

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872

Vol. LIV

SEPTEMBRE 1925

No 9

RAPPORTS DE L'OPHTALMOLOGIE AVEC LA MÉDECINE GÉNÉRALE (1)

*Par le Docteur FELIX TERRIEN,
Professeur à la Faculté de Médecine,
Ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu, Paris.*

Monsieur le Doyen,

Messieurs et chers collègues, et permettez-moi
d'ajouter aussi, mes chers amis,

C'est pour moi une émotion très vive et très douce, de prendre aujourd'hui devant vous la parole, sur cette terre canadienne, à laquelle nous sommes rattachés par tous les liens de l'histoire, où nous ne pouvons mettre le pied sans une impression profonde, et que votre fidèle amitié et votre affection pour nous nous donnent l'illusion d'être toujours nôtre et de nous sentir dans notre propre patrie.

Aussi, si loin de mon pays et cependant si près par le cœur, je ne saurais trop vous dire toute ma gratitude et vous remercier de m'avoir invité à vous entretenir aujourd'hui. Mais je vous avouerai que j'y étais assez peu préparé, n'ayant eu d'autre but en venant ici que celui de vous voir, de m'instruire moi-même et n'ayant pas la prétention de vous apprendre quelque chose.

Je ne pouvais pas cependant ne pas me rendre à l'invitation qui m'avait été si aimablement transmise par vos excellents collègues les professeurs Foucher et Boulet; et parmi les nombreux sujets capables d'intéresser les confrères qui me font aujourd'hui le très grand honneur de venir m'entendre, aucun ne m'a paru plus digne de retenir leur attention que celui ayant trait aux rapports de l'ophtalmologie avec la médecine générale.

Sans doute, la multiplication des procédés de recherches dans les différentes branches de la médecine a rendu indispensable la

(1) Conférence faite à l'Hôpital Notre-Dame, le 26 août 1925.

spécialisation, condition nécessaire du progrès scientifique. Et combien s'impose-t-elle davantage encore ici du fait de la complexité de l'examen de l'œil, de la délicatesse des instruments de jour en jour plus nombreux nous permettant de pousser plus loin cette exploration, enfin du fait de la noblesse de la région examinée !

Mais si tout appareil, du fait de sa structure particulière, régit et défend suivant son individualité propre, toutes les branches de la médecine, comme les rameaux d'un même arbre, sont étroitement solidaires, l'altération d'un organe retentira souvent sur d'autres, et la connaissance approfondie d'une pathologie spéciale implique une culture générale étendue. Le globe oculaire, avec les annexes destinées à sa protection, à sa mobilité et à sa nutrition : paupières, conjonctive, appareil lacrymal, muscles, vaisseaux et nerfs de l'orbite, avec des enveloppes : fibreuse, vasculaire et nerveuse, très étroitement solidaires des appareils circulatoire et nerveux, et par la multiplicité des tissus qui entrent dans sa constitution, est une image réduite de l'économie ; il est donc soumis aux mêmes lois.

Et déjà Velpeau, en 1840, dans son Article du Dictionnaire de Médecine sur l'appareil de la vision, insistait sur les relations intimes et nombreuses qui reliaient celui-ci avec les différents systèmes de l'économie, relations si étroites, ajoutait-il, qu'à la plupart des maladies se joignent des troubles de l'organe visuel.

Et, chose amusante au point de vue rétrospectif, c'est au nom de ces rapports étroits entre l'ophtalmologie et la médecine générale que Velpeau s'élevait contre la spécialisation.

L'évolution de notre science et son extension chaque jour plus considérable suffisent à la justifier. Mais ceci nous montre combien, déjà à cette époque, on insistait sur l'importance de la clinique et de la médecine générale dans le cas qui nous occupe, en l'absence de laquelle la recherche ophtalmologique, si fouillée soit-elle, ne donnera toujours qu'une idée fragmentaire de l'affection dont se plaint le sujet.

Et si notre admirable opération de cataracte, opération essentiellement française, dont le mérite revient tout entier à Jacques Daviel, au milieu du XVIIIe siècle, nous classe au nombre des chirurgiens, avec toutes les qualités que comporte ce beau mot de chirurgien : la conscience, le sang-froid, l'adresse particulièrement importante lorsque nous intervenons sur l'œil lui-même, ce foyer anatomique, dont toutes les opérations, se mesurant au millimètre, requièrent une précision extrême, — enfin la propreté, au sens étroit

du mot, avec les notions d'asepsie et d'antisepsie qu'il exige, nous devons être non moins médecins, et ceci dans toute l'acception du terme.

Et ce n'est pas, messieurs, aux médecins instruits que vous êtes qu'il est besoin de rappeler les rapports étroits de votre domaine avec la pathologie générale. Il est des territoires neutres en quelque sorte, résultant de rapports de contiguité de l'œil et de l'orbite avec les fosses, avec les sinus de la face et du crâne, avec les fosses cérébrales antérieures et la selle turcique, où il n'est pas trop des efforts combinés de l'ophtalmologiste, de l'oto-rhinologiste et du neurologue pour préciser le diagnostic de telle affection complexe se manifestant par des symptômes variés, tels le nystagmus,, par des troubles du labyrinthe, par des paralysies oculo-motrices. Ces rapports deviennent de plus en plus étroits à mesure que nous apprenons à les mieux connaître; aussi voyons-nous paraître de plus en plus des journaux spéciaux et se former des sociétés, groupant nos trois spécialités: neurologie, oto-rhinologie et ophtalmologie, dans un but de recherches communes. Et nous avons précisément jeté en juillet dernier à Paris, les bases préliminaires d'une société de cet ordre; sa première réunion est fixée en novembre prochain et elle aura son siège à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

Et à côté de ces territoires voisins, qui concourent à nous rapprocher, un grand nombre de questions se rapportant à la pathologie du système circulatoire, à celle du corps thyroïde, à la syphilis, au diabète, à la tuberculose, nous intéressant à bien des titres.

Pour ne parler que du diabète, est-ce à vous, messieurs, qu'il est besoin de rappeler l'importance de ces troubles visuels sur lesquels insistait déjà le grand Trousseau, de cette presbytie précoce, qui oblige les sujets à augmenter rapidement le numéro de leurs verres de lunettes et nous met souvent sur la voie d'un diabète au début jusque là méconnu. Ailleurs, c'est une cataracte diabétique qui se manifeste surtout tout d'abord par un peu de sclérose du cristallin, se traduisant alors par une myopie légère. La vision éloignée devient trouble; mais celle des objets rapprochés devient plus nette, et le sujet, jusque là presbyte, arrive à lire avec des verres de plus en plus faibles, quelquefois même sans verres du tout et se félicite de cette amélioration. Gardons-nous de partager son enthousiasme et songeons toujours en pareil cas à la possibilité d'une cataracte à son début, petit signe révélateur d'un diabète jusque là demeuré méconnu.

Ailleurs, encore, c'est une perte brusque de l'acuité visuelle de l'un des deux yeux. Le sujet devient incapable de distinguer nettement le moindre objet et l'ophtalmologie, en nous montrant en pleine région maculaire une hémorragie rétinienne de dimensions variables, nous révèle à la fois la lésion responsable du trouble visuel et souvent aussi la cause de celle, qui doit être recherchée dans un diabète plus ou moins fruste.

Et ces exemples pourraient être multipliés. Ce sera un sujet atteint d'une iritis légère ou montrant une faible dilatation de la pupille, alors qu'un examen plus approfondi fera bientôt reconnaître une insuffisance de l'aorte, un tabes à son début ou des prodromes de paralysie générale.

Voici, encore, un malade atteint de troubles dyspeptiques, de crampes d'estomac intolérables, s'accompagnant même de vomissements. On pense à l'opérer, car on ne lui trouve aucun symptôme général de tabes, mais ses pupilles ne réagissent pas à la lumière; c'est donc seulement un préataxique; il n'a pas d'ulcère d'estomac, et c'est un tabétique pour l'avenir et la réaction de Bordet-Wassermann vient confirmer ce diagnostic.

Ailleurs, il s'agit d'un enfant qui montre des vomissements répétés, incoercibles. On a parlé d'appendicite chronique, et comme il maigrit, l'opération semble s'imposer; mais l'ophtalmologie révèle l'existence d'un œdème de stase, symptomatique d'une hypertension intra-crânienne. Ce faux dyspeptique était atteint de tumeur cérébrale et seule, une crâniectomie décompressive immédiate pourra prévenir la cécité. Et n'oublions jamais en pareil cas la valeur de la crâniectomie, ou tout au moins de la ponction lombaire, pour combattre l'hypertonie cérébrale. Mais très souvent celle-ci demeure plus ou moins latente, se révélant seulement par des troubles vagues, mal déterminée, jusqu'au jour où un examen du fond de l'œil, pratiqué à tout hasard, comme moyen de recherche complémentaire, en présence d'un diagnostic encore incertain, ou quelquefois même en dehors de toute recherche générale, à l'occasion d'un choix de verres, par exemple, vient révéler l'existence d'une stase papillaire. Car celle-ci, nous ne saurions l'oublier, tout au moins au début et souvent pendant plusieurs semaines, ne se révèle par aucun symptôme appréciable. La vision demeure excellente, le sujet ne ressent aucune gêne et seul l'examen systématique du fond de l'œil montre un œdème de la papille, parfois même très accusé; car, comme il s'agit seulement de lésions d'œdème, tout au moins au début, les phénomènes

inflammatoires n'intervenant que plus tard, les fibres visuelles ne sont pas comprimées; elles demeureront longtemps normales et la vision n'est nullement modifiée. Rappelons, cependant, certains troubles caractéristiques capables de faire penser quelquefois à la possibilité d'une stase papillaire, telles les obnubilations visuelles, survenant tout à coup, dont la durée ne dépasse guère quelques minutes et pendant lesquelles le sujet voit tous les objets au travers d'un épais brouillard ou même ne voit plus rien du tout. Il me souvient d'un instituteur qui venait consulter à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, pour cette sensation de brouillards, apparaissant plusieurs fois par jour, souvent même alors qu'il était en train de faire la classe, et qui l'incommodaient très fort, ne voyant plus rien à ce moment et obligé de s'adosser au tableau pour ne pas tomber. L'examen du fond de l'œil révéla l'existence d'une stase papillaire, symptomatique d'une tumeur cérébrale jusque là méconnue.

Ces troubles visuels sont donc particulièrement intéressants puisqu'ils permettent souvent de constater une stase papillaire et par là même une tumeur cérébrale à laquelle aucun signe jusqu'ici ne permettait de penser. Ils témoignent en même temps de l'adultération de la papille et marquent le moment de l'apparition de névrite optique, la véritable papillite, entraînant très rapidement des phénomènes inflammatoires du côté du nerf optique. Au simple œdème de la papille, compatible avec une acuité visuelle normale et ne se révélant par là même par aucun trouble fonctionnel, ces sensations de brouillards passagères mises à part, va succéder là une diminution considérable de l'acuité et du champ visuels, pour aboutir à la cécité si on n'intervient pas. Car l'intervention est dès ce moment inéluctable, et seule, une crâniectomie décompressive, réduite à l'ablation d'un volet osseux dans la zone tolérante du crâne à la région temporo-pariétale, ou, à la rigueur, des ponctions lombaires répétées pourront prévenir la cécité.

Remarquons, d'ailleurs, que si la stase papillaire a une valeur diagnostique considérable et constitue un symptôme primordial d'hypertension intra-crânienne, permettant à lui seul d'affirmer l'existence d'une tumeur cérébrale, elle ne permet en rien d'en préjuger le siège. Sans doute la stase, presque toujours bilatérale en pareil cas, est d'ordinaire plus accentuée du côté de la tumeur, tout au moins au début, et il s'agit là d'éléments intéressants, qui méritent

d'être retenus, mais insuffisants à eux seuls pour localiser le siège d'une néoplasie.

Et à côté de la valeur diagnostique de l'examen ophtalmoscopique dans les tumeurs cérébrales ou dans les méningites, combien souvent, par contre, un examen oculaire soigneux permettra d'écarter la réalité de celles-ci et de porter un pronostic bénin. C'est par exemple un enfant qui souffre de maux de tête à répétition. Comme il est pâle et amaigri, du fait de sa croissance, les parents s'inquiètent. On a parlé même de méningite en évolution, et voici que l'examen de l'œil révèle un simple vice de réfraction. Le port de verres convexes aura tôt fait de faire disparaître ces soi-disant symptômes de méningite. Et combien de céphalées rebelles céderont au seul port de verres convenablement choisis, qui viendront corriger une forte hypermétropie, un astigmatisme très accusé ou une insuffisance de convergence, point de départ de ces céphalées. C'est là un fait sur lequel on ne saurait trop insister s'il convient de ne jamais oublier l'origine oculaire de nombre de maux de tête.

Et à côté de ces exemples, qui témoignent à juste titre de l'importance de l'examen de l'œil pour le diagnostic général, nous pourrions en citer d'autres où le pronostic se trouve lui-même singulièrement éclairé. Voici un malade soigné depuis longtemps pour des accès d'asthme et pour la bronchite chronique. Des médecins instruits ont reconnu qu'il s'agissait de fausse bronchite, d'un faux asthme; ce malade est en réalité un brightique. Mais l'échéance, messieurs, c'est nous qui la fixons.

Les oculistes n'avaient-ils pas remarqué les premiers combien l'apparition d'une rétinite au cours de certaines variétés de néphrites venait assombrir le pronostic général? Notre vénéré maître Panas insistait volontiers sur ces faits et montrait d'après des statistiques que la survie chez les malades atteints de néphrite, qui présentaient en même temps de la rétinite, dépassait rarement deux ans. Il me souvient entre autres d'une dame d'une cinquantaine d'années qui venait un jour nous consulter pour des troubles visuels insignifiants, chez laquelle l'ophtalmoscope permit de déceler l'existence d'une névrite optique légère, bilatérale, avec de fines hémorragies rétinienues discrètes, de très petits foyers blanchâtres de rétinite, et au niveau de la macula, cet aspect caractéristique de l'étoile maculaire qui permettait d'affirmer l'existence d'une néphrite jusque là méconnue, et de porter par là même un pronostic redoutable. L'évo-

lution de la maladie vint confirmer ce diagnostic et quelques mois plus tard, la malade était emportée par une crise d'urémie.

Ainsi, déjà à ce moment, les oculistes avaient noté la relation étroite de la rétinite avec la maladie causale, et la gravité de son apparition. Et cette impression clinique se trouve aujourd'hui en tous points confirmée par les belles recherches du professeur Widal, constatant le parallélisme constant de ces manifestations oculaires avec une augmentation de l'urée dans le sang et presque toujours aussi, M. le professeur Chauffard nous l'a appris, avec la cholestérinémie. Et nous comprenons bien à présent pourquoi cette variété de rétinite, qu'il convient mieux de définir rétinite azotémique, de préférence à la dénomination classique de rétinite albuminurique, car l'albumine en pareil cas n'est qu'un témoin, et quel témoin ! témoin infidèle et bien souvent trompeur, — nous comprenons bien pourquoi, dis-je, cette rétinite azotémique comporte un pronostic si redoutable. C'est qu'elle témoigne de l'intoxication générale de l'économie par l'urée, la rétinite apparaissant en quelque sorte comme un épiphénomène, mais épiphénomène auquel on ne saurait accorder trop d'importance, puisque sa seule apparition équivaldra bien souvent à un véritable arrêt de mort.

Est-il exagéré, après semblables constatations, de considérer cet examen de l'œil, non plus seulement comme le complément indispensable de toute recherche approfondie, mais bien comme le premier qui s'impose au clinicien.

Et ce n'est pas seulement l'ophtalmoscope qui viendra nous fournir de précieux enseignements. A côté de lésions caractéristiques, combien de troubles purement fonctionnels, troubles qui ne sont pas toujours recherchés avec tout le soin désirable, viendront apporter au médecin général des renseignements du plus haut intérêt, telles par exemple la recherche de certains scotomes ou la valeur de la faculté d'adaptation de la rétine.

Il suffit, on le sait, d'un séjour d'une dizaine de minutes dans l'obscurité pour augmenter celle-ci dans des proportions considérables. Cette recherche permettra souvent de déceler de très bonne heure des affections du tractus optique ne se révélant par aucun autre trouble fonctionnel et par aucune lésion appréciable à l'ophtalmoscope. C'est ainsi que les troubles papillaires et le signe d'Argyll-Robertson qui, de tous les symptômes oculaires, et peut-être de tous les symptômes généraux du tabes, sont les plus précoces et les plus constants, témoignent seulement, s'ils sont isolés, d'une syphilis

cérébrale antérieure. Associés, au contraire, à une diminution du pouvoir d'adaptation rétinienne, ils ont permis quelquefois le diagnostic de tabes oculaire tout à fait à son début, là où le sujet se plaignait seulement de quelques douleurs lancinantes très intermittentes et alors que l'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien n'avait donné aucun résultat positif. Un traitement par l'arséno-benzol et par le bismuth, institué aussitôt et suffisamment intensif, a pu alors enrayer l'évolution d'une atrophie optique.

Que de précieux enseignements enfin nous seront fournis par l'examen de la seule circulation rétinienne qui présente avec la circulation cérébrale des analogies multiples, revêtant comme elle le type terminal. De même que l'arrêt de la circulation cérébrale supprime aussitôt la fonction cellulaire, de même l'arrêt de la circulation rétinienne: compression du globe ou obstruction de l'artère centrale de la rétine, entraîne la perte immédiate et complète de la vision, passagère dans le premier cas, définitive dans le second.

