

Ajoutons que chez les sujets atteints d'une insuffisance respiratoire chronique, l'oxygénothérapie conserve son efficacité, à condition d'être rationnellement administrée.

Cette énumération souligne à la fois l'intérêt et le contenu de cette monographie d'ensemble au courant des dernières acquisitions. Le doyen L. Binet a consacré d'importantes recherches en son laboratoire de physiologie à l'étude expérimentale des réactions de l'organisme à l'anoxie et aux moyens de lutter contre l'asphyxie. Avec M^lle^ Bochet, il a apporté une contribution personnelle importante à l'oxygénothérapie par la réalisation de procédés techniques et d'appareillages particulièrement adaptés à l'utilisation pratique.

Il présente ici avec sa collaboratrice une mise au point qui rendra les plus grands services aux pédiatres, aux spécialistes de la pathologie cardio-pulmonaire, aux anesthésistes-réanimateurs, aux chirurgiens, aux obstétriciens et aux physiologistes.

DIVISIONS DE L'OUVRAGE

Bases physiologiques et cliniques. — Réactions biologiques à l'anoxie aiguë. — Bases physiologiques de l'oxygénothérapie. — Le séjour prolongé dans l'oxygène pur. — Effets de l'inhalation d'oxygène pur chez l'homme. — Oxygénothérapie et syndromes d'urgence. — Oxygénothérapie dans certaines affections respiratoires ou circulatoires. — Oxygénothérapie en pédiatrie. — Anesthésie et oxygénothérapie. — Oxygène et fatigue musculaire. L'action défatigante de l'oxygène.

L'oxygénothérapie en pratique médico-chirurgicale. Problèmes pratiques et dispositifs inhalateurs. — Appareils de débit. — Oxygénothérapie collective. — Oxygénothérapie en pratique courante. — Méthodes et dispositifs d'inhalation. — Utilisation thérapeutique de la pression réduite. — Chambre à oxygène. — Tente à oxygène. — Tente à oxygène utilisée pour la production d'aérosols. — Tente à réfrigération électromécanique. — Technique de l'oxygénothérapie en pédiatrie. — Tente à oxygène de nourrissons. — Utilisation et entretien des appareils de contrôles de fonctionnement. — Contrôle de l'oxygénothérapie. — Nettoyage et désinfection des appareils inhalateurs. — Mesures de sécurité.

Bibliographie.

CHRONIQUE, VARIÉTÉS ET NOUVELLES

Fondation de nouveaux départements

Monsieur le doyen a annoncé, à la séance du Conseil de la Faculté en décembre, la fondation de quatre nouveaux départements médicaux et la nomination de leur directeur.

Le docteur Fernando Hudon, f.r.c.p., chef du Service d'anesthésie à l'Hôtel-Dieu, à l'Hôpital Sainte-Foy et à l'Hôpital Laval, professeur titulaire d'anesthésie à la Faculté, est nommé directeur du département d'anesthésiologie.

Le docteur Donat Lapointe, professeur titulaire de clinique pédiatrique et chef de Service à la Crèche Saint-Vincent-de-Paul, est nommé directeur du département de pédiatrie.

Le docteur Paul Painchaud, f.r.c.s., chef du Service et professeur titulaire de clinique oto-rhino-laryngologique à l'Hôtel-Dieu, est nommé directeur du département d'oto-rhino-laryngo-ophtalmologie.

Le docteur René Simard, professeur titulaire de clinique obstétricale et chef de Service à l'Hôpital de la Miséricorde, est nommé directeur du département d'obstétrique et de gynécologie.

Chargés de cours

Le docteur Arthur Bédard, professeur agrégé et chef du Service d'urologie à l'Hôtel-Dieu, est chargé du cours d'urologie à la Faculté en remplacement du docteur Nérée Lavergne.

Le docteur Jean Grandbois, f.r.c.p., professeur agrégé et assistant dans les Services de dermatologie à l'Hôtel-Dieu et à l'Hôpital du Saint-

Sacrement, est chargé du cours de dermatologie et de syphiligraphie en remplacement du docteur Émile Gaumond.

Le docteur Maurice Richard, chef de Service pédiatrique à l'Hôtel-Dieu, est chargé du cours de pédiatrie en remplacement du docteur Euclide Déchène.

Le docteur Robert Côté, maître en chirurgie

Le docteur Robert Côté, m.d. 1951, vient de terminer un *fellowship* en chirurgie à la Fondation Mayo, qui est rattachée à l'École des gradués de l'université de Minnesota. Il a reçu le titre de maître en chirurgie et il commence son service à l'hôpital du Saint-Sacrement où il est attaché au département de chirurgie comme assistant. De plus, il fréquente le département d'anatomie à titre d'aide.

