

MÉMOIRES

LE LAVEMENT ÉLECTRIQUE⁽¹⁾

Par A. LAQUERRIERE,
Electroradiologiste des hôpitaux de Paris.

En France trop souvent, et il me semble qu'il pourrait bien en être de même au Canada, le lavement électrique est considéré comme une sorte de formalité. Devant un malade dont l'intestin ne fonctionne plus, s'il est vraiment trop agonisant pour subir une opération, on essaie cette épreuve pour faire quelque chose; si au contraire il est opérable, on fait faire un lavement et en hâte on opère sans en attendre les résultats.

Ce procédé thérapeutique vaut mieux que cela. Lejars disait en 1909 (Congrès de l'Ass. Franc. pour l'avancement des sciences): "Rien n'est plus regrettable que le retard trop souvent apporté à l'épreuve électrique; on dirait parfois, à voir ce qui se passe et ce qui se dit dans la pratique courante, qu'il s'agit là d'une thérapeutique d'exception, fort complexe, fort lointaine, à laquelle on ne recourt qu'en dernier ressort. Or, il conviendrait que l'électricité devînt un procédé de thérapeutique courante". Je cite ce texte parce que, émanant d'un électrothérapeute mais non d'un chirurgien, il ne peut être suspect de partialité; en tant qu'électrothérapeute, j'y souscris complètement.

Voyons donc en quoi consiste le lavement électrique. Il y a environ 60 ans que Boudet, de Paris, eut l'idée d'utiliser l'eau d'un lavement comme électrode interne, tandis qu'une grande plaque posée sur le ventre servait d'électrode externe, et de faire passer du courant continu. Il faut naturellement des instruments spéciaux, en particulier une sonde rectale permettant d'introduire l'eau et le courant et sans que ce dernier risque de cautériser la muqueuse. Je n'entre pas dans les détails de technique qui se trouvent dans les classiques.

(1) Communication à la Société de Gastro-entérologie de Montréal, janvier 1934. (Travail du Service d'Electroradiologie et de Physiothérapie de l'hôpital Notre-Dame.)

Sous l'influence de ce lavement, on voit très souvent l'obstruction disparaître. Quel est le mécanisme qui explique ce résultat? Il faut reconnaître que nous ne le savons pas d'une façon précise.

Ce que l'on peut affirmer c'est que nous ne provoquons pas, à la façon de certains purgatifs, un péristaltisme immédiat. Vers 1900 on s'imaginait que le rôle du lavement électrique consistait en une provocation directe et rapide de mouvements intestinaux, et l'on ajoutait à la technique primitive de Boudet des secousses et des renversements brusques de courant. Or, à cette même époque, nous passâmes, Delherm et moi, tous nos dimanches durant plusieurs années à étudier l'électrophysiologie de la fibre lisse. A notre grande surprise, il faut l'avouer, nous reconnûmes que: 1° les secousses brusques étaient sans effet sur la fibre lisse; 2° que le courant continu constant provoquait seulement une stricture de l'intestin au niveau du point d'application, mais pas de péristaltisme, au moins immédiat; 3° que le lavement électrique ne provoquait pas non plus de péristaltisme immédiat.

Depuis, Aubourg et Lebon ont vérifié chez l'homme que radioscopiquement le lavement électrique ne provoque pas de mouvements intestinaux.

Puisque le lavement électrique agit, il faut bien invoquer autre chose. On a donné de multiples explications: les trois principales qui interviennent, probablement toutes les trois, sont les suivantes:

a) *L'action du sel marin.* Pour que l'eau soit conductrice, on se sert en effet toujours d'eau salée; or, dans ces dernières années, on a montré que le chlorure de sodium, en lavement et en injection intra-veineuse avait une grosse action sur le péristaltisme intestinal. Mais signalons immédiatement que le lavement électrique en nombre de cas s'est montré efficace là où le lavement salé avait échoué. Peut-être faut-il penser qu'introduit électrolytiquement dans la paroi intestinale, c'est-à-dire incorporé comme partie intégrante des cellules vivantes, le chlorure de sodium a une action plus efficace.

b) *L'action sur les plexus abdominaux.* Nous savons, depuis les travaux de Delherm (1903) sur les algies des plexus sympathiques abdominaux, que le courant continu a une action très marquée sur ces plexus: disparition des douleurs et des spasmes, augmentation de la sécrétion et du péristaltisme. Il est donc tout à fait logique, les plexus étant intéressés par la diffusion du courant entre l'électrode rectale et l'électrode abdominale, de donner un rôle à leur électrisation. Mais si ce rôle était seul en cause on devrait avoir une meilleure action en les prenant mieux dans les lignes de flux, grâce

à une électrode antérieure et à une électrode postérieure. En fait, ce dispositif réussit quelquefois, mais est certainement très inférieur au lavement.

c) *L'excitation de la muqueuse rectale.* Nous savons que le suppositoire par irritation mécanique ou chimique est capable d'éveiller en un temps plus ou moins long un réflexe déterminant la mise en marche de l'intestin. Il est tout à fait logique d'admettre que par excitation des terminaisons nerveuses, et peut-être aussi par les faibles contractions qu'il détermine sur la paroi intestinale au voisinage de l'électrode, le courant électrique provoque, avec une puissance beaucoup plus grande, une action réflexe du même genre.

L'intervention de ces trois actions permet d'expliquer que dans tel cas la débâcle se produise immédiatement, que dans tel autre elle ne se produise que dans les heures qui suivent, ou à l'occasion d'une nouvelle séance, que dans tel autre cas enfin on constate une grosse amélioration des symptômes abdominaux et de l'état général bien qu'il n'y ait eu encore aucune évacuation.

Il faut en effet savoir que dans les cas favorables on peut se trouver devant ces diverses eventualités. Si la débâcle se produit durant la séance ou immédiatement après, la question est jugée; mais si elle ne s'est pas produite plus ou moins rapidement, doit-on d'emblée renoncer ou passer la main au chirurgien? Aucune règle absolue ne permet de réponse ferme, car ici, comme partout en médecine, l'expérience et le sens clinique sont les guides les plus précieux. Cependant, en France, il est classique de donner un tableau servant de base au pronostic et la conduite à tenir. Ce tableau est le résultat des données établies surtout par Lacaille, par Delherm et Laquerrière, par Zimmern, par Loubier, etc.

Durant la séance elle-même: *Signes défavorables:* si l'eau n'est pas retenue quoique la sonde ait été enfoncée profondément, il y a une atonie considérable du tube digestif; si le malade ne ressent aucune douleur, aucune colique, il est profondément cachectisé ou intoxiqué; si au contraire il y a des douleurs intenses, des coliques violentes, sans aucune évacuation, on se trouve en présence d'un obstacle que les contractions les plus énergiques ne peuvent vaincre.

Signes favorables: si le malade est capable de laisser pénétrer une quantité d'eau importante et la garder; s'il sent bien le courant, s'il ressent des coliques et des besoins de déféquer, si de temps à autre il expulse violemment le liquide (même propre), si surtout il y a émission des gaz fétides, et, encore plus, de matières en petite quantité, on peut bien augurer de l'avenir.

Après la séance: *Signes défavorables:* si le malade ne ressent rien, ou s'il y a continuation de coliques extrêmement violentes (d'un péristaltisme visible sous la peau) mais sans aboutissement; si les vomissements augmentent, si le pouls devient plus mauvais, s'il n'y a ni selle ni gaz, si le ventre reste aussi ballonné ou se ballonne encore plus, les chances de réussite paraissent faibles et il faut sans tarder passer la main.

Signes favorables: s'il y a des coliques passagères par crises, si les vomissements diminuent ou disparaissent, si le pouls s'améliore, s'il y a quelques gaz ou quelque début de matières; si le ventre, même sans émission de gaz, est moins tendu, moins ballonné, moins gros, il paraît y avoir tout intérêt à continuer.

Trois questions se posent alors: Faut-il faire quelque autre traitement entre les séances de lavements? Quand faut-il faire une nouvelle séance? Jusqu'à quel nombre faut-il renouveler ces séances?

Entre les séances on peut, au moins chez les malades relativement en bon état général, faire introduire dans le rectum une certaine quantité de solution de chlorure de sodium, ou une petite quantité d'huile, ces deux sortes de lavements devant être gardés; mais il me paraît tout à fait contre-indiqué de donner des purgatifs (sauf l'huile de ricin à dose légère) qui risquent de surmener d'une façon intempestive la fibre intestinale et de fatiguer le malade. Un adjuvant excellent, comme l'a montré dans sa thèse mon élève et collaborateur Loubier, est l'application sur le ventre d'un bain de lumière chauffant (la chaîne thermo-lumineuse de Delherm et Laquerrière par exemple). Par ce procédé on calme les douleurs quand il y en a, on donne au patient une sensation de douce chaleur et d'euphorie, on diminue le météorisme. Le bain de lumière à lui seul suffit souvent à lever l'obstruction chez les opérés du ventre dont la masse intestinale a été refroidie ou dont le non fonctionnement abdominal tient à un état de Schok.

En règle générale on doit répéter la séance dès que la fatigue a eu le temps de se dissiper complètement, c'est-à-dire au bout de 4 à 6 heures. (Si le malade dort, il est préférable de ne pas faire de séance la nuit.) En pratique, le plus souvent je donne 3 séances durant le jour et j'attends le lendemain matin.

Quant au nombre total de séances, il est impossible à préciser; ici encore c'est le sens clinique qui intervient. Dans telle occlusion suraiguë avec symptômes très alarmants, même s'il paraît y avoir une petite amélioration, on arrêtera, si 2 ou 3 lavements (8 ou 12 heures) n'ont pas donné de résultat.

Dans tel cas subaigu, où rien ne montre l'urgence d'intervenir, on peut continuer et continuer longtemps, au moins tant que les signes s'améliorent de séance en séance.

Enfin, dans les cas chroniques, si ces signes s'améliorent, on peut aller encore plus longtemps.

Ce que je voudrais que l'on comprenne c'est qu'il n'y a en aucun cas un chiffre fatidique. Il faut se conduire en médecin et non en mathématicien. L'électrologiste doit savoir abandonner si le malade ne s'améliore pas et abandonner très tôt; mais le chirurgien ne doit pas imposer une intervention à un sujet qui va beaucoup mieux sous le prétexte qu'il n'est pas totalement guéri après une, deux ou trois (suivant les écoles) épreuves du lavement électrique.

Il est indispensable de savoir que l'électrologiste et le chirurgien doivent travailler en collaboration étroite. Quand dans mes leçons aux jeunes électrologistes j'abordais le chapitre "technique du lavement électrique", je commençais toujours par ces mots: "Quand on vous téléphone pour vous demander d'aller donner un lavement électrique, la première chose à faire est de demander si un chirurgien a été prévenu et de vous mettre en rapport avec lui". Je crois que nombre de mes collègues des hôpitaux de Paris considèrent comme moi que c'est là le premier point du manuel opératoire.

Au hasard de mes souvenirs, je citerai quelques observations particulièrement démonstratives.

Et d'abord un cas d'insuccès.⁽¹⁾

Il y a quelque 25 ans, un médecin de Paris m'amène voir sa mère âgée de près de 80 ans et demeurant très loin à la campagne. Je trouve une femme souffrant atrocement et dont l'intestin grouillait sous la paroi comme une nichée de serpents. Je déclarai que ce n'était pas de mon ressort et qu'il existait certainement un obstacle qu'aucune contraction ne vaincrait. Devant les instances du confrère, je fis une séance dont le seul résultat fut d'augmenter les douleurs et je laissai mes appareils. On procéda par la suite à encore une douzaine de lavements en très peu de jours, puis on finit par où on aurait dû commencer, par une laparotomie, qui fit trouver un rétrécissement cancéreux dont le calibre était à peine celui d'une allumette. Je cite ce cas uniquement pour montrer que l'intensité des contractions peut en certains cas être une contre-indication.

Passons maintenant à des succès.

Une dame de 71 ans ⁽²⁾ est prise le 4 décembre de frisson, de fièvre et de douleurs du côté droit du ventre. On constate la présence d'un fibrome

(1) Laquerrière, Société française d'Electrothérapie et de Radiologie, décembre 1910.

(2) Laquerrière et Watteau, Société française d'Electrothérapie et de Radiologie, avril 1922.

ayant le volume d'une tête d'adulte, et de l'existence duquel la malade ne s'est jamais doutée. Le 7, comme il n'y a pas eu de selle depuis 3 jours et que le ventre est encore ballonné, mais beaucoup moins douloureux. 2ème lavement: tympanique, vives douleurs, fièvres, vomissements bilieux, dépression générale intense, *asthénie complète*. Un chirurgien se déclare peu disposé à intervenir. Le 9 (5e jour sans selles ni gaz), 1er lavement électrique à 9 heures du matin; l'eau n'est pas gardée, elle ressort propre, pas de coliques, cependant émission de quelques gaz très fétides. Le pronostic paraît mauvais. Le même jour à 18 heures, bien qu'il n'y ait pas eu de selle, la malade est transformée; elle a bonne mine, cause, remue, est assise sur son lit; le ventre est encore ballonné, mais beaucoup moins douloureux. 2ème lavement: l'eau est gardée; durant la séance et à sa suite, gaz très abondants, matières diluées en quantité très notable, disparition des douleurs. Le 10 au matin, 3ème application: évacuation assez abondante de matière, journée bonne, pas de fièvre; le 11, lavement simple qui ne donne pas de résultat, le soir reprise légère de la température. Aussi le 12, 4ème lavement électrique qui provoque une bonne évacuation; le 13, 5ème lavement, après lequel selle normale, mais il y a encore un peu de fièvre le soir. Le 14, 6ème lavement, qui produit, après une selle normale, l'évacuation de lait caillé non digéré. Par la suite il n'y a plus eu à intervenir pour l'intestin, qui, soit spontanément, soit avec l'aide de procédés anodins, a fonctionné régulièrement, et la malade, rétablie, peut reprendre une vie normale. Elle meurt d'ailleurs, en mars suivant, d'accidents infectieux non déterminés, sans que l'obstruction se soit reproduite.

Voilà donc un cas où nous n'avons eu un résultat définitif qu'après 6 applications.

Chez une très vieille fille, constipée chronique, j'ai vu la débâcle définitive sculement vers le 20ème jour, au 13ème lavement, alors que nous avions plusieurs fois interrompu le traitement parce que nous avions constaté une fausse débâcle. Si nous avons ici persévéré c'est que d'une part le chirurgien s'était montré très peu enthousiaste d'une intervention, c'est que d'autre part, *malgré l'absence de selle*, il y avait eu entre la première et la deuxième séance une véritable résurrection.

Cette même transformation se trouve dans le cas suivant. (Je ne puis retrouver où je l'ai publié et n'ayant pas de texte je suis forcé d'en faire un résumé un peu vague.)

Homme entre 50 et 60 ans, présentant depuis longtemps une très grosse hernie ombilicale. Un jour cette hernie s'étrangle; le médecin du pays (il habite la campagne) réduit la masse, mais les phénomènes d'étranglement persistent. On transporte le malade en maison de santé à Paris. Un chirurgien ouvre, libère le sac. Il ne se produit aucune amélioration: 2ème intervention; l'opérateur s'assure que le sac n'étrangle plus et déroule le plus d'anses intestinales possible sans trouver la cause. Il referme et, comme il n'y a aucune amélioration, considère le malade comme perdu; néanmoins

devant les instances de la famille il me fait demander à 10 heures du soir. Je trouve un sujet (je ne me souviens plus actuellement du nombre de jours qui s'était écoulé depuis la dernière selle, mais il était respectable) qui est encore très vigoureux, a des vomissements, non plus même fécaloïdes, mais franchement fécaux, et qui est en plein délire; on est obligé de le maintenir par la force dans son lit. Premier lavement électrique qui probablement n'a pas eu grand résultat, car je me retire en recommandant de me téléphoner de ne pas me déranger si le malade est mort.

Le lendemain matin, à ma grande surprise, je trouve un homme bien vivant, causant tranquillement avec sa famille. Je ne sais plus s'il y a eu ou non durant la nuit une petite selle; mais ce que je sais c'est qu'un deuxième lavement provoque immédiatement une débâcle abondante après laquelle le malade est guéri et n'a plus qu'à attendre la cicatrisation de la plaie opératoire, qui se produit normalement.

Je vous donne seulement des exemples, car je n'ai jamais établi une statistique pour l'excellente raison que, à Paris, en clientèle de ville, il m'est arrivé très souvent, sur les instances de la famille, de donner un lavement à un véritable cadavre, pour lequel il n'y avait plus rien à faire. Je vous citerai seulement le travail de Delherm, Grunspan de Brancas et Morel Kahn, qui concernait uniquement des malades d'hôpital, c'est-à-dire des malades chez lesquels cette thérapeutique paraissait indiquée. Les résultats sont les suivants:

Obstruction suite de constipation invétérée, 5 cas: un seul échec.

Occlusion aiguë sans cause connue, 4 cas: un échec (on constata par la suite une néoplasie), 3 succès, mais dans l'un d'eux une rechute rapide nécessitant un anus artificiel (sujet de 72 ans).

Occlusions dans des péritonites: 2 cas, 2 échecs.

Occlusions post-opératoires chez des sujets ayant subi une opération de hernie étranglée: 2 cas, 2 succès.

Mais si je crois préférable de choisir les sujets, cela ne veut pas dire que nous soyons très fixés sur les indications et les contre-indications. En pratique d'ailleurs il faut bien dire que le plus souvent nous sommes appelés d'urgence et qu'on n'a ni diagnostic ni le temps d'en chercher un.

Il existe une *contre-indication formelle*: la présence d'une collection inflammatoire quelconque de l'abdomen (appendicite aiguë, abcès divers); les manœuvres du lavement pourraient faire ouvrir la poche. De même il ne faut pas faire de lavement quand il existe un cancer bas situé que la sonde peut déchirer, ou des lésions graves de la muqueuse intestinale dans toute la région que la sonde peut atteindre. Il y a aussi comme contre-indications tous les cas, la hernie étranglée

par exemple, où une intervention chirurgicale s'impose d'urgence.

Ce qu'il ne faut pas faire c'est essayer de transformer le lavement électrique en traitement de la constipation. Le lavement électrique est une médication d'urgence, destinée à lever un obstacle momentané; mais répété indéfiniment — ce qui devient nécessaire dans la constipation chronique — après une période d'amélioration plus ou moins nette, il finit par agir à l'inverse du but poursuivi, parce qu'il provoque de l'irritation et du spasme.

On place aussi dans les contre-indications le volvulus et les torsions; mais le plus souvent le diagnostic n'est pas posé et l'essai du lavement électrique est dans ces cas sans inconvénient.

On a peu de chances de réussir dans l'iléus paralytique des péritonites et dans les cas de stercorémie très accentuée. Dans tous les autres cas, un très mauvais état général du sujet peut rendre le résultat aléatoire, mais permet de tenter l'épreuve.

On aura le plus souvent d'excellents résultats dans l'iléus paralytique des vieux constipés et des accouchées, des opérés du ventre, des lithiasiques (du foie ou des organes urinaires), des intoxiqués (en particulier dans la colique de plomb où le lavement calme les douleurs puis rétablit le fonctionnement intestinal). On peut avoir des résultats dans l'occlusion par enclavement de l'utérus chez les femmes enceintes (comme j'en ai publié un cas brillant: tout était prêt pour faire une césarienne quand je suis intervenu). On peut enfin avoir des résultats passagers dans des rétrécissements cancéreux.

En somme, le lavement électrique, s'il a l'inconvénient de demander un matériel spécial et, au moins dans les cas graves, une certaine expérience de l'opérateur, mérite d'être plus connu. Suivant les paroles de Lejars (*loc. cit.*), "on ne l'utilise dans la pratique commune ni assez souvent ni assez tôt".



VIA DOLOROSA

Par J.-U. GARIEPY, F.R.C.S. (C.),

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal,
Chirurgien à l'hôpital Notre-Dame.

Combien mystérieuses sont les voies de la douleur, et ses différentes modalités relèvent de son essence même. Tantôt elle emprunte la route somatique, tantôt elle chemine dans les sentiers sympathiques. C'est tantôt la vie de relation qui est en cause, tantôt c'est la voie végétative qui est intéressée. Mais pour une fois que le système cérébro-spinal est atteint, c'est dix fois que la rubrique sympathique sera à l'affiche. Mais pourquoi ce décalage?

C'est que le système sympathique est un nerf diffus; il est partout. Il ne faut pas voir en lui un complément, un prolongement du système cérébro-spinal, mais, au contraire, il faut considérer le sympathique comme le système de fond et le nerf cérébro-spinal n'est qu'une acquisition, un perfectionnement permettant la vie de relation. Comme le dit Delmas dans son livre: Anatomie médico-chirurgicale du système nerveux végétatif: "D'une grande richesse et d'une infinie complexité, le système sympathique s'insinue dans l'intimité de tous les tissus en un réseau ténu sur lequel le système cérébro-spinal est venu, comme une broderie sur un canevas serré, jeter le dessin de ses nerfs périphériques partout où il devait apporter l'influx nerveux volontaire."

Voies sensibles douloureuses: L'unité anatomique du système nerveux est le neurone. Un stimulus externe douloureux avant d'atteindre le cortex sensitif traverse au moins trois neurones. Exemple: une sensation douloureuse dans un nerf spinal. Les cellules du neurone sont situées dans le ganglion spinal. Le neurone périphérique pénètre dans la moelle par voie de la racine postérieure et forme synapse avec une cellule de la corne postérieure. De là, il passe à la partie moyenne de la moelle. Ce faisceau charrie aussi la sensibilité thermique. Le tractus spino-thalamique monte dans la moelle et parvient à la couche optique ou thalamus où il se synapse avec une cellule du troisième neurone qui court à travers le genou de la capsule interne et continue pour finir dans le cortex sensitif de la zone post-rolandique.

De nombreux chirurgiens ou expérimentateurs ont fait des rhizotomies postérieures en vue d'interrompre le cours de la douleur.

Mais elle persistait. On a alors sectionné les racines antérieures et la douleur a disparu, preuve que les racines antérieures contiennent des fibres sensibles, déterminant ce qu'on a nommé la conduction antidromique ou conduction à rebours. Même dans ce dernier cas, la douleur a parfois continué. Si donc la douleur se maintient après résection des racines antérieures et postérieures, c'est qu'elle épouse un autre chemin. Restait alors à attaquer la voie sympathique. Après injection ou intervention sur le sympathique, la douleur s'évanouissait, preuve évidente alors que c'était bien lui qui était en cause. Et l'on comprend facilement pourquoi, puisque c'est le nerf qui s'infilte partout.

Les nerfs somatiques ont une distribution tronculaire bien déterminée et une affectation systématique toujours la même. C'est un système à épis terminaux tandis que le sympathique est un réseau fermé. Une incitation nerveuse pourra partir d'un point quelconque de l'organisme et avoir souvent sa répercussion à un endroit fort éloigné de son point d'origine. C'est ce qui explique les interrelations ou les interdépendances des réactions qui surviennent dans ce labyrinthe nerveux. Il y a une grande ressemblance entre ces chocs intrasympathiques et les oscillations ou vagues qui existent dans le son, dans l'eau, dans l'air. Il y a une série de fluctuations qui finissent par s'amoindrir et disparaître complètement. Ce n'est que lorsque l'équilibre est rétabli que renaît le calme.

Dans la voie sympathique, les mailles composant le filet s'étendent dans les coins même les plus reculés de l'organisme. Plexus péri-vasculaires enlaçant intimement les artères et les veines, augmentant en richesse au niveau des bifurcations, surtout à la racine des membres, diminuant à mesure qu'on s'en éloigne, mais remplacés alors par des arborescences, jetées çà et là par les nerfs somatiques et finissant aux capillaires en bouquets d'une richesse infinie. Les artères viscérales sont accompagnées de fibres sympathiques et les font pénétrer dans l'intimité des tissus, maintenant avec elles la nutrition, la régulation thermique, le tonus cellulaire et trophique.

Tous les systèmes reçoivent leur part de cette orgie sympathique : glandes endocrines et autres, système osseux, lymphatique : aucun n'est oublié. Comment alors ne pas concevoir qu'avec une ramification nerveuse semblable, la douleur ne trouve des routes toutes prêtes pour pouvoir les parcourir librement et fréquemment ! Quand tous les moyens d'investigation ont été épuisés pour localiser la douleur, tournons-nous vers le sympathique et nous avons presque toujours la réponse à l'énigme troublante qui souvent nous harcèle, nous exaspère

et nous donnerait visages de vaincus si nous néglignons de nous orienter vers ce Protée dont nous voyons si souventes fois pointer un des mille facies à travers la symptomatologie.

Devant toute douleur d'origine inconnue, ne se rapportant pas à un territoire nerveux bien défini, affectant des allures surnoises, douleur diffuse embrassant la totalité d'un membre ou occupant un territoire vague, indéterminé dans les régions viscérales, il y a intérêt et intérêt immédiat à rechercher la participation du sympathique dans la genèse et l'évolution de la douleur.

Mais pour dépister ce fourbe, nous avons une arme extraordinairement précieuse et efficace dans l'exploration para-vertébrale par la novocaïne: ce que nous appelons l'injection-diagnostic.

Von Gaza⁽¹⁾ fut le pionnier en cette méthode de la recherche des sentiers obscurs de la douleur. Il fut imité, dans la suite, par Mandl, Swetlow, Minter et White, Flotow et un certain nombre d'auteurs américains.

Laewen avait déjà démontré qu'en bloquant, par novocaïne, les rameaux communicants des ganglions thoraciques sympathiques inférieurs (du 7^e au 11^e) et lombaires supérieurs chez des patients souffrant de douleurs abdominales graves et sérieuses, il parvenait à faire disparaître ces souffrances, prouvant par là que les fibres sensibles des viscères abdominaux supérieurs circulent dans les nerfs splanchniques et entrent dans la moelle par les segments suivants:

Oesophage	— D ⁵ — D ⁶
Estomac	— D ⁷ — D ⁸
Vésicule biliaire	— D ¹⁰ à droite
Iléon	— D ⁹ — D ¹⁰
Reins	— D ¹² — L ¹
Appendice	— L ¹ — L ²

Il y a plusieurs méthodes d'injection-diagnostic utilisables. L'épreuve fébrile de Brown qui consiste à injecter ½ c.c. de vaccin anti-typhique par la voie endoveineuse: mais cette injection produit de hautes températures, des nausées, des vomissements, un malaise extrême. Ce n'est qu'une épreuve indirecte, puisqu'elle détermine une vaso-dilatation sans aucune précision sur la douleur. La rachi-anesthésie est une méthode simple d'amener la vaso-dilatation et l'hyperthermie locale. On ne peut plus en user que pour les membres inférieurs et elle ne renseigne pas sur la douleur puisqu'elle atteint

(1) Von Goza. W. — Die Resektion der Paravertebralen Nerven und die isolierte Durchscheidung des Rannes Communicano—Arch. f. klin. Chir., 133-429, 1924.

toutes les fibres sensibles. L'injection directe dans les troncs nerveux est efficace mais incomplète puisqu'elle ne touche pas toutes les fibres sympathiques.

La méthode que nous préférons est celle des injections paravertébrales parce qu'elle est élective, étant faite à proximité exacte des ganglions sympathiques. Mais pour donner une réponse juste, il faut qu'elle soit bien exécutée. En produisant l'anesthésie à des niveaux fixes, nous pouvons déterminer d'avance les résultats d'une opération. Le principal avantage du procédé que nous prônons, c'est de localiser la douleur, et si elle s'enfuit, la résection ou l'injection d'alcool produiront le même effet. Ceci mérite importance dans les cas où l'on peut soulager la douleur, même si la circulation vasculaire demeure inchangée.

Technique des injections

Plusieurs techniques sont en vedette. Elles ne s'opposent pas les unes aux autres, mais elles se complètent ou se substituent les unes aux autres. C'est une question d'entraînement, d'habitude, de tempérament ou de doigté.