La perfection de la technique actuelle nous permet l'examen de ces vaisseaux rétiniens avec une admirable précision, nous montrant leur trajet, leur coloration et leur état de réplétion, leurs pulsations, les reflets dont ils sont le siège, tous éléments variables avec les modifications de la circulation générale.

Les recherches de Bailliart sur la capillaroscopie rétinienne nous ont permis de mesurer, au moyen de l'ophtalmo-dynamomètre, le degré de pression dans les artères et dans les veines de la rétine comme nous le faisons pour l'artère humérale avec l'appareil de Pachon ou tout autre de même ordre. Cette pression rétinienne se montre sous la dépendance absolue de la pression générale dont elle suit toutes les variations. Bien souvent elle nous permettra de déceler une hypertension générale essentielle, ou symptomatique d'une azotémie au début. Par exemple, dans la rétinite azotémique, cette hypertension artérielle rétinienne peut précéder tous les autres symptômes oculaires; ceux-ci se traduisent seulement par l'apparition intermittente de petits points brillants qui apparaissent et disparaissent à la périphérie du champ visuel. Ces mouches volantes sont presque toujours symptomatiques alors d'une hypertension rétinienne, par là même d'une hypertension générale, et pourront être l'indice d'une artério-sclérose à son début.

Semblable hypertension rétinienne se rencontre encore dans la syphilis et aussi dans l'hypertension céphalo-rachidienne, se montrant dans les cas où la stase papillaire fait défaut ou n'est pas encore

apparue, acquérant de ce chef une valeur diagnostique considérable.

Enfin, le souci du diagnostic implique la recherche constante de méthodes nouvelles nous permettant de pousser plus loin nos investigations.

Empruntant ses instruments à l'optique, de toutes les sciences physiques la plus exacte et celle où les mesures sont les plus précises, à ce point de vue, l'ophtalmologie a largement bénéficié des progrès réalisés par celle-ci dans ces vingt dernières années. Déjà l'ophtalmoscope nous avait donné les raisons d'un très grand nombre de troubles visuels, dont la cause et le siège demeuraient jusque là ignorés, nous permettant souvent, nous venons de le voir, le diagnostic d'affections générales, telles que les tumeurs cérébrales, les néphrites, le diabète, la syphilis, quelquefois même avant l'apparition de tout autre symptôme général capable de les faire soupçonner.

Tout récemment, des variations dans le mode d'éclairage et la suppression des radiations rouges sont venues nous donner d'utiles renseignements sur l'état des vaisseaux rétiniens qui peuvent être suivis dans leurs plus fins rameaux, sur la nature de certaines hémorragies, sur le trajet des fibres rétiniennes, et enfin et surtout sur l'état de la région de la macula, dont elle nous montre la coloration jaune, invisible par les éclairages habituels. Le procédé permet ainsi de déceler de très fines altérations de cette région qui, sans lui, passeraient inaperçues.

Mais, suivant en cela l'évolution générale de la médecine, qui délaisse la cellule morte, dont l'étude exige une fixation artificielle par les réactifs de laboratoire, pour porter tout son intérêt sur la cellule vivante, voici que le microscope cornéen, avec la lampe à fente de Gullstrand, nous permet en quelque sorte de disséquer les tissus vivants et vient nous aider à surprendre leur physiologie. Par l'éclairage des parties observées en sections optiques, faisant apparaître les différentes régions du globe oculaire sous forme de tranches minces uniment éclairées, assez comparables ainsi à des coupes microscopiques, elle nous montre la plupart des affections oculaires sous un jour tout à fait nouveau, et cette méthode s'annonce riche de promesses.

Pour en citer un exemple, combien souvent ce seul examen fera reconnaître un tabes, en décelant de bonne heure cette atrophie du stroma de l'iris, si caractéristique de l'affection.

Des iritis à peine appréciables pourront être révélées par la présence, dans l'humeur aqueuse ou sur la membrane de Desmet,

de très fins dépôts cellulaires, invisibles par tout autre moyen et permettant de dépister une iritis torpide, si fréquente chez les femmes, en particulier au moment de la ménopause, et ne se traduisant par aucune douleur, demeurent longtemps inaperçues. Ailleurs, semblables dépôts, à la face postérieure de la cornée ou sur la face antérieure du cristallin, seront souvent la signature de la syphilis, car des trois membranes d'enveloppe du globe oculaire, c'est le tractus uvéal qui est le plus souvent intéressé. La plupart des malformations congénitales de l'œil doivent être rapportées à la syphilis et sur une statistique portant sur 300 enfants de l'Institut départemental des Aveugles de la Seine, dans plus d'un tiers des cas c'est la seule syphilis héréditaire qui devait être retenue comme cause de cécité.

Enfin, bien souvent, si la syphilis ne peut être incriminée directement, elle paraît capable en quelque sorte d'agir à distance, car elle vient souvent aggraver certaines affections comme la myopie ou le glaucome.

Si la myopie, en effet, semble bien le plus souvent une affection héréditaire, due à une prédisposition congénitale bien des facteurs, et, en particulier, les infections générales, ont sur son développement une influence manifeste, en favorisant l'allongement du segment postérieur de l'œil. Il nous souvient d'une fillette de 14 ans, observée à la Clinique de l'Hôtel-Dieu de Paris, chez qui une myopie considérable s'était développée à la suite d'une fièvre typhoïde prolongée.

De même le glaucome, s'il n'est pas directement déterminé par la syphilis, est bien souvent favorisé par elle. Celle-ci demeure la cause la plus fréquente des glaucomes infantile et juvénile, et pour ce qui concerne le glaucome de l'adulte, dans tous les cas où nous l'avons rencontré de bonne heure, entre 30 et 40 ans, il s'agissait toujours de sujets syphilitiques.

Enfin, messieurs, ce n'est pas à vous qu'il convient de rappeler l'importance de la kératite interstitielle, due presque toujours à la syphilis héréditaire, dont elle constitue une manifestation tardive, apparaissant de préférence entre 8 et 12 ans, mais pouvant survenir beaucoup plus tard jusqu'à 20, 30 et même 40 ans. Sans doute est-elle due à l'envahissement de la cornée par les tréponèmes, provoquant par leur présence une réaction très vive, d'où l'afflux considérable de leucocytes, qui constitue l'infiltration de la cornée et donne à la maladie son véritable caractère. Le spirochète, il est vrai, bien souvent constaté dans la cornée chez les animaux chez

lesquels on avait déterminé une kératite interstitielle, l'a été exceptionnellement chez l'homme et on ne peut affirmer qu'il agisse directement pour provoquer la kératite. Peut-être est-ce là une des raisons pour lesquelles le traitement spécifique sous ses différentes formes, mercuriel, arsénical ou bismuthé, dont l'action est si manifeste sur la plupart des lésions syphilitiques, demeure si souvent insuffisant ici, entraînant seulement dans les formes sévères une diminution très accusée des phénomènes irritatifs et réactionnels.

Quoi qu'il en soit, le point intéressant pour nous, au point de vue de la clinique générale, est la valeur étiologique de la kératite interstitielle en tant que syndrome révélateur de syphilis, et cela aussi bien à la période inflammatoire que plus tard, lorsque l'infiltration cornéenne a complètement disparu, laissant seulement de petits infiltrats qui, si minimes soient-ils, pourront toujours être décelés au moyen d'un éclairage oblique soigneux ou mieux encore avec le microscope cornéen. Bien plus, alors même que la cornée semble parfaitement éclairée, l'éclairage au moyen de la lampe à fente permettra le plus souvent de retrouver dans son épaisseur la trace de fins vaisseaux, vides de sang, mais se montrant sous l'aspect de trois petites lignes noires, qui permettront encore le diagnostic rétrospectif de syphilis héréditaire, et cela jusqu'à 10, 20, 30 ans et davantage après l'infection initiale; je les ai retrouvés chez un homme de 72 ans et ils pourront aider alors à reconnaître la nature de certaines lésions obscures dont la cause demeure indéterminée.

Et toujours dans le domaine des radiations et à côté de la lampe à fente, notre spécialité n'a-t-elle pas déjà largement bénéficié et ne bénéficiera-t-elle pas toujours davantage encore de cette admirable découverte du radium et des rayons X? En nous permettant de localiser la cause de bien des atrophies optiques dans des lésions du chiasma ou du sinus sphénoïdal, ces rayons apportent au diagnostic et au traitement un appoint considérable.

Sans doute le rétrécissement bitemporal du champ visuel, sur lequel a bien insisté la Professeur de Lapersonne, demeurera le signe le plus sûr d'une compression du chiasma, et souvent d'une acromégalie à son début. Mais, avec les progrès des lésions et lorsque l'atrophie optique se complète pour aboutir à la cécité, cet élément disparaît. La radiographie, en nous révélant alors des altérations des apophyses clinoides et de la selle turcique, nous permettra de rattacher l'atrophie optique à sa véritable cause et souvent aussi, par l'irradiation de la région hypophysaire, de la combattre et de

prévenir la cécité. Car les tumeurs de l'hypophyse, peut-être plus fréquentes qu'on ne le croit, demeurent souvent longtemps méconnues à leur début et leur ablation par la voie nasale expose à de graves dangers. L'irradiation de la région hypophysaire au contraire, par la surface externe du crâne, est d'une très grande simplicité et demeure le traitement de choix. Nous avons pu, en 1916, réunir dix observations, dont deux personnelles, de tumeurs de l'hypophyse traitées par la radiothérapie avec des résultats excellents; très vite les céphalées disparaissent, et en même temps l'acuité et le champ visuel s'améliorent. Dans une de nos observations, le malade, revu huit ans plus tard, ne présentait aucune aggravation.

Notre confrère, le Docteur Bédard, nous montrait justement il y a quelques jours à l'Hôtel-Dieu un malade atteint de tumeur de l'hypophyse, chez lequel l'irradiation de la surface externe du crâne avait donné aussi des résultats très favorables.

De même, l'origine sinusienne de nombre d'atrophies optiques est aujourd'hui à l'ordre du jour. Peut-être a-t-on exagéré sa fréquence, mais il faut néanmoins songer toujours à cette possibilité, en présence de toute atrophie optique dont la cause demeure obscure; et à côté de l'examen rhinologique, la radiographie ne sera jamais négligée; elle demeure le complément obligé de l'examen au moyen de l'ophtalmoscope. Elle pourra aussi révéler l'existence de lésions dentaires, auxquelles devront parfois être rapportées certaines atrophies optiques et des irido-choroïdites, mais dont a parfois exagéré l'importance.

Le mécanisme de l'hypertension se précise, à mesure du développement de nos connaissances anatomo-physiologiques et avec les plus passionnants de notre spécialité.

Et n'est-ce pas encore la radiographie qui, en décelant dans l'intérieur de l'œil la présence de corps étrangers et en les localisant, a permis dans ces vingt dernières années leur extraction au moyen de l'électro-aimant, réussissant ainsi à conserver un nombre considérable d'yeux et quelquefois même une assez bonne acuité visuelle ?

Enfin, dans nombre de tumeurs des paupières, de la conjonctive, de l'orbite, ou même du globe oculaire, la radio et la radiumthérapie trouvent aussi leurs indications.

J'espère avoir réussi à vous montrer, messieurs, par ces quelques exemples, l'importance pour nous, spécialistes, des notions nouvelles qui nous sont apportées par les sciences voisines.

Car il n'est pas de question d'ophtalmologie, si limitée soit-elle, qui pour être embrassée dans son ensemble, ne nécessite des connaissances étendues de médecine générale et de physiologie.

Peut-on trouver un exemple plus net que dans le glaucome, cette affection d'un intérêt si capital par sa fréquence et par sa gravité et dont la pathogénie demeure encore si mal connue, dans ce syndrome à formes multiples, à symptômes très variables par leur intensité et leur localisation, mais caractérisé avant tout par une élévation du tonus de l'œil, élévation brusque et considérable; c'est l'attaque de glaucome, toujours si dramatique, ou bien dans une augmentation progressive et de moindre degré, ce sont les formes imitatives ou chroniques, et dont la cause véritable demeure un des problèmes les acquisitions réalisées dans les autres branches de la science.

A côté de la théorie de l'hypertension intra-oculaire a succédé celle de la rétention.

Mais il est des éléments qui jouent sans doute un rôle prédominant dans la pathogénie de l'affection et dont il y a lieu de tenir compte dans la conduite du traitement dirigé contre elle.

On ne saurait oublier en effet la brusquerie de l'attaque de glaucome, qui souvent apparaît en pleine santé, sans le moindre trouble prémonitoire et sans aucun prodrome. Chez une de nos malades, l'attaque éclate brusquement à 10 heures du soir, tandis qu'elle faisait à son mari la lecture du journal, et ces cas sont légion.

Pour expliquer l'intensité de l'attaque, sa brusquerie et l'élévation considérable du tonus, Alb. Terson a incriminé l'œdème subit du corps vitré, entièrement comparable à l'œdème aigu du poumon, les altérations, ici aussi, étant caractérisées par des changements dans le poids spécifique, dans la viscosité ou dans le contenu en albumine protéine des liquides intra-oculaires, entraînant là une réaction en tous points comparables aux choses observées après injections de sérum, de protéine ou de très faibles quantités d'albumine.

Mais pour expliquer l'apparition brusque de celles-ci, il faut bien admettre l'intervention du système nerveux. N'a-t-on pas démontré récemment que des émotions vives sont capables de provoquer des réactions particulières, avec production soudaine et décharge dans le torrent circulatoire de principes provenant des glandes endocrines.

Comment ne pas être frappé des analogies entre l'attaque de glaucome et nombre de troubles somatiques étudiés dans ces dernières années, tels les réactions anaphylactiques, les chocs hémoclasiques, colloïdo-clasiques et protéiniques: même soudaineté retentissant pro-

fondément sur l'économie et entraînant une dépression très vive; même disproportion entre le faible degré de l'excitation originale et l'intensité de la réaction. Ici aussi une excitation des plus minimes, capable même de passer inaperçue, va déclencher une réaction soudaine, parfois d'une intensité extrême et dépassant de beaucoup les limites du globe oculaire, tels à côté des céphalées atroces résultant de l'hypertension brusque de l'œil, les nausées, les vomissements, parfois même la diarrhée, par extension de l'irritation aux autres branches de la dixième paire crânienne, tous symptômes d'un choc vagotonique, localisé ou ayant un point de départ dans le globe oculaire, mais s'irradiant très vite en d'autres points de l'économie.

L'attaque de glaucome, on le voit, doit donc être étudiée à la lumière des conceptions actuelles sur les colloïdes.

Peut-être faut-il aller plus loin encore et rechercher l'origine de ces troubles dans des altérations sécrétoires des glandes à sécrétion interne. Sans doute a-t-on exagéré leur importance, mais n'est-il pas curieux de voir le glaucome se montrer seulement aux environs de l'âge mûr, et souvent chez la femme, au moment de la ménopause? Et l'on sait combien les périodes menstruelles, la grossesse, la lactation ou la ménopause semblent influencer de préférence l'ensemble des sécrétions endocriniennes.

Et à côté du glaucome, combien d'autres maladies oculaires dont la cause doit, sans nul doute, être rapportée à un trouble de nutrition générale? Il faudrait plusieurs volumes pour épuiser les seules relations de l'ophtalmologie avec la neurologie, la syphilis, le diabète, les affections de la peau et, d'une manière générale, avec toutes les autres maladies de l'économie. Il n'est pas de région du globe oculaire, si limitée soit-elle, dont l'adultération ne permette de soupçonner souvent une infection générale dont elle ne sera qu'une manifestation.

Et ce serait le lieu d'envisager ici les réactions humorales du globe oculaire au cours des différentes infections ou intoxications. L'observation démontre que lors de la sensibilisation de toute l'économie par des toxines, les tissus de l'œil sont également sensibilisés et inversement si l'injection est faite dans le globe, il y a aussi, mais à un moindre degré, sensibilisation générale, preuve que les tissus de l'économie réagissent à des protéines étrangères absorbées par l'œil.

On peut donc observer sur celui-ci, comme sur toute autre région du corps, des réactions inflammatoires, d'ordre purement anaphylactique, réactions qui pourront se manifester sur la conjonctive, sur

les paupières, sur la cornée, sur l'ensemble de la choroïde, voire même sur le cristallin.

Ce n'est pas à vous, messieurs, qu'il est besoin de rappeler que dans cette entité morbide, comme dans le nom de fièvre ou de rhume des foins, la participation de la conjonctive est de règle. Et l'examen bactériologique demeure toujours négatif, car la conjonctivite, comme les autres symptômes de l'affection, est le résultat d'une hypersensibilité, congénitale ou acquise, au pollen de certaines plantes ou à l'épithélium de quelques insectes, en un mot d'une véritable anaphylaxie.

Et sans doute, bien d'autres réactions oculaires ont-elles une origine semblable, témoin la conjonctivite et la kérato-conjonctivite polynucléaire, souvent en relation avec une infection tuberculeuse et due alors à une hypersensibilité, à la tuberculine, à la faveur d'une sensibilisation spéciale des tissus du globe oculaire. De même bien des conjonctivites folliculaires, des érythèmes avec œdème palpébral, certaines infiltrations interstitielles de la cornée, nombre d'iritis ou d'irido-choroïdites peuvent être déterminés par la localisation de produits spécifiques venus d'un foyer quelconque de l'économie et déterminant au niveau de l'œil des réactions variables.

Il serait facile de multiplier les exemples, mais je ne veux pas abuser, messieurs, de l'attention que vous avez bien voulu me prêter.

Laissez-moi, en terminant, vous exprimer à nouveau toute ma gratitude de m'avoir invité à vous entretenir aujourd'hui.