Prix de la *Edward John Noble Foundation*

Le docteur Martin Laberge vient de compléter un *fellowship* en chirurgie à la Fondation Mayo, Rochester, Minn., et il a reçu le prix de la *Edward John Noble Foundation*, de New-York, qui est attribué à un résident par année parmi tous les hôpitaux américains et qui honore chez le candidat son esprit d'initiative et ses qualités de chef. Le docteur Laberge, m.d. 1951, est *fellow* du Collège royal et il est assistant dans le Service de chirurgie de l'Hôtel-Dieu de Québec. Grâce à ce prix, il voyagera en Europe à partir de janvier prochain pour visiter les principaux centres de chirurgie de France et d'Angleterre.

Don pour la recherche en chirurgie cardiaque

Le département d'anatomie de la Faculté de médecine s'est vu octroyer $100. pour fins de recherches sur le cœur de la part de la Compagnie *Canadian Shipbuilding and Ship Repairing Association* en mémoire du regretté président de la *George T. Davie & Sons*, monsieur André Delagrave, décédé récemment à Québec. Dans le département d'anatomie en effet, on poursuit des travaux de recherche depuis quelques années déjà sur la chirurgie du cœur et des vaisseaux et particulièrement sur l'hypothermie et la circulation extracorporéale.

Neuf pédiatres bénéficient de la bourse *Mead Johnson*

M. David L. Menzies, président de *Mead Johnson of Canada, Ltd.*, vient d'annoncer que, pour la cinquième année consécutive, les trois universités du Québec se partagent la somme de $10,000 mise à leur disposition par la maison Mead Johnson pour favoriser les études post-médicales en pédiatrie. Les boursiers pour l'année universitaire en cours sont les suivants :

A l'université Laval :	Docteur Claude Roy, Docteur Roch Simard, Docteur André Letarte.
A l'université de Montréal :	Docteur Raymond Chicoine, Docteur Jean Joncas, Docteur André Soucy.
A l'université McGill :	Docteur Léo Stern, Docteur M. Ruth Bell.

Les gagnants de la bourse Mead Johnson ont complété leur internat et sont maintenant prêts à devenir résidents en pédiatrie. Dans chacun des cas, la Faculté de médecine et le département de pédiatrie de l'université concernée agissent en qualité de dépositaires et administrateurs des fonds.

Médecine de France

La revue *Médecine de France*, numéro 85, a publié dans la forme artistique qui lui est familière un fascicule entièrement consacré au Canada français et particulièrement à la médecine. L'occasion était belle de saluer les instigateurs d'une réussite architecturale d'un haut rendement et ils ont entouré des photographies éloquentes d'un texte racontant *la réalisation physique et fonctionnelle du nouveau pavillon de la médecine* dans la cité universitaire de Sainte-Foy (Lucien Mainguy et docteur Rosaire Gingras). Au centre d'un ensemble médical, il y a la Faculté ; la disposition de ses masses et de ses départements s'effectue autour de ses amphithéâtres ; l'enseignement, la recherche et l'administration s'engrènent logiquement.

Le professeur Émile Gaumond relate *les cent ans d'existence de la Faculté ;* le professeur Renaud Lemieux puise dans sa mémoire émue *des souvenirs dynamiques du grand doyen que fut Arthur Rousseau* ; le doyen, Jean-Baptiste Jobin, et le sous-secrétaire, le docteur Georges-

Albert Bergeron, indiquent à grands traits *l'influence de la culture française sur l'enseignement médical au Canada*, œuvre de perfectionnement difficile dans un milieu anglophone et américain. L'éditeur profite de la circonstance pour publier de nombreuses photographies d'édifices, de monuments et d'œuvres d'art, d'inspiration et d'exécution canadiennes, sous la plume de Gérard Morisset. Sans transition, monsieur Luc Lacourcière parle *de l'influence que Rabelais a pu avoir sur les mœurs canadiennes* et, enfin, M^gr^ Félix-Antoine Savard signe un poème *La coquille de Saint-Jacques*. Il va sans dire que monsieur Robert de Roquebrune parle en connaissance de cause de *l'origine des Canadiens*.

C'est ainsi que l'on peut feuilleter un album d'une rare beauté qui parle éloquemment de médecine au Canada français, difficultés, mérites et réalisations.

Pour l'avancement de la chirurgie * †

Grâce à la sévérité des examens éliminatoires au cours des études préliminaires, on trouve chez les étudiants en médecine un nombre imposant d'hommes bien doués et avides de connaissances. De nos jours, la qualité des candidats inscrits au cours de médecine est impressionnante. Ils savent qu'ils doivent rivaliser, ils ont soif de connaissances nouvelles et leur attitude est combative. A l'aide d'une assistance bien dirigée, de conseils prudents et du stimulus de l'exemple, ils mûrissent rapidement et bien. Certaines écoles s'appuient surtout sur l'enseignement théorique. C'est une façon d'apprendre aux élèves qu'il y a différentes méthodes pédagogiques. Parfois ce système se complète de résumés et de données générales qui sont pour l'étudiant une base solide sur laquelle s'appuieront ses connaissances futures. D'un autre côté, à moins que l'étudiant n'ait été encouragé à consulter les publications récentes, il ne connaîtra jamais l'importance de la bibliographie. De plus, habitué à ce que les autres pensent pour lui, il perd tout esprit d'initiative et de discernement car il n'a jamais appris l'art et la science de l'éducation. Ce n'est qu'en apprenant très tôt à se suffire à lui-même que l'élève peut accroître ses connaissances et, peut-être même, parvenir à la sagesse.