Vient d'abord la méthode de Lundy qui consiste à insérer des aiguilles à deux travers de doigts de la ligne médiane postérieure du corps, en regard des apophyses épineuses à la région dorsale et dans les espaces intertransversaires, aux lombes. La distance habituelle varie de 2½ à 3 centimètres selon les dimensions des corps vertébraux, avec l'idée de frôler de près le corps des vertèbres en enfonceant les aiguilles. L'insertion se fait perpendiculairement jusqu'à rencontre de l'apophyse transverse. L'aiguille est alors dirigée obliquement de façon à glisser soit au-dessus, soit au-dessous de cette apophyse et elle est alors poussée à deux travers de doigts en profondeur, i.e., à 2½ à 3 centimètres.

On dépose alors 5 c.c. d'une solution de néocaïne à 1% ou 2 à 3 c.c. à 2% dans chaque aiguille, et si les aiguilles sont bien en place, l'hyperthermie du membre en cause apparaîtra dans les 5 à 15 minutes suivantes, selon que la pointe de l'aiguille est plus ou moins près de la chaîne sympathique. Si la température locale n'augmente pas dans le laps de temps ci-dessus mentionné, on retire les aiguilles et on serre de plus près le corps des vertèbres ou en angulant légèrement vers la ligne médiane.

A la région thoracique, la méthode reste la même.

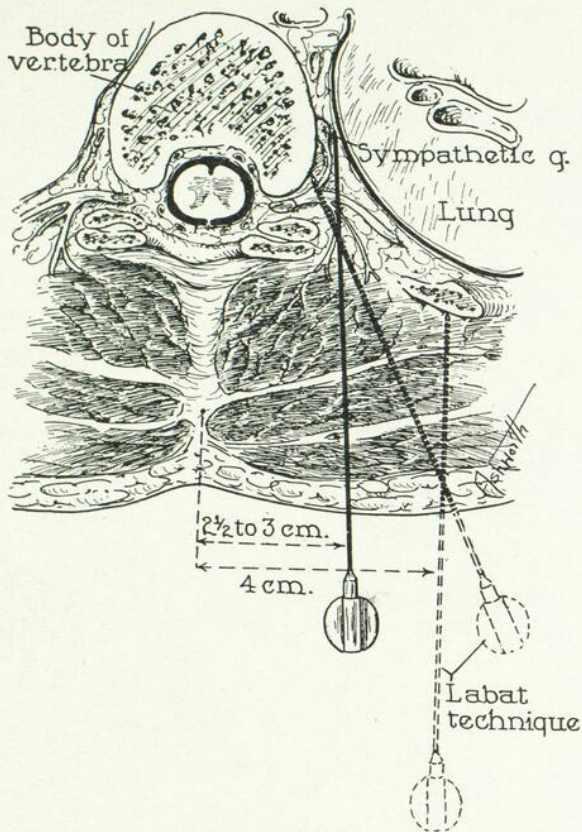


FIG. 1.—Point d'introduction de l'aiguille dans la région dorsale, suivant la méthode de Lundy et la technique de Labat (d'après Labat).

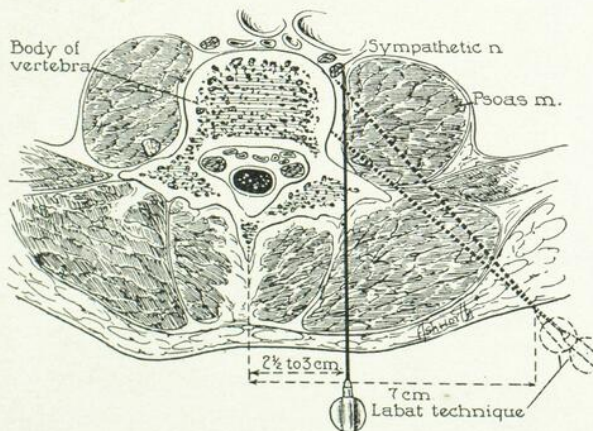


FIG. 2.—Illustration de la technique de Lundy et Labat pour l'injection lombaire (d'après Labat).

Labat plante ses aiguilles à 4 centimètres de la ligne médiane et, pour lui, cette mensuration est mathématique. Il ne faut pas s'en écarter, exception faite pour les personnes grasses ou fortement musclées où alors il faut ajouter 1 centimètre. A la région thoracique, l'aiguille est enfoncée perpendiculairement à la peau et la pointe cherche la côte sous-jacente. Dès qu'elle est perçue, la direction de l'aiguille est changée et orientée à environ 25° et, passant entre les

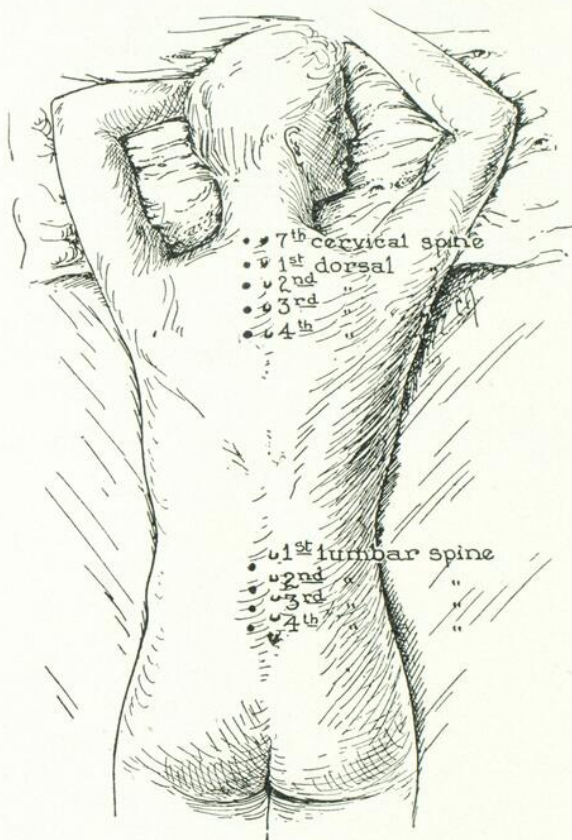


FIG. 3.—Point d'introduction des aiguilles pour les injections dorsales et lombaires suivant la technique de Lundy. Le premier segment dorsal est opposé à la VIIe cervicale, indiquant que l'injection dorsale se fait sur le plan des vertèbres tandis que l'injection lombaire se pratique sur le plan des espaces intervertébraux.

côtes sus et sous-jacentes, elle est pointée vers le corps vertébral. Sitôt celui-ci atteint, l'aiguille est retirée légèrement et, par une série de mouvements, on tâte de la pointe le corps de la vertèbre jusqu'à ce que l'on sente le terrain manquer: on est alors en bonne position. Et l'on injecte alors néocaïne seule ou néocaïne et alcool.

A la région lombaire, le repère profond est l'apophyse transverse. Dès qu'on est au contact, on pousse l'aiguille à 45° pour toucher le corps vertébral. On retire alors et on cherche à pousser le long du bord externe de la vertèbre. White, de Boston, a adopté la méthode Labat mais avec quelques modifications peu sensibles.

Nous, personnellement, nous avons adopté la méthode Labat-White, parce que la technique Lundy laisse dans l'incertitude. On n'a aucun point de repère en profondeur.

Dans le procédé Labat, à moins d'être bien entraîné, il y a toujours le danger de ponctionner la plèvre, mais une quinte de toux nous en avertit immédiatement. Va sans dire qu'on ne pousse pas d'alcool dans les aiguilles si la toux survient.

Deux raisons ordinaires d'insuccès sont de placer les aiguilles ou à une distance trop éloignée ou à une profondeur insuffisante, car il ne faut jamais oublier que la chaîne sympathique est située au fond de l'angle costo-pleural dans le thorax ou sur le bord antéro-latéral des vertèbres, à la région lombaire.

Pour les affections évoluant au-dessus de la clavicule, les aiguilles sont posées vis-à-vis la 7^e cervicale, la 1^{ère} et 2^e apophyses épineuses dorsales; pour les bras, en regard de la 1^{ère}, 2^e et 3^e apophyses épineuses dorsales; pour les membres inférieurs, dans les 1^{er}, 2^e, 3^e et 4^e espaces intertransversaires lombaires.

Nous ne voulons pas retenir votre attention plus longuement, mais nous avons l'intention de publier prochainement une série d'études sur la douleur, sur ses modalités, sa genèse et sur les résultats que nous avons obtenus jusqu'ici par la pratique des injections paravertébrales.

Nous avons déclaré, ici même, il y a un an, que nous étions parti en guerre contre la douleur. Il nous faisait mal de voir des malades se tordre dans les spasmes de la souffrance sans qu'on pût souvent remonter à la source de leurs tourments et sans souvent aussi, plus malheureusement encore, pouvoir les soulager. Aujourd'hui que nous possédons cette arme merveilleuse et étonnante qu'est l'injection paravertébrale, nous lançons de nouveau, mieux appuyé cette fois, un ultimatum de défi à la douleur. Nous avons bien le maniement de cette arme, croyons-nous, et nous vaincrons.



RECUEIL DE FAITS

CHOLÉCYSTITE CALCULEUSE ET DIABÈTE — OPÉRATION — RÉSULTATS ⁽¹⁾

Par **L.-Henri Gariépy**,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Cas No 209. Femme de 64 ans. Se présente à la clinique du diabète le 6 février 1934 pour des douleurs aux bras, au dos et aux jambes qui ont débuté il y a environ huit mois. Elle est, de plus, diabétique.

Famille: Dans la famille, pas de tuberculose ni de diabète. Son père serait mort d'une maladie du cœur.

Histoire personnelle: Peu de chose: scarlatine dans l'enfance.

Mariée à 24 ans.

Ménopause à 56 ans, sans incident.

Mena 10 grossesses à terme, eut une fausse couche et un accouchement prématuré.

Entre 40 et 60 ans, fit plusieurs crises de calculs hépatiques, bien caractérisées, dont l'une fut accompagnée d'ictère vers l'âge de 50 ans.

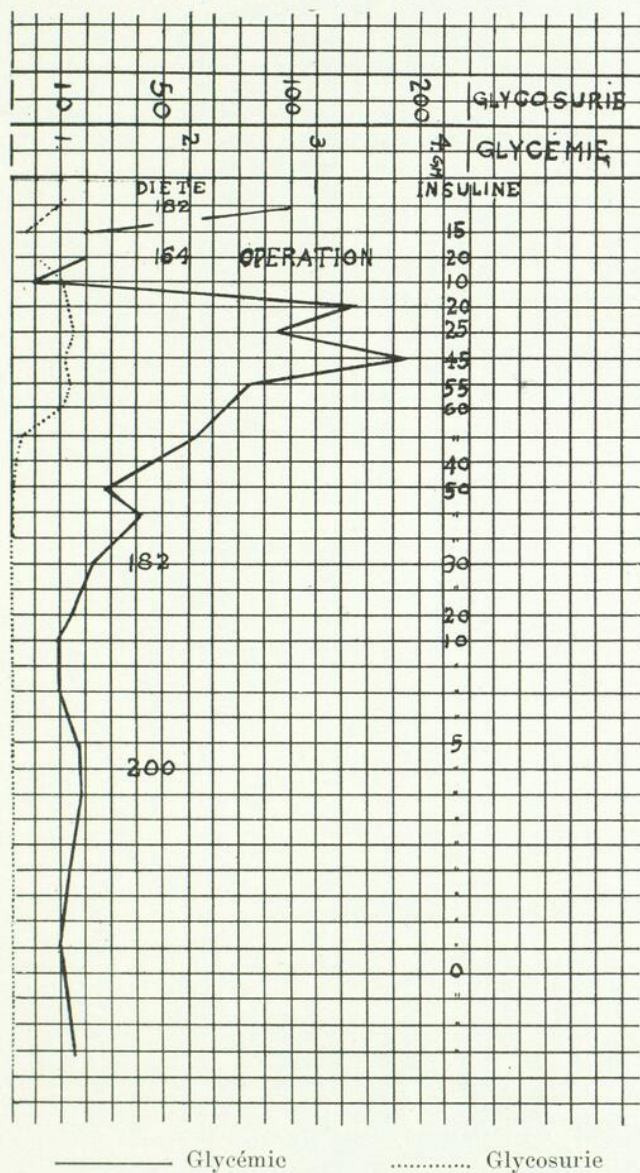
Maladie actuelle: Le diabète fut découvert, il y a huit ans, par un médecin qu'elle consulta pour du prurit vulvaire. On lui recommanda d'éviter les mets très sucrés et le pain et on lui prescrivit des pilules dont elle ignore le nom et qu'elle ne prit d'ailleurs que peu de temps. Les choses allèrent tant bien que mal, jusqu'en juillet 1933, quand reprit le prurit vulvaire. Elle fut dirigée par son médecin à un hôpital de Montréal, où elle fut hospitalisée environ quatre semaines. Elle y fut soumise à une diète dans laquelle semblaient prédominer la viande et les graisses. Le pain blanc était remplacé par du pain brun, et elle prenait 10 unités d'insuline par jour. A son départ, on lui dit de continuer à manger comme elle l'avait fait à l'hôpital, sans plus d'indications, et de continuer l'insuline à la même dose, ce qui fut fait.

En novembre (1933) les douleurs abdominales et hépatiques ayant repris, elle demanda d'être admise de nouveau dans le même service. Elle y séjourna quatre semaines. Elle dit ne pas avoir eu d'examen spéciaux, ni de traitement pour son foie, mais on lui fit une cystoscopie. Elle eut une diète ordinaire pendant les trois premières semaines, mais à sa demande, une diète de diabète et de l'insuline lui fut donnée. Elle sortit sans amélioration et suivit chez elle un régime, surtout végétarien, avec 10 unités d'insuline chaque jour.

(1) Travail de la clinique du diabète. Présenté à la Société d'alimentation et de gastro-entérologie le 4 avril 1934.

Examen (6 février 1934): En plus des douleurs déjà mentionnées la malade se plaint d'amaigrissement, de fatigue facile et de dyspnée au moindre effort. Œdème des malléoles le soir. Les trois symptômes cardinaux du diabète sont présents ainsi que le prurit vulvaire; digestion difficile, constipation.

Taille: 5 pieds $\frac{3}{4}$ de pouce. Poids: 126 livres. Pas de foyer d'infection bucco-dentaire. Dents artificielles. Le foie n'est pas augmenté de volume,



mais la palpation fait naître une douleur très nette au point vésiculaire. La rate semble d'un volume normal. Le pouls bat à 72, la pression artérielle est à 170/100 au Tycos. Les bruits sont faibles et le rythme irrégulier. Les

artères périphériques sont légèrement sclérosées, mais toutes perméables. Les réflexes tendineux sont normaux. Le fond de l'œil est normal.

Sang: Glycémie 2 gr. 85, cholestérol 2 gr. 24, urée 0.60. B. W. négatif. Les urines contiennent 10 gr. de sucre au litre et la diurèse est en moyenne de 1500 c.c. par 24 heures.

Nous l'hospitalisons et nous lui faisons faire une cholécystographie après tétraïode, laquelle montre une vésicule remplie de calculs. Pour son diabète nous instituons un régime progressif, précédé de trois jours de jeûne mitigé. Lorsque le régime a atteint 182 gr. d'hydrate de carbone, nous prescrivons 15 unités d'insuline par jour, afin de hâter la préparation à l'intervention et bien que la glycémie continue à baisser. Le 24 février, dix-huit jours après son admission, une cholécystostomie est pratiquée par les docteurs Blagdon et Tremblay, sous anesthésie protoxyde d'azote. La glycémie, avant l'intervention, est de 1 gr. 20 et les urines contiennent de très légères traces de sucre.

L'alimentation fut reprise le soir même et les suites opératoires furent normales. Les détails de l'évolution qui ont trait à la diète et à l'insuline sont résumés dans le tableau ci-joint. Aujourd'hui la malade circule; elle n'a éprouvé aucun malaise au foie ni à l'estomac depuis l'opération et elle tolère, sans insuline, un régime de 1469 calories, contenant 200 grammes d'hydrate de carbone, 45 gr. de graisse et 66 gr. de protéine. Nous avons l'impression que ces quantités pourront être largement dépassées dans quelque temps.

Discussion: Nous rapportons ce cas, parce qu'il confirme la théorie généralement admise aujourd'hui par la plupart des diabéto-logues, de l'interdépendance des maladies des voies biliaires et du diabète et qu'il montre bien l'importance de dépister, en mettant en œuvre tous les moyens, ces affections et surtout la cholécystite calculeuse.

Les moyens que le laboratoire et la radiologie ont mis au point, durant les dernières années, ont facilité la tâche du clinicien et lui permettent d'arriver avec certitude au diagnostic dans presque tous les cas.

S'il y a parfois d'excellentes raisons pour n'y pas avoir recours dans la clientèle, ces raisons n'existent pas dans nos services d'hôpitaux, où trop de syndromes digestifs douloureux sont traités sans succès après un vague diagnostic de dyspepsie ou même sans diagnostic du tout.

Au point de vue qui nous occupe, il est permis d'espérer qu'un traitement efficace de ces conditions pourra dans un certain nombre de cas prévenir ultérieurement l'éclosion du diabète et d'en espérer l'amélioration s'il est déjà installé, voire même la guérison dans quelques cas.

Les statistiques et l'observation clinique montrent un rapport trop étroit entre les maladies des voies biliaires et le diabète pour qu'il n'y ait là qu'une coïncidence.

Joslin admet que les calculs biliaires se rencontrent 50% plus souvent chez les diabétiques que chez les non diabétiques, et que dans la majorité des cas les troubles lithiasiques précèdent l'apparition du diabète. L'histoire de notre malade confirme ces vues.

Les différents auteurs, qui se sont occupés de la question, rapportent de nombreux cas d'amélioration du diabète après amélioration des poussées de cholécystite inflammatoire qui accompagnent la lithiasie et après un traitement radical de celles-ci par la chirurgie.

L'examen d'un cas de diabète doit être le plus complet possible et l'histoire doit en être scrutée, au point de vue des antécédents héréditaires aussi bien que du passé pathologique du malade. Tous les examens spéciaux doivent être employés pour apprécier l'état du myocarde, des artères, des poumons, des reins, des voies biliaires.

Avec l'insuline et les progrès de la diététique, le pronostic des interventions chirurgicales dans le diabète a été complètement changé, et il ne faut pas craindre, le cas échéant, d'entreprendre une cholécystostomie ou une cholécystectomie, même chez un diabétique grave, sachant que la cure radicale de sa cholécystite entraînera probablement une amélioration notable de son diabète.



DEUX CAS DE CARDIOPATHIE AU COURS DE LA GROSSESSE

Par **Albert BERTRAND**,
Médecin de la Miséricorde.

1ère OBSERVATION.

Le 8 mai 1930, nous voyons Madame R. H., primipare de vingt-deux ans, enceinte de sept mois, très fatiguée et présentant de la toux avec crachats sanglants.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

La patiente aurait souffert de rougeole et de scarlatine dans le jeune âge.

Menstruée à treize ans, les règles sont régulières, non douloureuses, durent trois jours et apparaissent toutes les quatre semaines.

Employée durant deux ans dans une fabrique de tabac où elle semble avoir laissé beaucoup de sa santé.

Epouse un ouvrier en août 1929.

Les dernières menstruations se terminent le six novembre 1929.

Il semble que l'intoxication gravido-cardiaque ait joué, dès le début de décembre 1929, époque à laquelle apparurent de la gêne de la respiration, de la toux et une grande lassitude.

En janvier 1930, la dyspnée et la toux sont telles que la patiente doit suspendre toute activité et s'aliter.

Il est permis de penser que, dès janvier, la patiente souffrait déjà d'insuffisance cardiaque.

De janvier à mai, le repos complet est obligatoire: la dyspnée s'accroissant à l'occasion du moindre déplacement.

Dès février les crachats sanguinolents font leur apparition et les douleurs thoraciques gênent les mouvements respiratoires.

Voici le rapport de notre premier examen effectué le 8 mai 1930:

L'état général est chétif. Il y a des accès de suffocation au moindre effort. Le B. W. est négatif.

Crachats sanglants, douleurs précordiales vives.

Le pouls arythmique bat de 80 à 110.

La tension est de 120-80 avec œdème prononcé des membres inférieurs.

A l'auscultation, nous trouvons, disséminés dans les deux poumons, des râles sibilants et sous-crépitants.

Les bruits du cœur, malgré l'émaciation des tissus, sont lointains et, au foyer mitral, un bruit de souffle nettement perçu au premier temps, se propage dans l'aisselle.

L'aire de matité cardiaque est agrandie.

Un diagnostic est alors porté d'insuffisance mitrale avec atteinte grave du muscle cardiaque. Il y a décompensation.

La respiration est de 30 à la minute.

L'alimentation, même liquide, est difficile. Il n'est pas absorbé plus de 400 c.c. par jour.

L'absorption des liquides est la seule possible.

La révulsion thoracique n'offre aucun soulagement à la patiente et les stimulants: digitale, camphre, caféine, spartéine, ne modifient aucunement le comportement cardiaque.

L'examen des urines n'offre que des traces d'albumine. La recherche du bacille de Koch reste négative.

La radio montre une congestion intense des deux bases. Les hiles sont chargés.

Malgré tous les traitements hygiéniques, diététiques et médicamenteux mis en œuvre, il n'y a aucune amélioration.

Le cœur bat de 120-160.

La dyspnée augmente.

Respiration haletante de 30 à 40 par minute.

L'œdème des membres inférieurs est considérable.

C'est dans un état aussi inquiétant que le travail débute dans la soirée du 19 juillet 1930.

Dès que la dilatation est à peu près complète, il est pratiqué, à la partie haute de l'excavation, un forceps qui extrait un enfant de 7 livres et en bonne condition le 20 mai à 2 hrs a.m.

Immédiatement après l'évacuation utérine, forte compression abdominale.

Les toni-cardiaques ne semblent avoir aucun effet.

Les accès de suffocation sont fréquents. Arythmie prononcée. L'alimentation même liquide est impossible.

Les bruits cardiaques sont plus lointains. Le pouls devient par périodes incomptable et, malgré les ventouses, saignées, il est impossible de ramener les contractions efficaces du muscle cardiaque qui faillit complètement à la tâche le 23 juillet 1930, soit trois jours après la naissance d'un enfant.

2ième OBSERVATION.

Madame L. M., 30 ans.

D. R., fin de juin 1930.

Au premier examen, pratiqué en août 1930, nous remarquons de la dyspnée, de l'anxiété. Le pouls est à 90. La tension artérielle est de 100-80.

L'analyse des urines ne décèle rien d'anormal.

Habitudes: La patiente a toujours besoin durement depuis l'âge de 15 ans.

L'auscultation du cœur dénote des bruits lointains, une aire de matité agrandie et un souffle aux deux temps au foyer mitral.

Durant toute la grossesse, le travail était pénible par la dyspnée d'effort qu'il occasionnait. Le décubitus horizontal était impossible. En tout temps, la pression s'est maintenue basse, autour de 100 maxima et 80 minima.

Le B. W.: négatif.

Râles aux deux bases. Une fatigue très grande alternait avec des rémissions toujours incomplètes, et, phénomène bizarre, la patiente ne s'est jamais si bien trouvée que durant les dernières semaines de la grossesse.

Le cœur bat à 90.

Le 30 mars 1931, à 4 hrs p.m. apparaissent les premières contractions qui deviennent à 11 hrs p.m. régulières, durant une demi-minute, et se reproduisent toutes les 4 ou 5 minutes.

P. A.: 125-85.

Sommet, dos à gauche, pas d'engagement.

La patiente est très fatiguée et agitée.

Nous administrons des stimulants cardiaques: huile camphrée, strychnine.

Minuit: P. A. 145-88.

Douleurs augmentant d'intensité et de fréquence.

A 3 hrs a.m. le 31 mars, la pression est de 185-100.

La parturiente, très fatiguée, se sent améliorée du fait d'une saignée de 250 c.c. qui ramène la tension à 145-100.

Jusqu'à la dilatation complète, à 7 hrs a.m., la tension varie peu et se maintient aux environs de 140-100.

Il est alors pratiqué un forceps qui extrait un fœtus de 6 livres en bonne condition.

La patiente présente des suites de couches normales.

De ces deux observations, et de quelques autres, puisées soit à la Miséricorde, soit en clientèle de ville, il nous est permis et il nous semble utile de formuler ceci: les cardiaques doivent être examinées et traitées attentivement.

L'axiome de Peter: "filles, pas de mariage; femmes, pas d'enfants, ... etc.", semble rigide. Encore, est-il important, avant toute discussion sur les cardiopathies au cours de la grossesse, de bien poser l'état de la question et de définir les termes employés.

Nous n'avons pas le droit d'étiqueter cardiopathes tous les sujets dont l'examen décèle des bruits de souffle, mitraux ou aortiques. L'objectivité des souffles fonctionnels n'est pas à nier, et cela, moins au cours de la grossesse qu'en dehors de celle-ci.

Il faut bien avouer, de plus, que le bruit de souffle bien établi, il arrive que, la plupart du temps, les patientes n'en ressentent aucun trouble.

Plus important, pour le pronostic et le traitement, de connaître la valeur du muscle cardiaque.

L'électrocardiogramme donne d'utiles renseignements.

Le pronostic s'étayera aussi sur l'intégrité fonctionnelle du rein et du foie. Le questionnaire est important et rattache souvent les troubles cardiaques à une entité morbide: infectieuse, toxique, ou encore à un surmenage intense.

Si au cours de l'examen d'une gestante, il y a évidence de dyspnée au moindre effort d'accélération du pouls, d'angoisse précordiale; si, en plus, la pointe du cœur est abaissée et déviée vers la ligne axillaire; si, d'autre part, l'auscultation décèle des bruits lointains, assourdis (surtout l'assourdissement du premier bruit au foyer mitral) le médecin sera alors sur ses gardes.

Il devra faire l'épreuve fonctionnelle du foie et du rein.

Pour peu que le rein soit lésé avec un cœur insuffisant et ne répondant pas aux tonicardiaques, le pronostic sera, dès lors, réservé.

La grossesse de la cardiaque menée à terme sans incidents, l'accoucheur se méfiera encore du travail. Dès la dilatation complète il devra faire un forceps.

Souvent aussi le cœur ne peut résister à un tel effort et les suites de couches ne sont pas sans danger.



REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE et PHYSIOPATHOLOGIQUE DES TUMEURS DU LOBE FRONTAL⁽¹⁾ (suite)

Par J. PANET-RAYMOND.

III. — Examens

(A) Nous avons vu, dans le chapitre précédent, les différentes manifestations oculaires que peut déterminer une tumeur frontale; aussi abrégons-nous ce paragraphe pour n'insister que sur l'importance considérable qu'il y a à procéder systématiquement à tous ces *examens oculaires*.

En premier lieu il faut rechercher les paralysies de la musculature extrinsèque, les réactions papillaires, la sensibilité cornéenne. Un examen très minutieux du champ visuel au blanc et aux couleurs sera d'une utilité primordiale pour déterminer la limite de la lésion. Il faudra, en outre, noter la présence d'un nystagmus horizontal, vertical ou rotatoire: ceci est d'une grande importance quand il s'agit d'une lésion à manifestations postérieures. En effet, il est exceptionnel de constater du nystagmus dans les lésions frontales; nous n'avons trouvé que 5 cas, sur 22 tumeurs frontales vérifiées chirurgicalement, où on note non un nystagmus véritable avec ses secousses inépuisables et rythmées, mais de simples secousses non rythmées et rapidement épuisables.

Enfin, tout examen neurologique d'un patient suspect de tumeur cérébrale ne saurait être complet sans un examen du fond de l'œil. L'hyperhémie papillaire, la stase avec ou sans exsudats, l'atrophie optique post-stase ou l'atrophie optique primitive telle que décrite plus haut, sont des constatations journalières en pratique neurologique.

(1) Voir Union Médicale, numéro avril 1934.

C'est le signal d'alarme objectivant l'évolution du processus tumoral. Aussi doit-on s'attacher à le rechercher scrupuleusement et même à en suivre la marche par plusieurs examens successifs, soit avant soit après l'intervention.