C'est une faveur réservée à peu de Français et je l'apprécie, pour ma part, d'autant plus vivement. En venant s'ajouter à toutes les marques d'amitié si touchantes qu'il m'a été donné de recueillir à l'occasion de ma visite au Canada, elle sera pour moi un souvenir très précieux. Je vous en demeure profondément reconnaissant; aussi, m'inspirant de votre devise si belle, si émouvante et si vraie, en vous demandant la permission de parler comme un véritable citoyen de Québec, je puis vous assurer que moi aussi: "je me souviendrai".

DOSAGE DE PETITES QUANTITÉS D'ALCOOL ETHYLIQUE

Par

WILFRID DEROME,
*Médecin-légiste,
Professeur de médecine légale et
de toxicologie à l'Université
de Montréal*

FRANCHERE PEPIN,
*Bachelier en pharmacie,
Université de Montréal,
Chimiste et technicien.*

*Laboratoire de Médecine légale et de Police technique,
Montréal, P. Q.*

Le principe de ce dosage repose sur la réaction bien connue de l'oxydation de corps organiques tels que l'alcool éthylique, l'alcool méthylique, l'éther, la glycérine, etc., par le bichromate de potasse en milieu sulfurique.

Mais c'est au Dr Maurice Nicloux que nous sommes redevables d'avoir, le premier, indiqué (Thèse de Paris, 1900) la quantité exacte de bichromate de potasse — 19 grammes au litre — permettant un dosage précis de l'alcool en dilution aussi faible que celle de 0.1 gramme à 2 grammes pour 1000.

Au cours d'opérations sur l'alcool éthylique, M. Nicloux avait remarqué une différence notable dans la coloration des tubes à essai contenant de l'alcool à diverses dilutions, oxydé par le mélange chromique. Reprenant ses opérations, il vint à la conclusion, après plusieurs essais, que l'alcool éthylique en solution très diluée pouvait être dosé grâce au changement de coloration marquant la fin de la réaction du bichromate sur la substance oxydable. Ses recherches subséquentes et celles de multiples autres expérimentateurs dans divers pays n'ont fait que confirmer les résultats acquis.

Nous nous sommes inspirés des travaux de ces auteurs (voir Bibliographie à la fin de cet article) et nous avons adopté, au laboratoire de Médecine légale et de Police Technique de Montréal, la technique suivante pour le dosage de l'alcool dans les viscères, notamment dans le sang et dans l'urine.

On prépare d'abord une solution de bichromate de potasse cristallisé, à 19 grammes pour un litre d'eau distillée, solution dont chaque c.c. est susceptible d'oxyder complètement 5 c.c. de la solution alcoolique au millième; on prépare ensuite une solution alcoolique

contenant exactement 1 c.c. d'alcool absolu pour 1000. Cette dernière solution sert de contrôle à la première, en procédant comme suit :

On place dans un tube à essai 5 c.c. de la solution alcoolique au 1000ième, puis à l'aide d'une burette graduée au 1/10 c.c., on y laisse tomber de 0.1 à 0.2 c.c. de la solution de bichromate, enfin on ajoute, en une seule fois, 5 c.c. d'acide sulfurique concentré. La température du mélange s'élève fortement et une légère coloration bleu-verdâtre apparaît, due au sulfate chromique. On continue d'ajouter goutte à goutte la solution de bichromate de potasse, en portant de temps en temps le tube à réaction dans la flamme d'un brûleur afin de maintenir chaud le mélange, jusqu'à ce que la coloration passe du bleu verdâtre au jaune verdâtre, ce qui marque la fin de la réaction.

Si on a procédé avec soin, on a dû employer 1 c.c. de la solution de bichromate pour obtenir le changement de couleur désiré, c'est-à-dire pour oxyder totalement l'alcool contenu dans les 5 c.c. de la solution au millième employée. Or, si on représente par n le nombre de c.c. employé de la solution de bichromate et par v le volume de la solution alcoolique au millième utilisé, on obtient la formule suivante: $\frac{nxv}{1000}$

Pour opérer avec précision et surtout pour percevoir exactement le moment où a lieu le changement de coloration, il faut un peu de pratique. Comme moyen de contrôle, nous recommandons l'opération suivante: On prend trois tubes à essai; on dépose dans chacun, 5 c.c. de la solution alcoolique; puis suivant la technique que nous venons de décrire, on laisse tomber dans un premier tube une quantité suffisante de la solution de bichromate pour obtenir nettement le virage au jaune verdâtre et on note le nombre de c.c. employé, soit 1.2 c.c. Dans le second tube, on laisse tomber suffisamment de la solution de bichromate pour obtenir la teinte franchement bleu-verdâtre, soit 0.0 c.c. Dans le troisième tube, on laisse tomber, en une seule fois, la même quantité de solution de bichromate que celle employée dans le second tube, puis on continue l'addition goutte par goutte jusqu'à obtention de la teinte jaune verdâtre, laquelle doit nécessairement survenir entre 0.9 c.c. et 1.2 c.c. On a ainsi deux étalons colorés pour comparaison ultérieure.

Application au dosage dans le sang ou l'urine

Dans un petit ballon, on verse 10 c.c. de sang ou d'urine, puis on ajoute 10 c.c. d'une solution aqueuse saturée d'acide picrique.

On distille ce mélange lentement et en totalité dans un courant de vapeurs d'eau. Le distillat doit être clair. On en recueille de 30 à 40 c.c. mesuré exactement. On en prend trois quantités de 5 c.c. que l'on place dans trois tubes à essai et l'on procède au titrage comme il a été dit ci-dessus.

Le calcul d'après la formule suivante: $\frac{N \times V}{1000} \times 100$, donne la quantité d'alcool absolu au litre. N représentant le nombre de c.c. employé de la solution de bichromate, V représentant le volume du distillat ayant opéré sur 10 c.c. du liquide organique, on multiplie par 100 pour rapporter au litre.

Lorsque le titre de la solution alcoolique provenant du distillat est supérieur à 2 pour 1000 — ce dont on se rendra compte par le fait que le virage au jaune verdâtre n'est obtenu que grâce à une quantité de solution de bichromate supérieure à 2 c.c. — on doit diluer cette solution de façon à la rendre égale ou inférieure à 2 pour 1000. Lorsqu'au contraire le titre de la solution alcoolique du distillat est inférieur à 1 pour 1000, il faut diluer de moitié la solution de bichromate. Et dans ce dernier cas la formule du calcul devient $\frac{N \times V}{2000} \times 100$.

Expérimentant sur les animaux, Gréhat et Nicloux ont montré que la quantité d'alcool absolu dans un litre ou kilogramme de sang représente exactement la quantité d'alcool ingéré par kilogramme du poids du corps. Ils ont indiqué le résultat de leurs recherches dans le tableau suivant dont les données ont été confirmées chez l'homme par Schweisheimer.

1 c.c. d'alcool absolu ingéré par kilo	=	1 c.c. d'alcool absolu par	1000 c.c. de sang
2 c.c.	—	2 c.c.	1000 c.c. de sang
3 c.c.	—	3 c.c.	1000 c.c. de sang
4 c.c.	—	4 c.c.	1000 c.c. de sang
5 c.c.	—	5 c.c.	1000 c.c. de sang
6 c.c.	—	6 c.c.	1000 c.c. de sang

ivresse légère

7 c.c. d'alcool absolu ingéré par kilo	=	7 c.c. d'alcool absolu par	1000 c.c. de sang
8 c.c.	—	8 c.c.	1000 c.c. de sang
9 c.c.	—	9 c.c.	1000 c.c. de sang
10 c.c.	—	10 c.c.	1000 c.c. de sang

ivresse profonde (anesthésie)

Ce tableau démontre que l'alcool diffuse de l'estomac dans les humeurs et dans les organes (sang, urine, cerveau, foie, etc.) jusqu'à

aboutir à une répartition à peu près homogène. Si bien qu'en multipliant la teneur en alcool d'un kilogramme de sang ou d'urine par le poids du corps, on obtient un chiffre d'alcool absolu égal ou légèrement inférieur à celui qui correspond à la quantité ingérée dans les heures qui ont précédé la mort.

Des expériences faites par Nicloux et Placet en 1913, par Schumm et Fleiscman, en 1913, enfin par Balthasard et Marcelle Lambert en 1921, ont montré que quelle que soit la quantité d'alcool absorbée, il n'en reste plus, en cas de survie, la moindre trace dans les humeurs ou dans les organes après vingt-quatre heures. Balthasard et Larue notamment ont montré que la courbe d'augmentation a lieu pendant les deux premières heures, qu'elle est suivie d'une période d'état puis d'une diminution graduelle jusqu'à 20 ou 24 heures. De sorte que c'est entre 2 et 3, même jusqu'à 5 heures après l'ingestion que l'on trouvera le maximum d'alcool.

Il était rationnel de se demander si, après la mort, l'alcool ne pouvait pas disparaître, au moins en partie, des humeurs, soit par évaporation, soit sous l'influence de quelques agents oxydants. Or, Balthasard et son élève Larue ont, en 1920, poursuivi des expériences démontrant qu'aucune diminution dans la teneur en alcool ne se faisait après la mort dans le sang inclus dans les vaisseaux, ni dans l'urine restée dans la vessie, qu'aucune oxydase ou alcoolase (analogue au ferment glycolytique) intervenait même à l'époque de la putréfaction. On peut donc doser l'alcool contenu dans le sang et dans l'urine d'un cadavre plusieurs jours après la mort. Toutefois, lorsque la putréfaction est avancée (période gazeuse), il se forme à cause d'elle, un certain nombre de composés organiques qui sont oxydables comme l'alcool par le bichromate de potasse, de sorte qu'il s'en suit une cause d'erreur manifeste et parfois considérable. Il est vrai que l'on peut faire disparaître un grand nombre de ces composés organiques oxydables par une double distillation successive: la première, avec l'acide picrique (comme il a été dit) qui fixe les composés à fonction amine; la seconde, avec le carbonate de soude qui fixe les composés à fonction amide.

Existe-t-il normalement de l'alcool dans l'organisme? Oui, il s'en forme aux dépens des graisses ou des protéides; il est surtout décelable pendant la période de digestion et sa teneur dans le sang est en moyenne de 0.01 c.c. pour 1000, sans jamais dépasser 0.04 c.c.

Se forme-t-il de l'alcool dans le cadavre sous l'influence de la putréfaction avancée? Oui, dit Maignon, par hydrolyse post-

mortem des tissus, il se forme de l'alcool dans une proportion égale à 0.125 par kilogramme de muscle, soit trois fois environ la quantité d'alcool normal.

Il suffira de rappeler que la méthode de Nicloux n'est nullement qualitative mais quantitative seulement. Le bichromate de potasse, en effet, oxyde nombre d'autres corps, notamment l'éther, le chloroforme, la glycérine, la paraldéhyde, etc., sans compter les médicaments, tels l'aspirine, les salicylates, etc., qui, en présence de l'acide picrique, donnent de faibles quantités de produits oxydables dont il ne faut pas tenir compte dans la pratique.

Quant à ce qui a trait à la sensibilité de la méthode de dosage de l'alcool par le bichromate de potasse, telle qu'inspirée des travaux de Nicloux et des autres, il semble que l'erreur maxima ne puisse guère dépasser 0.1 à 0.2 pour 1000, lorsque l'alcool est à l'état de pureté dans la solution. Mais quand il s'agit du dosage d'alcool extrait du sang ou des humeurs, l'erreur possible est plus grande à cause: 1° de la présence d'alcool normal, 2° de la formation d'alcool sous l'influence des phénomènes putréfactifs, 3° de minimes quantités de substances oxydables autres que l'alcool. Mais, dit Balthazard, l'ensemble de ces causes ne paraît atteindre, en aucun cas, le chiffre de 0.5 pour 1000 qu'il admet comme maximum d'erreur.

Quant à nous qui avons utilisé couramment cette méthode depuis plus de trois ans au Laboratoire de Médecine légale et de Police technique de Montréal, nous pouvons déclarer, grâce à une expérience portant sur une centaine de cas, que les conclusions que nous avons tirées dans chacun d'eux, ne sont jamais venues en contradiction avec la preuve testimoniale.

Nous ajouterons que le dosage de l'alcool éthylique dans les viscères est d'une grande importance tant devant les tribunaux civils que devant les tribunaux criminels. Qu'il s'agisse, en effet, d'une mort survenue à la suite d'un accident banal de la rue, d'un accident mortel survenu au cours et par le fait du travail, entraînant par conséquent, automatiquement la responsabilité du patron, enfin de blessures mortelles au cours d'une rixe quelconque, le magistrat a le droit et même le devoir de s'enquérir si la victime était, oui ou non, à ce moment précis, sous l'influence stupéfiante de l'alcool et dans quelle mesure. Et la méthode de dosage préconisée par Nicloux permet au médecin légiste de répondre à cette question avec une certitude suffisante.

BIBLIOGRAPHIE

- 1° Comptes-rendus de la Société de Biologie, 101^{ème} série, t. III, p. 841, 25 juillet 1896, par Maurice Nicloux.
- 2° Thèse de Paris, 1900, par Nicloux, Bibliothèque de l'Université de Montréal, vol. 4, No 523.
- 3° Journal de phy. et de patho. générale, sept. 1912, par Nicloux et Placet.
- 4° Deut. Arch. Klin. Med., 1913, page 270, par Schweisheimer.
- 5° Deut. Zeitsch. für Nervenheilkunde, 1913, par Schumm et Fleischmann.
- 6° Ricera dell alcool etílico nel cadavere, 1913, par Carrara (Premier Congrès de médecine légale, Gênes).
- 7° Société de Biologie, 21 février 1920, par Balthasard et Lambert.
- 8° Annales de Médecine Légale, 1921, Nos 1 et 2, par Balthasard et Lambert.
- 9° Annales de Médecine Légale, No 6, déc. 1921, page 291, par Balthasard et Larue.
- 10° Annales de Médecine Légale, 1922, No 1, par Pr. Florence, Lyon.

LES PETITES PERFORATIONS DE LA CLOISON NASALE ET MA METHODE DE TRAITEMENT (1)

Par le Dr J. N. ROY,

*Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame,
Lauréat de l'Académie de Médecine de France.*

Le 10 février 1922, j'ai eu l'occasion d'opérer une jeune fille pour une perforation idiopathique de la cloison nasale en me servant d'une méthode nouvelle. Le mois suivant cette patiente fut présentée guérie, à la Société Médicale de Montréal. Je fis ensuite une communication dans laquelle j'exposai mon procédé, comparé aux autres méthodes, en donnant le résultat que j'avais obtenu dans ce cas, et j'envoyai mon travail au "Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie", tenu à Paris en juillet 1922. Plus tard ce travail fut publié en entier, en français et en anglais, dans six revues médicales, bulletin et mémoires différents. Presque toutes ces publications furent imprimées durant la première moitié de l'année 1923, comme il peut être constaté dans la bibliographie, à la fin de cet article.

J'ai été très surpris de lire dans "The Laryngoscope" de St. Louis, Mo., sept. 1923, un article du Dr J. D. Lewis intitulé: "A new plastic procedure for the closure of perforations of the nasal septum". (Un nouveau procédé plastique pour la fermeture des perforations de la cloison nasale). Ce travail fut présenté à l'Académie d'ophtalmologie et d'oto-laryngologie du Minnesota en novembre 1922, sans qu'il fût mentionné si l'auteur avait déjà pratiqué cette opération sur un patient. Aucune mention n'a été faite de mon travail quoiqu'il fut publié dans les "Archives Internationales de Laryngologie, Otologie, Rhinologie et Broncho-(Esophagoscopie)", en février 1923, et dans les "Annals of Otology, Rhinology and Laryngology", de St. Louis, Mo., en juin 1923, c'est-à-dire sept mois et trois mois respectivement, avant que son propre travail fût imprimé dans "The Laryngoscope".

(1) Ce travail, écrit d'abord en anglais, et rigoureusement traduit en français, a été refusé le 17 mars 1925, par l'assistant éditeur, et le 25 mars 1925, par l'éditeur du: "The Laryngoscope", de St. Louis, Mo. Nous laissons à nos lecteurs le soin d'apprécier à sa juste valeur la mentalité scientifique des éditeurs de ce journal, et la pseudo-protection qu'ils ont essayé d'accorder à leur confrère américain. Je dois dire toutefois que les "Archives of Otolaryngology" de Chicago, l'ont publié en août dernier.

En réalité, il n'y a qu'une toute petite différence entre ma méthode et celle décrite par notre confrère, et le principe de ces deux procédés est absolument identique dans les deux cas. Les modifications apportées par le Dr Lewis ne sont pas susceptibles de donner plus de chance de succès, et sa technique n'est pas aussi facile que la mienne. Afin de permettre la comparaison, je vais répéter textuellement ce que j'ai déjà écrit dans les "Annals of Otology etc." page 555, 556 et 557, — et dans les "Archives Internationales de Laryngologie etc." page 194, 195 et 196.