Le programme de la résidence en chirurgie

En voulant juger la valeur de la chirurgie, il faut examiner les différents programmes d'études des résidents en chirurgie. Ceci est de première importance car toutes les dispositions prises en vue d'améliorer la chirurgie sont nécessairement basées sur le nombre et la qualité des hommes que l'on veut former.

---

* *If Surgery is to thrive*, Richard L. VARCO, M.D., Minneapolis, Minn. *Surgery*, (July) 1956.

† Nous publions ici la traduction partielle et libre d'un article que nous avons lu avec beaucoup d'intérêt, extrait d'un discours que prononçait, il y a un an, un médecin de Minneapolis, le docteur Richard L. Varco, à la Société des chirurgiens universitaires américains.

En effet, des données précises ont été établies et acceptées par un grand nombre d'institutions qui ont certains problèmes en commun. C'est un fait reconnu que l'on doit confier au chirurgien de demain une autorité et une responsabilité sans cesse grandissante.

On ne s'accorde pas cependant à reconnaître l'obligation qu'a le tuteur d'éviter au candidat une charge trop lourde auprès des malades. La salle d'opération attire le néophyte ; en dépit de nombreux avertissements, il peut facilement être victime de ses goûts. Il faut donc au tout début de son entraînement lui laisser le temps de réfléchir et d'en venir à un compromis. De plus, s'il est continuellement débordé de travail technique, il n'aura pas le loisir de réfléchir. Je reconnais que l'idée de limiter les heures consacrées à la salle d'opération est une innovation et va à l'encontre des principes fondamentaux qui sont à la base même de bien des programmes d'études. Je tiens à souligner, cependant, que ce que je propose n'est pas un entraînement à demi-temps.

Pour obtenir une résidence sénior, le candidat doit avoir complété les trois phases de l'entraînement technique. Premièrement, il apprend à assister le chirurgien avec compétence tout en demandant à ce dernier l'application des principes chirurgicaux et le protocole à suivre au cours des différentes séances opératoires. Deuxièmement, lorsqu'il a acquis une certaine maturité, l'élève doit à son tour montrer ses connaissances tandis que le professeur joue le rôle d'assistant en même temps que celui de critique et de consultant. Troisièmement, ayant mérité le titre de résident sénior, il doit faire ses preuves. Il assume les mêmes responsabilités que le chirurgien et doit compléter un certain nombre d'opérations majeures.

Au cours de ces années, le résident a acquis une vaste connaissance des méthodes cliniques et des diagnostics différentiels. A cette habileté clinique, il doit ajouter le souci des soins pré- et postopératoires. Son expérience et son habileté se développent proportionnellement à la justesse de ses observations. A tout ceci s'ajoute un élément essentiel : la connaissance de la littérature médicale. Il a appris de ses professeurs les plus hauts standards de la morale et de l'éthique. Nous croyons que ses malades trouveront en lui un jeune homme sympathique et attentif à leur moindre problème ; il saura pratiquer la médecine avec art aussi bien qu'avec science.

Un esprit souple et créateur

Il y a une autre influence majeure qui entrave le progrès de la médecine : c'est le culte du conformisme dont le but est d'élever plus d'hommes à un niveau scientifique médiocre. Celui qui n'est pas ou qui refuse de devenir conformiste mérite évidemment d'être puni. Il faut l'empêcher de porter son regard au-dessus des sentiers battus pour scruter l'horizon. Je ne suis pas de cet avis et je proteste vigoureusement. Pour moi, le but ultime dans la formation du chirurgien est l'acquisition d'un esprit souple et ouvert. Certains programmes d'études ont justement tendance à détruire chez le jeune cette maniabilité naturelle des choses de l'esprit. Sa raison est faite de dogmes, d'aphorismes, de préceptes arbitraires, de

pratiques démodées et encroûtées par la tradition. Le jeune devient un conformiste et il paie la rançon aux méthodes qui l'obligent à stéréotyper son esprit et ses pensées. Le conformiste est rarement un homme d'initiative. Par conséquent, ceux qui exigent de leurs élèves une uniformité outrée, sans tenir compte des talents individuels, gaspillent une immense ressource naturelle, l'esprit inventif. Ceux qui rendent ces techniques obligatoires dans leurs institutions créent une citadelle de médiocrité peuplée de gens hypnotisés et incapables d'agir par eux-mêmes.