(B) La *ponction lombaire* est aussi d'un précieux secours en neurologie. C'est une petite intervention très bénigne si elle est faite selon toutes les lois du bon sens et de l'asepsie. Aussi faut-il s'en servir toutes les fois qu'un doute persiste. Nous ne croyons pas en effet que la rachicentèse s'impose dans tous les cas de tumeurs cérébrales. D'abord, nous devons absolument nous en abstenir quand nous suspectons une tumeur de la fosse postérieure: c'est uniquement une loi de l'hydrostatique qui nous guide dans cette abstention. La colonne lombaire, ouverte brusquement, pourrait, en effet, provoquer un appel brutal de liquide au-dessus et entraîner dans sa chute les amygdales cérébelleuses qui viendraient se coincer dans le trou occipital et comprimer le bulbe. On a d'ailleurs rapporté plusieurs cas de mort subite à la suite d'une P. L. chez des porteurs de tumeurs de la fosse postérieure. Il faut déconseiller la ponction dans ces cas.

D'autre part, devant une symptomatologie riche et évidente en même temps que localisatrice, est-il besoin de pratiquer la P. L. pour en obtenir des résultats chimiques? Nous ne le croyons pas. Ainsi chez un malade qui présenterait une stase papillaire, une hémiplégie droite avec aphasie et hémianopsie latérale homonyme droite, le tout étant survenu progressivement, que nous donnerait de plus la P. L.? Une hypertension, une dissociation albumino-cytologique, un benjoin colloïdal positif; mais nous avons en mains suffisamment de facteurs pour établir sans ponction le diagnostic.

Ces deux exceptions mises à part, la P. L. donnera de précieux renseignements. Elle sera faite en position couchée et la tension sera rigoureusement enregistrée au manomètre de Claude aussitôt l'aiguille en place, afin qu'aucune quantité de liquide ne s'écoule avant l'opération. Le chiffre enregistré est habituellement au-dessus de 20, donc nettement au-dessus de la normale.

L'aspect du liquide, sa coloration, son coefficient de coagulation, sa xanthochromie seront aussi notés. Quant aux réactions chimiques, les plus importantes retiendront notre attention. En premier lieu vient l'albuminose qui est toujours augmentée et s'élève parfois jusqu'à trois ou cinq grammes au litre. Le dosage des globulines par les réactions de Nonne, Weichbrodt et Pandy n'offre par contre aucun

intérêt pratique, comme l'a dit Riser: "Il n'y a pas d'hyperglobulinoïse pure sans augmentation de l'albumine totale". En même temps que l'on note une hyperalbuminoïse il est de règle d'y voir se joindre une cytose normale: c'est le syndrome de Sicard et Foix, plus connu sous le nom de dissociation albumino-cytologique.

Le benjoin colloïdal pourra confirmer un diagnostic de tumeur cérébrale à condition d'éliminer les cas à liquide xanthochromique et ceux à coagulation spontanée, ainsi que le rappellent Guillain, Laroche et Léchelle. On y observera alors une précipitation positive dans la zone droite ou méningitique de la courbe.

(C) D'autres examens complémentaires ne donneront aucune précision d'ordre pratique mais garderont néanmoins, dans certains cas, un intérêt purement scientifique. Tels sont les examens du sang ou des urines ou du métabolisme basal. Un abcès cérébral donnera une polynucléose, un kyste parasitaire, une éosinophilie, une lésion touchant les centres infundibulo-tubériens, une polyglobulie avec ou sans érythroïse telle que relatée par Guillain, Léchelle et Garcin. De même on verra une oligurie dans la plupart des cas de tumeur cérébrale et attribuée, selon Rudolf Schmidt, à un trouble des échanges aqueux d'origine mésocéphalo-hypophysaire déclenché par l'hypertension. Nous devons d'ailleurs dire que nous n'avons pu vérifier ce symptôme chez nos cas de tumeur frontale qui présentaient presque tous une incontinence.

(D) La radiographie du crâne doit toujours être pratiquée avant l'insufflation des ventricules pour bien mettre en évidence les déformations osseuses dues au développement intracranien de la tumeur.

Ainsi, certains néoplasmes cérébraux, quel que soit l'endroit où ils siègent, donneront à la boîte crânienne un aspect cérébriforme; on verra très nettement en certains endroits, très variables d'ailleurs, des empreintes "digiformes" qui donnent à l'os un aspect ouateux, parfois même celui d'une substance cérébrale. De plus, les sutures sont distendues et les apophyses clinoides postérieures de la selle turque sont érodées ou presque inexistantes.

En outre de ces manifestations témoignant uniquement d'un processus d'hypertension intracranienne, il existe quelques anomalies bien localisées et toujours les mêmes pour une même lésion. Ainsi nous avons pu constater dans plusieurs cas de méningiomes un lacis très accentué au niveau de la lésion et qui témoigne assurément d'une intense vascularisation à ce niveau; le fait est d'ailleurs toujours

vérifié après la levée du volet osseux. Parfois, sur une radiographie de face, on peut apercevoir la faux du cerveau légèrement épaissie, calcifiée et quelque peu déviée de la ligne médiane. Certaines lésions présentent à la radiographie des points calcifiés: ce sont d'anciens méningiomes de l'ordre des psammomes, des tubercules, des ostéomes et surtout les cranio-pharyngiomes ou poches de Ratke avec calcifications supra-sellaires. L. Steihl, M. David, P. Puech et M. Brun ont présenté à la Société de Radiologie, en septembre 1931, plusieurs radiographies de tumeurs intracraniennes présentant des points calcifiés et ils ont conclu que ces calcifications pouvaient s'observer dans la plupart des variétés histologiques. Parmi les modifications osseuses du crâne, les plus importantes sont celles de la petite aile du sphéroïde, auxquelles M. David a dernièrement consacré sa thèse.

(E) Nous en sommes maintenant arrivés à ce qui semble le plus irréfutable, le plus objectif des examens pouvant préciser d'abord la présence intracrânienne d'une néoformation et, surtout, en déterminer exactement la situation. En 1919, le neurochirurgien américain Dandy introduisait de l'air dans les espaces sous-arachnoïdiens par voie lombaire, afin de constater la perméabilité de ces espaces ainsi que la réflexion des ventricules cérébraux; c'était l'encéphalographie gazeuse. Plus tard il lui préféra l'injection d'air directement dans les ventricules cérébraux; c'était la ventriculographie. On a par la suite beaucoup critiqué la première méthode, l'accusant de troubles graves, voire même mortels dans certains cas d'hypertension intracrânienne. Aussi la plupart des neurochirurgiens lui préfèrent-ils l'injection directe intraventriculaire.

Les deux méthodes, à notre avis, ont chacune leurs indications bien précises. Ainsi, en présence d'un malade n'ayant que quelques signes très vagues de néoplasie intracrânienne sans hypertension et surtout sans aucun signe de la fosse cérébrale postérieure, il serait admissible de pratiquer une encéphalographie lombaire. Elle pourrait, en premier lieu, nous objectiver la présence de cette tumeur en donnant sur les clichés une déviation nette des cornes frontales, l'absence complète d'une des cornes, ou même une déformation; en second lieu, elle pourrait aussi rendre évidente une obstruction des voies sous-arachnoïdiennes péricérébrales spécialement au niveau des zones de réflexion de la convexité. L'encéphalographie lombaire donnera un puissant moyen d'investigation et il est à souhaiter qu'elle se répande de plus en plus dans la pratique médicale courante.

Il serait néanmoins présomptueux, hors ces cas évidents, de poser un diagnostic ferme de tumeur cérébrale par l'encéphalographie. Nous avons constaté à plusieurs reprises des anomalies dans les clichés ne répondant à aucune donnée clinique: absence d'une corne frontale, parfois même des deux, remplissage exagéré des espaces péricérébraux, etc. Ceci peut être dû à plusieurs facteurs: position défectueuse de la tête du malade au moment de l'injection, effort ou vomissements chassant l'air dans les espaces péricérébraux par les trous de Magendie et Luschka, prise prématurée du cliché. F. C. Grant a bien démontré que les résultats doivent toujours être confrontés avec ceux de la clinique et qu'il faut être d'une extrême prudence dans l'interprétation des clichés, tant dans l'encéphalographie que dans la ventriculographie.

Aussi cette méthode tend-elle de plus en plus à céder le pas à la ventriculographie. Il ne faut pas oublier toutefois qu'elle a encore droit de cité et que ses indications sont encore très nombreuses, surtout du point de vue thérapeutique, ainsi que W. Penfield l'a démontré chez les traumatisés du crâne ou les épileptiques. C. Vincent, F. Rappoport et H. Berdet y ont consacré un important chapitre dans leur rapport à la dernière Réunion Neurologique Internationale annuelle et nous pouvons donner ici les conclusions mêmes de ces auteurs: "L'encéphalographie ne constitue pas un procédé de ventriculographie, mais une méthode d'étude de l'encéphale et de ses enveloppes".

L. Laruelle, de Bruxelles, a préconisé, en 1931, un procédé très ingénieux pour mettre en évidence les ventricules cérébraux. Ce procédé consiste à n'injecter que 5 à 15 cmc. d'air par voie lombaire pour faire, comme dit l'auteur, un sondage du système ventriculaire, une épreuve de circulation capable de nous renseigner sur les conditions de déplacement du liquide céphalo-rachidien.

C'est donc à la ventriculographie qu'il faut demander l'ultime preuve de l'existence d'une tumeur cérébrale. On a beaucoup exagéré ses dangers et nous pouvons affirmer que, dans les 300 cas où nous l'avons pratiquée, à l'Institut Neurochirurgical, nous n'avons eu que 4 morts. Nous avons dernièrement insisté, avec Th. de Martel et J. Guillaume, sur la technique, les résultats et les indications de la ventriculographie; aussi, nous permettrons-nous de reprendre nos conclusions: "Les ventriculographies ont souvent permis de localiser avec une très grande précision le siège et même le volume d'une tumeur. Elles ont, dans les cas les moins satisfaisants, permis de distinguer une tumeur cérébrale d'une tumeur cérébelleuse et, quand

il s'agissait d'une localisation cérébrale, de dire dans quel hémisphère siégeait la lésion."

Sur les 22 cas de tumeurs frontales étudiées ici et vérifiées chirurgicalement nous avons dû recourir à la ventriculographie ou du moins à la ponction ventriculaire bilatérale 9 fois, pour affirmer nettement un diagnostic déjà établi cliniquement, tant il est vrai que les signes cliniques étaient si frustes ou simulaient une néoformation située ailleurs que dans le lobe frontal.

De ceci il faut conclure que la ventriculographie est assurément un moyen d'investigation très précieux en vue de localiser ou de montrer l'étendue d'une lésion. Nous ne pouvons trop insister sur le fait que, souvent, la symptomatologie est très complexe ou trop confuse pour pratiquer une intervention uniquement sur la présence de quelques signes cliniques discutables. Nous n'avons pas le droit de suggérer même une intervention au malade sans avoir en mains une preuve évidente de son mal. Aussi est-ce la règle à l'Institut de faire systématiquement une ventriculographie aussitôt avant chaque intervention. Cette règle ne souffre, toutefois, qu'une seule exception déjà mentionnée plus haut: c'est le cas d'une symptomatologie typique d'une région bien définie alors que tous les signes cliniques viennent s'additionner pour orienter le diagnostic vers cette partie de l'encéphale.

IV. — Physiopathologie du lobe frontal

Avant de terminer cette rapide revue des tumeurs frontales, nous voudrions attirer l'attention sur quelques faits de physiopathologie qui sont susceptibles d'éclairer quelque peu la symptomatologie assez complexe que nous venons de décrire.

Les troubles psychiques tels que la somnolence et l'anosmie témoignent suffisamment de la souffrance des centres du sommeil et de l'olfaction par compression directe ou à distance pour ne pas nous y attarder. En effet, pour ce qui regarde la somnolence, il faut sûrement incriminer l'irritation ou la distension du plancher du 3ème ventricule pour expliquer ces phénomènes. Il nous arrive souvent de déclancher de véritables crises de narcolepsie au cours même de l'intervention sur la région hypophysaire et, invariablement, cet accès débute au moment précis où l'on atteint la lésion. Que ce soit dû à l'excitation d'un centre hypnique, comme l'admet Demole, ou à l'inhibition d'un centre de la veille, tel que l'invoquent Dubois et Haenel, il ne fait aucun doute que l'un ou l'autre de ces centres soit

localisé dans le noyau infundibulo-tubérien et fasse même partie des centres sympathiques de ce noyau, comme tend à le prouver Albert Salmon. Pour Von Economo il existerait, dans les parois du IIIème ventricule, une association de noyaux gris dont l'équilibre donnerait le rythme du sommeil chez l'individu normal: les noyaux antérieurs réglant l'insomnie, les postérieurs l'hypersomnie pathologique.

Si la somnolence et les autres troubles sympathiques trouvent une explication assez rationnelle dans l'irritation des noyaux diencéphaliques, il n'en est pas de même pour les troubles purement psychiques. Hidsig attribue les troubles mnésiques et la perte de l'éducabilité à l'ablation bilatérale des lobes préfrontaux qu'il a pratiquée chez des chiens. Bianchi a démontré également que l'ablation des lobes préfrontaux, chez les singes ou les chiens, donnait de l'apathie, du manque d'intelligence et d'adaptation. Ainsi donc ces auteurs admettent une destruction bilatérale pour expliquer ces phénomènes. Chez nos malades, les lésions sont énormes, envahissant ou refoulant le lobe opposé ou même détruisant assurément les fibres d'association calleuses. Il serait donc logique d'admettre une double destruction des lobes expliquant ces troubles psychiques, ainsi que l'ont expérimenté les auteurs cités, mais nous ne sommes ici qu'en pleine hypothèse.

Quant aux troubles cérébello-vestibulaires, les faits semblent plus probants. Bruns a décrit l'ataxie frontale dans son beau mémoire de 1892. D'autres auteurs ont identifié dans les tumeurs frontales de l'asynergie, de l'hypermétrie, du tremblement et de la dysdiadococinésie (P. Bailey) et même du nystagmus spontané (Fenchtwanger et Von Pomanicky). D'après ces constatations, il serait donc évident que l'appareil cérébello-vestibulaire est en corrélation étroite avec les lobes frontaux. P. Delmas-Marsalet a d'ailleurs récemment expérimenté sur des chiens une destruction d'une partie du lobe préfrontal qu'il dénomme "carrefour frontal antérieur" et il a noté des manifestations d'ordre cérébelleux telles que déviation des pattes, nystagmus, troubles ataxiques et dysmétriques et hypotonie légère.

On peut donc admettre qu'il existe indubitablement des fibres d'association fronto-ponto-cérébelleuse; celles-ci seraient croisées, allant d'un lobe frontal à l'hémisphère cérébelleux opposé, expliquant ainsi les atrophies croisées du cervelet. Nous ne nous attarderons pas sur les différents relais des noyaux gris centraux où ces fibres d'association se rendent, ainsi que l'ont démontré Trapeznikoff et Minkowski, car ces problèmes anatomiques sont encore à l'étude; nous

ne voulons qu'attirer l'attention sur l'existence réelle de fibres fronto-ponto-cérébelleuses et donner ainsi à notre symptomatologie frontale un substratum anatomique bien précis. Il est évident, d'autre part, qu'un syndrome cérébello-vestibulaire peut être la conséquence d'une grosse hypertension qui agirait sur les noyaux vestibulaires ou ses racines mêmes comme agent irritant, mais étant donné que la plupart de nos cas ne présentaient peu ou pas de signes de grosses hypertension, nous devons attribuer ces signes cérébelleux à la disposition anatomique décrite plus haut.

Tout comme pour les troubles psychiques, Elsberg voudrait que les troubles cérébelleux, dans les tumeurs frontales, se rencontrassent uniquement dans les lésions bilatérales ou dans les tumeurs médianes comprimant les deux lobes frontaux. Or, parmi nos 22 cas, nous avons précisément un malade qui était porteur d'un énorme méningoblastome de type gliomateux inséré sur le sinus longitudinal supérieur; le poids de cette tumeur était de 180 grammes et son volume devait nécessairement refouler les deux lobes frontaux. A l'examen il n'y avait néanmoins aucun signe évident d'atteinte de l'appareil cérébello-vestibulaire.

Il faut donc avouer que la physiopathologie des tumeurs frontales reste encore assez obscure malgré les intéressantes recherches effectuées partout, tant en Europe qu'en Amérique. L'expérimentation et l'histopathologie pourront seules nous laisser entrevoir un coin de ce mystère, à condition toutefois que la première soit faite dans des conditions absolument identiques à celles existant chez l'homme.

Paris, le 3 décembre 1933.



LE SYMPATHIQUE ET LES GLANDES

ENDOCRINES⁽¹⁾

(suite)

Par E.-G. ASSELIN,

Professeur de physiologie à l'Université de Montréal.

III

SYMPATHIQUE VRAI

Embryologiquement, c'est le système de l'ectoderme et de ses annexes mésodermiques.

1° Il se distribue surtout aux muscles lisses partout où on les trouve:

Muscles lisses des vaisseaux

“ “ du derme

Sphincters digestifs (de l'estomac au rectum).

Une partie de la musculature de l'urèthre (entre le trigone vésical et le sphincter de l'urèthre).

La musculature lisse des organes génitaux.

La distribution surtout vasculaire du sympathique explique pourquoi il tient sous sa dépendance le cœur, partie différenciée du tube vasculaire primitif.

Il innerve les glandes endocrines.

PARASYMPATHIQUE

Embryologiquement, il est le système de l'entoderme et de ses annexes mésodermiques, il innerve:

1° Le tube digestif à l'exclusion des sphincters avec ses glandes propres et les glandes qui lui sont annexées.

2° L'appareil respiratoire avec les appareils glandulaires qu'il contient. L'appareil respiratoire étant un dérivé embryologique des voies digestives supérieures.

3° L'appareil vésical dérivé des voies digestives inférieures et les organes génitaux (moins les sphincters innervés par le sympathique).

4° Le cœur.

(1) Voir Union Médicale, numéro avril 1934.

PHYSIOLOGIE

A l'aide des méthodes générales utilisées pour vérifier le fonctionnement d'un nerf quelconque; suppression par section (paralyse) et excitation de ce nerf. Il a été possible de démêler dans le phénomène organo-végétatif la part qui revient au sympathique vrai de celle du parasympathique.

SYMPATHIQUE VRAI

- 1° Il agit sur le système vaso-moteur;
contraction des vaisseaux;
accélération du rythme cardiaque.
- 2° Il agit sur la nutrition et le fonctionnement des tissus: la section du sympathique chez l'animal produit la chute des poils. Son action sur les fonctions des muscles du derme est mise en évidence par la recherche du réflexe pilomoteur;
il agit sur les glandes sudoripares.
- 3° Il règle les phénomènes métaboliques généraux de l'organisme.
a) Par action directe sécrétoire sur les glandes à sécrétion interne.
Il contrôle surtout les glandes endocrines qui ont un effet accélérateur sur le métabolisme. On dit qu'il a un rôle catabolique et favorise la destruction des réserves.

Ces glandes sont la thyroïde, le lobe postérieur de l'hypophyse la médullo-surrénale, les glandes sexuelles.

PARASYMPATHIQUE

Par ses deux composants — le vague ou portion craniale et le nerf pelvien.

- 1° Il contrôle le fonctionnement de l'appareil digestif et de ses glandes annexes.
- 2° Il règle le mécanisme de la respiration et sécrétion des glandes de cet appareil.
- 3° Il ralentit le rythme du cœur.
- 4° Il a un rôle important sur le métabolisme; il contrôle les glandes endocrines qui ont un rôle assimilateur; celles qui reconstituent les réserves. Cette fonction dite anabolique par opposition avec celle du sympathique vrai (parathyroïde, thymus, corticosurrénale, pancréas, épiphyse).
- 5° Il assure par sa portion pelvienne l'évacuation de l'appareil génito-urinaire.

II

SENSIBILITE ORGANIQUE

La sensibilité organique est-elle de même nature que la sensibilité générale de la vie de relation?

Les fibres de conduction de la sensibilité organique sont-elles différentes de celles de la vie de relation?

Les expériences de laboratoire de même que la clinique nous font constater l'existence d'une sensibilité viscérale et organique absolument différente dans son mode de réponse aux excitations de la sensibilité du domaine de la vie animale ou de relation.

Certains anatomistes, Dogiel notamment, ont décrit des cellules nerveuses spéciales (Cellules de Dogiel) qui relieraient le neurone de sensibilité viscérale aux neurones de sensibilité générale; brancheraient ainsi en dérivation les fibres sensitives viscérales aux neurones de sensibilité générale. — D'après la plupart des physiologistes, il ne serait pas nécessaire d'imaginer une disposition anatomique particulière pour expliquer ces différences physiologiques entre les deux types de stimuli sensitifs.

Stimulus organique inconscient dans les conditions physiologiques, stimulus animal conscient.

On admet que la sensibilité organique est soumise aux mêmes lois générales que les divers modes de sensibilité animale ou de relation.

Que les différences observées en physiologie et en pathologie clinique ne sont nullement subordonnées à des dispositions anatomiques particulières, mais uniquement liées à des conditions de l'excitation au point de vue de sa qualité.

La sensibilité organique réagit inconsciemment à ses excitants ordinaires en qualité et d'intensité ordinaire en quantité.

Qu'une excitation ordinaire en qualité mais extraordinaire en quantité provoque toujours l'apparition de la douleur.

C'est pourquoi, par exemple, l'intestin est coupé sans douleur, tandis que la douleur se manifeste vive si l'intestin est distendu, tiraillé ou encore excité par un agent chimique trop acide ou trop alcalin. (Richard et Parizot).

IV

REFLEXES

D'une manière générale, le système nerveux de la vie végétative fonctionne comme le système de la vie de relation.

Des fibres périphériques sensibles afférentes à direction centripète reçoivent dans les divers organes des impressions qu'elles transmettent à des neurones ou centres qui se réfléchissent sur des fibres efférentes motrices ou sécrétoires.

Arc réflexe organique (Guillaumes)

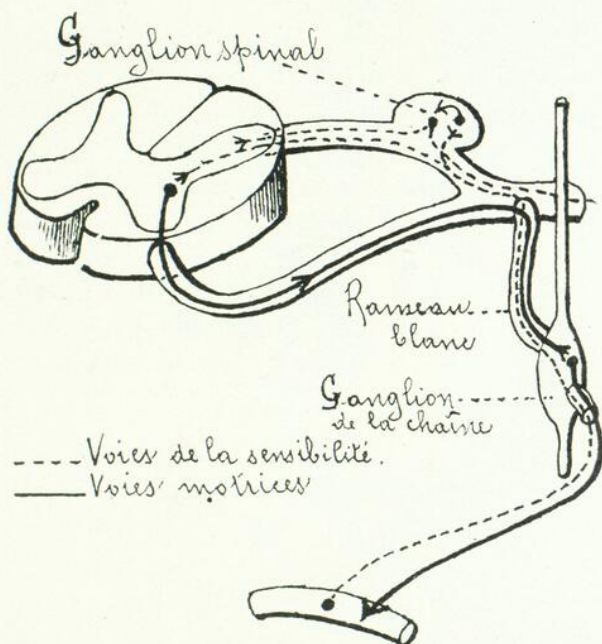


Figure 3.

Le réflexe se définit une impression sensible transformée en mouvement ou en acte sécrétoire sans le secours de la volonté. Quatre éléments sont nécessaires à la production du réflexe: une fibre sensible afférente, une cellule centre d'élaboration et une fibre motrice ou sécrétoire efférente. Ces deux fibres étant réunies par une fibre connectrice.

Les auteurs anglais nomment (*receptor*) la fibre afférente — (*excitator*) la fibre efférente — et (*connector*) la fibre qui unit la fibre sensible à la fibre motrice ou sécrétoire.

Il existe cependant une légère différence entre le réflexe de la vie végétative et celui de la vie de relation.

Dans la vie de relation les centres réflexes sont tous dans le névraxe, donc centraux.

Dans la vie végétative, les centres réflexes sont ou dans le névraxe ou périphériques alors situés dans un appareil ganglionnaire.

Ces réflexes ganglionnaires sont le siège des réflexes assurant l'autonomie ou l'automatisme des organes.

Ces derniers réflexes sont des vrais réflexes car d'autres réflexes portent le nom de réflexes d'axones ou pseudo-réflexes; dans ces derniers l'impression sensitive ne se rend pas à la moelle; le réflexe ayant lieu soit dans un ganglion sympathique situé soit dans l'organe ou près de l'organe.

On sait que si l'on coupe les nerfs se rendant à l'estomac ou à l'intestin, on peut quand même obtenir de ces organes des mouvements d'ordre réflexe.

Dans l'intestin, par exemple, nous trouvons le plexus d'Auerbach situé entre la couche de fibre musculaire longitudinale et la couche circulaire et le plexus de Meisner entre la couche musculaire lisse circulaire et la couche muqueuse.

SYSTEME CHROMAFFINE

PARAGANGLIONS SYMPATHIQUES

Médullo-surrénale.

Paraganglion *aortique* dans le plexus lombo-aortique.

On a signalé d'autres ganglions comme paraganglions à cellules adrénaliques ou chromaffines, mais qui, d'après Policard, ne devraient pas être considérées comme attachées au système chromaffine, ce sont:

- Le paraganglion cardiaque
- La glande carotidienne de Luschka
- La glande coccygienne de Luschka
- Le paraganglion tympanique

Le système neuro-végétatif et le système endocrinien subissent une influence réciproque.

Certains troubles endocriniens exercent une certaine action sur le fonctionnement du parasympathique et du sympathique, de même qu'il existe une action du sympathique sur les glandes endocrines. (Voie humorale, voie nerveuse). Il faut toutefois se rappeler qu'il existe des connexions directes entre les glandes endocrines expliquant sans l'intervention du système nerveux le trouble fonctionnel d'une glande (voie sanguine).

Il y a donc une interaction glandulo-glandulaire distincte de l'interaction neuro-glandulaire et de l'interaction glandulo-nerveuse.

Les coordinations physiologiques ont toujours été acceptées par les savants depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

Il n'y a dans l'économie qu'un but, qu'un effort, tout le corps y participe. C'est une sympathie universelle. Tout est subordonné à tout le corps, tout l'est aussi à chaque partie, disait Hippocrate.

Arthus, physiologiste moderne, dit: Dans l'organisme des animaux, les divers tissus réagissent les uns sur les autres, de telle sorte que toute modification ou toute excitation de l'un d'entre eux entraîne des modifications, des réactions plus ou moins intenses. Ces modifications et réactions sont ce qu'on appelle les phénomènes de la vie d'ensemble (Arthus).

L'embryologie, tout d'abord, met en lumière un parallélisme étroit entre le développement des glandes endocrines et le système nerveux.

Ainsi, comme nous l'avons vu, les organes chromaffines (dont le type est la surrénale) et le sympathique proviennent d'une même cellule issue de l'ébauche médullaire de l'embryon.

La constitution de l'hypophyse est un autre exemple de la communauté d'origine de deux systèmes glandulaire et nerveux.

L'HISTOLOGIE fournit une autre preuve de l'étroite liaison des deux systèmes.

La surrénale renferme une multitude de filets nerveux issus du plexus solaire, qui pénètrent dans la glande.

Une des particularités anatomiques les plus remarquables des glandes endocrines est la richesse des filets sympathiques qui les pénètrent.

Des constatations physiologiques démontrent à la fois l'action des sécrétions glandulaires sur le sympathique et l'action du système sympathique sur le fonctionnement des glandes endocrines.

Une injection d'adrénaline excite le sympathique en accélérant légèrement le cœur, en élevant la pression artérielle, en dilatant la pupille, en contractant les pilomoteurs. Tout ce qui est innervé par le sympathique subit l'action excitante de l'adrénaline.

On admet que l'extrait thyroïdien excite le sympathique; n'avons-nous pas dans l'hyperfonctionnement de la thyroïde des troubles nerveux d'origine sympathique: tachycardie, exophtalmie, troubles vasomoteurs et sécrétoires, bouffées de chaleur, sueurs profuses localisées au cou, au tronc et aux mains etc. (Guillaume).