"Pour la description de cette méthode, nous supposons que l'opéré est assis, et que sa tête est renversée en arrière. Dans le cas où la perforation est suffisamment basse pour qu'il soit possible de prendre un lambeau approprié à la partie supérieure de la narine, il faut, après application d'une forte solution de cocaïne, et injection sous-muqueuse de novocaïne-adréraline, faire parallèlement à l'arête dorsale du nez, une incision dont la longueur varie entre 2 et 3 centimètres. Cette incision doit toucher le bord supérieur de la perforation, et se terminer près de l'ouverture de la narine. Une seconde incision rectiligne est pratiquée, partant de la limite postérieure de la première, dans la direction antérieure du plancher des fosses nasales, et se trouvant à passer à 5 millimètres du bord inférieur de la perte de substance du cartilage. L'ouverture de la narine est à son tour sectionnée, près de l'union de la muqueuse et de la peau, et cette section, qui commence sur la partie antérieure du plancher nasal, se termine sur un même plan à l'extrémité du vestibule. Toute la muqueuse qui siège en arrière de la perforation est enlevée, et celle qui se trouve en avant est décollée et retournée de telle sorte qu'elle puisse boucher l'ouverture de la cloison. En faisant cette manœuvre, il faut avoir soin de conserver à cette partie de muqueuse une adhérence au bord de la perforation de manière à lui laisser la meilleure nutrition possible. En dernier lieu, une incision de 3 centimètres environ est pratiquée à la limite supérieure de la narine et parallèle au dos du nez, se terminant au vestibule. Ce lambeau pédiculé, qui doit être aussi large que les circonstances le permettent, est décollé très soigneusement et abaissé pour que sa partie médiane soit vis-à-vis de la perforation. Sa face cruentée est donc en contact avec le morceau antérieur de muqueuse retournée, — qui par le fait même est aussi cruentée — servant à combler la perte de substance du cartilage, et se trouvant ainsi à offrir les meilleures conditions de vitalité qu'il soit possible de désirer.

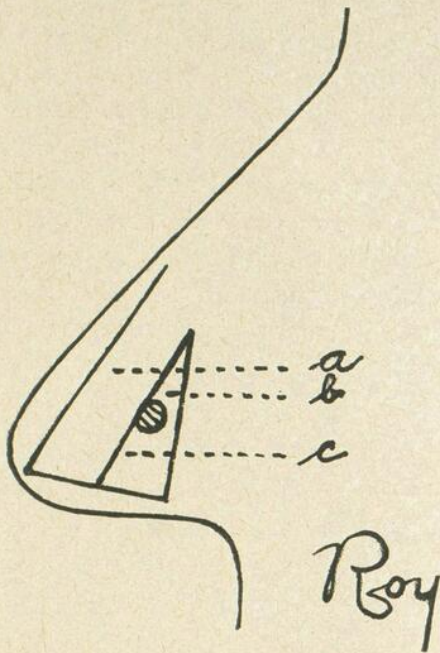


Fig. 1.

- a.—Lambeau à pédicule.
 b.—Muqueuse enlevée.
 c.—Muqueuse partiellement détachée et retournée pour obstruer la perforation.

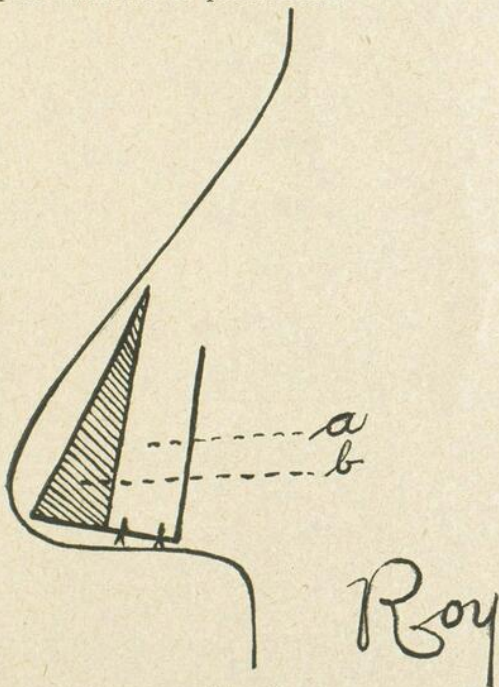


Fig. 2.

- a.—Lambeau abaissé pour recouvrir la perforation.
 b.—Surface dénudée.

ce morceau de muqueuse est un peu trop volumineux pour fermer la perforation, il faut, d'après les circonstances, en enlever une partie.

Avec toutes ces explications, il sera très facile de comparer ma méthode avec celle décrite par le Dr Lewis, dans "The Laryngoscope", de sept. 1923. Je conclus donc en disant que le but de cette communication est de régler une question de priorité en rapport avec la description d'un nouveau procédé pour le traitement des petites perforations de la cloison nasale.

Afin de permettre la comparaison entre ma méthode, et ce qui a été publié par le Dr Lewis, j'ajouterai à ma traduction française un dessin, avec explications, de la seconde figure illustrant son travail.

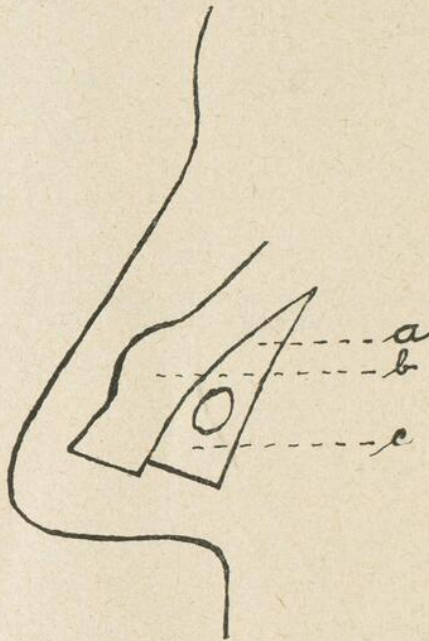


Illustration du Dr Lewis.

- a.—Muqueuse enlevée.
 b.—Lambeau abaissé pour recouvrir la perforation.
 c.—Muqueuse enlevée.

BIBLIOGRAPHIE

- J. N. Roy.—Perforation idiopathique de la cloison nasale. Autoplastie avec lambeau pédiculé de la muqueuse. Guérison. *Bulletins et Mémoires de la Société française d'oto-rhino-laryngologie, Congrès de 1922.*
- Perforation idiopathique etc. *Rapport de L'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord, Congrès de 1922.*

- Perforation idiopathique etc. *Archives Internationales de Laryngologie, Otologie, Rhinologie et Broncho-Oesophagoscopie*, Paris, fév. 1923.
- Perforation idiopathique etc. *L'Union Médicale du Canada*, Montréal, fév. 1923.
- Perforation idiopathique etc. *Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, Bordeaux, 15 août 1923.
- Idiopathic perforation of the nasal septum. Autoplasty with a pedunculated flap of mucous membrane. Cure. *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology*. St. Louis, Mo., juin 1923.

J. B. VAN NIEUWENHUYSE.—Les petites perforations de la cloison nasale et leur traitement par autoplastie. *Bulletins et Mémoires de la Société française d'oto-rhino-laryngologie. Congrès de 1924*.

RAPPORT DES ACTIVITÉS DE LA DIVISION DES MALADIES VÉNÉRIENNES DU SERVICE PROVINCIAL D'HYGIÈNE DE LA PRO- VINCE DE QUEBEC

ANNEE 1924

Déclaration des cas

Cas de Syphilis rapportés par les médecins	2587
Cas de Blennorrhagie rapportés par les médecins	2525
Cas de Chancre mou rapportés par les médecins	88
Total	5200

Depuis le début de la lutte contre les maladies vénériennes, 21,484 cas d'infections vénériennes ont été rapportés à nos bureaux.

Statistiques

Sexe: hommes 75%, femmes 25%. *Nationalité*: canadienne 84%, étrangère 16%. *Etat*: célibataire 67%, mariés 30%, veufs 3%. *Age*: de 0 à 15 ans 3%, de 16 à 20 ans 19%, de 21 à 25 ans 31%, de 26 à 36 ans 21%, de 31 à 40 ans 17%, de 41 ans etc. 9%. *Sources de la maladie*: prostitution commercialisée 37%, prostitution clandestine 43%; en mariage: du mari 6%, de l'épouse 1%; congénitale, inconnue et accidentelle 13%. Maladies contractées sous l'influence de l'alcool 16%. Malades sans emploi 39%.

Les médecins ne sont pas tenus par la loi à déclarer leurs cas de maladie vénérienne. Nous avons adopté un système par lequel les déclarations ne comportent pas de noms, mais seulement des numéros. Nous sommes convaincus que le nombre de ces déclarations est loin de correspondre au total des infections. Nous pourrions donc, sans exagération, multiplier par 20 le total des infections vénériennes rapportées à nos bureaux depuis le début de la campagne, soit 21,484, et avoir ainsi un chiffre plus exact, soit environ 429,680.

Dans tous les pays du monde la déclaration de maladies vénériennes est peu satisfaisante et cette lacune existe ici comme ailleurs. Il nous est donc difficile d'établir une statistique exacte sur le nombre des infectés et de déterminer les endroits où prédominent les infections vénériennes. Monsieur le docteur Carrière, directeur du Service

	Nouveaux patients	Traitements	Injections
Hôpital Notre-Dame, Montréal	789	10562	4793
Hôpital Général, Montréal	2095	25071	12378
Hôpital St-Luc, Montréal	1750	24919	17649
Hôtel-Dieu, Montréal	945	6557	2303
Royal Victoria Hospital, Montréal	560	4920	3957
Hôpital Western, Montréal	225	1659	601
Hôpital Chinois, Montréal	518	4804	765
Institut Bruchési, Montréal			121
Crèche des Soeurs Grises, Montréal	101	3018	1435
La Maternité, Montréal	96	581	288
Hôpital St-Joseph, Trois-Rivières	201	2024	1065
Hôpital St-Vincent de Paul, Sherbrooke	131	1898	1706
Hôpital du Sacré-Coeur, Hull	138	1803	1331
Hôpital St-Joseph, La Tuque	73	796	122
Hôtel-Dieu St-Valier, Chicoutimi	23	90	35
Ecoles de Réforme — Prisons:			
Maison de Lorette, Laval des Rapides	45	848	476
Prison de Bordeaux	116	399	159
Prison de Québec	90	207	179
Prison des femmes, Montréal	211	5461	1241
Pénitencier St-Vincent de Paul	71	666	595
	8809	105401	53585

Les quelques renseignements suivants sur l'organisation et le fonctionnement des centres de traitement sont pour l'information du public et de la profession médicale.

Les médecins faisant du service dans les dispensaires sont choisis par les Facultés de Médecine ou par les bureaux médicaux des corporations hospitalières. La Division des maladies vénériennes ne paie pas de salaires aux médecins des dispensaires. Un montant est attribué à certains centres de traitement (les plus achalandés) pour frais généraux.

Le *contrôle des admissions* est laissé aux corporations hospitalières, tout comme pour les autres dispensaires: médecine, chirurgie, etc., etc.

Dans presque tous les hôpitaux, au dispensaire antivénérien comme aux autres dispensaires, l'autorité hospitalière demande aux malades de contribuer à défrayer, selon leurs ressources pécuniaires, le coût des médicaments, etc. Un certain nombre de malades se rendront à cette demande, mais ceux qui ne peuvent le faire sont traités gratuitement. Les montants perçus sont versés à la caisse de

l'hôpital et ne sont appliqués qu'au maintien du dispensaire antivénérien.

Il serait impossible à la Division des maladies vénériennes de contrôler l'admission des malades dans les différents centres de traitement. Nous avons cru que les corporations hospitalières étaient toutes désignées pour surveiller ce contrôle, ainsi qu'elles le font d'ailleurs pour tous les autres dispensaires. Bien entendu, tous ces centres de traitement sont avertis que lorsque des malades sont absolument indigents et ne peuvent donner la rétribution demandée, ces derniers doivent quand même recevoir un traitement gratuit aussi longtemps que cela est nécessaire.

Le traitement antivénérien est donné dans toutes les prisons de la Province. Les médecins sont nommés par l'Honorable Procureur Général et relèvent de son département. Cependant, nous recevons des principales prisons un rapport mensuel sur le nombre de traitements donnés et de malades traités.

Les hôpitaux d'aliénés, les dispensaires et sanatoria tuberculeux, les crèches, les écoles de réforme, etc., reçoivent gratuitement les médicaments pour le traitement des infections vénériennes.

Nous espérons avoir pour l'année 1925 des rapports précis de toutes les institutions où le traitement antivénérien est institué.

Laboratoires

Laboratoires	2		
Médecins sérologistes et bactériologistes	7		
Techniciennes	4		
Aides	3		
	Total	Positifs	Négatifs
Réactions Bordet-Wassermann:			
Du sang	18150	5039	13111
Du liquide céphalo-rachidien	221	89	132
Examens microscopiques:			
Pour la recherche du gonocoque	10864	1507	9357
Pour la recherche du spirochète de la syphilis	48	7	41
Examens chimiques et cytologiques	170		
Total des analyses	29453		

La très grande augmentation des travaux de laboratoire est à noter. Le total des examens des trois années précédentes, 1921, 1922

et 1923, se chiffre à 44,792, celui de l'année 1924 est de 29,453. Ces chiffres indiquent que les corporations hospitalières et les médecins se prévalent des avantages que leur offre la Division des maladies vénériennes en leur facilitant, par ses laboratoires, un diagnostic précis et en leur aidant à diriger un traitement scientifique. 8677 demandes d'examen du sang ont été reçues à notre Laboratoire de Montréal de la part des médecins du district de Montréal.

La Division des maladies vénériennes a offert à tous les hôpitaux de faire faire une réaction Bordet-Wassermann pour tous les malades: privés, publics et de dispensaires, comme étant le moyen le plus sûr de dépister des infections insoupçonnées. Certains hôpitaux ont répondu à cette offre et, quoiqu'il soit impossible, aujourd'hui, d'établir une statistique exacte, les chiffres suivants donnent cependant des renseignements d'une grande valeur:

	Total des réactions B.-W.	Réactions positives	Pourcentage
Hôpitaux généraux	5205	1267	24.14%
Maternités	221	7	3.16%
Hôpitaux pour enfants	849	40	4.70%
Sanatoria tuberculeux	245	25	10.20%
Hôpitaux pour aveugles	415	127	30.60%
Hôpitaux d'aliénés	828	142	7.14%
Ecoles de réforme (filles)	76	13	7.10%

Education

Comme par le passé la campagne d'éducation a été poursuivie activement. Des conférences ont été données et des brochures d'éducation populaire et d'education scientifique distribuées à profusion dans le but de continuer à mettre en pratique notre programme d'*Education*, de *Prévention* et de *Guérison*.

Tout en faisant notre campagne d'éducation, nous nous sommes appliqués à rester dans les limites scientifiques. Le public en général a compris l'importance d'un diagnostic précis et d'un traitement conforme à la science. Un certain nombre de praticiens en ont peut-être été affectés dans leur clientèle parce que les infectés, une fois au fait, ont réalisé la gravité des infections vénériennes et la grande importance d'un diagnostic précis et d'un traitement approprié et ils se sont présentés chez les médecins censés être les plus qualifiés pour traiter ces maladies.

GLORIFICATION DU TRAVAIL



Le tableau représente Montréal sous les traits d'une femme offrant une attestation de mérite et un gage de prospérité à tous les citoyens qui, par une vie laborieuse et économe, contribuent à son progrès matériel et moral.

Remarquez le journalier qui ne refuse à aucune tâche le service de ses muscles; la veuve qui, pour subvenir à la vie de ses enfants, est obligée d'entreprendre un pénible labeur. Viennent ensuite le cultivateur, la fermière, le forgeron, le conducteur de tramway, le facteur, l'opératrice de téléphone, l'employé de chemin de fer, l'aide briquetier, le boulanger, l'homme de science, le médecin, l'éducateur, le pompier, l'homme de police, le charpentier, l'électricien, l'artiste et autres.

La Banque d'Epargne de la Cité et du District de Montréal, témoin ému du grand nombre de travailleurs économes dans notre belle et grande Cité, désire rendre témoignage à l'amour du travail et à l'esprit d'économie qui règne parmi nos concitoyens et leur offrir l'expression de sa plus sincère admiration.

Montréal, le 7 septembre 1925.

A. P. LESPERANCE, *Gérant-Général.*

pays, présents à cet Echange, furent d'opinion unanime que la suppression de la prostitution était impossible, mais qu'il fallait employer tous les moyens pour réprimer la diffusion des maladies vénériennes en supprimant la prostitution commercialisée, la tolérance, la réglementation, etc., et que les moyens reconnus les plus efficaces étaient l'enseignement de l'hygiène et la coopération effective de ceux qui ont pour mission l'application des lois en vigueur.

Les résultats obtenus jusqu'à date sont dus au fait que nous avons été secondés par la population entière de la province.

L'éducation populaire par conférences, brochures, etc., dans les milieux paroissiaux nous a été facilitée par l'appui des membres du clergé qui se sont fait un devoir de convoquer leurs paroissiens à des conférences qu'eux-mêmes présidaient. Nous tenons à signaler que cette initiative de tout notre clergé a été remarquée et admirée dans le monde entier. Il est facile de comprendre qu'appuyés ainsi par ceux qui ont charge d'enseigner la morale, notre travail nous a été rendu plus facile et plus effectif.

Nous sommes redevables à la plupart de nos quotidiens qui depuis le début de la campagne antivénérienne se sont appliqués à vulgariser notre enseignement populaire et nous en profitons pour remercier la presse de son précieux concours.

Nous remercions les corps hospitaliers de nous avoir facilité l'installation de centres de traitement et messieurs les médecins de service et du dévouement dont ils ont fait preuve en mettant leur science au bénéfice de cette classe de malades.

Secondés par le Gouvernement fédéral et le Gouvernement provincial, et en particulier par l'Honorable Athanase David, secrétaire de la Province, par M. C.-J. Simard, sous-secrétaire de la Province, par le Docteur Lessard, directeur du Service Provincial d'Hygiène, la mise en action de notre programme d'*Education*, de *Prévention* et de *Guérison* a pu donner les résultats précités.