Nous avons grandement besoin de locaux académiques où le chercheur se sentira à l'aise et pourra donner libre cours à ses idées. Ce chercheur, nous l'appellerons un non-conformiste en opposition au conformiste décrit plus haut. L'on peut compter que ce non-conformiste ne se gênera nullement pour émettre des opinions contraires et pour démasquer l'incompétence et l'ignorance. Il saura stimuler la discussion en y apportant des connaissances nouvelles et deviendra ainsi la cible de la critique. Ses décisions découleront de l'application des méthodes scientifiques dans le laboratoire et auprès du malade. Nous avons besoin d'un plus grand nombre de ces jeunes chercheurs enthousiastes, capables et décidés. Dans les institutions où les laboratoires de recherche restent vides, ou presque déserts, la formation même de l'élève s'en ressentira. Les responsables de cet état de choses n'ont plus foi en l'opportunité de la recherche comme moyen de formation.

Notre non-conformiste est souvent un homme mal à l'aise. Cependant, si nous découvrons en lui un homme d'action et non un parasite, il mérite bien un conseiller sympathique et compréhensif dans ses moments d'incertitude. Parfois, en défendant ses idées il fera preuve de trop d'impétuosité et d'agressivité mais cet enthousiasme de la jeunesse est cette force même qui le pousse d'avant sur le chemin du progrès scientifique. Pourquoi alors étouffer cet enthousiasme? Le temps et les collègues antipathiques s'en chargeront bien assez vite. A moins qu'il ne le demande lui-même, il est futile et peut-être même imprudent d'intervenir dans ses recherches et ses problèmes quotidiens. Les conseils doivent servir de bride à son enthousiasme. Nous pouvons dès lors choisir entre le conformiste satisfait et le non-conformiste qui est un mécontent, un batailleur, un homme d'initiative. Cependant, si nous lui refusons les promotions et les nominations qu'il est en droit d'attendre, nous entravons par le fait même le progrès de la science. Au moment de se prononcer pour ou contre le non-conformiste, nous devons nous rappeler qu'il est rare que celui qui se soumet aisément au conventionnel produise de grandes choses.

La méthode scientifique

Tout élève qui en vaut la peine mérite de recevoir une bonne formation scientifique. Une excellente façon de garantir cette formation, à cause de l'affinité qui existe entre les sciences de base et la chirurgie, c'est de permettre à l'élève de se consacrer entièrement à la recherche et à l'enseignement dans un département soit de physiologie, de biochimie ou de bactériologie. La connaissance et l'étude de ces sciences biologiques

ont à la longue d'heureux effets. L'enseignement et la recherche initient le chirurgien à une discipline scientifique et son travail de tous les jours en bénéficiera. Il apprendra à reconnaître la valeur des techniques établies par l'expérience, l'importance d'une observation objective et d'un dossier précis. La critique et l'analyse des résultats obtenus se fera sous la direction de chercheurs expérimentés. Il développe ainsi ses connaissances scientifiques et son esprit d'initiative.

La résidence

Qu'est-ce que la résidence ? Les bases fondamentales de la résidence sont faciles à décrire ; il est plus difficile d'en saisir les nuances. En résumé, c'est l'esprit même qui anime le chef de Service qui influencera la formation de ses résidents. Dans ce domaine, personne n'a réussi mieux que Owen H. Wangensteen à organiser un programme d'études plus vivant et plus efficace. Je parle en connaissance de cause car j'ai eu le privilège de vivre un certain temps sous sa direction. Si je le pouvais, je mettrais encore plus de vigueur à justifier ses idées et ses aspirations. De plus en plus on en reconnaît la justesse et ces données nouvelles qui se développent simultanément dans d'autres milieux, gagnent la faveur et l'appui de plusieurs. Le temps plus que la rhétorique justifiera leur mérite et leur valeur.

Dans les milieux où l'on a adopté cette nouvelle formule, le résident se consacre en égale proportion aux activités cliniques auprès des malades et à la chirurgie ; à l'étude d'une science fondamentale particulière et, par l'application de cette science, au développement de ses aptitudes et de ses goûts pour la recherche ; à la lecture des ouvrages de médecine et à la préparation des communications scientifiques ; à l'adoption et à la pratique des meilleures techniques chirurgicales et à la découverte des méthodes nouvelles qui, à la lumière d'une étude approfondie, se sont avérées supérieures aux méthodes traditionnelles. Toutes ces charges et ces responsabilités mûrissent le résident mais elles ne doivent pas étouffer la flamme de son enthousiasme et de son ambition. Le candidat désireux d'acquérir une telle formation, doit donc être un jeune homme de tout premier choix et qui a déjà une certaine maturité d'esprit car à toutes ces exigences s'ajoutent souvent des problèmes d'ordre pécuniaire.