L'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse et d'hormone pancréatique agissent sur le parasympathique.

Le sympathique à son tour est capable d'influencer les glandes endocrines. Mais à cause des difficultés que présente l'expérimentation, cette action neuro-glandulaire n'est pas encore très bien connue. On sait cependant que l'excitation du sympathique cervical détermine des réactions vaso-motrices du corps thyroïde (certains goîtres exophtalmiques sont heureusement influencés par la résection du sympathique). L'excitation du sympathique agirait sur les surrénales en augmentant la sécrétion d'adrénaline.

Nous venons de mentionner les troubles sympathiques dus à l'hyperfonction de la thyroïde. Nous pourrions citer les troubles sympathiques qui accompagnent les états ovariens: puberté, ménopause, grossesse.

Les troubles sympathiques attribués à l'hypophyse: troubles trophiques, abaissement du taux du métabolisme basal, etc. L'état thymico-lymphatique, etc.

L'hypertrophie du thymus ou sa persistance chez l'adulte provoquant une hypervagotonie.

Du maintien de l'équilibre entre le sympathique et le parasympathique (eutonie) résultent l'état physiologique et l'équilibre normal de l'organisme.

De la rupture de cet équilibre sous l'influence de causes diverses: infectieuses, toxiques, réflexes, psychiques ou sécrétoires, naît l'état pathologique. L'un des deux systèmes peut être troublé d'une façon élective.

L'hypertonie du sympathique vrai ou thoraco-lombaire détermine un état de sympathicotomie.

L'hypertonie du parasympathique ou cranio-pelvien crée la parasympthicotomie ou vagotonie.

L'hypertonie des deux systèmes sympathique et parasympathique entraîne un déséquilibre de la vie végétative, désigné sous le nom de neurotonie ou amphotonie.

Les sympathiques vrais et parasympathiques apparaissent comme les rênes de la vie organique. Chacun tirant dans un sens différent avec une force égale, l'équilibre vital se maintient.

Quand une des rênes tire un peu plus fort il y a dysharmonie.

Eppinger et Hess ont été les premiers à attirer l'attention des médecins sur le déséquilibre du système nerveux sympathique et d'avoir institué les différentes épreuves par injections des substances à actions électives excitantes ou paralysantes du sympathique et du parasympathique. Caractères schématiques des deux types :

SYMPATHICOTONIE

Sujets irritables, expansifs.
Exophtalmie.
Mydriase.
Rougeur.
Sécheresse cutanée.
Sécrétion lacrymale diminuée.
Sécrétion digestive diminuée.
Sécrétion digestive diminuée.
Tachycardie.
Constipation.
Chair de poule.

VAGOTONIE

Sujets calmes, taciturnes.
Enophtalmie.
Myosis.
Pâleur.
Sueurs.
Sécrétion lacrymale augmentée.
Sécrétion digestive augmentée.
Bradycardie.
Diarrhée.
Hyperexcitation génitale.

Le tonus neuro-végétatif varie chez un même individu d'un moment à l'autre.

Il subit à l'état normal des oscillations sous l'influence de l'alimentation.

Ainsi l'état de jeûne correspond à une phase vagotonique. Le repas est suivi d'une phase sympathicotonique et c'est pourquoi la recherche de certains réflexes, du réflexe oculo-cardiaque en particulier doit toujours être pratiquée sur un sujet à jeûn.

Pendant le sommeil existe une vagotonie physiologique que caractérisent une respiration lente et expiration courte, l'abaissement de la température et de la tension artérielle, le myosis, la tendance à la transpiration, l'exagération du péristaltisme intestinal.

C'est pendant la nuit qui correspond à une phase d'hyperexcitabilité du vague que surviennent les crises d'asthme, les premières douleurs de l'accouchement.

Suivant les âges nous avons les tendances végétatives différentes. L'enfant est sympathicotonique (tachycardie, réactions motrices vives, violentes, hyperthermie facile, émotivité).

Le vieillard est vagotonique (bradycardies, réactions motrices lentes, tendances à l'hypothermie, à la somnolence).

Il serait trop long de vous énumérer toutes les causes ou les états qui modifient le sympathique ou le parasympathique.

Le médecin a à sa disposition plusieurs méthodes dans le but d'interroger les fonctions diverses du système neuro-végétatif :

1. — Réactions motrices,
2. — Réflexes végétatifs,
3. — Épreuves pharmacodynamiques,
4. — Tests biologiques.

Je laisserai de côté les réactions motrices et les tests biologiques pour ne vous mentionner que quelques réflexes viscéraux et quelques épreuves pharmacodynamiques.

Le réflexe oculo-cardiaque consiste à exercer une pression progressive de moyenne intensité sur les globes oculaires pendant trente secondes après avoir compté le pouls.

On obtient un léger ralentissement du pouls (moins de 10 pulsations par minute) avec abaissement de pression (réflexe normal).

Le réflexe est positif lorsque le ralentissement dépasse 12 à 20 pulsations, le malade est vagotonique.

Le réflexe peut être nul si au lieu du ralentissement on constate l'accélération du pouls; le malade est sympathicotonique.

REFLEXE SOLAIRE.

La compression de la région épigastrique au contact de l'aorte abdominale donne une diminution de l'amplitude des oscillations de l'oscillomètre de Pachon; chez les vagotoniques, avec hypertension (Il mesure l'excitabilité du sympathique). Il est antagoniste du réflexe oculo-cardiaque.

Ainsi il est nul chez les sujets dont le réflexe oculo-cardiaque est fortement positif.

ÉPREUVES PHARMACODYNAMIQUES.

L'on peut par l'injection de substances chimiques déceler l'action prépondérante d'un des deux systèmes par les réactions provoquées chez les individus.

L'adrénaline à la dose de 1 milligramme se comporte chez certains sujets comme un excitant du système sympathique — dilate la pupille, produit de la tachycardie avec augmentation de la pression sanguine par vaso-constriction des vaisseaux.

L'atropine paralyse le pneumogastrique, la pilocarpine l'excite.

L'on peut augmenter le tonus d'un des systèmes soit en l'excitant directement soit en diminuant le tonus du système opposé.

Ainsi l'on peut obtenir la dilatation de la pupille soit en paralysant le parasympathique (*atropine*) dont l'excitation produit la contraction pupillaire, soit en excitant le sympathique qui innerve l'irido-dilatateur (adrénaline).

ACTIONS DES SUBSTANCES PHARMACOLOGIQUES ET DES HORMONES SUR LE SYSTEME SYMPATHIQUE.

SYSTEME SYMPATHIQUE		SYSTEME PARASYMPATHIQUE	
<i>Stimulants</i>	<i>Paralysants</i>	<i>Stimulants</i>	<i>Paralysants</i>
Ephédrine	Ergotoxine	Pilocarpine	Atropine
Iodothyriane		Picrotoxine	
Hypophysine		Physostygnine	
Adrénaline		Choline	
		Sécrétion	
		Pancréatique	

“La conception du sympathicotisme et du vagotonisme a le très grand avantage de donner une forme scientifique aux conceptions anciennes des tempéraments et des diathèses. Elle permet de réunir et de grouper des troubles morbides qui coexistent ou se succèdent et qui, malgré leurs localisations différentes et leur aspect disparate, relèvent d'un mécanisme unique. Elle explique aussi les malaises dont se plaignent beaucoup de sujets, qu'on ose à peine qualifier de malades, qui éprouvent des souffrances et des angoisses hors de proportion avec les troubles que l'examen clinique fait constater; on est porté à les considérer comme des malades imaginaires alors qu'en réalité il n'y a pas de malades imaginaires. Il y a seulement des individus dont le système nerveux est hyperexcitable, qui sentent plus vivement que les autres, et, pour une cause en apparence légère, ont des réactions extrêmement violentes. Ce sont, si l'on veut, des névropathes, mais à la condition de donner à ce mot un sens bien précis; ce sont des sujets dont le système nerveux organique subit le contre-coup des troubles apportés dans les sécrétions internes” (Roger).

LA GASTROSCOPIE⁽¹⁾

Par Saint Jean des Rosiers,
Médecin à l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc.

Le 21 novembre dernier, à l'Université de Montréal, l'illustre conférencier de Philadelphie, Chevalier Jackson, dès les premiers mots de son communiqué, nous disait au sujet de la gastroscopie: "La gastroscopie n'est pas une méthode nouvelle, je faisais la première il y a 40 ans."

Je vous dirai ce soir que 36 ans avant Jackson, un nommé Kussmall pratiqua la première gastroscopie sur un avaleur de sabre. En effet si nous faisons l'historique de la gastroscopie, nous verrons qu'elle peut être schématiquement divisée en trois périodes successives.

Historique.

a) 1868-1881.

KUSSMALL. — Gastroscopie pratiquée la première fois sur un avaleur de sabre; reconnaît le premier que la voie allant des dents au cardia est droite.

TROUVE (Français) éclaire la muqueuse gastrique par transillumination.

STEIN. — Emploie l'appareil de Désormeaux modifié — éclairage externe sans résultat.

NITZI. — (1879). Introduit pour la première fois une source lumineuse dans l'estomac.

b) 1881-1900.

MIKULITZ. — Le vrai fondateur des gastroscopes tube rigide coudé à son extrémité possédant: lampe à fil de platine, prisme pour capter l'image — système de lentilles pour transmettre l'image à l'oculaire, courant d'air parcourant l'estomac; voit un cancer et voit fonctionner le pylore.

(1) Communication présentée à la première séance clinique de la Société Médicale de Montréal, à l'hôpital Ste-Jeanne-d'Arc le 6 février 1934.

ROSENHEIN. — (1895). Prouve qu'un tube droit peut être introduit dans l'estomac.

KILLING et KUTHNER. — (1898). Tube souple rendu rigide au moyen d'un ressort à déclat.

REWIDZOFF. — (1899). Glisse le tube de Rosenhein dans un tube en caoutchouc flexible.

c) 1900 — à nos jours.

Gastrosopes à vision droite.

Le seul modèle actuel est l'appareil de Chevalier Jackson. — On conçoit le peu d'application pratique de la vision directe qui ne permet de voir dans toute la cavité gastrique qu'une petite circonférence correspondant au diamètre du tube.

Gastrosopes à vision indirecte.

1. — Gastrosopes flexibles ou semi-flexibles.

a) à longs tubes flexibles :

Martin Sussman — partie supérieure rigide coudée à 150%
partie inférieure souple redressable.

b) à bout flexible.

Loewnig et Stieda — Elsner — Schindler.

2. — Les gastrosopes rigides :

STERNBERG. — Encore appelé gastroscope cystoscopique ; c'est dans une copie précise du cystoscope adapté à la cavité gastrique que Sternberg a puisé les données mécaniques et optiques qui ont servi à la construction de ce gastroscope.

HERSCHILL. — Oesophago gastroscope modifié par Hill à vision directe pour la traversée œsophagienne et à vision indirecte pour l'observation gastrique.

1932. — Gastroscope flexible de Wolf Schindler, est celui qui nous intéresse particulièrement, il est la réalisation pratique d'une théorie d'Hoffmann. — Dans un travail intitulé "Les instruments d'optique à axe variable et leur utilisation en gastroscopie," Hoffmann montra qu'il était théoriquement possible d'installer un certain nombre de prismes dans un tuyau souple, de sorte que l'observateur, quelle que soit la courbe du tuyau, reçoive une image nette. Après de nombreux échecs, Schindler m'avouait y avoir mis douze ans, on

est parvenu enfin à réaliser un modèle à peu près parfait, au point de vue exploration gastrique.

Je dis parfait, car le point essentiel de tout problème gastroscopique actuel, est caractérisé par le fait qu'on aperçoit ou non le pylore.

TECHNIQUE. — Elle diffère très peu des autres techniques endoscopiques. Le gastroscopie est moins désagréable pour le malade que le cystoscope chez l'homme. De même que pour une cystoscopie, il faut en gastroscopie un doigté doux, il faut manœuvrer avec patience, et sans secousse. — L'anatomie de l'œsophage présente des rétrécissements naturels, qu'il ne faut pas violenter sous peine d'avoir des suites fâcheuses. — Sa technique doit être apprise et exercée consciencieusement.

On donne au malade une injection de pantopon trois quarts d'heure avant le commencement de l'examen. Pour l'anesthésie du pharynx nous employons la nupercaïne à 2%, à laquelle nous ajoutons de l'adrénaline solution au millième. On a besoin de 20 minutes pour une bonne anesthésie. Après cela, on vide l'estomac avec un tube en s'efforçant d'évacuer les dernières gouttes de liquides. L'introduction du gastroscopie se fait en décubitus latéral gauche. — L'estomac est insufflé avec un peu d'air; la gastroscopie, l'inspection de la muqueuse même ne durent que 2 minutes à peu près. Si l'on connaît bien l'image de la muqueuse normale, il est facile de constater les changements pathologiques.

La précision de toutes ces images est plus grande que sur les pièces de résection; c'est que la muqueuse dans laquelle le sang circule, donne des images plus précises et plus contrastées.

Comparée à cette simplicité et à cette exactitude, la gastro photographie n'est plus qu'une curiosité. — Au contraire la radiologie garde son importance, pour le duodénum, la vésicule biliaire, et dans certains cas, pour la petite courbure de l'antre.

Inutile d'ajouter que dans la gastroscopie comme dans tout autre mode d'exploration, il y a des indications à suivre et des contre-indications à respecter. — Pour ne citer qu'un exemple, il nous sera à peu près impossible de faire une gastroscopie dans un cas de scoliose et pour cause. — L'âge est encore à considérer et j'en passe

L'examen Gastrique.

a) L'estomac normal

Si d'autres procédés peuvent nous donner de meilleurs renseignements sur la position et la forme de l'estomac, nul autre n'est supérieur à la gastroscopie pour mettre en évidence les détails de relief de la muqueuse gastrique.

1. — La couleur de la muqueuse gastrique est d'un rouge orange brillant, les parties près de l'objectif paraîtront pâles ou plus jaunes que celles éloignées qui seront vues sombres et rouges.

Parfois la muqueuse présente un réseau plus ou moins étendu de cavités qui sont le plus souvent étroites et rouges, pouvant après gonflement prendre une teinte bleuâtre avec diamètre augmenté sans qu'il y ait d'inflammation.

On trouve aussi souvent des petits flocons blanchâtres de mucus qui ne sont nullement pathologiques.

La paroi antérieure est lisse et luisante et la paroi postérieure est anfractueuse sillonnée de gros plis et de profondes vallées, (paquets de vers grouillant).

2. — *Mouvements de l'estomac.* La mobilité de l'estomac est extrême et aucune description ne pourra traduire l'instantané des images successives en gastroscopie. Animée de mouvements propres et de mouvements transmis, la muqueuse de l'estomac fuit devant l'œil de l'observateur comme la mer au hublot d'un navire qui tangue (Schindler). Certains de ces mouvements sont rythmés et de grande amplitude; ils sont d'origine respiratoire; les autres, plus discrets, également rythmés sont surtout appréciables à la paroi postérieure; elle est en effet souvent soulevée par les battements aortiques faciles à identifier par leur siège et leur rythme.

La cavité fundique-corpus chez l'estomac sain (à moins de spasmes ou d'ouverture par gastro-entérostomie) ne montre qu'une très faible activité péristaltique; par contre l'antré et le pylore ont une activité péristaltique constante.

b) L'estomac pathologique

Nous verrons rapidement, le temps l'exigeant, une série d'états pathologiques stomacaux; poser le diagnostic, alors c'est déjà entrevoir la thérapeutique; je n'y ferai donc que très rarement allusion et pour cause.

En effet l'examen gastroscopique fait la lumière à coup sûr, sur une foule de maladies dites d'ordre psychologique ou d'imagination. Il est évident que de ce fait, la clinique des maladies de l'estomac reçoit une nouvelle base.

Une comparaison constante des modifications visibles avec l'activité motrice et sécrétoire, un contrôle de l'efficacité du traitement est alors possible.

N. B. — La clinique, ici également, garde tous ses droits: pas de conclusion à tirer d'un examen négatif: il y a des modifications pathologiques qui ne sont pas visibles à l'œil nu, (la neurose stomacale). Nous observerons donc au gastroscope les spasmes, troubles circulatoires,

1. — SPASMES:

- a) — au cours de maladies organiques.
 - diverticules en forme d'entonnoir.
 - ulcères de l'estomac-duodénite.
 - cholécystite — appendicite.
- b) — spasmes fonctionnels: névropathie, hystérie, (impossible de faire avancer l'instrument une fois dans l'estomac).

2. — TROUBLES CIRCULATOIRES:

- a) — Anémie, — diagnostic non exclusif par gastroscopie, mais suggérant "illico" le concours du laboratoire.
- b) — Hyperhémie, — de peu d'importance quand elle est diffuse, sa localisation en tache, présume en faveur d'un ulcère, d'une tumeur bénigne ou maligne.
- c) — Hémorragies, — diagnostic différentiel à faire avec le cancer, l'ulcère, gastrite, diathèse hémorragique.

3. — L'ULCÈRE:

Il apparaît sous forme de perte de substance, plus ou moins profonde, taillé tantôt en pente douce, tantôt à l'emporte-pièce, ordinairement facile à découvrir, il arrive quelquefois que l'on peut passer à côté d'un ulcère profondément niché au fond d'une vallée entre deux plis accentués de la muqueuse gastrique.

S'il est important de signaler l'existence d'un ulcère, il l'est davantage de reconnaître les lésions juxta-ulcéreuses.

La muqueuse nous apparaît en effet violemment colorée, hyperhémisée, parcourue par des vaisseaux nombreux et dilatés, et enfin, fréquemment parsemée d'érosions multiples, de la grosseur d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes, rouges, arrondies, circulaires, superficielles, n'atteignant que les couches les plus immédiates de la paroi.

Ces lésions de la gastrite ulcéreuse, constatées autour d'un ulcus sont particulièrement importantes à étudier; Schindler a montré le rôle de la gastroscopie dans leur recherche.

Le chirurgien, en effet, observant surtout les manifestations sérieuses extra-gastriques, ne les aperçoit ordinairement pas. Elles sont la preuve que la maladie ulcéreuse n'est pas uniquement localisée à l'ulcus chronique, mais que ses manifestations s'étendent à une grande partie de la muqueuse gastrique.

Ces notions sont d'un grand intérêt. Elles devront faire l'objet d'études gastroscopiques plus nombreuses; ne faut-il pas voir dans l'amélioration de cette gastrite, la raison des guérisons cliniques de bien des ulcéreux?

4. — LES GASTRITES:

a) — Gastrites aiguës; l'étiologie admise, le diagnostic s'impose; ex.: médicamenteuse, toxi-infectieuse, etc.

b) — Gastrites chroniques: — Avec Schindler nous pouvons aujourd'hui décrire trois grandes variétés de gastrites chroniques répondant à trois aspects très différents de la muqueuse stomacale.

1. — *Gastrite catarrhale chronique*; très souvent secondaire à des infections ou intoxications générales ou locales; cette affection est surtout rencontrée dans la grosse tubérosité — corpus —, assez souvent à la paroi antérieure — et quelquefois à la paroi postérieure. La muqueuse y présente deux aspects bien particuliers:

— un piqueté rouge vif, en zones arrondies, irrégulières tranchant sur le fond orangé de la muqueuse normale.

— une sécrétion anormale de mucus.

2. — *Gastrite hypertrophique chronique*; le point le plus évident de cette affection est la prolifération du tissu interstitiel au point de rendre la muqueuse solidaire du tissu musculaire. La place de prédilection de cette affection est la région du pylore. On y voit une muqueuse mate, d'aspect fongueux, irrégulier, crevassé, de couleur rouge foncé, souvent compliquée de suffusions sanguines.

Suivant les modifications de cet aspect général, comme le fait remarquer Schindler, on pourra parler de catarrhe verruqueux ou état mamelonné de la muqueuse, de gastrite polypeuse, de gastrite hypertrophique granuleuse, de gastrite ulcéreuse.

L'alcoolisme semble jouer un rôle capital dans son évolution et, en conséquence, les hommes semblent y être plus sujets que les femmes (du moins en Bavière) 9/3.

3. — *Gastrite atrophique; tantôt primitive*, elle est le plus souvent secondaire à la précédente — on la rencontre dans certains types d'anémies pernicieuses: Addison, Cancer

La muqueuse paraît alors gris verdâtre flétrie et comme amincie.

4. — *Gastrites spécifiques*; la tuberculose et la syphilis de l'estomac sont très rares. D'après Schindler il semblerait douteux que l'on puisse reconnaître un abcès syphilitique au gastroscopie. Il admet toutefois la possibilité de contrôler le traitement antispécifique appliqué à l'exclusion de toute autre thérapie et ainsi confirmer le diagnostic.

On pourrait reconnaître les ulcères tuberculeux à leur fond caséeux et à leur bordure minée en-dessous, présentant des nodosités. Mais cette forme, toujours d'après Schindler, se rencontre encore plus rarement que celle de la syphilis. Je ne saurais clore ce chapitre sur les gastrites sans mentionner, à ce sujet, le brillant travail de mon maître et ami, François Moutier de Vaugirard, élève, comme moi et après moi, du célèbre professeur allemand Rudolphe Schindler. Dans un numéro de la Presse Médicale, du 18 novembre dernier, le docteur Moutier rapporte une classification très intéressante des aspects pathologiques de la muqueuse gastrique au cours des 135 gastroscopies qu'il a pratiquées jusqu'à date.

5. — LES TUMEURS:

- a) — tumeurs bénignes: adénomes, papillomes, fibromes, myomes.
- b) — tumeurs malignes:

1. CANCER. — C'est ici où la gastroscopie présente son plus grand avantage. En effet l'examen systématique de toute personne, au-dessus de 30 ans, — présentant des troubles gastriques avec amaigrissement brusque, inexplicable, non amélioré au bout de 4 à 6 semaines, par le traitement, révélerait un plus grand nombre de cancéreux qui pourraient être opérés avec quelque chance de succès, qui meurent actuellement sans qu'on n'ait rien tenté. Un grand nombre de ces malades ne ressentent des troubles que quand la tumeur est devenue inopérable.

2. SARCOME. — a) *sarcôme primaire* de l'estomac, à cellules rondes très rares et très difficiles à différencier du cancer à la vue.

b) *lympho sarcôme*, reconnu plus facilement, s'attaquant à la partie superficielle de la muqueuse pour lui donner un aspect tuberculé.

6. — VARIATIONS ACCIDENTELLES de la forme de l'estomac:

- a) — *Sutures*. Chaque suture de l'estomac provoque la formation d'une niche et d'un bourrelet, qui s'atténuent avec le temps mais qui conservent l'empreinte de la forme donnée par l'opération.
- b) — *Gastro-entérostomies*. La gastro-entérostomie est la cause très fréquemment de cette gastrite catarrhale, déjà citée, déterminée par la rentrée du suc intestinal dans l'estomac. Le facteur étiologique serait donc d'ordre chimique ou toxi-bactériel.

7. — CORPS ÉTRANGERS:

- a) — restes d'aliments.
- b) — tabac à priser.
- c) — cellules nécrosées traduisant le cancer.
- d) — fils de soie libres ou inclus au bord de l'ouverture gastro-entérostomique.

En terminant, mes chers collègues, me sera-t-il permis d'insister sur un point particulier. Nous n'avons aucune prétention, en présentant ce travail, de faire œuvre d'innovateur; notre seul mérite, et quand nous n'aurions que celui-là, nous serions amplement récompensé, c'est d'apporter comme représentant de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc, notre modeste contribution à la série déjà imposante des travaux brillants de nos collègues des autres hôpitaux.

Cette nouvelle méthode d'exploration gastrique, nous osons le croire, contribuera au perfectionnement des bases de l'étude clinique des maladies de l'estomac, dans le plus grand intérêt de nos malades.

BIBLIOGRAPHIE

- MIKULICZ (V). — *De la gastroscopie et de l'œsophagoscopie*. Presse médicale viennoise 1881. No 45 p. 1045.
- ROSENHEIN. — *De l'examen du cardia avec remarque sur la gastroscopie*. Bull. méd. hebdom. allemand. No 51, p. 741, 1897.
- KELLING. — *Gastroscope articulé, coudé et extensible avec prisme tournant*. Bull. méd. hebdom. de Munich. 1898, No 49, p. 1556.
- JACKSON. — *Journal of American. Med. Ass.* 1907.
- LOEWNIG et STIEDA. — *L'examen de l'estomac avec le gastroscope*. Communication au sujet des limites de la médecine et de la chirurgie. Vol. 21 - H 2, p. 181. Munich. Med. Wochensch., 1908.
- ELSNER. — *La gastroscopie*. (Thième) Leipzig, 1911.
- SUSSMANN. — *Un gastroscope flexible*. 1911. H 10.
- HILL. — *La gastroscopie*. London 1912.
- R. SCHINDLER. — *La signification gastroscopique de la gastroscopie*. Munich 1922. No 15, p. 535.
- LEHRBUCH und Atlas der Gastroskopie, 1923.
- J. RACHET. — *La Gastroscopie*, 1926.

PETITE CLINIQUE

CONSIDÉRATIONS SUR UN CAS D'IMPERFORATION DE L'HYMEN AYANT ENTRAINÉ UNE PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE⁽¹⁾

Par Léon GERIN-LAJOIE, F.R.C.S. (C.),
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal,
Gynécologue à l'hôpital Notre-Dame.

Les malformations congénitales apparentes à l'examen ne sont pas des raretés. Aussi ce n'est pas à titre de curiosité que je rapporte ici l'histoire d'une petite malade qu'un examen attentif de la part du médecin de famille aurait empêché de mourir.

En l'occurrence il suffisait pour le médecin de songer qu'il n'est pas normal pour une jeune fille de dix-huit ans de ne pas "voir ses règles", et qu'en outre des causes de débilité et d'insuffisance endocrinienne, il existe certaines malformations congénitales visibles à l'œil nu, telle l'imperforation de l'hymen, dont nous rapportons l'histoire d'un cas plus bas.

Il ne serait peut-être pas inutile de rappeler ce qu'est l'hymen. Tous les traités d'anatomie en donnent une description assez simple, assez exacte, et du *Traité d'Anatomie Humaine* de L. Testut, nous extrayons les lignes suivantes:

"L'hymen est une cloison incomplète qui se dresse à la limite "respectue des deux conduits vaginal et vulvaire. Placée horizontalement quand le sujet est debout, elle est verticale quand celui-ci "repose dans le décubitus dorsal.

"La forme de l'hymen, comme celle de tous les organes à fonctions "mal définies, est éminemment variable. Nous pouvons cependant "ramener le plus grand nombre de ces variétés à l'un des trois types "suivants: type semi-lunaire, type annulaire, type labié. Les mal-

(1) Travail du service de Gynécologie de l'hôpital Notre-Dame, dirigé par le prof. L. de L. Harwood, service du prof. agrégé R. Trudeau. Communication faite à la Société Médicale de Montréal, le 20 mars 1933.

“formations et anomalies que peut présenter l’hymen sont extrêmement nombreuses. L’une de ces malformations ou anomalies est l’hymen imperforé. Une pareille condition, en s’opposant à l’écoulement du flux menstruel, peut entraîner des conséquences graves.”

Nous avons tous eu de ces cas où une incision cruciale de l’hymen donna issue à un sang noirâtre, analogue à celui des hématoécès.

“La structure de l’hymen est essentiellement un repli muqueux, entre les deux feuillets duquel s’interpose une couche de tissu conjonctif très riches en fibres élastiques.

“Cette couche fibro-élastique, qui constitue comme le squelette de l’hymen, renferme dans sa trame de nombreux vaisseaux, des ramifications nerveuses, et d’après certains auteurs des fibres musculaires lisses qui se continuent en haut avec la tunique musculuse du vagin. Toutefois l’existence de ces éléments contractiles n’est pas admise par tous les histologistes. Tourneux et Herrmann, notamment, considèrent l’hymen comme un simple repli muqueux, entièrement dépourvu de fibres musculaires.