La Division des Maladies Vénériennes,

A. H. DESLOGES, Directeur,
J. A. RANGER, Assistant-Directeur.

————— o —————

COMPLICATIONS DES OPÉRATIONS POUR GOÎTRE SIMPLE

Par AIME-PAUL HEINECK, M.D.

*Chirurgien des Hôpitaux: Frances Willard, St. Paul, Lakeside
et Washington Park, Chicago.*

Pendant et après les opérations pour goître simple, il peut se produire un certain nombre de complications dont nous nous proposons d'étudier rapidement les causes, la prophylaxie et le traitement. Nous ne nous occupons pas ici des goîtres compliqués d'hyperthyroïdisme, primitif ou secondaire, ni des différentes variétés d'affections suppurantes ou des néoplasies malignes du corps thyroïde, qui se distinguent du goître simple au point de vue de l'étiologie, des manifestations cliniques, de l'anatomie pathologique et des indications thérapeutiques. Nous ne nous occupons pas non plus des goîtres aberrants (cervical, lingual, intra-thoracique, etc.) qui, en raison de leurs rapports anatomiques, présentent des symptômes cliniques particuliers et des dangers spéciaux.

A n'importe quel moment de son évolution, un goître simple est exposé à l'une quelconque des complications suivantes:

a. *Hémorrhagie.* — Celle-ci peut provoquer une augmentation soudaine et plus ou moins marquée du volume du goître, ou la formation d'un kyste, ou une extravasation sanguine autour de la trachée, dans le médiastin ou dans d'autres régions avoisinantes. Ces complications, à leur tour, isolées ou associées, peuvent déterminer de la compression de la trachée, de la dyspnée par obstruction (1, 19), et nécessiter une intervention chirurgicale immédiate.

b. *Formation d'abcès ou suppuration diffuse.* — L'infection s'observe au cours ou à la suite de n'importe quelle maladie infectieuse, ou en l'absence de n'importe quel trouble constitutionnel évident. (2) L'apparition d'une infection aggrave les phénomènes de compression.

c. *Tumeur maligne.* — Sarcome ou carcinome. Les tumeurs malignes s'observent plus fréquemment dans le goître que dans le corps thyroïde normal.

d. *Altérations de dégénérescence* provoquant à leur tour de l'hyperthyroïdisme, de l'hypothyroïdisme ou du dysthyroïdisme.

Les chiffres entre parenthèses renvoient au numéro des références signalées à la fin de l'article.

e. *Inflammation.* — Les processus de dégénérescence du goître diminuent la résistance des tissus et prédisposent à l'inflammation. Le gonflement résultant d'une inflammation (néoplasique ou autre) exerce une compression dangereuse sur la trachée et l'œsophage. Le danger de la compression dépend dans une grande mesure du siège et des dimensions de la tumeur ou du kyste, et du volume du gonflement.

L'ablation du goître élimine la possibilité de ces complications. On ne saurait trop insister sur ce fait que l'énucléation intraglandulaire et la thyroïdectomie subtotale donnent l'une et l'autre des résultats fonctionnels excellents, immédiats et éloignés. La trachée est délivrée de toute compression anormale. La plupart des troubles vocaux et respiratoires qui s'observent après l'opération sont temporaires, les fonctions normales sont restaurées au bout de quelques jours ou, au plus, au bout de quelques semaines. Les opérations pour goître simple, non compliqué d'hyperthyroïdisme, ne présentent pas plus de risques que les autres grandes opérations chirurgicales. Elles donnent des résultats esthétiques, fonctionnels et définitifs satisfaisants, surtout si on a recours à l'intervention avant que le malade ait subi un ou plusieurs traitements iodés et avant l'apparition des altérations de dégénérescence.

La mortalité opératoire est faible. De Quervain a réuni 2200 opérations avec une mortalité de 0.86%. Pour tous les malades âgés de moins de quarante ans, la mortalité n'a été que de .06%. Chez ceux-ci, les opérations pour goître ne présentent pratiquement aucun risque si elles sont exécutées suivant la technique généralement employée aujourd'hui. Après 40 ans, les risques se multiplient rapidement. Chez les malades âgés de plus de 60 ans, et à moins d'indications absolument urgentes, il est préférable de ne pas opérer.

L'opération est indiquée dans toutes les formes de goître simple — à l'exception du goître de l'adolescence, de la grossesse et de la ménopause — si le goître exerce une compression et est ainsi la cause de :

a. Troubles respiratoires (bronchite, emphysème pulmonaire, dyspnée par obstruction, asphyxie, etc.). Chez tous les malades présentant des phénomènes de dyspnée, l'intervention précoce est instamment indiquée.

b. Troubles circulatoires. De nombreux goîtreux présentent des troubles cardio-vasculaires et cardio-rénaux. "Tout malade porteur d'un goître est exposé à l'asphyxie et à des accidents cardio-vascu-

lares." (11) — "Tout individu porteur d'un goître est exposé à une affection du myocarde." (12)

c. Troubles nerveux. "Dans dix observations, la paralysie du récurrent qui existait avant l'opération n'a pas été modifiée par l'intervention chirurgicale."

d. Difficultés de la déglutition.

L'opération est également indiquée s'il existe une douleur vive, si l'accroissement du goître est rapide, s'il produit une déformation inesthétique, ou empêche le malade de travailler ou de dormir dans la position couchée. Elle est enfin indiquée quand le traitement médical a échoué. — A ce sujet, il ne faut pas ignorer les dangers des méthodes non-opératoires. On a signalé de l'hyperthyroïdisme après un traitement par le radium, après l'injection d'un sérum ou après des injections d'eau bouillante, etc. On sait aussi que les adénomes du corps thyroïde ne sont pas influencés par les médicaments et doivent être traités chirurgicalement. L'opération renseignera sur les rapports du goître avec les organes voisins, montrera s'il s'étend dans la cage thoracique, autour de la trachée ou de l'œsophage, etc.

Une connaissance exacte et approfondie de l'origine et de la nature des dangers — pendant l'opération et après l'opération — d'une énucléation intraglandulaire ou d'une thyroïdectomie subtotale montre la nécessité de l'intervention précoce qui permettra de prévenir des complications locales, si on intervient avant l'apparition d'altérations de dégénérescence. Les risques sont d'autant moins grands, les résultats définitifs d'autant meilleurs que l'opération est faite plus tôt. Les opérations habilement pratiquées en temps voulu diminuent la fréquence et la morbidité des accidents, diminuent la mortalité opératoire et donnent des résultats définitifs plus satisfaisants.

Les complications des opérations pour goître simple, les unes évitables, d'autres inévitables, et plus ou moins graves, se trouvent le malade au moment de l'opération, à l'emploi d'une méthode d'anesthésie mal choisie, aux défauts de technique, au manque d'expérience du chirurgien dans la chirurgie du cou, etc. Grâce aux études des maladies du corps thyroïde qui ont été faites dans ces dernières années, ces complications sont mieux connues, mieux comprises et par suite mieux traitées. Les plus importantes sont les suivantes:

Hémorragie, primitive ou secondaire.

Lésion d'un ou deux récurrents. (Compression, contusion, laceration, section.)

Tétanie post opératoire, à la suite de l'ablation partielle ou totale des parathyroïdes.

Hyperthyroïdisme post-opératoire.

Myxœdème après une ablation excessive de tissu thyroïdien.

Infections post-opératoires.

Parmi les complications plus rares, on observe surtout l'embolie gazeuse (pénétration de l'air dans les veines), l'affaissement de la trachée, des lésions de l'œsophage, la pneumonie; la récurrence du goître. — Nous ne faisons que mentionner d'autres accidents tels que: section unilatérale ou bilatérale du grand sympathique ou du pneumogastrique, lésions de la plèvre, etc., que nous n'avons jamais rencontrés dans notre pratique, en ville ou à l'hôpital.

Hémorrhagie.

Elle est d'origine artérielle, veineuse, capillaire ou mixte. Au cours de l'intervention chirurgicale, on ne peut guère éviter l'hémorrhagie. On opère en effet dans une région abondamment pourvue de vaisseaux, sur un organe très vasculaire; parfois anormalement vasculaire. Le corps thyroïde présente de nombreuses anastomoses très étendues non seulement entre les vaisseaux du même lobe, mais aussi entre les vaisseaux des différents lobes. Après la ligature des quatre vaisseaux thyroïdiens, la circulation se rétablit par l'intermédiaire d'anastomoses extra-glandulaires. (16) Une hémorrhagie grave peut survenir au cours de l'opération, ou immédiatement après que le malade a été transporté dans son lit, ou quelque temps après l'opération.

On devra se méfier surtout d'une hémorrhagie profuse; elle devient rapidement alarmante, et si on ne réussit pas à l'arrêter, elle peut provoquer une issue fatale. Les vaisseaux du goître ont une tendance marquée à la dégénérescence. Ils sont dilatés, leur élasticité est diminuée, ils se déchirent facilement. Dans quelques cas, les veines cervicales, surtout dans la région inférieure du cou, sont considérablement dilatées. Les artères présentent un épaississement de la tunique interne et de la dégénérescence des fibres élastiques. On devra veiller aussi à ne pas blesser les jugulaires internes ou les carotides. Pendant l'opération, et par suite de la diminution de la pression sanguine, les petites artères et les petites veines ne saignent pas toujours et échappent ainsi à la ligature ou à la suture. Quand

le malade revient à lui, la pression sanguine se relève et une hémorragie peut survenir. Comme l'immobilisation de la région n'est pas possible, pendant les deux premiers jours qui suivent l'opération, on surveillera attentivement le malade: une toux un peu forte, des nausées, des vomissements, des changements trop fréquents de position, des mouvements exagérés sont susceptibles d'augmenter la pression intra-veineuse et, par suite, de provoquer une hémorragie.

Une hémorragie secondaire survenant après la thyroïdectomie est parfois assez grave pour causer la mort. Cette hémorragie est surtout due à l'absorption prématurée des ligatures ou à leur glissement; si elles n'ont pas été suffisamment serrées, elles se dénouent. L'hémorragie est aussi consécutive à l'érosion des parois des vaisseaux ou encore à des erreurs de technique: aseptie insuffisante, hémostase insuffisante au cours de l'opération, retard dans l'ablation des drains, etc., etc.

Les symptômes de l'hémorragie sont les suivants: pâleur du visage, respiration superficielle et rapide, pouls faible et rapide, les pansements sont parfois véritablement saturés de sang. Si l'hémorragie ne peut être arrêtée, on observe des phénomènes de dyspnée et d'asphyxie, parfois du collapsus. La perte de sang constitue un danger, mais on ne doit pas oublier que l'extravasation sanguine est susceptible d'exercer sur la trachée une compression dangereuse et accompagnée de troubles respiratoires très graves.

Quand on se trouvera en présence d'une hémorragie secondaire, on rouvrira largement la plaie opératoire, on enlèvera soigneusement et rapidement tous les caillots sanguins. On recherchera tous les points saignants, on procédera à la ligature des vaisseaux à leurs deux extrémités. On rapprochera les bords de la plaie et on fera un pansement approprié. Si, l'hémorragie arrêtée, le pouls est dangereusement faible, on fera une injection sous-cutanée et une injection rectale de serum artificiel. On administrera les médicaments qui paraîtront indiqués.

Afin de diminuer l'hémorragie, primitive ou secondaire, opératoire ou post-opératoire, il faudra toujours:

a. Opérer dans un milieu adéquat, avec des assistants compétents, et aussi rapidement que le comportent les indications et la sécurité du malade. Il n'est pas nécessaire d'avoir une technique longue et laborieuse. La rapidité est un élément de succès.

b. Faire une incision découvrant suffisamment le goître.

c. Opérer avec douceur. On évitera de traumatiser inutilement les tissus, de déchirer les vaisseaux, etc. La rupture d'une grosse veine profonde est suivie d'une hémorragie gênante qui obscurcit le champ opératoire.

d. Assurer une hémostase parfaite. Le champ opératoire devra être parfaitement sec pendant toute la durée de l'opération. Avant de fermer la plaie opératoire, on ligaturera au catgut tous les points saignants.

e. Employer la meilleure technique. Les ligatures seront faites avec le plus grand soin, on saisira les veines au fur et à mesure de leur section et on les liera. Il n'est pas nécessaire de placer de nombreuses pinces sur le cou du malade. Dans les opérations pour goître, toutes les tentative d'arrêt de l'hémorragie par compression n'offrent aucune garantie. Si on procède à une énucléation d'adénomes, tous les espaces morts seront oblitérés par une suture.

Lésions des nerfs récurrents.

Les récurrents sont plus souvent lésés qu'on ne le croit généralement. (2) Ils innervent tous les muscles du larynx à l'exception du crico-thyroïdien. Dans 840 opérations pour goître, Dubs (21) a signalé 26 cas de lésions du récurrent. Sur 1700 résection bilatérales, Capelle (17) a signalé des lésions permanentes du récurrent dans une proportion de 1.3%. Au cours des opérations pour goître, les branches ou le tronc (26) de l'un ou des deux récurrents peuvent être pincés, comprimés, contusionnés, distendus, déchirés, écrasés, emprisonnés dans une ligature ou sectionnés. Les paralysies post-opératoires de ces nerfs sont dues le plus souvent à leur emprisonnement dans le tissu cicatriciel, à leur compression par des exsudats inflammatoires, ou à la rétraction du tissu cicatriciel. Les parésies ou les paralysies du nerf laryngé supérieur ne sont, ni aussi apparentes ni aussi significatives que celles des récurrents et nous ne faisons que les mentionner. Il arrive parfois qu'une lésion du récurrent ne se manifeste par aucun symptôme et par suite est méconnue. On peut la découvrir pour la première fois à l'examen du larynx, à l'aide du miroir. En certaines occasions, on n'observe que des symptômes légers: changement du timbre de la voix, enrouement plus ou moins permanent, légère difficulté de la respiration, etc. Quand la lésion d'un récurrent n'est pas compensée par l'effort de la corde vocale du côté opposé, on observe de l'aphonie, de la dyspnée et d'autres symptômes. "Le retour à la normale de

la voix et de la respiration s'observe en même temps que le retour à la normale des fonctions des muscles et de la corde vocale du côté du larynx." (8) La voix redevient normale grâce aux efforts de compensation de la corde vocale qui n'a pas été affectée.

Les paralysies opératoires des cordes vocales sont dues à la distension, au pincement, à l'immobilisation, ou à la section de l'un ou des deux récurrents. Quand la section n'est pas complète, les symptômes sont temporaires et disparaissent peu à peu. (13) Les lésions intéressant les deux récurrents ont des conséquences sérieuses. Si les deux cordes vocales prennent la position qu'elles ont sur le cadavre, il en résulte une aphonie permanente, et plus tard, une dyspnée par obstruction capable, si on n'y apporte pas de remède, de causer à elle seule la mort. Une section complète des récurrents provoquant une pneumonie par déglutition a été aussi une cause de mort.

Avant l'opération, l'examen du larynx, à l'aide du miroir, donne des renseignements exacts sur l'état des cordes vocales, au double bénéfice du malade et du chirurgien. (9) On peut par exemple observer qu'une corde vocale est immobile. Quand un récurrent est paralysé, la respiration et la phonation ne sont assurées que par une vocale. Dans ce cas, le chirurgien devra naturellement veiller à ne pas léser le récurrent intact.

Les récurrent sont situés derrière l'enveloppe du corps thyroïde, le long de la trachée et dans le sillon qui sépare la trachée de l'œsophage. Si on a soin de respecter scrupuleusement la partie de la capsule thyroïdienne avec laquelle les récurrents sont dans un rapport étroit, ceux-ci, toujours, et les glandes parathyroïdes, presque toujours, seront épargnés. On évitera presque certainement de traumatiser les récurrents et les parathyroïdes si on ne moleste pas la région qu'ils occupent et si on n'enlève pas la partie postérieure médiane et inférieure de chacun des lobes du corps thyroïde. En usant avec douceur des pinces hémostatiques, en procédant également avec douceur à l'insertion des sutures, en évitant de traumatiser les tissus, on a de grandes chances de ne pas léser les récurrents. Si on essaye brutalement d'énucléer, d'extirper un corps thyroïde profondément situé, on s'expose à distendre les récurrents au point de provoquer la paralysie des deux cordes vocales. En même temps que d'autres tissus, les récurrents peuvent être pincés par une pince hémostatique, ou emprisonnés dans une ligature. En réséquant les lobes du corps thyroïde, quelques chirurgiens procèdent de dedans

en dehors. Quand le malade quittera l'hôpital, on examinera de nouveau le larynx pour se rendre un compte exact du fonctionnement des cordes vocales.

Après une thyroïdectomie, la perte plus ou moins complète de la voix (8) est due à l'un ou à plusieurs des facteurs suivants:

a. Changement de position des muscles et des cartilages du larynx quand il revient à son habitat normal après l'ablation du goître.

b. Œdème obstructeur et inflammatoire des tissus laryngés et péri-laryngés. On s'efforcera de disséquer à distance de la trachée et du larynx, on ménagera ainsi les tissus de ces organes de manière à empêcher le gonflement de s'étendre aux muqueuses. La dénudation et l'exposition à l'air de la trachée prédisposent à des bronchites graves et ne sont pas sans danger pour les récurrents. Quand on procédera à la saisie et à la ligature des vaisseaux à la surface de la trachée, on s'efforcera autant que possible de respecter les tissus péri-vasculaires. Ceux-ci contiennent les nerfs sensoriels de la trachée et leur irritation provoque la toux et augmente la sécrétion de mucus.

c. Une véritable myosite.

d. Traumatisme du récurrent.

e. Gêne prolongée du fonctionnement du larynx.