L'avenir du non-conformiste

Notre non-conformiste, à cause même de son tempérament aussi bien que du milieu où il reçoit sa formation, peut prévoir certaines difficultés à atteindre le sommet de l'échelle académique. Quoique sa réputation d'enseigneur, de chirurgien et d'homme de science le rende apte à diriger un département ou un Service, il ne parviendra peut-être jamais à ce dernier échelon, car l'on peut facilement comprendre avec quelle hésitation on lui confierait une telle charge. Cette hésitation peut s'expliquer mais est-elle raisonnable ? Considérons un instant la composition d'un comité chargé d'assister le doyen dans le choix d'un chef de Service de chirurgie. On y trouvera certainement le chef de médecine, probable-

ment le pédiatre et le gynécologue, peut-être le radiologiste et, finalement, des représentants de la pathologie et de l'anatomie ainsi que des autres disciplines de base. Ceux-ci après enquête feront rapport au doyen. Ils reprocheront au candidat proposé son originalité (il cherche constamment à s'éloigner du conventionnel) ; son agressivité (il est enthousiaste) ; son esprit tranchant et combatif (il défend ses idées, n'est pas partisan des dogmes et ne s'appuie que sur l'évidence scientifique). Le chef de médecine craint de voir diminuer le nombre de lits dans l'hôpital et de devoir se soumettre à la volonté du plus fort ; il en est de même du pédiatre et du gynécologue ; le radiologiste, lui, redoute l'application de techniques spéciales qui exigeraient plus de compétence et de surveillance de la part de ses techniciens et les reproches qu'on pourrait lui adresser s'il posait un mauvais diagnostic ; le pathologiste constate qu'on lui demande des coupes spéciales, des méthodes de coloration nouvelles, des recherches particulières et inhabituelles au cours de l'autopsie, toutes activités qui surchargent son laboratoire. Dans ce groupe de conseillers, seuls le physiologiste et le biochimiste accepteraient sans trop de réserve un tel collègue. Une aussi grande divergence d'idées et d'intérêts ne se rencontre qu'en chirurgie ; l'antagonisme de ces gens est presque involontaire et l'on ne peut nier qu'une telle association soit souvent insupportable. Les membres de ce comité doivent donc s'élever au-dessus des personnalités et du conventionnel, sinon ils entraveront la marche du progrès. Ils doivent sortir de l'ornière de la routine et des préjugés car cette ornière est souvent une tranchée qui les empêche de voir à l'horizon. C'est facile de remettre à plus tard un examen de conscience. Si nos prédécesseurs avaient choisi une vie paisible et facile plutôt que le progrès et ses dérangements, notre monde nous paraîtrait moins brillant.

Pierre JOBIN

Deuxième congrès mondial de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique

---

Le deuxième Congrès mondial de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique se tiendra dans le nouvel hôtel Reine-Élizabeth à Montréal, Canada, du 22 au 28 juin 1958. Des discussions en table ronde auront lieu en gynécologie et en obstétrique. Les sujets sont les suivants :

Gynécologie :

1. *Les limites de la chirurgie pelvienne dans le traitement du cancer du col* ;
2. *La physiologie et la pathologie de la contraction de l'utérus humain gravide* ;
3. *Le diagnostic du cancer du col* ;
4. *Tuberculose génitale.*

Obstétrique :

1. *Psycho-prophylaxie préparatoire au travail* ;
2. *La physiologie et la pathologie de la contraction de l'utérus humain gravide* ;
3. *Anémie de la grossesse* ;
4. *Toxémies de la grossesse.*

N.B. — En raison du retard dans la distribution du Bulletin d'information dans certains pays, le délai d'inscription pour la présentation d'une communication libre, d'un film, ou d'une exposition scientifique, a été prolongé jusqu'au 31 janvier 1958.

Toute correspondance doit être adressée au Comité de Montréal, Deuxième Congrès mondial, Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, Suite 220, 1414, rue Drummond, Montréal 25, Canada.

Conférence internationale sur l'influence des conditions de vie et de travail sur la santé

La Conférence internationale *sur l'Influence des conditions de vie et de travail sur la santé*, s'est tenue du 27 au 29 septembre sous la présidence du professeur Parisot, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Nancy, ancien président de l'Assemblée mondiale de la santé et du professeur Josué de Castro, directeur de l'Institut de la nutrition de l'université du Brésil, ancien président de la F.A.C.

Elle a réuni 250 participants appartenant à 31 pays répartis dans le monde entier, parmi lesquels plusieurs personnalités officielles, 52 professeurs de Facultés et directeurs d'Instituts et un très grand nombre de sommités médicales et scientifiques. Toutes les disciplines médicales y étaient représentées.

L'apport scientifique des rapports et des communications est extrêmement important. Ces travaux ont permis, à propos de chacun des trois thèmes, d'aboutir aux conclusions données par le président de Castro, dans son discours de clôture.

Voici les titres des principaux travaux et leurs auteurs, le texte des conclusions et la liste des pays représentés.