“Les deux feuillets muqueux, qui constituent l’hymen, appartiennent l’un et l’autre aux muqueuses dermo-papillaires. Ils présentent de nombreuses papilles de forme conique, simples ou ramifiées, mesurant de 150 à 300 μ de longueur et sont recouvertes sur leur face libre par un épithélium pavimenteux stratifié. L’hymen, analogue en cela au vagin, ne possède aucune trace de glandes.

“La couche fibro-élastique de l’hymen varie beaucoup quant à son développement. A côté des hymens peu résistants, se déchirant avec la plus grande facilité au moment des premiers rapprochements sexuels, on rencontre des hymens épais et charnus, remarquables par leur résistance, cédant difficilement à la pression du membre viril, et parfois même nécessitant une intervention chirurgicale.”

Cette intervention chirurgicale devient une obligation dans les cas d’imperforation de l’hymen.

Nous avons eu l’occasion de voir des enfants de 15 et 16 ans n’ayant jamais vu leurs règles et présentant à périodes fixes des crises douloureuses abdominales donnant le change pour une crise appendiculaire. Il s’agit fréquemment dans ces cas d’un hymen imperforé. Ces malades, adressées suffisamment tôt au médecin, ont pu s’en tirer sans trop d’ennuis. En effet, devant cet hymen qui bombe à la vulve par la pression du sang accumulé dans le vagin, une incision en croix se pratique sans douleur, sur la table d’examen; l’ouverture ainsi faite, laisse échapper un liquide noirâtre, poisseux, ressemblant

à une mélasse épaisse, souvent d'odeur malodorante, et tous les ennuis cessent avec l'écoulement de ce liquide. Par contre, il arrive malheureusement trop souvent que par une fausse pudeur, ces petites malades sont amenées chez le médecin ou chez des femmes qui se dispensent d'examiner l'état de la vulve et mettent sur le compte d'une faiblesse ou d'une anémie le retard apporté dans l'écoulement des règles. Des toniques sont prescrits qui stimulent l'écoulement sanguin, aggravent souvent la douleur périodique jusqu'au jour où l'état général devenant menacé l'on se résout à montrer ce que jusqu'ici l'on avait caché avec une sollicitude mal comprise.

L'examen des malades doit être pratiqué systématiquement, et aucune condition d'âge, de profession, de métier, de vocation ne doit empêcher le médecin de se rendre compte, par l'inspection, par la palpation, par la percussion, et au besoin par l'auscultation, d'un état morbide qui relève trop souvent de l'état pathologique de plusieurs organes.

Ces remarques ne s'appliquent pas exclusivement au domaine génital, mais à tous les domaines. Cet examen systématique, auquel se plient beaucoup plus facilement qu'auparavant les dames, les jeunes filles, et même les religieuses, permet d'éviter bien des erreurs de diagnostic, et d'arriver beaucoup plus tôt à la solution d'un problème souvent très complexe.

Il est dans l'intérêt du malade que cet examen se fasse, tant pour permettre au médecin qu'il a choisi, et en qui il doit mettre toute sa confiance, de se rendre compte des moindres signes qui peuvent le mettre sur la piste d'une affection, que pour faire bénéficier le client d'une médication ou d'un traitement chirurgical d'emblée plus approprié pour son cas.

Je ne saurais donc faire autrement que de répéter ici ce que je dis en maintes occasions à des élèves ou des confrères: "Il vaut mieux refuser de traiter une cliente qui s'objecte à l'examen, que de prescrire une médication anodine, dans la crainte qu'elle ne se présentera plus à votre bureau. Un jour ou l'autre, l'insuccès du traitement que vous aurez institué décidera la patiente à se présenter chez l'un de vos confrères qui insistera suffisamment pour la décider à se laisser examiner, et tôt ou tard, ce sera vous qui serez le perdant, parce que vous aurez négligé de mettre en pratique l'un des principes essentiels qui font le succès en médecine: l'examen systématique des malades."

Observation: Dans la nuit du 19 au 20 janvier dernier, Mlle A. F., 18 ans, nous est amenée en ambulance, recommandée par son médecin, qui la traite depuis bientôt un mois, pour douleurs abdominales généralisées, accompagnées de vomissements. Le début des douleurs remonte à quelques jours avant Noël. Celles-ci persistent avec plus ou moins d'intensité jusqu'à une semaine avant son entrée à l'hôpital, alors que la patiente remarqua pour la première fois de sa vie, du sang s'écouler de son vagin.

L'état général est mauvais, malgré une corpulence et une taille exagérée chez une enfant de 18 ans. Elle pèse près de deux cents livres. Ses seins sont développés comme ceux des personnes qui nourrissent. L'abdomen est adipeux de même que les cuisses et les jambes. Le facies est hébété, sans expression. Le teint est pâle, sub-ictérique. Le pouls est à 116, la température à 97 degrés. La respiration à 26, la pression artérielle 84 sur 38. Du côté des yeux, l'on remarque des conjonctives sub-ictériques; les pupilles sont en mydriase légère,

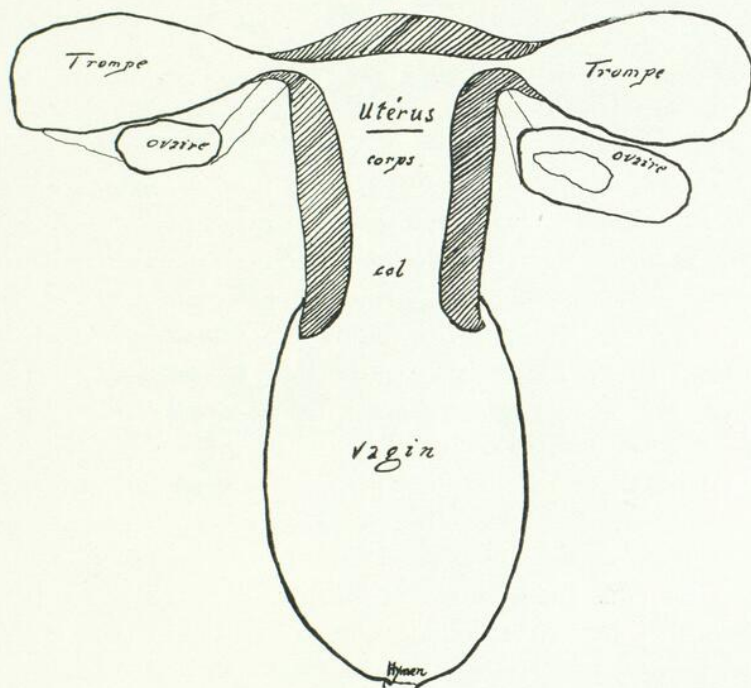


Schéma d'une coupe sagittale des organes génitaux, dans un cas d'imperforation de l'hymen ayant entraîné une distension de ceux-ci, chez une jeune fille de 18 ans.

égales et régulières, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Les oreilles sont sans particularité. La langue est saburrale, l'haleine est fétide. Du côté du thorax, les seins sont énormes, pendants. Le cœur est rapide. L'abdomen gros, ballonné, *sans grande douleur*, présente toutefois une légère défense musculaire dans la fosse iliaque droite à la palpation profonde.

A la vulve, l'on constate l'écoulement d'un sang poisseux, noirâtre, véritable mélasse, par l'ouverture d'un hymen très épaissi, déchiré en forme de L majuscule. Le vagin est rempli par une masse de sang coagulé que l'on extirpe difficilement.

Le col est imperceptible de même que l'utérus et les annexes, à cause

de la distension considérable du vagin, et aussi de l'adiposité de la malade.

Devant le mauvais état général l'on décide une intervention d'urgence après la visite du matin. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, un liquide grisâtre, purulent, très fétide, s'écoule sous pression. Après débridement laborieux d'adhérences épiploïques et intestinales, on constate la présence d'énormes hémato-salpinx qui se vident par les pavillons, ces derniers sont de coloration gris verdâtre. L'éponge ne réussit pas à assécher complètement la cavité abdominale. Au niveau de l'ovaire gauche, augmenté de volume, un follicule a pris la même coloration que les pavillons et présente une véritable anfractuosité sur l'ovaire. Devant le très mauvais état général on procède à une annexectomie double avec drainage par Mickulitz et tubes, puis fermeture de la paroi.

La malade continue son intoxication et meurt dans la nuit du même jour.

L'autopsie a révélé: une péritonite généralisée, une péri-cystite, une congestion pulmonaire intense et une distension et gangrène de la muqueuse vaginale, du col utérin et de l'utérus lui-même. (Dr MARTIN.).

Le rapport concis de l'autopsiste ne donne pas une idée exacte des dégâts occasionnés par l'accumulation et la tension du sang dans les organes génitaux.

J'ai essayé de vous schématiser l'aspect de ces organes au moyen d'une coupe sagittale qui aurait été pratiquée sur ceux-ci en plein centre de la pièce. Le vagin mesurait $10\frac{1}{2}$ centimètres de large par $15\frac{1}{2}$ centimètres de long. L'utérus au complet, corps et col, ne faisait qu'un, et celui-ci était complètement effacé et dilaté. Les trompes enlevées à l'intervention avaient l'aspect d'énormes boudins distendus, dont les proportions concordaient avec les dimensions du reste des organes génitaux.

Cette distension du vagin explique l'impossibilité dans laquelle nous nous trouvions de rencontrer le col au bout du doigt: le col lui-même complètement dilaté et accolé aux parois vaginales nous aurait fait pénétrer dans l'utérus, par le toucher, si nos doigts eussent été assez longs. Quant à la délimitation du corps et des trompes, elle était impossible par la défense musculaire et l'extrême sensibilité de tout le bassin: les culs-de-sac latéraux et postérieurs bombés par l'accumulation du sang dans la cavité pelvienne rendait cette délimitation également impossible.

Un examen précoce de la vulve, il y a plusieurs années, ou même peut-être dès le début de la crise en décembre 1933, aurait probablement: a) permis au médecin de soulager immédiatement la malade; b) prévenu l'apparition de la péritonite; c) rendu moins grave une opération que nous dûmes pratiquer *in extremis*; d) sauvé une vie humaine.

En conclusion, nous ne saurions trop réitérer notre insistance sur la nécessité de l'examen méthodique des malades.

REVUE DES LIVRES

Une nouvelle syphilis nerveuse, par Paul RAVAUT. — 1 vol.
200 pages. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Widal et Ravaut, dès 1900, appliquèrent les notions nouvelles du Cyto-Diagnostic à l'étude du Liquide Céphalo-Rachidien. Ravaut, avec d'autres puis seul, y vit aussitôt une voie féconde pour l'étude de la Syphilis Nerveuse. Il établit bientôt l'existence des modifications biologiques du L.C.R. qui accompagnent les signes cliniques de l'atteinte des centres nerveux de la tréponémie.

Mais où réside le haut intérêt de ses recherches c'est dans la révélation d'une phase pré-clinique de la Syphilis Nerveuse, laquelle ne se manifeste par aucun signe cliniquement décelable mais seulement par la ponction lombaire.

L'Auteur peut prouver par de nombreuses statistiques que cette période pré-clinique peut se révéler par la ponction lombaire de longs mois, des années même avant l'apparition des signes cliniques. Et c'est là la notion la plus pratique qui se dégage des travaux de Ravaut, qu'il est possible de décélérer longtemps d'avance une Syphilis Nerveuse latente par les réactions précoces du L.C.R.

Et cette découverte permet de traiter avec d'autant plus de succès ces lésions dues à cette localisation spéciale du tréponème que le traitement est institué avant que les dégâts irréparables soient accomplis.

Nous pouvons espérer que les faits exposés dans ce volume contribueront à faire diminuer grandement, et dans un avenir rapproché, cette redoutable invasion du Système nerveux par le tréponème.

La lecture de cet ouvrage est facile et l'A. y expose clairement des faits précis.

Albéric MARIN.

FORMULAIRE

LA PYORRHÉE ALVÉOLAIRE

(d'après M. Hulin)

- 1° Brossage énergique des dents et des gencives avec une brosse à crins durs.
- 2° Examen soigné, pratiqué par un spécialiste qui fera la vérification des obturations, enlèvera le tartre, radiographie si nécessaire, etc...
- 3° Combattre la constipation (poudres magnésio-bismuthées) et la torpeur du foie (sels magnésiens).
- 4° Ingestion en abondance de légumes frais et de fruits crus.
- 5° Haute fréquence, diathermie, ultra-violets.
- 6° Brosser les dents avec la pâte suivante:

Huile d'olive	....	....	....	....	....	110 grammes
Hyposulfite de soude	}	..	....			10 grammes
" de magnésium						
Poudre de quinquina	....	....	....	....	....	50 grammes
Poudre de cachou	....	....	....	....	....	25 grammes
Glycérine neutre	....	....	....	....	....	100 grammes
Eau	....	....	....	....	....	25 grammes
Parfum	....	....	....	....	....	Q.S.

- 7° Toucher les gencives avec:

Extr. alcool de quinquina	}	....	....			100 grammes
" " cachou						
" " pyrètre.						
Alcool camphré	}	....	....	....		10 grammes
Chloroforme						
Oléate de soude						
Taurocholate						
Parfum	....	....	....	....	....	Q.S.

R. BOUCHER.



ANALYSES

MEDECINE

SAINTON et DURUPT. — **Quelques considérations sur l'interférométrie dans des affections thyroïdiennes.** Annales de thérapie biologique, 15 octobre 1933.

L'interférométrie est une méthode qui recherche et dose les ferments de défense que contient le sang. Ces derniers seraient spécifiques, pourraient attaquer une albumine et la transformer en peptone, ce qui permet d'affirmer à cette albumine une origine extra-digestive. C'est pourquoi la recherche des ferments de défense a pu s'appliquer au diagnostic tumoral. Hirsch a transporté cette méthode sur le terrain endocrinien en tirant de leur dosage des renseignements sur le fonctionnement et sur l'équilibre endocrinien d'un sujet.

Si la technique est uniforme, l'interprétation des résultats n'a pas fini d'évoluer. Pour Abderhalden, qui a étudié les faits par la méthode dialytique, les ferments ne sont dirigés que contre les organes altérés et, conséquemment, considérés comme étrangers à l'organisme. Pour Hirsch, qui a employé, l'interférométrie, il existe dans le sang des ferments de défense contre toutes les glandes à sécrétion interne, même quand elles fonctionnent normalement, d'où le schéma normal des valeurs fermentatives de toutes les glandes (Zinner, Lendel et Fehlow). Voilà pour l'Allemagne. En France, Guillaumin croit qu'il existe "une relation étroite entre les valeurs fermentatives élevées et l'hypo-fonctionnement glandulaire, entre les valeurs fermentatives basses et les états d'hyperfonction". Ces conclusions sont discutables, manquent de base anatomique et sont fortement critiquées par Mayer et, surtout, par Durupt. Pour ce dernier, s'appuyant sur le fait que des "substrats d'organes sans sécrétion endocrine semblent être attaqués par les sérums au même degré et même souvent à un degré plus élevé que les substrats endocriniens et que, d'autre part, l'ovaire et le placenta sont attaqués par le sérum humain à un degré au moins égal et souvent supérieur aux substrats hypophysaires", il affirme que la sécrétion endocrine n'est pas la cause de la formation des ferments de défense et qu'il existe certains faits biologiques qui demandent des correctives d'interprétation pour tous les résultats déjà obtenus. C'est pourquoi S. et D. ont repris la question en utilisant pour l'interférométrie dans les états thyroïdiens des substrats normaux, chez des sujets normaux et chez des sujets atteints d'affections thyroïdiennes: hypo et hyperthyroïdie, et des substrats thyroïdiens pathologiques chez des basedowiens avant et après intervention chirurgicale, chez des goitreux avec hyperthyroïdie légère ou avec hypothyroïdie, chez des goitreux par métastase maligne, chez des goitreux simples. Leurs conclusions sont intéressantes. D'abord, pour la thyroïde, le seul substrat thyroïdien ne peut interférométriquement déceler que l'altération de la glande. Mais les résultats, dans leur ensemble montrent que lorsque la thyroïde est *cliniquement* normale, la valeur fermentative reste dans les limites normales, soit au-dessous de 4. Quand cette valeur s'élève (elle peut aller à 10, terme maximum), c'est que la glande est altérée dans

son fonctionnement, sans qu'on puisse déterminer dans quel sens cette altération modifie la sécrétion. Pour plus de précision diagnostique, on utilisera les différents substrats de thyroïde pathologique correspondant aux formes anatomiques possibles. Si alors le substrat normal présente la plus haute valeur fermentative il s'agira d'une altération thyroïdienne, non spécifique, avec hypofonctionnement. Si, au contraire, la valeur donnée par un autre substrat thyroïdien pathologique est supérieure à celle donnée par la thyroïde normale le diagnostic se fera dans le sens de la lésion correspondant à ce substrat. Mais l'interférométrie n'a pas encore dit son dernier mot.

R. BOUCHER.

P. HALBRON et T. LENORMAND. — **Quelques réflexions sur l'acidothérapie aminée dans l'angor pectoris. Action de l'histidine.** "Journal des Praticiens", 10 février 1934.

Les A. rapportent quatre observations de malades dont les douleurs angineuses ont été rapidement améliorées par l'histidine, injectée chaque jour dans le derme de la face externe de la cuisse à la dose de 0.5 c.c. d'une solution à 4%. Ils croient que les extraits organiques, employés dans le traitement de l'angine de poitrine, agissent à cause des acides aminés qu'ils contiennent. Cela expliquerait pourquoi l'injection d'acides-amino, comme l'histidine, par exemple, serait plus efficace que l'organothérapie.

R. BOUCHER.

Harry MEDOVY. — **Le traitement du diabète chez les enfants par un type normal de diète.** C.M.A.J. 1933 — 29 — 605.

Bien que l'introduction de l'insuline dans le traitement du diabète infantile ait complètement transformé le pronostic de cette pénible condition, les choses étaient loin d'être satisfaisantes jusqu'à il y a 3 ou 4 ans.

En effet, de 1922 à cette date, l'insuline était considérée par la majorité comme un traitement spécial réservé aux cas d'acidose et de coma, et qu'on abandonnait une fois le danger écarté. Pour diminuer la glycémie et la glycosurie il fallait réduire ou supprimer les hydrates de carbone auxquels il fallait bien substituer, pour fournir l'énergie nécessaire, de fortes quantités de graisse. Les enfants toléraient mal ces rations mal équilibrées et peu attrayantes. Ils s'en écartaient invariablement et mangeaient à leur guise dès que la surveillance se relâchait à leur endroit. Tout contrôle, dans ces conditions, devenait impossible. La plupart mouraient de coma.

Un mouvement de réaction contre les régimes hypergrasseyés, et d'une façon générale, contre les régimes qui s'éloignent trop de la composition du régime normal, s'est produit.

Sansum et Geyelin en Amérique, Forges et Adlersberg en Europe furent les premiers à recommander et à employer dans le diabète un régime se rapprochant du régime normal, avec de l'insuline pour en favoriser l'utilisation. Ils rapportèrent des résultats très satisfaisants dans le diabète infantile, au point de vue de la croissance et du développement intellectuel des enfants, ainsi que du grand avantage dans l'application.

H. M. rapporte son expérience avec le régime normal chez dix enfants, suivis à la clinique de diabète du Children Hospital of Winnipeg, avec les

meilleurs résultats. La plupart de ces malades étaient auparavant soumis à un régime hypergrasseyé et leurs conditions générales étaient mauvaises. Soumis au régime normal avec insuline, leur croissance arrêtée reprit son cours, l'état intellectuel devint rapidement normal et tous ces enfants, sauf un qui mourut de tuberculose, mènent une existence en tout point semblable à celle des enfants de leur âge. Ils ne cherchent pas à s'éloigner de leur régime et résistent bien aux maladies infectieuses de l'enfance.

La quantité d'insuline nécessaire avec un régime normal est rarement supérieure à celle qui est employée avec un régime pauvre en hydrate de carbone.

L.-Henri GARIEPY.

Auguste LUMIERE. — Les derniers arguments des contagionnistes.
L'Avenir Médical, février 1934.

La non-transmission conjugale de l'affection tuberculeuse devient une démonstration puissante contre la théorie qui considère la tuberculose comme une maladie contagieuse pour l'adulte.

En France, sur 100 mariages tuberculeux, on en rencontre quatre-vingt-dix pour cent, en moyenne, où l'un seul des époux est bacillaire et dix où les deux conjoints sont à la fois atteints, et encore, pour ces dix, on peut invoquer les lois des coïncidences.

Des contagionnistes rapportent comme exemple l'histoire d'une femme tuberculeuse qui se marie trois fois et dont les trois maris sont morts tuberculeux. Rien ne prouve que ces trois maris n'étaient pas des bacillaires, qui auraient bien pu devenir tuberculeux sans le contagion de cette femme.

Il faut donc scruter les antécédents et l'état actuel du sujet prétendu sain. Si le facteur héréditaire n'a pas été éliminé, on ne peut conclure en faveur de la contagion. Le contagion tardif ne serait pas en cause, mais la contamination se ferait dans l'enfance pour demeurer latente durant des années. Même si l'on n'admet pas l'hérédité de l'affection, il est nécessaire de la rechercher.

La tuberculose est tellement fréquente qu'il est impossible de ne pas voir le hasard surgir en dehors de toute contagion. L'auteur conclut à la non-contagion de la tuberculose pour l'adulte, dans les pays de civilisation ancienne.

Paul-René ARCHAMBAULT.

L. DELHERM et H. BEAU. — L'association de l'électrothérapie et la radiothérapie dans le traitement de la maladie de Basedow. *Revue Médicale Française*, février 1934.

Depuis bien des années, Laquerrière et Delherm ont préconisé la galvano-faradisation iodée pour le traitement de la maladie de Basedow. Sur 15 cas traités de cette manière, 11 fois le métabolisme basal a été abaissé d'une façon notable en même temps qu'on constatait une amélioration de tous les signes cliniques.

Sur 333 malades traités par l'électro et la radiothérapie associées, les auteurs ont obtenu dans 76% des cas une guérison complète ou à peu près et qui se maintient depuis 7 à 9 ans: métabolisme basal abaissé, hyperémo-

tivité, tremblement, palpitations disparus, exophtalmie atténuée dans 30% des cas.

En conclusion les auteurs recommandent l'électrothérapie seule dans les formes légères avec métabolisme basal à + 10 ou + 15% ou celles à prédominance sympathique, tandis que les formes moyennes à évolution normale sont justiciables de l'électro-radiothérapie.

G. LAFRESNIERE.

Henri PAILLARD. — Quelques points du traitement de la goutte. Le journal médical français, janvier 1934.

L'auteur indique, dans cet article, une série de petits moyens pour réaliser l'hygiène des articulations gouteuses; en particulier, suppression de la jarretelle circulaire et gymnastique des pieds en position surélevée et appuyée. Le malade appuie son tendon d'Achille sur le rebord inférieur du lit et exécute des mouvements lents et profonds de flexion et d'extension du pied, deux à trois fois par jour et cinq minutes environ à chaque fois. M. Paillard parle ensuite de la cure de diurèse faite avec une eau active (Vittel) et son action sur les tophi.

Au cours de la cure de diurèse on ne devra pas faire d'hydrothérapie. L'autohémothérapie a souvent donné à l'auteur, au cours des accès de goutte aiguë, surtout des accès prolongés, de bons résultats. Il associe de plus au traitement par le co'chique et la colchicine par la diète et les uricolytiques classiques, désintoxication intestinale par le charbon, le chlorure de magnésium, le collarzol ou l'eau de Chatel-Guyon.

G. LAFRESNIERE.

Louis M. WARFIELD. — Traitement des défaillances circulatoires. Annals of Internal Medicine, fév. 34.

Les cas d'insuffisance circulatoire peuvent se diviser en deux groupes: les cas d'insuffisance circulatoire d'origine centrale (cardiaque) et d'origine périphérique (vasculaire).

Dans le premier groupe, caractérisé par l'augmentation du volume du sang, il existe de la dyspnée, de l'orthopnée, de la cyanose des lèvres et une pression veineuse augmentée.

Dans le deuxième groupe, le volume du sang, au contraire, est diminué avec une circulation de retour insuffisante. Il existe en plus de la concentration du sang, une diminution du chlore sanguin, une pression veineuse moindre; c'est ce qu'on appelle l'état de choc. On rencontre ce cas surtout au cours du goitre toxique, des infections sévères.

Le traitement de ces deux formes est entièrement différent: Dans l'insuffisance circulatoire d'origine cardiaque, on donnera le traitement employé habituellement.

Dans l'insuffisance circulatoire d'origine périphérique, on mettra le malade tête basse et on le fera boire en abondance, ou encore on pourra lui donner 3 ou 4 litres de sérum en injection intraveineuse par jour.

Comme médication, il faudra recourir aux médicaments suivants: la strychnine, la caféine, l'adrénaline, la Pitressin, le Metrozal.

La digitale, qui diminue le volume du sang est contreindiquée.

Paul MORIN.

Genival LONDRES (Rio de Janeiro). — **Intoxication saturnine par une balle de plomb.** Presse Médicale, No 23, 21 mars 1934.

La présence de projectiles en plomb dans l'organisme humain peut-elle être la cause d'intoxication saturnine? De façon habituelle, ces corps étrangers sont tellement bien tolérés que de nombreux auteurs en sont arrivés à mettre en doute le rôle de ce mécanisme dans l'étiopathogénie du saturnisme. C'est à propos de ces restrictions que l'auteur juge digne la publication de 3 observations de malades qui, ayant refusé de subir l'opération pour extraction de balles en plomb, ont présenté après quelques mois les signes classiques du saturnisme: crises douloureuses abdominales, paralysies radiales amyotrophiques, anémie, liséré de Burton, etc. — La régression de cette intoxication s'étant opérée totalement après l'opération, l'auteur y trouve la preuve irréfutable d'un rapport de cause à effet et passe en revue les circonstances qui pourraient favoriser l'intoxication dans ces cas, à savoir la situation du projectile, la sensibilité du terrain due à un état biochimique spécial influençant la dissolution du métal ou son absorption, la composition du projectile, etc.

Emile MATHIEU.

CHIRURGIE

G. W. CRILE. — **Dénervation des glandes surrénales pour asthénie neurocirculatoire.** Surgery, Gynaecology and Obstetrics, 15 fév. 1932.

Chez l'hyperthyroïdien la glande thyroïde sécrète un liquide toxique. La suractivité de la sécrétion thyroïdienne est transmise à distance au moyen du système sympathique thyroïdien. Le sympathique thyroïdien étant sectionné au cours de la thyroïdectomie le syndrome hypersympathicotonique, présent chez le basedowien, disparaît.

S'inspirant de cette conception clinique acquise et généralement admise, puis s'appuyant sur les résultats favorables et encourageants obtenus à la suite de ses recherches expérimentales sur le sympathique surrénalien, Crile trouve qu'il est logique de lutter contre une affection de l'organisme, affection imputable à la suractivité pathologique des glandes surrénales, en sectionnant le sympathique efférent de ces glandes.

Le stimulus provenant d'une glande surrénale en état de suractivité est transmis à distance au moyen des fibres sympathiques efférentes. De ce fait ce stimulus atteint certains organes, tel le cœur. Le cœur n'engendre pas la tachycardie mais la tachycardie lui est imposée. La maladie de Raynaud aurait pour cause une stimulation ganglionnaire sympathique.

D'après Crile la suractivité pathologique des glandes surrénales se manifesterait cliniquement par l'affection qu'il appelle "Asthénie neurocirculatoire" (expression synonyme, je crois, de l'hypersympathicotonie de notre vocabulaire médical français).

Cliniquement cette affection se caractérise par une fatigue nerveuse excessive, des palpitations, de la nervosité, de la tachycardie de cause insignifiante, de la dilatation pupillaire, du tremblement, de la transpiration froide des mains et des pieds. Crile constate qu'il y a beaucoup d'analogie entre

l'hyperthyroïdie et l'arthénie neurocirculatoire. Ses expériences lui ont prouvé que la réactivation du sympathique surrénalien fait apparaître l'hyperthyroïdie ou réactive ce syndrome.

Il compare les glandes surrénales à un poste émetteur d'énergie ou encore au cerveau du système sympathique.

Pour bénéficier de l'intervention proposée le malade ne doit pas souffrir de psychose, de névrose ou de toute autre affection d'origine cérébrale.