Au sujet de la dyspnée post-opératoire par obstruction, Pemberton dit: "L'examen systématique du larynx de tous les malades, avant et après l'opération, et la recherche soigneuse, au cours des autopsies, d'un traumatisme du récurrent dans tous les cas de dyspnée par obstruction, ont démontré clairement que dans une proportion de 90%, on a affaire à une paralysie d'une ou des deux cordes vocales, paralysie résultant de la lésion d'un récurrent."

Si les deux cordes vocales se trouvent sur la ligne médiane, le même auteur conseille l'un des trois traitements suivants:

a. Trachéotomie permanente. Ceci a des inconvénients évidents.

b. Ablation d'une partie d'une corde vocale et d'une partie d'un ventricule. — Il peut en résulter de l'aphonie et on n'obtient qu'un soulagement partiel.

c. Anastomose au récurrent de la branche descendante de l'hypoglosse (Frazier). — Cette opération est difficile et n'en est encore qu'à la période expérimentale. Crile (14) conseille de sectionner les cordes vocales au milieu de leur bord interne: on laisse ainsi un espace libre pour le passage de l'air.

Tétanie post-opératoire.

Les glandes parathyroïdiennes sont généralement au nombre de quatre et se trouvent généralement aussi en arrière de l'enveloppe du corps thyroïde et le long de l'œsophage. Mais elles varient souvent quant à leur nombre et à leur situation. Elles ont des fonctions qui paraissent distinctes de celles du corps thyroïde et leur importance physiologique semble être hors de proportion avec leur petit volume. L'intégrité anatomique de ces glandes est essentielle pour le bon fonctionnement de l'organisme. On a dit qu'elles régissent la tonicité musculaire, qu'elles jouent un rôle important dans le métabolisme de désintoxication de l'organisme, qu'elles contrôlent le métabolisme du calcium.

La prophylaxie de la tétanie post-opératoire présente des difficultés dues à la variabilité du nombre et de la situation des parathyroïdes. D'autres facteurs peuvent encore augmenter ces difficultés. Suivant la plupart des anatomistes, les parathyroïdes reçoivent leur irrigation sanguine (15) de branches tributaires des artères thyroïdiennes supérieures et inférieures et de branches anastomotiques des artères de l'œsophage. La tétanie peut être due à la gêne apportée à l'irrigation ou à l'innervation des parathyroïdes, et provoquée par un traumatisme direct, ou par une compression exercée par l'œdème obstructeur ou inflammatoire des régions environnantes, ou encore par la contraction ou la rétraction du tissu cicatriciel; la tétanie est consécutive aussi à l'ablation d'une ou de plusieurs parathyroïdes. Quand l'irrigation sanguine des glandules parathyroïdiennes est gênée, elles ne peuvent exercer leurs fonctions normale; les symptômes de tétanie persistent jusqu'à ce que la circulation collatérale soit rétablie.

Néanmoins la tétanie post-opératoire n'est pas très fréquente. Après 2203 opérations pour goître, De Quervain (25) n'a pas noté un seul cas de tétanie prononcée. Trois malades seulement ont présenté quelques troubles fonctionnels légers des parathyroïdes. On devra veiller à ne pas traumatiser et à ne pas enlever l'un quelconque de ces corps glandulaires. On évitera presque certainement ces accidents si on a soin de conserver une couche de tissu glandulaire et capsulaire à la face postérieure du corps thyroïde. De la même façon on protégera les récurrents.

L'insuffisance fonctionnelle d'une ou de plusieurs parathyroïdes n'est pas toujours une cause d'hypothyroïdisme. Cependant si, par accident, on a enlevé une glande parathyroïdienne, on devra, à la fin

de l'opération, la greffer (de préférence) au-dessous du lobe restant du corps thyroïde. On s'assurera que le transplant est en bon état. C'est qu'en effet, s'il a été le siège d'une hémorragie ou s'il présente des altérations de dégénérescence, la greffe sera parfaitement inutile.

Dans 2373 opérations pour goître, Eiselberg (17) a signalé six morts de tétanie; six autres malades ont eu de la tétanie chronique. Knaus (18) a réuni 619 opérations; cinq d'entre elles furent suivies de tétanie: il y eut trois guérisons et deux morts. Aujourd'hui, l'opération est habituellement bilatérale et moins radicale qu'autrefois; les chirurgiens s'accordent à conserver une couche de tissu thyroïdien à la partie postérieure du corps thyroïde et en contact immédiat avec l'enveloppe: il en résulte que les parathyroïdes sont rarement lésées. On doit également respecter l'enveloppe du corps thyroïde à sa face postérieure.

L'insuffisance parathyroïdienne peut se manifester à n'importe quel moment, parfois six heures seulement après l'opération, parfois trois ou quatre mois plus tard. (20) On observe de la pâleur de la région péri-buccale; la peau du front est épaissie et brillante ainsi que la peau du nez et de la face. Il y a une sensation de raideur dans les doigts, parfois des spasmes des pieds et des mains, etc. Le malade éprouve des difficultés à porter les doigts à la bouche, ou à tenir un objet quelconque. On constate une irritabilité nerveuse paraissant due à la diminution du calcium du sérum ou du plasma sanguin. (Mac Callum) Ces symptômes disparaissent au bout de quelques heures ou d'un jour après administration de doses légères de morphine. Parfois aussi les symptômes sont plus graves, les contractures attaquent les muscles des mains et des bras ou même se généralisent. Mais si on a évité de léser ou d'enlever les parathyroïdes, la tétanie n'apparaît que rarement et sous une forme légère.

Le traitement de la tétanie post-opératoire est le suivant:

a. Ramener à la normale la teneur du sang en calcium. On administrera du lactate de calcium, 20 grains toutes les 4 heures jusqu'à rétrocession des symptômes. On peut donner le calcium, soit par la bouche, soit par le rectum, ou par injection sous-cutanée, et exceptionnellement par injection intraveineuse, à hautes doses, s'il est nécessaire. On continuera à donner le lactate de calcium aussi longtemps que le malade aura des symptômes d'irritabilité nerveuse (signes de Chvostek et de Trousseau).

b. Transplanter des parathyroïdes humaines. On les prélève chez des individus sains mort à la suite d'un accident ou chez des

enfants normaux pendant la délivrance. Il est difficile de se procurer ces transplants qui sont d'ailleurs facilement résorbés et qui rendent des services (15) pendant que les parathyroïdes restantes subissent une hypertrophie compensatrice ou que les parathyroïdes lésées ou malades retrouvent peu à peu leurs fonctions normales. On greffe généralement les glandes dans la paroi abdominale gauche entre le péritoine et le muscle droit de l'abdomen; elles ne seront pas en danger si plus tard le malade doit être opéré pour une appendicite. Quelques chirurgiens insèrent les greffes dans la fosse supra-claviculaire au-dessous du fascia cervical. L'examen microscopique permet de déterminer si le transplant est bien du tissu parathyroïdien.

c. Faire des injections de l'un quelconque des serums parathyroïdiens actuellement employés.

d. Administrer par la bouche des préparations de produits parathyroïdiens. Lacey (11) et d'autres auteurs contestent la valeur des extraits parathyroïdiens.

e. Le traitement médical est surtout symptomatique. On donnera du chloral par la bouche ou par le rectum, et aussi longtemps qu'il sera nécessaire; ou encore du sulfate de morphine, du sulfate de magnésie en injections sous-cutanées (solution à 25%). (15, 20) — (Suppression des viandes, lait en quantité.)

Embolie gazeuse.

L'embolie gazeuse (pénétration de l'air dans les veines) n'est pas une complication fréquente, mais elle est toujours possible au cours des opérations sur le cou. Parmi ses causes prédisposantes, on a signalé l'agitation des malades opérés sous anesthésie locale; une perte abondante de sang; des lésions de veines sans valvules dilatées. Au point de vue du pronostic, et à cause de sa rareté, l'embolie gazeuse est pratiquement négligeable.

Si, pendant une opération, l'air est aspiré dans une veine et transporté au cœur droit, il se produit un bruit particulier, vibrant, bourdonnant et sifflant, en synchronisme avec la systole cardiaque. L'embolie est d'autant plus dangereuse que la quantité d'air inspiré est plus grande et qu'il entre dans les veines avec plus de rapidité. Si l'embolie n'est pas immédiatement suivie de symptômes dangereux ou n'est pas suivie de mort, le chirurgien n'a pas à s'en occuper autrement. On trouve dans la littérature quelques observations de paralysie temporaire due à la pénétration de l'air dans les veines.

Le traitement est surtout prophylactique. Pour diminuer la fréquence de l'embolie, il faut d'abord toujours penser à sa possibilité. On devra encore réduire au minimum l'hémorrhagie, et opérer avec douceur. Pendant toute la durée de l'opération, le malade restera couché (la position assise favorise la pénétration de l'air dans les veines); on procèdera à une double ligature des veines avant de les sectionner. (23)

Aussitôt qu'une embolie s'est produite, et afin de prévenir une autre aspiration d'air, on soulèvera le pied de la table sur laquelle est couché le malade, on tamponnera la plaie opératoire et on l'inondera de solution saline normale. On enlèvera ensuite le tampon avec précaution, on saisira la veine ou les veines lésées et on les liera avec soin. On n'aura pas recours à la respiration artificielle, car celle-ci peut provoquer une autre aspiration d'air. Naegele, John et quelques autres chirurgiens ont pratiqué des inhalations forcées d'oxygène.

Affaissement de la trachée.

La pression unilatérale ou bilatérale, et exercée plus ou moins longtemps par des goîtres volumineux, peut déformer une diminution d'élasticité, un ramollissement ou une atrophie ou la disparition presque complète des anneaux cartilagineux de la trachée. Il arrive alors que la trachée cesse d'être soutenue par le corps thyroïde, elle se tord progressivement sur elle-même, et à la fin de l'opération, elle s'affaisse. Il n'y a pas de danger d'affaissement de la trachée quand les anneaux cartilagineux sont normaux. Un certain nombre de facteurs favorisent l'aplatissement et l'affaissement de la trachée: l'âge du malade, la structure histologique du goître, sa consistance, une traction et une compression de longue durée exercée par le goître et qu'on observe surtout lorsque la trachée est enserrée par le corps thyroïde comme dans un fourreau (scabbard trachea).

L'affaissement de la trachée produit une dyspnée par obstruction aboutissant parfois à l'asphyxie. Les efforts inspiratoires du malade augmentent encore les obstacles mécaniques à la respiration.

L'affaissement de la trachée cause parfois la mort. (3b) Dans des cas extrêmes, on a dû faire une trachéotomie (23). Il peut se passer plusieurs jours et parfois plusieurs semaines avant que la trachée retrouve ses fonctions normales. Généralement la restitution *ad integrum* survient au bout de six mois environ.

Le traitement sera le suivant: Au moyen d'une pince très fine insérée de chaque côté de la partie affaissée, on attirera la trachée

en avant. S'il se montre ou s'il persiste des signes de récurrence de l'affaissement, on fixera par des sutures au catgut (sutures de soutien) les côtés de la trachée aux tissus environnants, ou bien on fixera les moignons du goître réséqué à la face inférieure du sternomastoïdien ou de l'omohyoïdien: on assurera ainsi la dilatation de la trachée et on préviendra une récurrence de l'affaissement. On évitera de perforer avec l'aiguille ou la pince les anneaux cartilagineux ou les parois de la trachée et ceci pour prévenir des complications telles que la nécrose des anneaux, l'infection de la plaie, etc.

La trachéotomie est rarement indiquée. Czerniak ne l'a pratiquée que deux fois dans 23 observations d'affaissement de la trachée dû au ramollissement des anneaux cartilagineux.

Récurrence du goître.

La récurrence du goître et le retour des symptômes sont notés dans un petit nombre de cas, d'ailleurs de plus en plus rares. Après l'opération, la portion restante du corps thyroïde, le lobe opposé, l'isthme peuvent s'hypertrophier. Cette hypertrophie s'observe surtout dans les cinq premières années qui suivent l'opération. La récurrence se manifeste surtout quand les deux lobes sont intéressés. Quelques-unes des récurrences ne causent guère que des déformations inesthétiques. D'autres fois, après une énucléation, on a observé des adénomes ou des kystes de nouvelle formation. Après 840 opérations pour goître, Dubs (21) a opéré à nouveau 53 malades: chez chacun d'eux le goître était plus volumineux et de consistance plus ferme que le corps thyroïde normal.

La récurrence du goître est plus probable quand on a sous-estimé la quantité de tissu glandulaire à enlever; elle est probable encore si l'irrigation sanguine du tissu conservé n'est pas suffisamment interceptée, si la cause primitive du goître persiste, si les foyers d'infection locale n'ont pas été traités. En pratique, les chances de récurrence sont d'autant moindres que le chirurgien est plus expérimenté.

En général, on doit conserver une quantité de substance égale à la quantité de substance d'une glande normale. Pour prévenir la récurrence, on donnera après l'opération du jus d'orange, le malade boira de l'eau bouillie; on supprimera surtout les foyers d'infection (dents, amygdales, etc.) Nous suivons la pratique de Crile (20) qui pense que les récurrences seront probablement prévenues si on administre journellement de petites quantités d'iode pendant un an au moins après la thyroïdectomie. Il faut cependant se rappeler

que certaines personnes sont très susceptibles et d'autres très réfractaires au traitement iodé. Une opération pour goître récidivant est plus dangereuse qu'une première opération par suite de la nécessité de conserver une quantité suffisante de tissu glandulaire et aussi par suite de la présence d'adhérences cicatricielles.

Hyperthyroïdisme post-opératoire.

Grâce à la combinaison du traitement médical et du traitement chirurgical des goîtres, l'hyperthyroïdisme post-opératoire n'est pas très fréquent. On admet généralement aujourd'hui qu'il est consécutif à la pénétration dans la circulation d'éléments glandulaires et de ferments expulsés de la glande thyroïde. Pendant et après l'opération, l'absorption de sécrétion thyroïdienne se fait à la surface de la plaie opératoire. Les malades présentent des troubles nerveux plus ou moins prononcés, de l'agitation, parfois des accès de manie; le pouls est accéléré (150 à 160 pulsations par minute), la température s'élève (105 à 106 F.); on observe quelquefois des accidents cardiaques, etc.

La fréquence et la gravité de l'hyperthyroïdisme post-opératoire seront sensiblement atténuées si on observe les règles suivantes: On opérera aussi rapidement que le comporteront la sécurité du malade et la garantie de l'opération, on assurera une hémostase parfaite, on évitera de comprimer la glande, et de traumatiser les tissus, on prendra toutes précautions utiles pour le drainage, et on s'assurera que le suintement du sang et l'épanchement des sécrétions thyroïdiennes ne restent pas en contact avec la surface de la plaie opératoire.

Le drainage diminue la compression de la trachée due à l'hémorragie post-opératoire et prévient la formation d'hématomes. Après toutes les opérations pour goître, on administrera de grandes quantités de serum artificiel par injections sous-cutanées ou en lavements. On diminue ainsi l'absorption des sécrétions thyroïdiennes et on augmente l'élimination générale. Si la température est élevée, les compresses froides rendront des services.

Myxoedème post-opératoire.

La thyroïdectomie totale a été souvent suivie de myxoedème: on ne la pratique plus aujourd'hui. Après les opérations pour goître, on n'observera pas d'hyperthyroïdisme si on a conservé une petite quantité de tissu thyroïdien assuré d'une irrigation sanguine

et d'une innervation suffisantes. "Le vieux procédé qui consistait à enlever un lobe ne donne pas de bons résultats. La théorie suivant laquelle on devait laisser un cinquième de la masse thyroïdienne n'est pas non plus satisfaisante." (27) Si on a conservé une quantité de substance égale à environ un quart de la quantité de substance d'une glande thyroïde normale, les symptômes d'insuffisance thyroïdienne ne se manifesteront pas. Dans chaque cas particulier, la quantité de substance à enlever doit être laissée à l'initiative et au jugement du chirurgien. Lui seul a une connaissance exacte de l'état du malade, et c'est là ce qui importe pour décider ce qu'il y a à faire et quand il faut le faire plutôt que de déterminer où et comment il faut opérer. Quelques chirurgiens laissent des petites masses de tissu à chacune des cornes du corps thyroïde et aussi une couche mince de tissu adhérente à la portion de la glande à sa face postérieure. Ces masses ont une irrigation sanguine et lymphatique suffisante et sont capables, s'il est nécessaire, de subir une hypertrophie compensatrice.

Dans le myxœdème post-opératoire, on observe de la diminution de la mémoire et de l'intelligence, il y a de l'apathie, de la somnolence, une résistance à l'effort. La peau est œdématisée et gonflée, le malade se plaint d'une sensation de froid. Chez les jeunes individus, il y a un arrêt de développement. L'hypothyroïdisme est caractérisé par une réduction du métabolisme basal et la vitesse du métabolisme est toujours inférieure à celle des individus normaux de même âge et de même sexe.

Les résultats heureux qu'on obtient dans le traitement de l'hypothyroïdisme sont un des triomphes de l'opothérapie. On instituera le traitement organothérapique dès l'apparition des premiers symptômes. Le traitement thyroïdien compensera l'insuffisance des sécrétions du corps thyroïde. Pour bien diriger ce traitement, il est nécessaire de déterminer exactement le métabolisme. Celui-ci devra être ramené à la normale et on s'efforcera ensuite de l'y maintenir. On administrera l'iodothyroïne ou quelque autre préparation appropriée ou bien on administrera le corps thyroïde lui-même. Le principe actif du corps thyroïde — la thyroxine — sera donné en injections intra-veineuses. On a greffé aussi du tissu thyroïdien. On continuera le traitement opothérapique pendant des semaines, pendant des mois, et plus tard on y reviendra d'une façon intermittente pendant un temps plus ou moins long, parfois pendant plusieurs

années. Avec le temps, les symptômes d'insuffisance thyroïdienne rétrocedent habituellement et même peuvent disparaître définitivement.