PRINCIPAUX TRAVAUX DE LA CONFÉRENCE

I. *Influence des facteurs alimentaires sur le développement des maladies*

Rapports :

1° *L'Alimentation et la faim*, rapporteur : professeur Josué de CASTRO (Brésil) ;

2° *Détermination de la valeur nutritive de régimes alimentaires riches en céréales*, rapporteur : professeur YANG-EN-FU (Chine) ;

3° *Types différents de régimes alimentaires déséquilibrés et leurs influences sur la nutrition*, rapporteur : docteur Cicely WILLIAMS (Grande-Bretagne).

Ces rapports ont été suivis de 12 communications.

4° *Le facteur nutrition dans la lutte contre la tuberculose, envisagée comme maladie de masse*, Discussion ouverte par le docteur D'ARCY-HART (Grande-Bretagne), suivie de 5 communications.

II. *Effets du travail sur la santé physique et mentale*

Rapports :

1° *Effets de la fatigue sur la santé des travailleurs*, rapporteur : professeur H. DESOILLE et docteur L. LE GUILLANT (France) ;

2° *Méthodes nouvelles de prophylaxie des maladies d'origine industrielle, en particulier dans le domaine de l'industrie textile*, rapporteur : professeur LETAVET (U.R.S.S.).

Ces rapports ont été suivis de 19 communications.

* * *

Étude de quelques parasitoses peu connues et liées aux conditions de vie et de travail en Italie : 4 communications de l'Institut de parasitologie de l'université de Rome.

III. *Effets tardifs des radiations ionisantes sur la vie de l'homme*

Rapports :

1° *Effets tardifs des radiations ionisantes sur la santé de l'homme*, rapporteur : professeur LACASSAGNE (France) ;

2° *Effets tardifs des substances radioactives produites par l'explosion d'Hiroshima sur la moelle osseuse de l'homme*, rapporteur : Y. KONO (Japon) ;

3° *A propos des conditions de régénération de la moelle osseuse après exposition totale du corps aux radiations ionisantes*, rapporteurs : professeur BECKER et docteur Th. FLIEDNER (Rép. féd. allemande) ;

4° *Aperçu sommaire sur les effets cliniques tardifs de l'explosion de la bombe atomique*, rapporteur : professeur N. KUSANO (Japon) ;

5° *Effets cancérigènes des radiations ionisantes*, rapporteur : professeur PEACOCK (Écosse) ;

6° *Danger des radiations ionisantes pour l'hérédité chez l'homme*, rapporteur : professeur R. W. KAPLAN (Rep. féd. allemande).

Ces rapports ont été suivis de 6 communications.

CONCLUSIONS DE LA CONFÉRENCE

Thème I :

Influence des facteurs alimentaires sur le développement des maladies

I. La malnutrition est la maladie la plus répandue au monde. Elle se présente sous trois aspects principaux :

1° La sous-nutrition et les maladies de carence ;

2° La suralimentation, l'obésité et ses conséquences ;

3° Les déséquilibres variés.

II. Les carences décrites dans les traités sont maintenant assez rares, mais il est admis que chaque cas de malnutrition est souvent le résultat d'une étiologie compliquée et que les conditions générales de la malnutrition doivent continuer à être étudiées.

III. De nombreux cas de malnutrition ne résultent pas seulement de la pénurie de certains aliments, mais aussi d'habitudes alimentaires nuisibles, de fautes dans la préparation et de désordres digestifs tels que les dyspepsies, les gastro-entérites, dysentries, etc. . . .

IV. La malnutrition n'est pas seulement grave en elle-même, elle peut aussi provoquer ou aggraver d'autres maladies.

V. La Conférence, en considérant la situation actuelle du monde, reconnaît qu'il faut faire un effort universel pour promouvoir le développement économique et social des différents groupes humains, de manière qu'ils puissent obtenir les ressources alimentaires suffisantes et adéquates à leur alimentation équilibrée.

VI. La Conférence reconnaît aussi l'importance des facteurs médicaux et des facteurs éducationnels qui pourraient permettre l'utilisation plus rationnelle des ressources alimentaires disponibles.

Thème 2 :

Effets du travail sur la santé physique et mentale

La Conférence a constaté que, malgré les progrès qu'il a pu entraîner, le développement de l'industrie a provoqué l'apparition ou l'aggravation de certaines maladies professionnelles :

1° On constate que beaucoup de méthodes de prévention des maladies et des accidents déjà connues donnent, lorsqu'elles sont appliquées, des résultats pratiques certains.

2° Des législations existent déjà à cet égard. D'autres mesures doivent les compléter, mais il y a lieu de veiller à ce qu'elles soient réellement appliquées ; car leurs prescriptions ne sont pas toujours respectées.

3° Des études scientifiques doivent être poursuivies à propos des problèmes nouveaux ou incomplètement élucidés. Par exemple, le

surmenage nerveux entraîné par des rythmes de travail trop raides apparaît comme le plus important.

Des moyens nécessaires doivent être fournis par les pouvoirs publics à des chercheurs compétents afin qu'ils puissent élucider ces problèmes.