La technique de la section des branches efférentes sympathiques des glandes surrénales exige une connaissance précise de l'anatomie de ces glandes.

Celles-ci sont jaune doré, molles, friables, très vascularisées. Situées sur l'extrémité supérieure postéro-latérale des reins elles sont maintenues en place par de nombreux filets sympathiques, des fibres aponévrotiques du voisinage, par un pédicule vasculaire. Un tissu graisseux les englobe complètement. Les vaisseaux sanguins de la couche périrénale constituent la piste qui dirige vers les glandes surrénales.

Des glandes surrénales émergent de toute part une trentaine de nerfs efférents sauf au niveau de sa face antérieure.

Tout comme dans l'hyperthyroïdie la vascularisation, les adhérences environnantes, l'apparence et la consistance des surrénales malades diffèrent de leur état normal chez l'hypersympathicotonique.

A moins que les surrénales soient très haut situées l'anesthésie rachidienne est le procédé de choix. L'incision lombaire est oblique jusqu'à la 12^{ième} côte, puis verticale. Cette incision doit permettre l'introduction de la main jusqu'à la glande elle-même. Le rein attiré en bas facilite l'intervention in situ, détail technique capital. Vu sa friabilité il n'est pas prudent d'attirer la glande surrénale au moyen d'un instrument quelconque.

Au cours de l'intervention un suintement sanguin ne nécessite pas de ligature; l'adrénaline éliminée favorise une coagulation rapide. La pression artérielle très élevée lors de l'opération baisse dès que celle-ci est terminée.

Crile admet que le temps seul justifiera peut-être la vulgarisation de la chirurgie du sympathique surrénalien.

Actuellement ses résultats obtenus sont encourageants.

R. DORE.

I. A. BIGGER et William B. PORTER. — **Les blessures du coeur.** International Clinics, vol. I, 44^{ième} série 1934, p. 132-158, avec 11 figures.

Les blessures du cœur sont infailliblement accompagnées d'hémorragie. Le sang, rapidement, envahit le péricarde et comprime les oreillettes ainsi que les gros vaisseaux de la base ou encore se répand dans la cavité pleurale. Les blessures des artères coronaires sont relativement fréquentes et graves; si leur section porte sur un tronc de calibre important, elle amène une mort subite par fibrillation ventriculaire. Les blessures du cœur exigent un traitement chirurgical immédiat.

Ces blessés doivent être mis au repos; le pied de leur lit sera légèrement élevé; des sacs d'eau chaude seront disposés de telle façon pour maintenir la chaleur de l'organisme; la morphine sera donnée à dose suffisante pour faire disparaître la douleur et l'anxiété. Pendant la préparation opéra-

toire, du sérum physiologique intraveineux sera administré. L'adrénaline, à petites doses répétées (3 à 5 gouttes), semblerait améliorer la circulation.

Le choix de l'anesthésie dépend en grande partie de la localisation de la plaie et du type d'incision qu'il faudra faire. L'anesthésie locale devra être préférée lorsque l'accès à la région cardiaque sera extra-pleural. Si la plaie est située de telle façon qu'il faudra passer par voie trans-pleurale, l'anesthésie générale sous pression positive légère sera préférable.

Plusieurs voies d'accès ont été proposées pour atteindre le péricarde et le cœur. Seulement trois de ces voies méritent considération: a) l'incision de Duval-Barrasty; b) l'incision latérale extra-pleurale; c) l'incision latérale transpleurale. La première donne un jour excellent de la cavité péricardique sans ouvrir la plèvre; cependant elle ne semble pas recommandable dans les interventions d'urgence pour blessures du cœur pour les raisons suivantes: elle présente des difficultés techniques, demande plus de temps et ne peut pas être pratiquée sous anesthésie locale; enfin, elle ne donne pas d'accès à la cavité pleurale qui devient nécessaire dans les cas où il y a association d'une blessure du poumon.

Les plaies du cœur ne sont pas toujours faciles à localiser d'une façon très précise; cependant elles peuvent être approximativement localisées par une étude attentive de la porte d'entrée et de la direction de la plaie à travers la paroi thoracique ainsi que par la considération de la rapidité et de la gravité de l'apparition des symptômes. Si cette localisation peut être déterminée, la voie d'accès qui donnera le meilleur jour avec le minimum de traumatisme sera choisie. Si la plaie semble être dans le ventricule gauche ou la moitié gauche du ventricule droit (et une grande majorité des blessures du cœur occupe cette région) un jour satisfaisant sera obtenu en réséquant deux ou plusieurs cartilages costaux, par exemple le 4^{ième} et le 5^{ième} ou le 3^{ième} et 4^{ième}, du côté gauche. Cette voie d'accès est plutôt simple, donne un excellent jour sur la partie gauche du cœur, peut être conduite rapidement sous anesthésie locale et permet accès à la cavité pleurale gauche. Si la plaie siège à la partie extrême droite du cœur, l'incision latérale transpleurale droite sera la meilleure voie à prendre. Si la plaie semble toucher une oreillette ou la base du cœur, l'incision sera évidemment faite plus haut et du côté touché.

Quand le péricarde est incisé, la première indication est de contrôler l'hémorragie. Si la plaie atteint la paroi antérieure du cœur, l'index de la main gauche se place sur elle et une suture est faite comprenant suffisamment de tissu pour que les bords de la plaie soient au moins partiellement rapprochés. La soie fine est le meilleur matériel de suture. Le péricarde débarrassé des caillots sera fermé sans drainage. Les principaux dangers post-opératoires sont les complications pulmonaires (atélectasie, pneumonie ou infarctus), la péricardite suppurée et l'empyème. Le pronostic varie suivant que l'on envisage le pronostic, immédiat, post-opératoire, éloigné. Le pronostic immédiat est en rapport avec la localisation et le genre de blessure: non-pénétrantes, pénétrantes et perforantes. Le pronostic post-opératoire s'est sensiblement amélioré depuis une vingtaine d'années. Les A. terminent cet intéressant travail en rapportant sept observations personnelles de blessures du cœur.

Mercier FAUTEUX.

L. SABADINI. — Technique de résection du genou par section première du fémur sans ouverture de l'articulation. La Presse Médicale, no 15, février 1934.

La résection articulaire dans les tuberculoses du genou de l'adulte et de l'adolescent est généralement préconisée aujourd'hui. La technique de S., modification de la résection extra-articulaire de Fredet (1925), a l'avantage, sur la technique classique, de ne pas s'exécuter à travers des tissus pathologiques. Elle n'est pas plus laborieuse parce que la couverture musculo-aponévrotique de l'article n'est intimement adhérente à l'os qu'en deux points: en arrière où les jumeaux et le plantaire grêle prennent insertion, et à la face postérieure du cul-de-sac synovial sous-quadricipital.

L'opération comporte six temps principaux: 1) incision elliptique prérotulienne de la peau et décollement, le membre étant en extension; 2) incision de la couverture musculo-aponévrotique pré-articulaire à l'origine du tendon en dessus de la rotule et amorce du décollement; 3) dégagement postérieur du cul-de-sac sous quadricipital en employant la flexion et la rugine; 4) section du fémur d'avant en arrière. La fin de ce temps exige de la prudence pour ne pas léser les vaisseaux poplités; 5) libération de la face postérieure de l'articulation et emploi de la rugine pour désinsérer les jumeaux; 6) section du tibia d'arrière en avant. Finalement suture des différents plans après mise en contact du tibia et du fémur maintenus ou non par fil métallique. Des six cas rapportés, aucun drainage ou suture métallique. Le membre est immobilisé dans une attelle de bois pendant quelques jours pour surveillance puis enfin fixé en extension dans un appareil plâtré jusqu'à soudure osseuse.

Roland DUPUIS.

L. TAVERNIER et POUZET. — Le traitement des luxations anciennes du coude. Technique de la réduction sanglante. Journal de Chirurgie, tome XLIII, no. 2 février 1934, p. 161-176, avec 8 figures.

Les luxations anciennes actuelles ne sont âgées habituellement que de 30 à 60 jours car les malades s'inquiètent plus rapidement que jadis. Aussi leur traitement a-t-il beaucoup évolué; la conduite à tenir consiste à faire la réduction sanglante ou la résection du coude. Après un rappel anatomopathologique des lésions caractéristiques de la luxation ancienne, les A. donnent les résultats obtenus par la reposition sanglante et la résection du coude et comparent ensuite ces résultats. Dans les luxations âgées de moins de 4 à 5 mois la réduction donne un résultat supérieur à celui des résections. Chez l'enfant, leurs 15 opérés de réduction ont une fonction voisine de la normale; la solidité du coude serait absolue et la mobilité excellente avec habituellement une flexion complète, une prosupination normale et une extension oscillant de 135 à 165. Chez l'adulte, les résultats sont moins parfaits que chez l'enfant: le coude est très solide, mais moins mobile. Quoiqu'il en soit, mises à part les contre-indications d'ordre général chez le sujet âgé adapté à son infirmité, toute luxation ancienne doit être traitée chi-

rurgicalement. Théoriquement, il faut faire la réduction sanglante des luxations "jeunes", la résection des luxations "âgées". Il faut toujours s'abstenir des manœuvres externes qui exagèrent les altérations osseuses existantes. Les A. terminent leur exposé par la description de leur technique opératoire de la reposition sanglante dont les principaux temps sont magnifiquement illustrés.

Mercier FAUTEUX.

George E. BROWN. — **Thrombo-angéite oblitérante.** Surg. Gyn. & Obst., vol. LVIII, février 1934, p. 297-309.

Buerger en 1908 donne la description complète et définitive de la maladie qu'il dénomme thrombo-angéite oblitérante. Elle atteint surtout le sexe masculin. Elle se manifeste chez les individus de toutes les races mais avec prédilection chez les Juifs. Les nègres semblent indemnes. Les lésions reconnues des tissus vasculaires et leur évolution la rattacherait au groupe des toxi-infections atténuées. L'usage excessif du tabac, pour plusieurs, est une cause importante d'angéite. Les parois artérielles ou veineuses, leurs nerfs et le thrombus sont infiltrés de lymphocytes et de leucocytes puis, les fibroblastes envahissent le caillot. Le tissu fibreux qui le remplace oblitère le vaisseau et une circulation collatérale de suppléance s'établit. B. reconnaît cinq aspects cliniques habituels: 1 — avec compensation manifestée par de la claudication et de la fatigue des membres seulement. La circulation collatérale supplée à l'obstruction; 2 — lent et progressif, en 10 ou 15 ans, manifesté par des signes d'insuffisance artérielle (température abaissée de l'extrémité du membre affecté) plutôt que d'obstruction (ulcères gangréneux). Dans ce type aussi la circulation collatérale est suppléante; 3 — aigu progressif avec gangrène franche de tout un segment d'un ou des deux membres et douleurs considérables; 4 — avec gangrène limitée où la circulation collatérale quoiqu'utile encore est devenue insuffisante; 5 — type extrême avec gangrène massive et rapide. C'est l'aboutissant des types précédents. L'appréciation de la température de la surface des membres, l'oscillométrie à l'aide de l'oscillomètre de Pachon, la calorimétrie à l'aide du calorimètre de Stewart-Kegeneis et enfin l'artériographie d'emploi récent facilitent le diagnostic entre les différentes formes de thrombo-angéites oblitérantes, la maladie de Raynaud tous les éléments spasmodiques associés. Ces moyens servent aussi de guide au traitement. Les simples moyens médicaux guériraient les deux premiers types décrits de la maladie de 80 p. 100 du quatrième et les douleurs et les ulcères trophiques qui l'accompagnent. La sympathectomie périartérielle de Leriche ne donne pas une vasodilatation aussi constante et permanente que l'exérèse des ganglions sympathiques. Ces moyens réduisent à moins de 10 p. 100 les amputations des membres. L'exérèse des ganglions surtout permet des amputations plus parcimonieuses lorsqu'on n'a pu les prévenir, et des guérisons plus rapides.

Roland DUPUIS.

B. DESPLAS et H. OLIVIER. — **Un cas de nécrose oedémateuse aiguë de la vésicule biliaire. Thrombose des vaisseaux cystiques.** Soc. de Gastro-Entérol. de Paris, in Arch. Mal. App. Digestif, tome XXIV, no 2, février 1934, p. 199-204.

Les A. commencent par rappeler qu'en dehors des cholécystites aiguës, la nosologie classique décrit comme grands accidents vésiculaires, la gangrène, le volvulus et la perforation. Ils ont eu l'occasion d'observer un accident vésiculaire mortel qu'ils ne sauraient, pour le moment, faire entrer dans les cadres pathologiques habituels. Il s'agit d'une femme, âgée de 51 ans, présentant des douleurs sourdes à l'hémithorax droit, dans le dos et à l'épaule droite s'accompagnant de légers troubles digestifs. On lui fait une cholécystographie qui se montre négative. Une seconde tentative est faite; mais la malade vomit immédiatement le tétraïode et présente une douleur lancinante à l'omoplate droite et des vomissements bilieux et glaireux. Les douleurs deviennent progressivement atroces, l'intolérance gastrique absolue. Grâce à un traitement médical, les symptômes s'amendent durant quelques jours pour reprendre cependant d'une façon analogue au début. Comme l'état de la malade devient de plus en plus grave, une intervention est tentée. Le péritoine est libre. La vésicule de situation normale, est très grosse, allongée sous le foie, sans torsion ni volvulus, mais elle est presque noire. La paroi est très dense, épaisse et la vésicule est entourée d'une infiltration oedémateuse verdâtre autour du cystique, dans le petit épiploon et dans les mésos duodénaux. Le pancréas est gros. Il n'y a pas de cyto-stéatonecrose. La ponction de la vésicule donne issue à un liquide sirupeux, absolument noir et brillant comme de la mélasse, il n'y a pas de pus. La vésicule vidée, la paroi est incisée et apparaît noirâtre, ferme, infarctée, comparable à la paroi de l'intestin dont les vaisseaux sont thrombosés. Cholécystectomie. A noter que les vaisseaux ne saignent pas. La malade succombe 36 heures après l'intervention. Pas d'autopsie. Les A. se défendent de faire de la pathogénie. Mais ils ne peuvent pas s'empêcher de souligner avec force que c'est à la suite de l'absorption de deux repas cholécystokinétiques, suivi chacun d'une prise de radiotétrane, que les accidents sont apparus.

Mercier FAUTEUX.

Roscoe R. GRAHAM. — **Traitement chirurgical dans les affections vésiculaires.** The Canadian Med. Ass. Journal, vol XXX, no. 2, février 1934, p. 119-123.

L'A., après avoir rappelé les principales indications chirurgicales dans les affections vésiculaires et les raisons pouvant expliquer la persistance des troubles hépatiques et gastriques malgré l'intervention dans certains cas, décrit une technique personnelle pour ouvrir le cholédoque avec le minimum de dangers. Utilisant un catgut très fin, comme ceux employés pour les sutures intestinales, il place deux sutures de traction sur le cholédoque, séparées l'une de l'autre d'un espace suffisant pour permettre l'incision de la voie principale. Avant d'inciser, il aspire avec une seringue, au niveau de la future incision, afin d'être bien certain qu'il est bien dans le cholédoque, ce qui est démontré par la présence de bile dans la seringue. Pour explorer le canal, il se sert

des sondes urétrales graduées de Sims. Avec ces instruments il obtiendrait la position exacte de l'endroit de l'obstruction et il pourrait aisément obtenir la dilatation jusqu'à l'ampoule de Vater. Même lorsqu'une dilatation est obtenue jusqu'au duodénum, il se peut qu'il y ait une concretion dans le canal. Pour s'assurer, il introduit un cathéter qu'il abouche sur une seringue de Luer remplie de sérum physiologique. Si en poussant cette injection dans le cholédoque, il y a reflux vers l'incision, ce serait une preuve qu'il y a calcul; s'il n'y a pas reflux, la voie principale serait libre. Cette exploration terminée, au lieu de fermer l'incision cholédonienne, il place à ce niveau une greffe libre d'épiploon maintenue en place par un ou deux points de sutures et ferme sans drainage.

Mercier FAUTEUX.

A. SICARD et H. MUTRICY. — **A propos du traitement chirurgical des fractures sous-thalamiques du calcanéum.** Journal de Chirurgie, tome XLIII, no 3, mars 1934, p. 374-384, avec 8 figures.

Afin de corriger le raccourcissement antéro-postérieur dû à la traction des muscles plantaires qui attirent le fragment postérieur en avant et l'angulation que forme la grosse tubérosité attirée par le tendon d'Achille avec la partie antérieure de l'os, les A. pensent qu'il y a intérêt, au cours de l'intervention, à pouvoir attirer la grosse tubérosité en bas et en arrière.

Si l'incision décrite par Wilmoth et Lecoœur donne un large accès sur la face externe du calcanéum, elle ne permet pas d'agir directement sur la grosse tubérosité. Il est aussi fréquent de constater dans la portion angulaire de l'incision du spahcèle des bords cutanés. On sait combien précaire est la vascularisation cutanée de la région externe du cou-de-pied. Seule l'artère calcanéenne externe, branche terminale de la péronière postérieure assure son irrigation. Comme elle traverse l'aponévrose au-dessus de la malléole et se dirige en bas et en arrière, son tronc ou encore ses deux branches de division sont fatalement sectionnés par la longue incision externe. Pour obvier à cet ennui et obtenir un jour suffisant sur la grosse tubérosité, les A. décrivent une technique qui répondrait à tous ces desiderata.

Mercier FAUTEUX.

PEDIATRIE

Prof. Manicotide BUCAREST. — **Sur la sérothérapie de la méningite à méningocoques chez les nourrissons.** Les feuillets médicaux, octobre 1933.

"On a beaucoup discuté dernièrement sur l'efficacité du sérum antiméningococcique. Les statistiques publiées par différents auteurs accusent, en effet, une mortalité excessive."

L'auteur rapporte qu'il a eu dans les quatre dernières années, 45 cas chez des nourrissons âgés de 2 mois à 1 an, avec une mortalité de 20.7% imputable à la sérothérapie. C'est la meilleure statistique, si elle est comparée à celle de M. Nobécourt 75%, de M. Dopter 81.8% et enfin de M. Netter 100%.

Ces bons résultats sont dus d'abord au sérum, puis à la technique de l'injection et enfin à l'époque où on pratique la sérothérapie.

L'auteur emploie un sérum préparé à l'institut de Bucarest, qui n'est pas plus ancien que six mois et qui a été essayé quant à son pouvoir antitoxique. Il fait tous les jours, après soustraction d'une quantité égale de liquide céphalo-rachidien, une injection intrarachidienne de 20 à 30 cc.; et en même temps une, de quantité double, sous la peau ou dans les muscles afin de combattre la septicémie. Lorsque le liquide devient clair, sans méningocoques ni cellules de pus, il supprime les injections intrarachidiennes mais continue les intramusculaires.

Dans la maladie du sérum: si le liquide est trouble, il continue les injections rachidiennes; si le liquide est clair, il cesse toute injection jusqu'à la disparition des phénomènes sériques.

Il a eu six à sept rechutes à la suite de la suppression trop rapide du sérum; en recommençant celui-ci, la plupart de ces cas ont guéri.

Dans les cas de cloisonnement, il force un peu la pression du sérum, ou il pratique l'injection à deux et trois niveaux différents.

Dans la septicémie méningococcique, il fait des injections intraveineuses, poussées tout doucement, ou intramusculaires.

Les meilleurs résultats sont obtenus, lorsque la sérothérapie est pratiquée avant le quatrième jour de maladie; à partir de cette date, les cas de mort vont en augmentant. La difficulté du diagnostic, qui est souvent posé assez tard, est une circonstance qui aggrave le pronostic chez les nourrissons.

Alex. DELORME.

Prof. Pierre LEREBoullet. — Dans les bronchiectasies de l'enfant.
Paris Médical, 17 février 1934.

Depuis les observations de Laennec, en 1819, plusieurs auteurs ont étudié les bronchiectasies congénitales. Parfois observées comme des dilatations kystiques, et considérant que c'était là une exception, ils ont voulu en fixer davantage le caractère. L'autopsie des nouveaux-nés leur a fait penser ou à une persistance de l'état fœtal, ou à une viciation de développement, ou à des lésions hérédosyphilitiques, telles que décrites par Balzer et Grandhomme.

En 1899, Bard a isolé parmi les bronchiectasies en apparence acquises, une variété congénitale, véritable maladie kystique du poumon, qu'il décrivait, "la malformation tissulaire portant sur ceux des éléments de la paroi de la cavité qui constituent les facteurs de résistance à la pression extérieure, expliquant le développement progressif indéfini de ces dilatations bronchiques, indépendamment des obstacles mécaniques et des lésions inflammatoires des parois." Ces données restèrent quelque peu théoriques, et l'on continue d'attribuer aux bronchiectasies des causes acquises: broncho-pneumonie suivant rougeole ou coqueluche.

Depuis quelques années, Sicard et Forestier, nous ont fourni de nouveaux moyens d'investigation par la méthode des injections au lipiodol, qui est demeurée capitale d'après Sergent et Cottenot, dans l'étude des dilatations bronchiques. Les lésions paraissent nettes, et permettent d'affirmer que l'origine congénitale des dilatations bronchiques est, chez l'enfant, beaucoup plus

fréquente qu'on le croit communément. Il faut penser aussi que souvent les maladies accidentelles du poumon ne sont que l'occasion qui extériorise une lésion congénitale latente.

Pour appuyer ces données l'auteur rapporte quelques cas: 1ère Observation: Il s'agit d'un enfant de 9 ans qui se présente pour vomique à répétition dont l'existence remonte à ses premiers souvenirs. Pas d'affections pulmonaires aiguës ni de maladies infectieuses. L'examen montrait: pseudo-vomiques purulentes et fétides, des signes physiques pseudo-cavitaires de la base gauche et de la région hilare du même côté; à noter en plus des doigts hippocratiques. La radiographie après lipiodol, vient confirmer ces données et évoque l'hypothèse de malformations congénitales. Après plusieurs semaines d'observation, pas d'amélioration. Au contraire, le malade fait quatre hémoptysies. Une phrénicectomie gauche à l'anesthésie locale, fut suivie d'une ascension du diaphragme de ce côté, et d'une modification radicale dans l'état du malade. Une nouvelle radiographie plus tard laisse voir un tassement des ombres broncho-vasculaires. La guérison s'est maintenue.

2ième Observation: Une fillette de 5 ans toussait depuis les deux premiers mois de sa vie. La toux était accompagnée d'une expectoration purulente, abondante et tenace. Une radiographie fut pratiquée selon la méthode au lipiodol, manifestant une série de dilatations kystiques. Le diagnostic de dilatations kystiques des bronches, vraisemblablement congénitales, était ainsi porté. Une coqueluche que l'enfant avait eue deux mois auparavant, n'ayant joué qu'un rôle accessoire dans la production des symptômes.

3ième Observation: Chez un autre enfant de neuf ans, atteint de bronchorrhée par dilatations bronchiques, la radiographie au lipiodol, met en relief une image impressionnante de dilatations bronchiques, cette fois des deux côtés, mais plus marquée à droite. Après phrénicectomie de ce côté, une amélioration notable fut suivie.

L'auteur n'ayant pu continuer à suivre ce malade, une phrénicectomie gauche n'a pu être faite. Mais les caractères mêmes des dilatations bronchiques multiples et volumineuses constatées plaident en faveur du facteur congénital à leur origine.

4ième Observation: La fillette avait 4 ans $\frac{1}{2}$: elle fut atteinte d'une coqueluche récente et présentait des manifestations pulmonaires qui remontaient à l'âge de 6 mois. L'examen radiologique, fait selon les méthodes précédentes, vient confirmer les signes physiques trouvés, et nous fait croire encore à l'origine congénitale des dilatations bronchiques.

Ces quatre observations, et plusieurs autres que l'auteur possède, lui suffisent pour discuter l'origine congénitale des bronchiectasies. Le facteur inflammatoire, trouvé dans les bronchites et dans les broncho-pneumonies, surtout celles qui suivent la rougeole et la coqueluche, joue sans doute son rôle dans l'affaiblissement des tuniques conjonctives élastiques de la bronche. Toutefois dans les cas énumérés ci-haut, on peut se demander si l'affection broncho-pulmonaire a seule agi, ou si elle n'a pas révélé et aggravé des dilatations bronchiques préexistantes et latentes.

Les raisons qui lui font admettre l'origine congénitale de ces bronchiectasies sont appuyées sur les constatations de Bard et les recherches anatomo-pathologiques de Letulle: "les grandes bronchiectasies conglomérées

en amas, généralisées à tout un lobe, même chez l'adulte, datent de la vie extra-utérine et même de la vie foetale". Elles présentent de l'hyperplasie de leur chorion, des mutilations marquées de leur musculature, du tissu élastique, et des cartilages. Sauerbruch opine de la même façon. M. Debré et Mme Blinder, dans leur étude sur les kystes congénitaux du poumon, pensent comme l'auteur.

Dans les quatre cas rapportés, l'anamnèse ne montre aucune maladie bronchiectasique. On relève bien la coqueluche ou la rougeole, mais les signes de la bronchiectasie sont antérieurs à celles-ci, et plaident bien en faveur de lésions congénitales existantes. L'auteur ajoute que l'examen clinique est utile; l'examen au lipiodol est indispensable. Il aiderait à diagnostiquer en même temps la fausse pleurésie médiastine. Quant à la voie à employer, ce serait la voie transglottique.

La conclusion pratique est celle-ci: la chirurgie peut nous apporter un grand bienfait par la phrénicectomie dans les cas de bronchiectasie diagnostiqués après lipiodol. Il ne faut pas oublier le traitement médical, par la mise en position décline des malades, préconisé par Quinke, (ce traitement devant être essayé avant tout autre).

L'auteur ajoute pour terminer que son but n'est que de signaler ces méthodes et ces résultats thérapeutiques, et d'attirer plutôt notre attention sur l'importance du facteur congénital dans les dilatations bronchiques de l'enfance.

Gaspard MORIN.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

A. TOURAINE. — **La ponction sous-occipitale (quelques détails de technique).** Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, janvier 1934.

La ponction sous-occipitale n'est évidemment pas chose nouvelle et inconnue, car en 1924 Lafleur en fit le sujet de sa thèse. Mais elle n'est sûrement pas entrée dans la pratique courante chez nous, si dans certains endroits elle a presque complètement remplacé la ponction lombaire.

Voici d'après l'auteur les avantages de cette petite et bénigne intervention: absence pour ainsi dire complète de vertiges, de courbature et surtout de céphalée immédiate ou tardive, facilité de la ponction, nulle interruption dans les occupations du patient, disparition de la répugnance que presque tous les malades éprouvaient pour des ponctions successives par voie lombaire, possibilité par conséquent d'obtenir une série de tests sur l'évolution d'une méningite spécifique et sur l'action du traitement. La statistique de l'auteur porte sur 96 cas; deux fois le liquide a été souillé d'un peu de sang; pour un seul malade, une céphalée d'ailleurs a disparu en une heure.

TECHNIQUE

Position du malade.

La position assise paraîtrait être la plus simple, la plus agréable pour le patient, la plus commode pour l'opérateur. La tête du malade est main-

tenue en flexion forte, mais non forcée, son plan sagittal restant bien médian.
Point d'introduction de l'aiguille.

Piquer exactement sur la ligne médiane, à une distance de 13 à 15 millimètres au-dessous du rebord inférieur de la protubérance occipitale.

Direction de l'aiguille.

L'aiguille, sans mandrin, est dirigée vers le sommet des apophyses mastoïdes.

Profondeur de la ponction.

En règle générale, la membrane occipito-atloïdienne constitue un assez bon repère de profondeur. Sa résistance à la perforation est presque toujours fort bien appréciée par la main qui enfonce l'aiguille et qui doit accentuer la pression pour la traverser. Aussitôt que cette résistance est vaincue, il faut compter de 3 à 5 millimètres de plus pour que la dure-mère soit perforée à son tour et que l'aiguille pénètre dans l'espace sous-arachnoïdien. Dans cette dernière partie du trajet, l'aiguille doit être enfoncée très lentement. On s'arrêtera dès que le liquide apparaît dans le pavillon ou sourd hors de lui.