Infections post-opératoires

En dépit d'une asepsie soigneuse et d'une hémostase parfaite, on voit parfois survenir des infections post-opératoires. Elles sont généralement d'origine externe, quelquefois d'origine interne. Elles dépendent dans une grande mesure de la résistance des tissus locaux et de la résistance générale du malade. Dans l'espace laissé par l'ablation du goître, le sang et les sécrétions de la plaie opératoire viennent se collecter facilement et prédisposent à l'infection.

Les indications du traitement prophylactique sont évidentes. La technique opératoire devra être parfaite. On évitera de léser la trachée et l'œsophage; ces lésions sont souvent suivies de l'infection des régions avoisinantes. Si l'œsophage est accidentellement injurié, on rapprochera immédiatement les bords de la plaie et on les suturera. Après toutes les opérations pour goître, on drainera pendant quarante-huit heures; on prévendra ainsi l'apparition des symptômes et des séquelles résultant de la rétention des sécrétions thyroïdiennes et de l'extravasation du sang. Le traitement des infections post-opératoires dans la région du corps thyroïde est le même que le traitement des infections en général.

Pneumonie post-opératoire.

Le pronostic est grave. La douleur de la plaie opératoire gêne l'expectoration et l'aération du poumon. La pneumonie peut être endémique ou épidémique, être consécutive à l'anesthésie, ou à l'aspiration de mucus, de sang, ou du contenu de l'estomac; elle survient aussi après l'exposition au froid pendant ou après l'opération; elle est parfois provoquée par une embolie infectieuse, etc. Mais le plus souvent la pneumonie post-opératoire est due à une lésion d'un ou des deux récurrents. Chez les individus âgés, la pneumonie est souvent hypostatique et a souvent aussi une terminaison fatale. On évitera de prolonger indûment l'anesthésie; d'exposer le malade à un refroidissement; on se gardera de dénuder la trachée et de provoquer sa rotation; et surtout on s'efforcera de ne pas blesser les récurrents. Grâce à ces précautions, on éliminera la pneumonie post-opératoire dans les opérations pour goître. Si la trachée est accidentellement ouverte, on veillera à ce qu'il n'y ait pas d'aspiration

du sang. Si celle-ci se produit, il peut en résulter un abcès du poumon ou une pneumonie par déglutition.

Le traitement de la pneumonie post-opératoire est encore purement symptomatique.

Troubles de la déglutition.

Dans la dislocation des goîtres, les nerfs des muscles du pharynx sont parfois traumatisés. Les opérations pour goître sont toujours suivies pendant quelques jours de dysphagie; les malades ont des difficultés de la déglutition. Pendant un temps plus ou moins long après l'opération, il arrive que les malades ont des accès d'étouffement quand ils essayent d'avaler des liquides: ceux-ci refluent dans le nez et passent dans le larynx et la trachée. Pour éviter ces accidents, on procède de la façon suivante. Quand le malade veut boire, il se couche sur le ventre, la tête au-dessus du bord du lit. On place le verre sur le plancher ou sur un tabouret bas: le patient boit au moyen d'un tube. On peut continuer l'alimentation de la même manière jusqu'à ce que les fonctions du pharynx soient redevenues normales.

BIBLIOGRAPHIE

1. — **Schwoerer.**—Intrastrumose Spontanblutungen. Brunis' Beitrage zur klinischen Chirurgie, 1924. cxxxi, 362.
2. — **Viannay.**—Du traitement des adénomes thyroïdiens suppurés. Statistique personnelle de huit observations. Lyon Chirurgical, 1923, XX. 820.
- 2b. — **Carnot et Blamoutier.**—Thyroïdite suppurée à bacilles paratyphiques B. Progrès Médical, 1923, 5 fév., p. 55.
- 3a. — **Alamartine.**—Enucléation intra-glandulaire d'un goître cancéreux encore encapsulé. Lyon Chirurgical, 1922. XIX. 586.
- 3b. — **Bérard.**—1000 opérations pour goître. Gazette des Hôpitaux, 1920. XCIII. 661.
- 3c. — **Petit.**—Sur un épithélioma à cellules à ponts et à globes cornés, développé dans un goître. Bull. Acad. de Méd., Paris. 1922. LXXXVII. 654.
- 3d. — **Lenormant.**—Goître cancéreux. Gazette des Hop. 1921. II. 1556.
- 3e. — **Petit.**—Tumeur développée dans un goître. Gazette des Hôpitaux, 1922. I. 760.
4. — **Delbet.**—Goître secondairement basedowien. Progrès Médical. 1923. No 28. 14 juillet, p. 351.
5. — **De Quervain.**—La mortalité dans l'opération pour goître. Presse Médicale. 1923. XXXII, 69.
6. — **Pfanner.**—Zufalle bei und nach der Kropfoperation. Muenchener Medizinische Wochenschrift. 1924. Vol. 71 (1), p. 175.

- 7.—Handbuch der Praktischen Chirurgie. Stuttgart. 1913, II, 382.
- 8.—**Judd.**—Laryngeal Function in Thyroid Cases. *Annals of Surgery*, 1921, LXXIII, 321.
- 9.—**Porter.**—Analysis of My End-Results in Thyroid Surgery. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1923, XXXVI, 621.
- 10.—**Pemberton.**—Obstructive Dyspnea Following Surgery of the Thyroid and its Prevention. *Surgical Clinics of North America*, 1924, Vol. 4. (2) 451.
- 11.—**Lohey.**—A Review of a Year's Thyroid Work. *Boston Med. and Surg. J.* 1922. CLXXXVI. 563.
- 12.—**Pauchet.**—Traitement des goîtres. *Paris Chirurgical*, 1921, XIII, 97.
- 13.—**Bérard.**—Paralysies transitoire du récurrent après les opérations pour goîtres. *Lyon Chirurgical*, 1922, XIX, p. 1.
- 14.—**Crile and Lower.**—Certain Post-operative Complications of Operations on the Thyroid Gland. *Am. J. Surg. N. Y.*, 1921, XXXV, 317.
- 15.—**Landois.**—Die Bedeutung der Epithelkoerperchen und die Behandlung der postoperativen Tetanie. *Seitschrift fuer Aertzliche Fortbildung.* 1922, XIX, 321.
- 16.—**Mastin.**—The Blood Supply of the Thyroid Gland and Its Surgical Significance. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1923, 69.
- 17.—**Eiselsberg.**—Thesen ueber Kropfbehandlung. *Deutsche Zeitschrift fuer Chirurgie.* Leipzig, 1922. CLXXII, 305.
- 18.—**Knaus.**—Zur postoperativen Tetanie nach Kropfoperation. *Brun's Beitrage z. klin. Chir.* 1922. CXXX, 669.
- 19.—**Pamperl.**—Komplikationem bei Stumektomien. *Brun's Beitrage z. klin. Chir.* 1924, CXXXII, (3) 680.
- 20.—**Crille.**—The Thyroid Gland. *Clinics of George Crille and Associates.* 1922, pp. 251, 257, 273.
- 21.—**Dubs.**—Klinische Eergahrungen bei 840 Kropfoperationen mit besonderer Beruecksichtigung der Kropf-Recidive und Recidiv-Operationen. *Schwiz. med. Wochensch.* Basel, 1922, III (2), p. 901.
- 22.—**Klose und Hellwig.**—Ueber Kropfrecidive. *Klin. Wochensch.* Berlin, 1922, I, (2), 1885.
- 23.—**Czermak.**—Zur Klinik des Kropfes. *Archiv. fuer klin. Chir.* 1922-23, CXXII, 843.
- 24.—**Salvesen.**—Studies on the physiology of the parathyroids. *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicin.* N. Y. 1922.23, XX, 204.
- 25.—**De Quervain.**—Ueber den Schutz der Epithelkoerperchen. *Beitr. zur klin. Chir.* 1923, CXXVIII, 197.
- 26.—**Bérard.**—Les paralysies transitoires du récurrent après opérations pour goîtres. *Lyon Chirurgical*, 1922, XIX. 1.
- 27.—**Van Book.**—Simple and relatively Safe Thyroidectomy. *Med. Rec.* N. Y. 1921, c, 1072.

ALLOCUTION DU PROFESSEUR GUSTAVE ARCHAMBAULT, PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Mes chers collègues,

Selon la tradition je dois aujourd'hui transmettre le fauteuil présidentiel à mon successeur et installer notre nouveau Bureau d'Administration.

Permettez-moi cependant, avant de quitter la présidence, de remercier encore une fois notre Société pour l'honneur qu'elle m'a fait en m'appelant à diriger ses discussions pendant un an, et vous dire combien je suis heureux de constater que la Société Médicale de Montréal est aujourd'hui plus active et plus prospère que jamais.

La liste de nos membres compte actuellement 221 médecins et la moyenne d'assistance a été, en comptant notre séance extraordinaire, de 61 membres à chacune de nos réunions, preuve évidente de l'intérêt toujours grandissant de nos médecins pour les choses scientifiques. Nos finances sont dans un état des plus prospères comme vous le dira notre trésorier, et permettront à nos successeurs de réaliser, si vous le désirez, de grands projets pour le bénéfice de toute la profession médicale canadienne-française. Enfin les communications qui ont été faites du haut de cette tribune ont été remarquables tant par leur nombre que par leur haute valeur scientifique, celles d'abord de nos amis de France les distingués professeurs Desmarets et Joltrain de la Faculté de Médecine de Paris auxquels nous avons été heureux de décerner le titre de membres honoraires de notre Société, et le docteur Brousseau, également de la Faculté de Médecine de Paris et actuellement professeur à l'Université Laval de Québec en même temps que médecin-chef de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, que nous avons eu l'honneur de recevoir en séances extraordinaires et qui ont réhaussé l'éclat de nos réunions par des communications du plus vif intérêt scientifique, celles ensuite des professeurs de notre Université, et je m'en voudrais de ne pas citer tout particulièrement les noms des professeurs LeSage, Saint-Jacques et Dubé, qui continuent toujours à donner aux jeunes l'exemple du travail en assistant régulièrement à toutes nos séances, en prenant part à nos discussions et en venant exposer à cette tribune le fruit de leur expérience ainsi que le résultat de leurs recherches

scientifiques, celles de nos médecins praticiens de plus en plus nombreuses et toujours très intéressantes, celles enfin de nos jeunes médecins des hôpitaux qui constituent un groupe devenant de jour en jour plus important tant par la valeur scientifique de leurs travaux que par l'intérêt qu'ils portent aux choses médicales, groupe auquel vont tout notre encouragement et tous nos remerciements pour la part importante et brillante qu'il a prise cette année aux travaux et discussions de notre Société.

Je suis convaincu, messieurs, que notre prospérité et notre activité ne peuvent que persister et s'accroître, puisque la direction de notre Société est remise entre les mains de mon excellent ami le professeur Wilfrid Derome, notre nouveau président, qui lui consacra toute l'énergie que vous lui connaissez et qui saura apporter dans ses nouvelles fonctions le calme et la précision qui le caractérisent.

Je suis heureux de saluer à la vice-présidence notre éminent radiologiste, le docteur Léo Pariseau. C'est lui qui dirigera notre Société l'année prochaine, lors de notre prochain congrès des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, et je suis certain que nous n'aurions pu faire un choix plus heureux.

J'ai plaisir aussi à souhaiter la bienvenue à notre nouveau trésorier, le docteur Albert Bertrand, et je remercie au nom de la Société le docteur Albéric Marin qui cette année administra nos finances avec tant de soin, et qui va bientôt nous quitter pour Paris d'où il nous reviendra, j'en suis convaincu, après avoir acquis une instruction complète en dermatologie et syphiligraphie, apte à remplir avec honneur toutes les fonctions hospitalières et pédagogiques qui lui seront confiées.

Je ne voudrais pas non plus laisser passer cette occasion sans remercier publiquement notre dévoué secrétaire, le docteur Léon Gérin-Lajoie, qui a bien voulu accepter un second terme, pour le plus grand bien de notre Société. Vous avez tous pu apprécier ses comptes-rendus si clairs, si précis, si détaillés, de même que le zèle avec lequel il a rempli une fonction souvent bien ingrate; il fut en quelque sorte l'âme de notre Bureau, et je puis vous assurer qu'il a droit à toute votre reconnaissance.

*

* *

Puisque je rentre dès maintenant dans le rang, permettez-moi d'user des dernières minutes de ma présidence pour vous signaler

quelques points qui m'ont paru particulièrement importants dans la conduite de nos séances, et pour vous faire en même temps quelques suggestions qui me sont inspirées, vous le savez tous, par l'intérêt que je porte à notre Société.

Comme je vous le disais plus haut, messieurs, vous avez tous pu apprécier les procès-verbaux de notre excellent secrétaire, et nous ne saurions trop le féliciter du dévouement qu'il apporte à résumer d'une façon si précise nos travaux et nos discussions. Ces comptes-rendus sont des plus importants pour une société scientifique comme la nôtre, étant en quelque sorte le meilleur témoignage de son activité et de sa vitalité, mais tels que nous les faisons ils demandent un travail des plus ardues de la part de notre secrétaire, et occupent en plus un temps considérable de nos séances.

Il me semble qu'il y aurait avantage à les modifier un peu, soit en priant chaque membre qui prend la parole au cours d'une discussion de bien vouloir résumer lui-même ce qu'il vient de dire et de transmettre ensuite ses notes au secrétaire, soit encore, ce qui serait beaucoup mieux, en s'assurant les services d'un sténographe qui ferait lui-même ce travail et qui donnerait au secrétaire un résumé de toutes nos discussions, après l'avoir fait reviser quant à la forme par les intéressés. Je sais que notre Société possède les fonds nécessaires pour pouvoir mettre à exécution ce projet qui aurait, entre autres avantages, celui de rendre publiques nos discussions et qui serait bien le premier pas vers la réalisation que nous devons tous désirer: la publication d'un *Bulletin* de notre Société. Nous pourrions ainsi donner beaucoup plus de temps à la discussion de nos travaux, notre *Bulletin* étant publié *in extenso* dans une revue médicale telle que l'*Union Médicale*.

Nous nous sommes efforcés également d'agencer l'ordre du jour de façon à donner le plus de liberté et de temps possible à la discussion. Nous croyons en effet que les *discussions scientifiques* courtoises et honnêtes, sans parti-pris, sont des plus utiles, qu'elles sont de nature à rendre nos séances de plus en plus intéressantes, et qu'elles contribueront largement à l'avancement de la science médicale au Canada français. Il y a, il nous semble, intérêt à les continuer, à les favoriser, à les provoquer même au besoin. C'est dans ce but que nous vous suggérons un *procès-verbal court*, et que notre Bureau a décidé il y a quelques mois de ne plus inscrire que *deux travaux* au programme de nos séances.

Il en est de même des *présentations de malades* qui devraient être de plus en plus nombreuses, car elles illustrent mieux que toutes les communications un fait clinique, et sont de nature à amorcer des discussions très intéressantes.

Enfin les *grands problèmes sociaux* intéressent les médecins tout particulièrement et doivent également retenir notre attention. On ne saurait trop féliciter notre Gouvernement de la campagne admirable qu'il a entreprise contre le cancer et les maladies vénériennes, ainsi que de la lutte qu'il vient d'organiser contre la tuberculose et la mortalité infantile. Il a fondé un institut de radium à Montréal, magnifiquement outillé. Il a organisé des dispensaires nombreux dans nos villes de la Province où les malades indigents peuvent recevoir les soins et les conseils que requiert leur état de santé. Il a créé des bourses pour permettre à nos jeunes médecins d'aller compléter leur études dans les grands centres scientifiques de l'Europe. Il a même invité à plusieurs reprises des professeurs distingués de France à venir au Canada français faire de l'enseignement, et mettre nos médecins au courant des nouveaux moyens de diagnostic et des méthodes thérapeutiques les plus modernes en médecine.

Les résultats sont déjà appréciables, mais il faut pour mener le combat à bonne fin le concours de toutes les bonnes volontés, de toutes les énergies, de toutes les compétences.

Le Gouvernement a fait son devoir, faisons le nôtre. Il me semble que tous ces grands problèmes sociaux devraient être discutés à la Société Médicale de Montréal et que nous devrions, chaque fois que l'occasion s'en présente, exprimer notre avis sur ces questions si importantes. Je suis convaincu que notre Gouvernement serait très heureux de recevoir des suggestions d'une société scientifique comme la nôtre, représentant l'élite de la profession médicale, et qu'il ne refuserait jamais de discuter avec nous des meilleurs moyens à prendre pour solutionner ces problèmes médico-sociaux. Mais encore faut-il qu'on fasse des suggestions... Rien n'est parfait dans ce monde, c'est entendu, tout est susceptible d'amélioration et de perfectionnement, mais nous n'avons pas le droit de nous plaindre et de critiquer, si nous-mêmes nous nous désintéressons de ces questions et laissons à d'autres le soin de les étudier et de les solutionner.

Notre Société a devant elle un très beau champ d'action dans ce domaine, et nous devrions tous nous employer à combattre les grands fléaux modernes, le cancer, les maladies vénériennes, la tuberculose, la mortalité infantile, contre lesquels l'humanité entière

a aujourd'hui mobilisé ses forces. C'est même, si j'ose dire, un devoir qui nous incombe à nous médecins, plus qu'à tout autre, et nous n'avons pas le droit de rester indifférents en face d'eux.