4° Comme dans les autres domaines, les échanges scientifiques entre les chercheurs des différents pays doivent être facilités et intensifiés.

Thème 3 :

Effets tardifs des radiations ionisantes sur la vie de l'homme

Les différents rapporteurs ont particulièrement insisté sur les dangers résultant des effets mutagènes et cancérogènes des radiations. Deux rapporteurs japonais ont apporté des informations précises sur les accidents tardifs d'ordre hématologique et cancérologique qui continuent d'être observés parmi les populations survivantes après les bombardements atomiques de Hiroshima et de Nagasaki.

Un bilan de l'augmentation rapide, depuis quelques années, de l'exposition aux radiations ionisantes que subit l'ensemble des populations du globe a été établi en fonction des différentes utilisations : médicale, industrielle, expérimentale (explosions atomiques).

Dans l'état actuel de nos connaissances, et devant les risques graves éventuels, il est indiqué de réduire au strict minimum les causes d'absorption de radiations ionisantes par les individus et les collectivités.

La Conférence internationale joint sa voix à celles des grands savants des É.U.d'A., de l'Allemagne, de l'U.R.S.S., de la Grande-Bretagne et des autres pays qui font connaître aux populations, aux Parlements et aux gouvernements du monde entier le grave danger qui les menace, et leur demande de faire cesser les expériences portant sur les armes nucléaires et thermonucléaires ainsi que leur production.

Au nom de la Conférence, nous proposons aussi que l'on convoque une conférence internationale pour discuter des mesures efficaces devant être adoptées afin que l'énergie atomique ne soit utilisée que pour le plus grand bien de l'humanité.

Liste des pays représentés :

Afrique du sud, Allemagne (Rép. féd.), Allemagne (Rép. dém.), Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Canada, Chili, Chine, Danemark, Espagne, États-Unis, France, Grande-Bretagne, Grèce, Inde, Iran, Israël, Italie, Japon, Luxembourg, Maroc, Principauté de Monaco, Pays-Bas, Pologne, Roumanie, Tchécoslovaquie, U.R.S.S., Yougoslavie.

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES

Succès des essais sur la *Perphénazine*

La clinique Crease de l'Hôpital pour maladies mentales, de Essondale, C.B., a effectué avec succès des essais sur la perphénazine, un nouveau et puissant médicament qui s'ajoute aux tranquillisants bien connus.

Le docteur N.-L. Mason Browne, qui a récemment rédigé un rapport sur ses nombreux essais de la perphénazine sur des patients dans l'hôpital local, a fourni, dans un interview aux journaux, de plus amples explications sur ses résultats qui ont été publiés dans la revue *Diseases of the Nervous System.*

La perphénazine, un médicament qu'on ne peut se procurer que sur ordonnance, est mis à la disposition du corps médical sous le nom de trilafon. Il appartient à la même famille de médicaments que les tranquillisants en vogue genre chlorpromazine. Toutefois, d'après le docteur Mason Browne, la perphénazine a une action de cinq à dix fois plus puissante ; il peut donc être employé à des doses proportionnellement plus faibles et, par conséquent, produit des effets secondaires moins nombreux et moins intenses.

Le docteur Mason Browne a choisi pour ses essais 75 patients troublés, hyperactifs, qui étaient hospitalisés depuis une moyenne de 12,7 ans et pour qui les médecins entretenaient peu d'espoir de guérison. Ils ont été divisés en trois groupes de 25 patients chacun, aussi semblables que possible du point de vue âge, sexe et durée de la maladie. Vingt-cinq des patients ont reçu trois fois par jour un comprimé de placebo, c'est-à-dire, un comprimé ne contenant que du sucre. 25 autres ont reçu la même dose de comprimés titrés à 16 mg. de perphénazine, et les 25 derniers ont reçu des comprimés à 25 mg. de tranquillisant chlorpromazine, toujours à raison de trois par jour. Tous les comprimés avaient une apparence identique, et le docteur Mason Browne a tenu à ne pas savoir lesquels des patients recevaient les différents comprimés.

A la fin de l'essai, qui a duré 30 jours, le docteur Mason Browne et ses collaborateurs ont fait séparément une évaluation clinique de chacun des patients ainsi que des examens psychologiques qui donnaient vrai-

ment une mesure de l'amélioration ou de l'aggravation de l'état de chacun en comparaison de son état avant l'essai. Les pointages ainsi obtenus ont ensuite été classifiés à la lumière du code secret du pharmacien de l'hôpital indiquant à qui les différents comprimés avaient été administrés.

Cette expérience a démontré que, des patients traités par la perphénazine, 11 ont présenté une amélioration, 7 sont demeurés inchangés, et l'état de 4 s'est aggravé. Parmi ceux qui ont reçu de la chlorpromazine, seulement 3 se sont améliorés, 16 sont demeurés inchangés, et l'état de 4 a empiré. De ceux qui ont reçu le placebo, un s'est effectivement amélioré, 19 sont demeurés inchangés, et chez 4 il y a eu aggravation. Chez le reste des 75 sur qui on a commencé l'essai, il a fallu le discontinuer à cause d'effets secondaires dont aucun toutefois, n'a été sérieux.