On prélèvera la quantité nécessaire en tirant lentement avec une bonne seringue.

Paul POIRIER.

Paul RAVAUT et Mlle MAHIEU. — **L'hyposulfite de soude dans le traitement de la gale et les diverses affections cutanées.** Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, janvier 1934.

Les auteurs publient une statistique de 53 malades souffrant de gale, dont 49 ont été guéris. Un a récidivé. Il s'agissait d'une gale contractée au Congo. Deux se sont réinfectés chez eux. L'intérêt de ce procédé consiste dans sa rapidité, sa simplicité, son innocuité et son prix de revient à peu près nul.

Il consiste à lotionner le malade avec une solution d'hyposulfite de soude, puis à libérer le soufre au moyen d'une seconde lotion à base d'acide. Il se forme un véritable précipité formé de grains très fins de soufre colloïdal.

Après un grand bain savonneux, le malade subit une première lotion au moyen d'une solution d'hyposulfite de soude à 40%. Après une première friction de quelques minutes, une seconde lotion est faite avec une solution d'acide chlorhydrique à 4%. Lorsqu'il s'est formé sur le malade un léger dépôt de soufre, fin comme un véritable poudrage, on recommence une seconde fois la même opération. On laisse sécher sur place, puis le malade s'habille et vaque à ses occupations.

Le lendemain matin, même opération et c'est là tout le traitement. Par prudence on peut la répéter chaque soir pendant quelques jours.

Paul POIRIER.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

MUTEL. — **La réduction sanglante des luxations congénitales de la hanche.**
Revue d'Orthopédie, No 3, 1933.

L'auteur considère que les luxations congénitales de la hanche doivent être réduites par les méthodes non sanglantes, mais il estime qu'il existe des cas où cette réduction n'est pas possible et qu'il faut alors recourir à l'opération; parfois la tête fémorale luxée peut être remise dans sa cavité par des manœuvres externes, mais elle ne peut être maintenue en place et dans cette occurrence également l'intervention sanglante s'impose. Les techniques de Broca, Kirrison, Lorenz et Hoffa ont été utilisées dans le passé, mais assez souvent les résultats n'ont pas été satisfaisants.

Plusieurs facteurs peuvent rendre la réduction difficile et même impossible; les anomalies de la cavité cotyloïde, du col et de la tête fémorale. Parfois les adhérences, les ligaments eux-mêmes et les interpositions entre la cavité et la tête ne permettront pas de maintenir la réduction, si elle a pu être obtenue; il en est de même de la résistance qu'opposent les groupes musculaires du voisinage.

Lorsque la réduction est indiquée, l'articulation peut être abordée par voie interne ou externe; les deux ont des avantages. Chez quelques malades, il sera nécessaire d'opérer en deux temps et dans les cas rebelles, la résection de la tête fémorale ou de la diaphyse peut être indiquée.

L'auteur considère que chez les jeunes enfants, la réduction non sanglante peut être obtenue dans une proportion de 97% et donne des résultats satisfaisants dans 75% des cas. Chez les enfants plus âgés, les résultats sont beaucoup moins bons et il faut alors prendre chaque malade en particulier et choisir la meilleure méthode de traitement.

Edmond DUBE.

ELECTRO - RADIOLOGIE.

R. GUTMANN. — **Le diagnostic radiologique du cancer de l'estomac au début.** Archives d'Electricité Médicale, novembre 1933.

La découverte précoce du cancer gastrique est le sujet qui pose au médecin radiologue les questions les plus difficiles, les plus importantes et aussi, souvent, les plus angoissantes.

Pour les résoudre toutes les techniques doivent être employées. Pour l'étude du péristaltisme on aura recours à la radioscopie; pour déceler les petites images lacunaires, à la radiographie. Les méthodes de compression, ou mieux, l'étude des plis de la muqueuse par les substances spéciales, données en petites quantités, ne devront pas être oubliées. La technique même de l'examen est de première importance. Le fait de ne pas varier les incidences dans la prise des clichés est souvent la cause d'erreurs de diagnostic. Enfin les clichés eux-mêmes doivent être parfaits. "Des clichés, je ne dis pas mauvais, mais moyens, sont plus dangereux qu'utiles pour le diagnostic du cancer au début."

a) Etude du début des formes ordinaires du cancer.

Le cancer provoque une transformation de la paroi; il infiltre, prolifère ou ulcère.

A ces différents types de lésions, correspondront des images radiologiques qui tantôt seront des images de rigidité, tantôt des images de soustraction, tantôt des images d'addition.

Les images fournies par l'étude de la muqueuse seront aussi anormales.

La région pylorique paraît être un lieu d'élection pour le développement du cancer, c'est surtout sur la petite courbure au voisinage du pylore lui-même qu'il faut le rechercher.

La zone intéressée est rigide. A la radioscopie on voit l'onde péristaltique s'y arrêter; à la radiographie elle présente un aspect rectiligne et une infiltration débutante juxta pylorique se traduit par un élargissement du canal pylorique.

Quand l'infiltration touche les deux bords de l'antra prépylorique on a des images pointues ou anglées. L'examen des plis de la muqueuse par méthode spéciale, montre des irrégularités, quelquefois de véritables lacunes.

Lorsque la prolifération est plus marquée l'image varie nécessairement. C'est ainsi qu'on aura une augmentation de l'espace clair séparant la base du bulbe duodénal du contour antral, en même temps que l'isthme les unissant sera plus long et plus mince. A cette période les signes de sténose pourront même faire défaut.

Le diagnostic du *cancer juxta cardiaque* est très difficile au début. C'est surtout le phénomène d'arrêt de la bouillie barytée au niveau du cardia qui fera soupçonner la présence d'une lésion à ce niveau ou à son voisinage.

Quant au diagnostic du *cancer du corps gastrique*, il repose encore sur l'image de rigidité en même temps que sur l'aspect morphologique de la petite courbure, lorsque celle-ci en est le siège. Redressement de l'obliquité normale, rigidité, hérissément du bord normalement lisse; autant de signes assez typiques de cancer au début.

Point important, "ces aspects doivent se retrouver sur tous les clichés," car il ne faut pas oublier que certaines lésions peuvent produire des images identiques. Il faut donc avoir l'esprit critique et savoir que des adhérences localisées, des foyers de pangastrite peuvent produire des images radiologiques pouvant donner le change pour des lésions cancéreuses au début.

b) Diagnostic radiologique du début de la transformation néoplasique d'un ulcère.

Etant donné une niche, peut-on préjuger de son origine ulcéreuse ou cancéreuse? Non. La grosse niche doit faire penser au cancer, la petite à l'ulcère. L'irrégularité des contours plaide en faveur du cancer. La conservation de l'aspect normal des plis de la muqueuse, même en présence d'une grosse niche est plutôt caractéristique de l'ulcère surtout s'ils sont déviés dans le sens de l'ulcère. L'âge de la lésion est important à connaître: petite niche chez un malade à très long passé douloureux: ulcère; large niche chez un individu souffrant depuis peu de mois: cancer ulcéroforme. L'auteur cependant ne voit pas dans ces formules l'expression d'une vérité absolue, mais plutôt d'une forte probabilité.

La disparition d'une niche après traitement médical n'exclut même pas le diagnostic de sa nature cancéreuse; des exemples de ce genre confirment l'avance de l'auteur. *Il faut toujours suivre de très près l'évolution des ulcères.*

Albert COMTOIS.

Boege **WORNING.** — **L'examen radiologique des tumeurs laryngées et hypolaryngées.** Acta Radiol. Vol. XV. Fasc. 1 15: II 1934, No 83, page 8-24.

Au cours d'un bref aperçu historique de la question, l'auteur signale comment la radiographie du larynx peut compléter l'examen clinique dans la tuberculose et dans le cancer.

Dans le cas d'un larynx malade (cancer, tuberculose, affections diverses) l'adhérence parfois prolongée de substances opaques a souvent permis d'étudier le relief interne du larynx. Mais l'examen sans préparation est le plus fréquemment employé.

Dans le cancer, ainsi que Coutard et Baclesse l'avaient indiqué avec instance, la radio apporte des informations précises: 1° *avant le traitement* pour préciser l'étendue des lésions et l'état des cartillages, 2° *pendant le traitement* pour montrer la fonte tumorale et les réactions roentgeniennes, 3° *après le traitement* pour vérifier l'aspect des cartilages et pour établir rapidement la récurrence le cas échéant.

W. décrit dans des chapitres successifs: 1° l'ossification des cartilages laryngiens; 2° la technique radiographique qu'il emploie; 3° l'image radiologique du larynx normal; 4° l'aspect roentgenographique des tumeurs du larynx et de l'hypopharynx. Et l'auteur conclut comme suit:

L'examen radiologique doit être systématiquement utilisé comme complément de la laryngoscopie et l'interprétation des images se fait sur cette base. Un tel examen permet la constatation de circonstances qui échappent en règle aux autres méthodes, à savoir: l'extension de la tumeur, la destruction des cartilages du larynx, les récurrences à leur début.

L'examen radiologique du larynx et de l'hypopharynx est nécessaire au thérapeute du cancer de ces régions.

Albert JUTRAS.

W. NYKA et J. LAVEDAN. — **Le traitement des tumeurs malignes au moyen du tissu néoplasique ou de ses extraits.** Revue annuelle, Paris Médical, 24ième année, No 11, 17 mars 1934, pages 229-239.

Après une revue complète des recherches concernant la vaccinothérapie passive et la vaccinothérapie active des tumeurs malignes depuis les premiers essais de Richet et de Héricourt en 1895 jusqu'à nos jours, les auteurs concluent par les lignes suivantes qui, à elles seules, valent autant que tout ce qui a été publié sur le sujet.

"Dans la revue générale consacrée il y a un an, au traitement du cancer par l'organothérapie normale, nous avons été amenés à conclure que cette thérapeutique n'avait réalisé aucun des espoirs fondés sur elle. On peut en dire autant de la vaccinothérapie, qu'elle soit active ou passive. Beaucoup d'essais ont été tentés et avec les techniques les plus diverses; aucun d'eux n'a donné de résultats concluants: quelques améliorations de l'état général, localement un ralentissement plus ou moins net de l'évolution des tumeurs ou de la rapidité de production des métastases, c'est tout. On ne saurait en effet tenir un compte important des cas de guérison publiés; d'une part, presque toujours il s'agit d'observations incomplètes, sans examen histologique,

sans recul suffisant; d'autre part, ces cas se comptent par unité et on connaît en cancérologie nombre d'exemples de tumeurs, dont sans cause apparente, en dehors de tout traitement, la marche s'est ralentie pendant des mois ou des années. La meilleure preuve de l'échec de la vaccinothérapie du cancer a d'ailleurs été fournie par un grand nombre de ceux qui, s'en étant faits les promoteurs, ont abandonné après une période initiale de succès apparents, la méthode qu'ils avaient mise au point. D'aucuns ont persisté — souvent, il faut le dire, avec pour but essentiel l'exploitation commerciale d'un médicament, — mais ils ont renoncé à préconiser la vaccinothérapie comme une thérapeutique vraiment curative, se contentant de la recommander comme un adjuvant de la chirurgie ou de la radiothérapie. Dans ce cadre, elle reste admissible, mais il ne faut pas lui demander plus, et il semble même que dans l'avenir elle ne pourra donner davantage. En dépit de recherches multiples, nul n'a pu établir la présence chez les cancéreux de corps spécifiques de défense analogues à ceux qui se développent au cours des maladies infectieuses. Leur absence paraît probable à beaucoup; et si, comme on peut le croire, elle est réelle, la vaccinothérapie du cancer restera toujours ce qu'elle est actuellement: une illusion."

Albert JUTRAS.

NEURO-PSYCHIATRIE

Th. ALAJOUANINE, G. MAURIC et R. FAUVERT. — **Deux cas de polynévrite sensitive au cours d'un traitement par les sels d'or.** Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris; 12 février 1934; p. 128.

Les auteurs rapportent 2 observations de malades souffrant de polynévrite survenue au cours d'un traitement par les sels d'or. Ces 2 malades hébergeaient des lésions de tuberculose pulmonaire.

Chez le premier, les symptômes de polynévrite s'installèrent à la fin du traitement par les sels d'or (3 grammes d'Allochrysine injectés).

Cette polynévrite était à prédominance sensitive, bien qu'il n'existât pas de troubles objectifs de la sensibilité.

Aux membres inférieurs, les réflexes tendineux et la force musculaire étaient diminués; il s'y trouvait aussi une très légère atrophie musculaire. Les troubles étaient donc surtout constitués par des douleurs violentes étendues aux membres supérieurs et inférieurs, associées à une hypéresthésie marquée de la peau et des muscles. Ces douleurs durèrent 6 mois.

L'autre malade fut pris d'une polynévrite presque exclusivement sensitive à la fin d'un traitement par la Crisalbine (5 grammes 50 injectés). Les symptômes comprenaient des algies continues, à exacerbations intolérables et situées aux membres inférieurs, de l'hypéresthésie de la peau et des muscles et une légère diminution des réflexes tendineux de ces membres. Durée de 2 mois et demi.

Les auteurs, à la lumière des observations publiées depuis 1926 et se rapportant à des accidents d'ordre semblable à celui dans lequel on doit ranger leur deux observations, classent les troubles nerveux, susceptibles de s'installer au cours d'une cure par les sels d'or, en 5 catégories:

a) Crises algiques transitoires de caractère radiculaire après injection de sels d'or; un fait de cet ordre, rapporté par Gougerot et qui s'accompagnait de température, de céphalée, d'insomnie, est interprété par cet auteur comme une sorte de crise nitritoïde radiculaire au cours d'un traitement de sels d'or.

b) Des manifestations polyradiculaires sensitives, sans signes neurologiques objectifs, persistant pendant plusieurs semaines.

c) Des douleurs d'allure rhumatoïde variables, mais rebelles, sans signes objectifs.

d) Des manifestations motrices ou sensitivo-motrices localisées (domaine du sciatique, domaine du plexus brachial) de durée généralement brève.

e) Polynévrites proprement dites, généralement à prédominance sensitive.

Les cas présentés par les auteurs appartiendraient à cette dernière catégorie.

Ils seraient portés à croire que les phénomènes polynévritiques sont plutôt d'origine toxique, que rattachables à un mécanisme d'intolérance.

Roma AMYOT.

Henri ROGER et Maurice RECORDIER. — **Les polynévrites phosphocréosotiques.** (phosphate de créosote, gingerparalysis, apiol). *Annales de Médecine*; tome XXXV; No I; janvier 1934; p. 44-63.

La présence de phosphate tri-ortho-crésyle dans certains échantillons de phosphate de créosote employée jadis dans certaines affections pulmonaires (plus particulièrement dans la tuberculose pulmonaire), dans des extraits de gingembre falsifiés qu'on ingurgitait comme boisson alcoolique, aux Etats-Unis, durant la période de prohibition, enfin dans certaines préparations inférieures d'apiol fut la cause de nombreuses polynévrites que déclancha l'absorption de ces substances.

La polynévrite survenant au cours d'un traitement par le phosphate de créosote est connu depuis 1899. Le nombre de cas relatés n'atteint cependant qu'une soixantaine.

L'usage d'extrait liquide de gingembre fut la cause de 16,000 cas de polynévrite aux Etats-Unis en 1930. On évalua à 60 millions de dollars les dommages causés par cette "épidémie" de polynévrite.

Ce n'est que depuis 1930 qu'en Hollande surtout et en France, on nota l'apparition de polynévrites à la suite d'ingestion de préparations apiolées. Elles furent employées presque exclusivement dans le but de provoquer l'avortement. Aussi furent-elles observées chez des femmes, alors que les polynévrites par usage d'extrait de gingembre, "gingerparalysis", s'installèrent en grande majorité chez les hommes.

La polynévrite phosphocrésylique est presque exclusivement motrice. Les signes sensitifs se résument à des sensations d'engourdissement, à des crampes musculaires qui marquent l'installation du processus aux membres inférieurs.

Ceux-ci sont les premiers atteints. Les symptômes moteurs s'y manifestent par la diminution de la force segmentaire aux pieds, la disparition des réflexes achilléens et par le steppage de la démarche. La racine des membres n'offre pas de signes pathologiques.

Aux membres supérieurs, la diminution de la force musculaire s'installe plus tardivement et elle se cantonne habituellement au segment de la main. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité objective, pas de douleurs spontanées et qu'une légère hyperesthésie à la pression des muscles et des nerfs du mollet et de la plante du pied, et au pincement du premier espace interosseux de la main.

Période de latence de 2 semaines environ entre la date d'absorption du toxique et l'apparition des premiers troubles.

Maximum des troubles polynévritiques 2 semaines après le début.

Au bout de 6 mois, au minimum, signes de récupération fonctionnelle.

Guérison, après 18 mois à 2 ans de maladie.

Roma AMYOT.

E. D. TELFORD. — Sympathectomie. Revue portant sur 100 opérations. The Lancet; 3 mars 1934; p. 444.

L'auteur signifie, par sympathectomie, la gangliectomie sympathique portant sur deux régions: sur la région lombaire et la région cervico-dorsale. L'opération consiste dans l'excision de la chaîne ganglionnaire, comprenant les 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} ganglions lombaires, et de la chaîne dorsale au-dessous du 2^{ème} ganglion dorsal comprenant l'ablation de ce ganglion et du ganglion étoilé. De ces 100 opérations, 71 consistèrent dans l'excision bilatérale du sympathique lombaire ou des rami communicants, 5 dans l'excision unilatérale et 24 dans l'ablation du sympathique cervicodorsal.

L'auteur considère la sympathectomie péri-vasculaire comme étant insuffisante, parce qu'anatomiquement très incomplète. Par ailleurs, il croit que la ramisection serait l'opération idéale et la moins délabrante. Cependant la variabilité anatomique du sympathique est de nature à rendre les effets de cette opération moins constants. L'auteur a eu recours à la sympathectomie, dans la majorité des cas, pour atteindre ce but d'obtenir la paralysie des vaso-constricteurs. Ailleurs, il désirait augmenter la mobilité et le tonus du côlon, diminuer et abolir la sécrétion sudorale, ou encore combattre le processus de la sclérodermie.

En conclusion, les indications opératoires suivies par lui furent basées sur les données les plus certaines de la physiologie du sympathique tégumentaire et sur les principales fonctions sympathiques admises par l'Ecole anglaise.

Dans la *Thrombo-angéite oblitérante*, la sympathectomie supprime les spasmes artériels et artériolaires qui s'ajoutent toujours au processus d'artérite et de thrombose. Elle ne peut que soulager et que prolonger la vie des membres atteints; mais elle le fait à un degré très appréciable, amenant la disparition des douleurs et des troubles trophiques. Elle est d'autant plus effective, qu'elle est effectuée à un stade précoce chez de jeunes sujets.

Sur 45 cas opérés, la moitié présenta des résultats favorables et un quart n'observa aucune amélioration.

Dans la *maladie de Raynaud*, l'auteur remarqua que la double sympathectomie lombaire donne des résultats très heureux dans les cas où l'affection se manifestait aux membres inférieurs alors que l'excision cervico-dorsale soulageait incomplètement les phénomènes siégeant aux membres supérieurs. Dans cette dernière alternative, les malades gardaient une tendance à des crises de cyanose localisées aux doigts de la moitié interne de la main. Cependant, cette amélioration partielle, dépendant sans doute d'une énervation sympathique incomplète, était de nature à satisfaire les malades, puisqu'elle leur permettait le travail et leur supprimait la douleur. Huit sympathectomies pour syndrome de Raynaud des membres inférieurs obtinrent un résultat complet. Vingt-deux, pour la même affection des membres supérieurs, donnèrent, dans 11 cas, un résultat entièrement satisfaisant; dans 8 cas, un résultat incomplet; et nul, dans 3 cas.

Huit jeunes femmes souffrant d'*acrocyanose* subirent la sympathectomie lombaire bilatérale et furent guéries. Leurs pieds devinrent chauds, la douleur disparut et les ulcérations se cicatrisèrent.

L'auteur fit une sympathectomie lombaire chez trois sujets qui avaient eu une *polimyélite antérieure aiguë*, dans le but de supprimer la cyanose, le refroidissement et les troubles trophiques des extrémités. Dans les trois cas, les résultats furent heureux.

Chez un enfant de huit ans qui présentait une *maladie de Hirschprung*, l'auteur effectua une section bilatérale des rami, au nombre de deux, qui partent des 1^{er} et 2^{ème} ganglions lombaires et aboutissent au plexus lombo-aortique. Le résultat fut un succès. L'auteur ne nie pas la difficulté que présente cette ramisection du côté droit, les rami passant en arrière de la veine cave inférieure. Il est d'opinion, cependant, que cette opération (promulguée par Wade) remplacera l'anastomose latérale et la résection du côlon qui sont dangereuses et plus ou moins efficaces. — Il prétend également qu'elle est physiologiquement supérieure à la sympathectomie péri-artérielle de l'aorte au niveau d'origine de la mésentérique inférieure et de cette artère, sur une distance d'un demi pouce, car elle n'atteint pas les fibres para-sympathiques que l'on sectionne en raclant l'adventice de l'aorte et de la mésentérique inférieure.

Cette ramisection put être tentée aussi avec succès dans les cas de *constipation opiniâtre*. L'auteur obtint un résultat favorable.

Boggon, en 1932, en rapporta six.

Enfin, l'auteur fit, avec succès, une sympathectomie lombaire dans un cas de *transpiration profuse des pieds*. Il obtint une abolition absolue de la sudation.

La même opération modifia heureusement une *sclérodémie des membres inférieurs*.

Par ailleurs, trois cas de *sclérodactylie, séquelle d'un syndrome de Raynaud déjà ancien*, ne recueillirent aucune amélioration d'une sympathectomie cervico-dorsale.

Roma AMYOT.

PHTISIOLOGIE

Auguste LUMIERE. — **Tuberculose et Alcoolisme.** L'Avenir Médical, février 1934.

L'auteur soutient que l'alcoolisme est un facteur important dans la propagation de la tuberculose. Il vient en contradiction avec M. Arnould qui affirme que dans certains pays, la consommation de l'alcool est en progrès alors que la perte blanche est en baisse. M. Lumière attribue ces résultats à la thérapeutique qui depuis quelques années fait des progrès incalculables. L'étude du problème a été abordée par cinq voies différentes.

1) Influence expérimentale de l'alcool sur la tuberculisaiton des animaux:

Les chiens relativement peu réceptifs à la T. B. deviennent facilement tuberculeux si préalablement, ils ont été alcoolisés (injection intra-veineuse d'une émulsion de bacilles de Koch).

2) Recherche de rapports de fréquence de la T. B. avec l'exercice de profession tendant à développer l'alcoolisme.

Les garçons de café de Londres présentent un taux de trente-six pour cent, tandis que l'on trouve treize pour cent de tuberculeux chez les chauffeurs-mécaniciens.

3) Détermination de la fréquence de l'alcoolisme chez les tuberculeux ou de la tuberculose chez les alcooliques.

Soixante-quinze à quatre-vingt pour cent des tuberculeux hommes, adultes, dans les hôpitaux de Paris sont des alcooliques.

4) Enquête géographique mettant en parallèle la consommation d'alcool et la fréquence de la bacillose.

En superposant la carte de France, les ravages de la tuberculose marchent de pair avec les régions où l'alcoolisme est en honneur.

5) Fréquence de la T. B. chez les descendants alcooliques.

La mort par tuberculose (méningite entre autre) chez les hérédito-alcooliques est considérable.

Les tuberculeux qui deviennent alcooliques meurent rapidement.

Parce que chez certains tuberculeux, l'usage de l'alcool aurait favorisé la fibrose, n'est pas un argument pour encourager l'alcoolisme, puisque le plus grand nombre y succombe. L'aphorisme de Landouzy est toujours vrai: "l'alcoolisme fait le lit de la tuberculose"

Paul-René ARCHAMBAULT.

H. FRUCHAUD, père (Angers). — **Amygdales et tuberculose.** Le Monde Médical, 15 janvier, 1934.

C'est un vieux praticien qui, en regard de l'opinion généralement admise, en émet une différente, d'après ses propres constatations et suggère un champ d'observation aux phtisiologues.

Le docteur Fruchaud est opposé à l'amygdalectomie en masse comme elle se pratique aujourd'hui. Il se joint en cela, dit-il, à l'opinion de deux spécialistes éminents, Crevier (Bordeaux) et Carrière (d'Ozillac). Il prétend avoir observé que les sujets amygdalectomisés sont facilement atteints de tuberculose et en un temps plutôt court, même quand il n'y a aucun contagement familial ni

aucune infection antérieure. De plus, dans les cas graves de tuberculose, il y a absence ou atrophie des amygdales et au contraire, dans les cas heureux, les amygdales sont saines.

Il y a aussi ce fait que l'amygdale s'atrophie avec l'âge, depuis la puberté.

Fruchaud préconise les traitements général et local avant de conseiller l'opération. Celle-ci sera partielle de préférence.

Il est curieux de l'opinion des phthysiologues sur ce sujet. Il demande ce qui se passe chez les animaux et il suggère l'expérimentation, en laboratoire, sur les animaux qui s'y prêtent, aux triple point de vue mécanique, sécrétoire et antituberculeux.

J. P. PAQUETTE.

André JACQUELIN. — Traitement d'urgence de l'hémoptysie. Bulletin Médical, 20 janvier 1934.

La position demi-assise est la plus confortable pour l'hémoptysique; elle diminue sa dyspnée et l'encombrement des voies respiratoires. Il faut alors rassurer le malade et faire, sans tarder, deux injections:

La première, essentielle, d'une ampoule d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse. Dans les cas graves, le produit glandulaire sera administré par voie intraveineuse: injection lente et bien mixtionnée au sang en vue d'atténuer le choc, peu grave d'ailleurs, qu'elle peut déclancher. Dans les cas ordinaires, employez la voie sous-cutanée. Si l'effet est insuffisant par cette dernière voie, faites une seconde injection après une attente de 20 à 30 minutes.

A défaut d'extrait d'hypophyse, employez le chlorhydrate d'émétine ou l'ergotine par voie sous-cutanée.

La deuxième injection, facultative, est celle d'une demi-ampoule de morphine. Les agités et les touseurs paroxystiques ont droit à cette dernière thérapeutique: si possible, il faut l'éviter car elle gêne l'expulsion des caillots souvent septiques (tuberculose).

Les moyens accessoires seront: immobilisation absolue en position demi-assise, silence total, oxygène dans les cas de dyspnée intense, diète avec boissons rafraîchies (ni glace, ni vessie de glace sur la poitrine), injection d'huile camphrée si la faiblesse et l'accélération du pouls l'indiquent.

André DUMONTIER.

J. H. FORSEE. — Pneumolyse fermée et pneumothorax artificiel dans le traitement de la TBP. Journal of Thoracic Surgery, No 3, 1933.

Le principe fondamental du traitement de la tuberculose pulmonaire est "l'affaissement" des cavernes pulmonaires. Le pneumo-thorax artificiel est la plus précieuse méthode qui permette le repos pulmonaire et l'application de ce principe; malheureusement 50% des tuberculeux qui sont justifiables de ce traitement curatif, n'en peuvent retirer tout le bénéfice à cause de brides pleurales.

Jacobaeus de Stockholm (Suède) est l'instigateur d'une méthode permettant de sectionner les brides pleurales: un pneumothorax incomplet et inefficace peut devenir complet et efficace, à la suite de cette opération. Mettant

à profit les innovations instrumentales et techniques apportées à l'opération de Jacobaeus par Unverricht, Matson, Maurer, etc., l'auteur consigne 26 cas qu'il a opérés lui-même.

Au temps de l'opération, les 26 malades comportaient un pronostic douteux; même désespéré, chez quelques-uns. D'un pneumothorax inefficace il obtint immédiatement un collapse satisfaisant avec rapetissement de la cavité pulmonaire et diminution de la quantité d'expectoration chez 16 tuberculeux (61%). L'auteur essuya un insuccès clinique et technique dans 3 cas par cautérisation incomplète; par contre, 2 opérés, dans les mêmes conditions manifestèrent subséquemment une amélioration clinique. Techniquement 7 malades furent opérés avec succès mais sans résultat clinique et pour cause: une tuberculose extensive ou des complications qui entravèrent l'amélioration clinique.