Il y a aussi une autre question que je voudrais toucher, question intimement liée à celle que je viens d'exposer, question devenant tous les jours de plus en plus importante et intéressante pour tous les médecins, je veux parler des *intérêts professionnels*.

Il est certain que de nos jours les intérêts de la profession médicale sont souvent menacés, que de plus en plus nous constatons des abus qui nous touchent de très près, et que si nous ne nous organisons pas rapidement pour nous défendre et nous protéger, comme le sont d'ailleurs tous les autres corps professionnels, nous nous en repentirons bientôt.

Nous constatons tous avec peine en quel discrédit sont tombés les témoignages des médecins aux tribunaux, et nous savons tous qu'une modification à la loi actuelle qui permettrait la nomination de *médecins experts près les tribunaux* est le seul remède efficace contre cet état de choses déplorable, nous souffrons tous de l'organisation défectueuse de *nos dispensaires* des hôpitaux où sont traités pour ainsi dire tous les malades qui s'y présentent, riches comme pauvres, nous reconnaissons sans peine que les honoraires que nous recevons des assurances et des corps publics en général, sont tout à fait dérisoires et aucunement en rapport avec les services que nous leur rendons, nous lisons tous les jours dans nos grands quotidiens des annonces de guérisons assurées, de remèdes miraculeux, et les charlatans sont nombreux qui font leur commerce en plein jour, sans être jamais inquiétés.

Et nous qui sommes directement menacés, que faisons-nous pour nous défendre ? Je vous le demande, en vérité que faisons-nous ? Qu'attendons-nous pour nous organiser et agir ? Personne ne bouge. Si, cependant, une nouvelle organisation médicale vient, je crois, d'être organisée, dont le but est justement de s'occuper des *Intérêts professionnels médicaux*. Je la salue avec plaisir et je puis l'assurer que si elle mène le combat loyalement, si elle s'occupe exclusivement des intérêts professionnels de la profession médicale toute entière, si elle va droit son chemin, elle aura derrière elle tous les médecins honnêtes et bien pensants.

Seulement, qu'elle me permette d'ajouter qu'elle est une fois de plus la démonstration qu'un de nos plus grands défauts est bien toujours de diviser nos forces. Pourquoi penser toujours à nous

diviser plutôt qu'à nous unir, pourquoi toujours chercher à travailler chacun de son côté plutôt que de coopérer tous ensemble au même but. Nous serions, il me semble, beaucoup plus forts, beaucoup plus puissants si nous restions unis, notre influence serait beaucoup plus considérable, et nous pourrions faire beaucoup plus de bien à la société en général.

Le but de la Société Médicale de Montréal est bien d'abord et avant tout l'étude et les progrès de la médecine, mais il comprend également, si je ne me trompe, la défense des intérêts du corps médical.

Notre Société représente bien aussi toute la profession médicale canadienne-française de Montréal, ses membres se recrutent indistinctement parmi les professeurs de notre université, les médecins de nos hôpitaux et les médecins praticiens, tous nous jouissons des mêmes privilèges, tous nous pouvons aspirer aux mêmes honneurs et nous pouvons tous également être choisis par nos collègues pour diriger notre société et faire partie de son Bureau d'Administration.

Je crois que c'est bien du haut de cette tribune que devraient d'abord être exposés et discutés tous les problèmes intéressant particulièrement notre profession. Je crois aussi que lorsque notre Société, après avoir bien étudié telle ou telle question, adopterait des résolutions, formulerait des conclusions, déciderait de prendre action, ces résolutions, ces conclusions, ces actions auraient une très grande influence, et réussiraient probablement là où nous aurions échoué individuellement.

J'irai même plus loin. La plupart des questions d'*intérêts professionnels* intéressent toute la profession médicale de notre province. Il me semble qu'il y aurait avantage à entretenir des relations très cordiales et très intimes avec toutes les autres sociétés médicales du Canada français. Celles-ci seraient d'ailleurs très heureuses de se joindre à nous. Elles ont déjà fait le premier pas. Elles invitent fréquemment nos membres à aller les rencontrer et discuter avec elles, et je me rappelle encore la réception enthousiaste que les sociétés médicales des Trois-Rivières et d'Arthabaska ont faite, le printemps dernier à Plessisville, à votre trésorier et à votre président invités à discuter avec nos collègues de ces comtés "des sociétés médicales".

Ces réunions régionales de médecins, dues à l'initiative de notre excellent ami le docteur Desjardins des Trois-Rivières, deviennent de plus en plus fréquentes. Elle contribuent sans aucun doute à rendre les relations plus cordiales, plus étroites entre nos confrères,

elles permettent également à ceux-ci de se tenir au courant des progrès constants de la science médicale, d'une manière très facile et très agréable. Bientôt elles seront généralisées dans toute la province, et nous pourrons reprendre alors le projet du regretté docteur Laurendeau de Brandon, et réunir toutes nos sociétés médicales en une sorte de *Fédération*, avec un bureau central composé de délégués de nos sociétés, fédération qui aurait en première ligne à son programme: la défense des intérêts professionnels.

Quand on songe un moment à la force et à la puissance que représenterait la profession médicale de notre province bien organisée, bien unie, et quelle influence elle pourrait exercer sur les autorités et les corps publics pour protéger nos intérêts, on est étonné vraiment que cette fédération n'ait pas été depuis longtemps réalisée.

Enfin je verrais avec plaisir, messieurs, à la fin de chaque année, un grand banquet qui réunirait autour de nos tables toute la profession médicale canadienne-française de Montréal, toutes nos organisations hospitalières, toutes nos sociétés médicale de la Province, banquet analogue à ceux des autres corps professionnels, le Barreau, les chirurgiens-dentistes, les ingénieurs, les notaires, et qui serait une manifestation d'amitié en même temps que de force et de puissance.

C'est bien encore, à mon avis, la Société Médicale de Montréal qui devrait prendre l'initiative de ce mouvement, c'est autour d'elle que devraient se ranger tous nos médecins, c'est sous son égide que devraient s'élaborer tous les projets susceptibles d'améliorer le sort de notre profession, de défendre ses intérêts, et de promouvoir l'avancement de la science médicale dans la province de Québec...

Messieurs, j'ai terminé. Vous excuserez, j'en suis certain, ces quelques remarques et suggestions que je me suis permis de formuler. Elles me sont inspirées par la sincère affection que je porte à notre chère Société que je désirerais voir de plus en plus active et prospère, et occuper le premier rang parmi les sociétés scientifiques du Canada.

Elles sont loin cependant d'exclure les plus fermes espoirs que j'ai dans son avenir, et je suis convaincu qu'avec son nouveau président, elle poursuivra son œuvre de travail et de vulgarisation d'une façon particulièrement brillante.

Association des Gardes-Malades Ville-Marie

Melle Flore Hayden, Directrice du Régistre

1032 Sherbrooke E. Est 3446

MM. les Médecins sont priés de téléphoner à Est 3446 à l'Association des Gardes-Malades Ville-Marie, pour se procurer à bref délai une garde-malade compétente, diplômée des hôpitaux de

Notre-Dame, Hôtel-Dieu, Maternité de Montréal, Maternité d'Ottawa, Ste-Justine, Dupont, St-François d'Assise, de Québec, Hôtel-Dieu de Québec, St-Joseph, des Trois-Rivières, de Lachine, Providence, de Détroit, de Maurice Town, N.J., Maternité d'Ottawa et de Oak Parc, St-Vincent de Paul, de Sherbrooke, Sacré-Coeur, de Hull.



Registre Jeanne Mance

Gardes-Malades Diplômées

Siège social : Hôtel-Dieu

Plateau 1103

L'Union Médicale du Canada

CASIER POSTAL 3026

Administration: 2734 Christophe-Colomb, Montréal

ABONNEMENTS: Canada et Etats-Unis . . . \$3.00 — Etranger. . . \$3.50

BULLETIN D'ABONNEMENT

Je, soussigné, déclare m'abonner à L'UNION MEDICALE DU CANADA

pour l'année . . . , *et je vous adresse à cet effet la somme de*

..... en.....
Signature:

NOM et ADRESSE (*lisibles*):.....

.....

REVUE GÉNÉRALE

Analyses de quelques travaux récents

Gangrène des pieds. Remarques thérapeutiques (Achard et Bloch, "Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris", No 27, 30-7-25).—A. et B. présentent un cas de gangrène des pieds dont l'étiologie n'appartient pas à l'artérite, à la névrite ou au diabète. C'est le traumatisme qui est ici en cause. Le malade a gardé ses chaussures pendant trois semaines, préférant ne pas les ôter, à cause de la douleur. Le cuir, devenu dur et racorni par la boue, a causé des érosions qui sont allées jusqu'à la gangrène totale des deux pieds, gangrène humide avec lymphangite œdémateuse. Traitement: sérum antigangréneux avec bon résultat; élévation du membre (angle 45° avec le plan du lit) pour que la gangrène devienne sèche; baume du Pérou pour s'opposer à la putréfaction des tissus sphacelés.

La malade va bien et la complication habituelle (formation d'une fusée purulente dans l'épaisseur de la plante du pied) n'a pas eu lieu. Conclusion: l'intervention, quoique très limitée, aurait sacrifié tout l'avant-pied que le traitement médical conserve.—ROMEO BOUCHER.

Essai de chimiothérapie intraveineuse de la blennorragie par le chlorhydrate de diamino-méthyl-acridine (Jausion, Diot et Vouresakis, "Bull. et Mém. de l'Acad. de Méd., séance du 2 juin).—Les glandes péri-urétrales sont inaccessibles par voie externe; c'est pourquoi les auteurs ont tenté de les atteindre par voie intraveineuse en se servant du chlorhydrate de diamino-méthyl-acridine, mieux connu sous le nom de tryptaflavine ou d'acriflavine ou de gonacrine. Employé déjà contre la grippe, les pyonéphrite, les septicémies puerpérales, les méningites, les arthrites et les endocardites, ce produit a prouvé qu'il avait un réel pouvoir anti-gonococcique.

Voici la technique employée pour les 1417 injections que les auteurs ont faites. Solution de gonacrine dans de l'eau distillée au taux de 1/50. Injection tous les deux jours de 5 c.c. de cette solution. Effectuer à chaque injection un brassage du sang.

Inconvénients: aucun. Pas d'action sur le rein. Choc négligeable. Petits coups de lumière, facilement évitables par absorption de 0.25 ctgr. de résorcine. Douleur aiguë et empâtement dans les tissus quand le liquide y pénètre. Jamais d'escarre.

Résultats thérapeutiques: sur 60 sujets régulièrement soumis aux seules injections intraveineuses, les auteurs ont noté 37 guérisons complètes, 15 améliorations très sensibles laissant espérer d'un jour à l'autre la guérison, 11 améliorations moins marquées et 4 échecs complets. Les auteurs tiennent à faire remarquer que les blennorragies de première invasion avortent la plupart du temps en quelques injections. Les autres dépendent du sujet, de l'âge de la maladie et des atteintes antérieures. L'orchite est guérissable par cette méthode mais guère plus rapidement qu'à tout autre procédé. Certains cas d'urétrite postérieure avec cystite,

prostatite ou cowpérite, d'orchi-épididymite unilatérale et d'iritis simultanément survenues ont guéri parfaitement en une quarantaine de jours. A noter chez certains sujets un relèvement marqué de l'état général.

ROMEO BOUCHER.

Un cas de noma amélioré par le Stovarsol (Vogue, "Bull. de la Soc. de Path. Exotique", séance du 13 mai 1925).—V. présente un cas très grave de noma. Traitement institué: extirpation des tissus les plus sphacelés. Application matin et soir de poudre de stovarsol delayée dans un peu d'eau, injection sous-cutanée quotidienne de 150 gr. de sérum physiologique. L'auteur a aussi essayé d'autres sels arsénicaux et en vient à la conclusion que novar, stovarsol et tréparsol sont les médications de choix pour les ulcères phagédéniques à association fuso-spirillaire, mais qu'il n'est pas inutile de les alterner avec la poudre de Vincent, le nitrate double de zinc et d'argent ou une solution d'acide salicylique.

ROMEO BOUCHER.

Note sur le traitement du Pian par le Stovarsol (G. Bouffard, "Bull. de la Soc. de Path. exotique", séance du 5 avril 1925).—Trente cas de pian traités par le stovarsol, la plupart des enfants, ont guéri par l'administration de 0 gr. 50 de stovarsol en deux fois pendant deux jours. Quelques malades ont eu besoin d'un traitement plus énergique à cause de l'étendue des lésions pianiques (6 comprimés en deux jours, huit jours après la première série). A la date du 1er novembre 1925, 75 enfants ont été traités avec succès par cette méthode. Cependant l'auteur ajoute que dorénavant la posologie définitive sera de trois comprimés de 0.25 ctgr. deux jours de suite.—ROMEO BOUCHER.

L'Amino-Arséno-Phénol dans les complications de la Blennorragie (O. Michaelis, "Bruxelles Médical", 28 juin 1925).—L'éparséno, préparation No 132 de Pomaret, a donné aux mains de l'auteur des résultats encourageants dans les complications de la blennorragie, alterné toutefois avec d'autres médicaments. Le but est de profiter de la réaction produite par l'éparséno qui est violente et qui nous permet d'éviter l'accoutumance. Pour éviter une trop grande réaction, il faut tâter d'abord la susceptibilité du malade surtout dans les catarrhes postfonorrhéique de fraîche date et dans les métrites et salpingo-ovarites aiguës ou chroniques. Toutefois, il faut noter que ces fortes réactions amènent notamment chez les femmes un nettoyage général suivi d'une sédation de tout symptôme.

Conclusion générale: On guérit métrites et salpingites blennorragiques par des cures prolongées d'injections intramusculaires variées de médicaments tels que gonovaccins, antipyogène, éparséno, caséosan, urénile intraveineux en deux à six mois et plus sûrement qu'avec d'autres méthodes actuellement employées.—ROMEO BOUCHER.

Université de Montréal

Faculté de Chirurgie Dentaire

Affiliée à l'Association Nationale des Facultés Dentaires Américaines

Cher Docteur,

La Faculté de Chirurgie Dentaire avait, depuis longtemps déjà, formé le projet d'instituer des cours périodiques de perfectionnement (post graduate), où les chirurgiens-dentistes pratiquants pourraient, sans sortir de leur province, venir se mettre au courant des progrès accomplis dans la science dentaire, depuis leur départ de l'Université.

Pour la première fois la Faculté est aujourd'hui en mesure de réaliser partiellement cet article de son programme. Des cours et cliniques d'anesthésie et d'extraction sous la direction du docteur Ernest Charron et des cours et cliniques de prothèse sous la direction du docteur J.-A. Pinault, seront donnés, durant la deuxième semaine de septembre, du 7 au 12. Vous en trouverez sous ce pli, le programme détaillé.

Les honoraires sont payables au trésorier général de l'Université le ou avant le 5 septembre. Vu la courte durée des cours le nombre des inscriptions devra nécessairement être limité. Vous êtes donc prié de vous mettre, le plus tôt possible, en communication avec les docteurs Charron et Pinault pour réserver votre place.

Veuillez agréer, cher docteur, l'assurance de mon sincère dévouement. Pour le conseil exécutif de la faculté de Chirurgie Dentaire.

Le Vice-Doyen,

JOSEPH NOLIN.

PREMIER COURS DE PERFECTIONNEMENT

Anesthésie, extraction et prothèse, du lundi le 7 au samedi le 12 septembre.

Anesthésie et Extraction, sous la direction du Dr E. Charron. Ce cours porte sur l'anesthésie générale et l'anesthésie locale, sur l'extraction des dents et des racines incluses.

Anesthésie générale: Tous les anesthésiques généraux seront passés en revue ainsi que les découvertes modernes qui s'y rattachent. Une série de démonstrations pratiques permettra aux dentistes qui suivent ces cours d'apprécier l'application des méthodes les plus récentes.

Anesthésie locale: L'anesthésie régionale, l'anesthésie par infiltration pour l'extraction, le traitement des pulpes et la préparation de cavités et toutes les autres méthodes seront exposées et étudiées à tour de rôle.

Extraction: Technique générale, emploi des élévateurs, des ciseaux et des fraises. Ablation des arcades anormales pour réception immédiate des pièces de prothèse. Traitement des complications post-opératoires.

Prothèse, sous la direction du Dr J.-A. Pinault. Ce cours portera surtout sur la confection des dentiers complets. Il comprendra.

1° L'examen systématique de la bouche et l'analyse comparée des diverses anomalies que rencontre le dentiste pratiquant.

2° Prise d'empreinte scientifique d'après les méthodes récentes. Méthode Stents à haute et basse fusion, avec plâtre pour adaptation capillaire et résistance aux contractions musculaires.

3° Articulation anatomique; équilibre des forces de mastication.

4° Montage anatomique, artistique et physiologique des dents.

5° Les plaques métalliques estampées et coulées (méthode directe et indirecte.

6° Ajustement et contrôle final des pièces de prothèse.

MM. les Médecins sont cordialement invités.

— o —

Essai thérapeutique

Bouillon de légumes.

Formule de Méry :

Carottes	40 grammes
Pommes de terre	30 grammes
Navets	10 grammes
Pois et haricots secs	10 grammes
Sel marin	4 grammes
Eau	2 litres

Eplucher et laver les légumes et laisser bouillir pendant 4 heures, recueillir le bouillon sans les légumes. Faire du bouillon frais chaque jour : la conservation est douteuse.

Autre formule :

Blé	} ââ 50 grammes
Orge perlé	
Maïs concassé	
Haricots blancs secs	
Pois secs	
Lentilles	

Faire bouillir pendant 3 heures dans 3 litres d'eau, après ce laps de temps le bouillon s'est réduit à un litre.

(Konings)