Satisfait de cette première expérience, le docteur Mason Browne et ses collaborateurs ont maintenant plus de 100 patients à Essondale sous traitement par la perphénazine et beaucoup d'entre eux ont déjà pu retourner dans leurs familles.

Symposium Ciba — N° 5 (Vol. V)

Sommaire du fascicule

C'est la contribution d'un clinicien français célèbre, le professeur Pasteur Vallery-Radot, membre de l'Académie française, qui se trouve en tête du fascicule. Petit-fils de Louis Pasteur, il parle de *l'enchaînement des découvertes de son illustre aïeul.* Deux reproductions en couleurs accompagnent l'article : celle d'une peinture de A. G. Edelfelt, représentant Louis Pasteur dans son laboratoire, et une photographie de la crypte où repose le savant, à l'Institut Pasteur.

Puis vient un exposé richement illustré, du professeur K. H. Bauer, d'Heidelberg, chirurgien allemand bien connu, qui traite *des accidents dus à la circulation.* L'auteur s'arrête notamment au problème de la prévention des accidents et, s'appuyant sur son expérience, il demande instamment qu'on limite la vitesse des véhicules.

Les perturbations de l'équilibre anionique au cours de l'urémie aiguë et leurs conséquences cliniques font l'objet d'un article du docteur G. Richet, de Paris, spécialiste français en la matière.

La rubrique *Iconographie anatomique* se poursuit par un deuxième chapitre de M^me^ A.-M. Cetto, historienne de l'art, consacré à *La dissection dans les miniatures du moyen âge ;* relevons que l'exposé est orné de reproductions en couleurs dont certaines encore inédites.

La rubrique *Notre service de documentation rapporte . . .* traite de l'emploi du serpasil en cardiothérapie, sous le titre *Un calmant approprié pour le cardiaque.*

Diagnex bleu « Squibb »

Description :

Résine carbacrylique de substitution cationique en combinaison réversible avec le colorant azur A. Cette substance sert à apprécier le degré d'acidité gastrique au moyen d'un réactif colorant qui dispense du tubage, n'exige pas d'éclairage fluorescent ni d'autre appareil spécial. Analyse qualitative sûre, simple, juste et expéditive.

Indications :

Diagnostic des états liés à une sécrétion anormale d'acide gastrique. Sans danger pour les cas d'ulcères, de varices œsophagiques et d'autres lésions du tube digestif. Auxiliaire diagnostique précieux en présence du cancer de l'estomac, d'anémie pernicieuse et de polypes du tube digestif. Agent pratique et économique de dépistage collectif des anomalies de la sécrétion gastrique.

Administration :

On donne au malade le nécessaire Diagnex bleu qui comprend :

1. Les granules de résine colorante ;
2. Les comprimés de benzoate de caféine sodique pour stimuler la sécrétion acide ;
3. Les étiquettes pour les spécimens d'urine. On lui demande de se conformer aux instructions simples mais claires que renferme l'emballage et d'envoyer les spécimens d'urine au médecin ou au laboratoire afin de terminer l'examen. On trouvera les renseignements détaillés dans l'emballage.

Présentation :

En emballage de cinq étuis de 2 grammes renfermant environ 100 mg de colorant azur A. Un comparateur colorimétrique accompagne chacun d'eux. Les tubes à essai et le réactif ne sont pas fournis.

Stocks chez votre fournisseur habituel.

Nouveau produit antitussif récemment découvert

Des essais cliniques récents concernant un nouveau produit antitussif non-narcotique ont été rapportés dans l'édition de mars du *Practitioner*, par le docteur Clifford T. Roberts, de Leeds, Angleterre.

Ce nouveau produit *oxeladin* (citrate de diéthylamino-ethoxy-éthyl-a a-diéthylphénylacétate) agit directement sur le système nerveux central.

L'effet se manifeste de façon remarquable, en supprimant la toux sèche, irritante qui est la cause principale de perturbation du sommeil.

En plus de son action antitussive, les avantages principaux de l'oxeladin sont : palatabilité remarquable, absence d'effets fâcheux tels que somnolence, constipation, anorexie, qui résultent souvent de l'administration des narcotiques que l'on emploie actuellement avec les sirops.

L'Oxeladin a été produit par les laboratoires de recherches de *The British Drug Houses*, et est actuellement présenté à la profession sous le nom de sirop *Pectamol*.

Nomination à la *Schering Corporation*

Schering Corporation, Limited annonce la nomination de Jean Lachance au poste de représentant professionnel des Hôpitaux du Québec. Monsieur Lachance est entré au service de *Schering Corporation Limited* comme représentant médical en 1941 après avoir acquis une vaste expérience en pharmacie de détail.