CONCLUSIONS:

1° — La pneumolyse intrapleurale (méthode fermée), est souvent un adjuvant nécessaire du pneumothorax artificiel pour le traitement de la tuberculose pulmonaire.

2° — Sur 26 opérés pour brides pleurales par pneumolyse intrapleurale (méthode fermée), 61.5% des cas furent favorablement influencés dans leur évolution clinique.

3° — Les complications post-opératoires varient directement avec l'état pathologique du patient et le genre de brides sectionnés.

4° — L'électro-coagulation est préférable à la galvanocautérisation parce qu'elle restreint le nombre et la sévérité des complications opératoires et post-opératoires des adhérences et diminue la quantité de chaleur et de fumée pendant la cautérisation.

André DUMONTIER.

LABORATOIRE

Ruth E. EWING et Marguerite LeMOINE. — **Diagnostic de la vaginite à trichomonas vaginalis.** (The diagnosis of *Trichomonas vaginalis* vaginitis). Surgery, Gynecology and Obstetrics, fév. 1934, p. 192.

La présence de *trichomonas vaginalis* est sûrement une des causes les plus fréquentes de la leucorrhée, et le diagnostic de la vaginite à *trichomonas* s'impose de plus en plus.

Habituellement le diagnostic consiste à prélever des sécrétions vaginales, à les diluer dans un peu d'eau salée et à en faire l'examen à l'état frais entre lame et lamelle. A côté de cellules épithéliales ou de globules de pus on trouve des organismes vivants mobiles pourvus de flagelles.

Cependant ces organismes vivants ne sont pas toujours facilement mis en évidence par ce procédé, surtout si la patiente a subi un traitement récent. Une simple douche à l'eau, la présence d'un lubrifiant sur les mains de l'examineur suffisent à inactiver le parasite et à rendre le diagnostic impossible. Il faut alors répéter les examens et quelquefois attendre le retour des périodes menstruelles.

La coloration du parasite par la méthode de Schaudinn a été essayée et a donné d'assez bons résultats mais elle a l'inconvénient d'être assez longue, 24 heures.

Sur les frottis de vaginite non traitée, à côté du trichomonas vaginalis les auteurs ont rencontré d'une manière presque constante la présence de gros diplocoques en quantité considérable, diplocoques gram positif, disparaissant habituellement au cours du traitement.

Les auteurs ont noté également la présence d'éléments à peu près identiques au trichomonas au point de vue forme et structure mais ressemblant tellement à des cellules de pus qu'on aurait facilement pu les croire telles.

La coloration par la méthode de gram montre assez bien la structure du corps du trichomonas mais ne met pas aussi bien en évidence les flagelles.

Après plusieurs essais les auteurs ont adopté la coloration par la fuchsine phéniquée diluée. (90 cas ont été examinés et ont fourni 66% de trichomonas). Sur ce nombre 41% seulement ont été positifs à l'examen à l'état frais. Il semble donc que l'examen après coloration par la fuchsine phéniquée diluée soit préférable comme moyen de diagnostic.

A. BERTRAND.



SOCIÉTÉS

Procès-verbal de la troisième séance de

LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL

tenue à l'Université

le 20 février 1934

Présidence de M. Guy HAMEL

MM. René MAJOR et Yvano DUPUIS sont élus membres de la Société à l'unanimité.

Travaux scientifiques:

1° La vaccinothérapie dans l'urétrite aiguë gonococcique. — Par M. Lucien SYLVESTRE.

Le rapporteur emploie ce mode de traitement depuis deux ans. Il cite quatre histoires de cas faisant ressortir les avantages de cette méthode. Le Dr Sylvestre emploie le vaccin de Demonchy. Il donne une injection chaque deuxième jour pendant 16 jours et fait suivre cette vaccinothérapie par quelques lavages antiseptiques. Dans les cas heureux, la guérison s'obtient en trois ou quatre semaines. Cette méthode, facile à employer, devrait être utilisée par le médecin praticien et dans les dispensaires hospitaliers.

En discussion:

M. GERIN-LAJOIE demande si cette méthode peut être employée avec succès dans le traitement chez la femme.

M. DORE demande si le contrôle microscopique a été fait dans ces cas.

En réponse, M. SYLVESTRE dit que l'examen microscopique est fait périodiquement dans chaque cas et que ce mode de traitement est à tenter chez la femme.

2° Notes préliminaires sur deux cas d'évidement partiel de l'endolarynx, pour cancer, après thyrotomie. Roentgenthérapie consécutive. — Par M. J.-N. ROY.

Après avoir rapporté l'observation de deux malades qui souffraient d'épithélioma d'une corde vocale, avec légère infiltration de la commissure antérieure, l'auteur donne rapidement la thérapeutique à suivre pour les tumeurs de l'organe vocal. Lorsque le néoplasme est primitivement exo-laryngé, ou que d'intrinsèque tout d'abord, il est devenu extrinsèque dans la suite, avec envahissement des ganglions cervicaux et sous-maxillaires, la chirurgie est contre-indiquée et les radiations ne donnent presque jamais de guérison. Si le cancer est petit et uniquement localisé à une corde vocale, on doit l'enlever après laryngo-fissure ou conseiller la roentgenthérapie. Si, au contraire, l'épithélioma est implanté sur une moitié du larynx, sans infiltration du côté opposé, on peut choisir entre l'hémi-laryngectomie ou les rayons X, en s'inspirant du rapport anatomo-pathologique et, enfin, admettant un cancer intrinsèque localisé aux deux côtés du larynx, la laryngectomie totale est l'opération de choix. Cependant, si le malade refuse cette intervention mutilante,

M. Roy préconise une méthode nouvelle qui consiste à pratiquer, sous anesthésie locale, un évidement partiel ou total de l'endolarynx "à la demande des lésions", et à faire suivre cette opération d'un traitement par la roentgenthérapie. Les deux malades que le rapporteur a opérés se portent très bien.

3° Considérations sur le traitement des cancers endolaryngés par les Rayons X. — Par M. Paul BRODEUR.

M. Brodeur rapporte la technique suivie dans le traitement d'un cancer endolaryngé par les Rayons X, consécutivement à un évidement partiel chirurgical, par le professeur J.-N. Roy.

A cette occasion, le rapporteur trace les grandes lignes constituant la technique de H. Coutard, de la Fondation Curie, technique qui donne les meilleurs résultats dans le traitement des épithéliomas. Il s'agit de détruire, en totalité, les cellules génératrices de la muqueuse endolaryngée, de provoquer la chute de l'épithélium avec mise à nu du chorio, resté sensiblement normal. Pour arriver à ce but, la peau du cou devra absorber une dose importante de radiations, dose qui entraînera la chute de l'épiderme sans lésion appréciable du derme. La réparation de ces lésions est complète vers le 45e jour après le début des irradiations.

Le rapporteur insiste alors sur quelques conditions spéciales à cette technique et il termine en insistant particulièrement pour que la roentgenthérapie, en général, et surtout celle des cancers, soit confiée à des médecins spécialisés.

En discussion:

M. Albert JUTRAS: la radionécrose de l'épiglotte ne présente pas d'inconvénients très sérieux si l'on obtient la guérison du cancer.

4° Physiologie et psychologie de l'écriture. Essai de classification des écritures pathologiques. — Par M. Paul LARIVIERE.

Le rapporteur donne une définition de l'écriture, les moyens d'analyse de l'écriture, les caractères de l'écriture qui aident à révéler la personnalité; il insiste sur la grande valeur de l'étude de l'écriture tout en soulignant les limites de la graphologie. Il présente des exemples d'écritures normales et pathologiques, en faisant ressortir les modifications propres à certaines affections nerveuses et mentales. Cette étude très intéressante sera publiée prochainement dans le Journal de l'Hôtel-Dieu.

Louis FORTIER,
Secrétaire des Séances.

**Procès-verbal de la quatrième séance
tenue à l'Hôpital Sainte-Justine,
mardi, le 6 mars 1934.**

Présidence de M. Eugène DUFRESNE

Travaux scientifiques:

1° L'otite chez le nourrisson.

Les différents points de cette question sont traités par MM. Gaston LAPIERRE, J.-A. MIGNAULT et L. PARE.

M. Lapierre fait une étude clinique de la question; M. Mignault donne un aperçu du traitement chirurgical et M. Louis Paré en discute l'anatomie pathologique.

En conclusion, les rapporteurs insistent sur la très grande importance qu'il y a à rechercher un foyer infectieux otitique chez le nourrisson.

2° Un cas de tuberculose de la peau. — Par M. A. COMTOIS.

M. Comtois présente un cas dont l'aspect microscopique cutané intéresse à un haut point les membres présents. Il en discute la nature et fait constater l'amélioration à la suite d'un traitement physio-thérapique.

En discussion:

M. BOULAIS conseille l'inoculation au cobaye comme complément à l'examen histologique. Il y aurait aussi à considérer une spécificité héréditaire possible, qui préparerait le terrain.

3° Un cas de maladie de Friedrich. — Par M. Alcide PILON.

Par une étude assez complète des symptômes, le rapporteur fait ressortir les diverses formes de cette affection et insiste sur le fait d'une mortalité possible par syndrome cardio-bulbaire.

M. PILON fait alors une étude de séméiologie nerveuse en présentant un cas de chorée. Il insiste sur la différence qui existe entre le syndrome pyramidal et le syndrome extrapyramidal.

En discussion:

M. Paul LARIVIERE demande quel a été le mode d'emploi du salicilate de soude dans ce cas.

M. Louis FORTIER: Y avait-il endocardite préexistante?

En réponse, M. PILON emploie le salicilate par la bouche et n'a constaté aucun signe d'endocardite.

4° La paralysie obstétricale. — Par M. Calixte FAVREAU.

M. Favreau présente plusieurs cas pour démontrer les avantages du traitement par immobilisation plâtrée du membre. Il discute les différentes formes de paralysie obstétricale et croit que le traitement devrait être institué dans chaque cas.

En discussion:

M. Jacques FORTIER croit que le terme paralysie obstétricale doit comprendre la paralysie faciale, à la suite d'applications de forceps.

M. R. DEROME insiste pour que la méthode soit employée précocement et d'une façon prolongée.

M. COMTOIS: L'on doit fréquemment éliminer la possibilité d'une fracture en faisant un examen radiographique.

M. Pacifique GAUTHIER: Les accidents obstétricaux peuvent être moins fréquents si l'on use de patience, mais il n'est pas toujours possible de les éviter.

Louis FORTIER,
Secrétaire des Séances.

**Procès-verbal de la cinquième séance
tenue à l'Université de Montréal,
le 20 mars 1934.**

Présidence de M. Eugène DUFRESNE

Travaux scientifiques:

1° A propos d'un accident de ski. — Par M. Ls BERNARD.

C'est un cas peu banal que le rapporteur présente à la considération des membres de la Société Médicale. Il s'agit de la pénétration profonde d'une branche d'arbre d'un diamètre d'environ deux pouces dans le périnée d'un skieur.

Fort heureusement ce corps étranger pénétra entre le rectum et la paroi postérieure du bassin. Il n'y eut aucune lésion viscérale sérieuse.

En discussion:

M. Mercier FAUTEUX demande quel était l'état de la prostate.

M. DUFRESNE cite un cas de corps étranger avec lésion du périnée chez une femme enceinte, chez laquelle la grossesse évolua normalement.

M. BERNARD: Le cas ne présentait aucune atteinte prostatique.

2° L'eczéma en clientèle. — Par M. Paul POIRIER.

L'auteur traite une question essentiellement pratique, puisque l'eczéma est l'affection la plus commune des maladies cutanées. La nature étiologique de l'eczéma est encore inconnue. Les facteurs qui entrent en cause sont multiples. Nous serions tous des eczémateux en puissance, qui n'avons pas encore rencontré l'agent qui met cette intolérance en éveil. Comme traitement local, le rapporteur se limite surtout à deux formules: 1° Pâte de Lessar; 2° Pommade de zinc ichthyolée à 5%. Interdire l'eau et les savons; l'on doit songer à l'emploi des rayons violets et des rayons X dans certains cas.

Le Dr Poirier termine en insistant sur l'importance d'un examen général complet, dans ces cas.

En discussion:

M. Antonio BARBEAU cite l'expérience de certains sujets eczémateux qui constatèrent une amélioration à la suite d'un traitement empyrique qui consiste en injections d'une quantité considérable de chou.

M. POIRIER: Le régime peu toxique végétarien peut expliquer l'améliorations de ces malades, mais il se peut que le chou possède des propriétés spéciales non connues actuellement.

3° Considérations sur un cas de cancer du rectum. — M. Mercier FAUTEUX.

C'est à la suite d'un examen post-mortem que le rapporteur a décidé de présenter quelques conclusions aux membres de la Société. Il s'agit d'une patiente morte en entrant à l'hôpital. L'examen nécropsique révéla une rupture intestinale siégeant au-dessous d'une obstruction néoplasique rectale. Le rapporteur insiste sur l'importance du toucher rectal chez le patient d'un certain âge, qui présente le symptôme constipation. L'examen rectoscopique prudent donne de précieux renseignements sur les lésions hautes.

En discussion:

M. LEFRANÇOIS croit que l'emploi du rectoscope devrait se généraliser.

4° Sur la nécessité d'examiner les malades quels que soient leur âge ou leur condition. Issue fatale d'une malformation congénitale ayant entraîné une péritonite généralisée. — Par M. Léon GERIN-LAJOIE.

Le rapporteur débute en faisant ressortir, d'une façon générale, la trop grande fréquence de l'examen rapide et incomplet du malade par le médecin. A l'appui de cette affirmation, le Dr Gerin-Lajoie rapporte l'histoire, très spéciale, d'une jeune fille qui fut hospitalisée pour péritonite généralisée. L'histoire antérieure et l'examen complet affirmèrent un diagnostic qui, posé plus tôt, eût sauvé la vie de la malade. Il s'agissait d'une imperforation de l'hymen, avec ses complications d'hémato-colpos, hémato-métrie, hémato-salpynx et inondation péritonéale, péritonite septique et mort.

Cette pièce très intéressante fut alors soumise à l'examen des membres.

Louis FORTIER,
Secrétaire des Séances.

**Procès-verbal de la sixième séance
tenue à l'hôpital du Sacré-Coeur
Mardi, le 3 avril 1934
Présidence de M. DUFRESNE**

Travaux scientifiques:

1° Maladie de Raynaud. — Par M. Emile MATHIEU.

M. MATHIEU présente à l'examen des membres une malade très intéressante. Il s'agit d'une jeune fille souffrant de maladie de Raynaud, évoluant depuis deux ans. Les extrémités supérieures et inférieures sont intéressées et il y a tendance à la sclérodermie. Le rapporteur discute des différentes phases de cette affection et donne un aperçu des principaux modes de traitement. Dans ce cas particulier, aucune amélioration ne fut notée à la suite de sympathectomie humérale droite et de traitement intensif à l'acécho-line.

En discussion:

M. Eugène GARCEAU croit que l'on doit toujours songer à un terrain spécifique possible. Comme palliatif, il conseille l'emploi de la diathermie.

M. DORE relate l'opinion de Crile, de Cleveland, qui, croyant que la surrénale joue un rôle important dans le déclenchement de la maladie de Raynaud, traite cette affection en sectionnant les branches efférentes des capsules surrénales.

M. LACHARITE: La radiothérapie de la surrénale est à tenter dans ces cas.

2° L'arthroplastie du genou. — Par M. J.-E. SAMSON.

L'Arthroplastie consiste à rendre à une articulation ses mouvements perdus en reconstituant ses surfaces articulaires et interposant un lambeau aponévrotique. Indications opératoires: si l'arthroplastie est indiquée, lorsqu'un seul genou est ankylosé, elle devient absolument nécessaire lorsque les deux genoux ont perdu leur mobilité, ainsi dans la polyarthrite rhumatoïdale déformante. Conditions nécessaires: il faut trouver réunies un certain nombre de conditions chez le patient et chez le médecin: 1° L'état général du patient doit être bon; 2° Le patient doit être décidé de s'aider au cours du traitement physiothérapique post-opératoire; 3° Il doit avoir atteint la limite de sa croissance, car les manipulations nécessaires pourraient compromettre la croissance normale de ce membre; 4° Toute activité infectieuse doit avoir cessé au niveau de l'articulation depuis au moins un an; 5° L'ankylose consécutive à une ostéoarthrite tuberculeuse, ou à une ostéomyélite, doit être respectée, étant donnée l'incertitude de la guérison radicale de ces lésions; 6° L'ankylose osseuse offre généralement une meilleure chance de succès que l'ankylose fibreuse; 7° La musculature du membre doit être solide; il faut donc faire, au préalable, des réactions électriques des muscles; 8° Le membre doit être sensiblement de la même longueur que l'autre; 9° Le chirurgien devra posséder une expérience consommée de la chirurgie osseuse.

Le rapporteur fait alors une étude radiographique de quelques-uns des 22 cas opérés. Il est heureux des résultats obtenus par l'emploi de cette technique et il a obtenu, après une période suffisamment prolongée, une flexion atteignant 90 degrés et une extension complète, permettant au patient de remplir son rôle dans la société.

En discussion:

M. LESAGE demande au rapporteur quelle est la procédure qu'il préconise dans le traitement de l'arthrite tuberculeuse.

M. FAVREAU note le fait que l'arthroplastie donne de meilleurs résultats chez les fracturés que chez les cas d'arthrite.

M. SAMSON, attache beaucoup d'importance à la mobilisation passive, sous l'anesthésie. Actuellement, le seul traitement de l'arthrite bacillaire, c'est l'arthrodèse.

3° Pneumolyse dans les adhérences pleuro-pulmonaires. — Par M. Louis VERSCHelden.

Après avoir décrit le principe de cette intervention, le rapporteur fait ressortir les grands avantages de la section d'adhérences pleurales dans certains cas particuliers. Au moyen de nombreuses radiographies, M. Verschelden démontre comment, en plusieurs circonstances, un pneumothorax fut rendu possible après la section d'adhérences pleurales.

En discussion:

M. Norman BETHUNE donne une description des différents appareils employés pour pratiquer cette intervention, dite de Jacobsen.

4° Tumeur du médiastin. — Par M. YVON LAURIER.

Le rapporteur fait un exposé général des tumeurs intrathoraciques et des tumeurs médiastinales en particulier. Après une description des diffé-

rents syndromes médiastinaux, il souligne quelques points de diagnostic différentiel entre les tumeurs pulmonaires et médiastinales.

En discussion:

M. LACHARITE note que les cancers primitifs du poumon peuvent être favorablement traités par les Rayons X.

5° Considérations médico-chirurgicales sur dix-huit cas de thoracoplastie, avec démonstration de la technique par un film cinématographique.

— Par MM. J.-A. VIDAL et Norman BETHUNE.

M. VIDAL présente plusieurs malades pour démontrer que cette méthode, apparemment très mutilante, peut, dans certains cas, non seulement sauver la vie du malade, mais lui permettre une existence presque normale.

Au moyen d'un film cinématographique, M. Norman BETHUNE expose devant les membres de la Société les différents points de la technique opératoire de la thoracoplastie.

6° Empyème et fistule broncho-pulmonaires.—Par M. G.-E. MIGNEAULT.

Après une description théorique, très complète, des différentes formes de suppuration pulmonaire et pleurale, M. Migneault cite plusieurs cas de patients qui présentaient une expectoration purulente depuis une longue période et chez lesquelles un examen attentif et complet révéla la présence d'un empyème.

Louis FORTIER,

Secrétaire des Séances.

SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE ET D'ALIMENTATION

SEANCE DU 4 AVRIL 1934.

Présidence du professeur J.-E. DUBE.

1°. Lecture et adoption du procès-verbal de l'assemblée précédente, à la suite de remarques soulevées par MM. Paul Brodeur et Pierre Smith, sur quelques incorrections apparues dans le rapport de la discussion du procès-verbal.

ERRATUM ⁽¹⁾

Nous attirons l'attention du lecteur sur les quelques erreurs d'interprétation qui se sont glissées dans le rapport de la discussion de la Société de Gastro-Entérologie et d'Alimentation (numéro d'avril 1934).

1° A la page 407, prière de lire: "Le Docteur Paul Brodeur: Nous ne prétendons pas — radiumthérapeutes — guérir le malade *souffrant de cancer du rectum* par le radium", au lieu de: "Nous ne prétendons pas guérir le malade par le radium".

Et plus loin, lire, au lieu de: "Le docteur B. nous apporte son expérience du traitement du cancer du larynx, etc.", plutôt: "Le docteur B. nous apporte son expérience du traitement des cancers en général. Il faut être très prudent lorsqu'on se sert du terme guérison en matière de cancer; mieux vaudrait dire, comme le font, dans leurs écrits, les publicistes de la Fondation Curie: sans signe de cancer depuis tant d'années ou à la date de ce jour..."

2° A la page 410, lire au bas de la page, plutôt: "M. Pierre Smith considère qu'une résection gastrique n'était pas nécessaire, la tumeur ne présentant pas de signes de dégénérescence; une ablation de la tumeur aurait été sans doute suffisante".

COMMUNICATIONS:

1) Cholécystite calculuse et Diabète. Opération. Résultats. — M. L.-H. GARIEPY.⁽²⁾

Cas No 209. — M. L.-H. G. rapporte l'histoire d'une femme de 64 ans, diabétique, qui s'était présentée en février 1934 pour des douleurs aux bras, au dos et aux jambes, ayant débuté 8 mois plus tôt. Ce diabète a été découvert, à l'occasion d'un prurit vulvaire. Nouvelle crise de douleurs abdominales et hépatiques en novembre 1933. A l'examen (février 1934), on ne trouve aucun foyer infectieux, mais la palpation fait naître une douleur très nette au point vésiculaire. L'examen du sang: glycémie: 2 gr. 87; cholestérol: 2 gr. 24; Urée: 0.60; B. W. négatif. La glycosurie est de 10 gr. au litre. La cholécystographie, après tétraïode, montre une vésicule remplie de calculs.

(1) A l'avenir, nous serions heureux que chacun de ceux qui ont participé à la discussion nous fasse ensuite passer une note écrite rapportant la teneur de cette discussion.

(2) Travail de la clinique du Diabète (Hôpital Notre-Dame).

On la prépare pour une intervention: cholécystostomie (Dr Blagdon); anesthésie au protoxyde d'azote.

Depuis l'opération, la tolérance hydro-carbonée s'élève à 200 grammes, les graisses s'établissant à 45 gr. et les protéines à 66 gr. par jour.

En conclusion, M. L.-H. G. voit là une preuve de plus de l'interdépendance des maladies des voies biliaires et du diabète. Il est très important de chercher la cholécystite calculuse. Le traitement préventif ou curatif précoce de celle-ci pourra sans doute éviter l'éclosion du diabète, et même faire prévoir sa guérison. D'après Joslin, les troubles lithiasiques précèdent dans leur apparition l'installation du diabète. Il semble que le traitement radical des lithiases biliaires améliore l'évolution du diabète. Ces cas doivent nous engager à étudier scrupuleusement les antécédents des diabétiques. Grâce à l'insuline et à la diététique, on peut envisager une intervention, dans ces cas, avec moins d'appréhension.

Discussion:

M. Gabriel LAFRESNIERE fait remarquer que les opinions sont très partagées sur cette question; la proportion des diabétiques avec passé lithiasique se présentant avec un taux relativement faible.

M. GRATTON rappelle à son tour la fréquence des antécédents hépatiques chez les diabétiques. Chez la femme, la fréquence des grossesses, non explorées dans leurs accidents hépato-vésiculaires, peut, à son tour, expliquer l'apparition de certains diabètes chez elles.

M. L.-H. GARIEPY: toute infection des voies biliaires entraîne, à la longue, une précipitation du cholestérol. Il est convaincu que tôt ou tard cette calculose peut amener l'éclosion d'un diabète.

M. G. LAFRESNIERE: Pourquoi, plutôt, ne pas incriminer les diètes hypergraisseuses d'autrefois comme facteurs étiologiques de la lithiase biliaire, dans le diabète?

M. L.-H. GARIEPY: On ne saurait trop s'efforcer d'augmenter la tolérance hydro-carbonnée dans la lithiase biliaire, autant que dans le diabète; leur effet est: 1° de réduire les graisses et de favoriser leur combustion; 2° de stimuler la portion saine du pancréas.

Pr. DUBE pose la question de savoir si la lithiase biliaire ne générerait pas la fonction glycogénique du foie en élevant la glycémie. Il apporte l'exemple de l'alcool, excitant hépatique et facteur de glycosurie.

M. L.-H. GARIEPY: Il est indéniable que chez un diabétique toute aggravation de l'état hépatique s'accompagne d'une aggravation du diabète.

M. Pierre SMITH demande à l'A. s'il recommande, dans pareil cas, la cholécystostomie ou la cholécystectomie. Nombre d'auteurs récents semblent préférer, comme Benedetti, en général, la simple cholécystostomie, l'extraction des calculs et la fermeture.

M. J.-A. MOUSSEAU: L'exclusion de la vésicule a-t-elle permis une amélioration dans le traitement du diabète?

M. L.-H. GARIEPY dit préférer la cholécystostomie à une intervention plus radicale. Il répond à M. M. qu'après l'opération une ingestion quotidienne de 200 gr. d'hydrates de carbone n'a pas nécessité d'insuline.

2) **Méthode d'Opacification nouvelle des côlons** — MM. GENDREAU
Origène DUFRESNE et Albert JUTRAS.

L'A. résume brièvement les méthodes employées jusqu'ici pour reconnaître les lésions ou les anomalies de conformation du gros intestin: soit la voie orale, permettant de fournir des informations d'ordre fonctionnel, spécialement en ce qui concerne la vitesse du transit gastro-intestinal, soit la voie endo-rectale (lavement baryté) consistant dans la "réplétion" et même dans la distension des divers segments coliques par la substance opaque introduite (Baryum, bismuth, gélobarine).

Les images qui s'obtiennent ainsi sont des silhouettes de contraste *dense* qui permettent "de reconnaître, le cas échéant, certaines anomalies de situation et certaines anomalies de morphologie". L'A. les énumère. L'idéal serait alors d'obtenir un moulage interne du gros intestin et de la perfection de ce moulage dépendrait la fidélité des images.

C'est en 1923, et surtout en 1928, que Forsell démontra aux radiologistes un nouveau moyen d'analyser les détails de la muqueuse colique à l'aide des dessins ténus que forment sur les clichés, les quantités minimales de substances opaques introduites en lavement. Fischer, en 1925, montre que l'injection d'air dans les cavités digestives, après une évacuation partielle de liquide baryté, détermine le *double contraste* de la clarté gazeuse et de l'opacité métallique. Ainsi, au cours de la dernière décade, le radiodiagnostic s'enrichit de 2 procédés: 1°. "L'examen du relief intestinal en lumière *détendue*"; 2°. Examen du relief intestinal en lumière *distendue*", mais, comment obtenir un bon vernissage opaque de la muqueuse colique? L'A. rappelle ici les tâtonnements des expérimentateurs. En 1928, Bluhbaum, Frick et Kalk-Brenner préconisent l'emploi de suspensions colloïdales de dioxyde de Thorium, auxquelles il donne le nom d'*Umbralthor*. Voici leur théorie: ils suggèrent que les bicolloïdes de l'organisme — ainsi les sécrétions de la muqueuse colique — en milieu neutre ou alcalin, portant une charge électrique négative, rejoignent et flocculent avec les particules d'un autre colloïde à charge électrique positive, v.g. l'*Umbralthor*. Pour reconstituer une image aussi complète que possible de la muqueuse colique, il faudrait ensuite pratiquer trois séries de radiographies: 1°. Radiographie après remplissage;
2°. Radiographie après évacuation;
3°. Radiographie après insufflation.

L'A. décrit alors la technique telle qu'elle est maintenant pratiquée à l'Institut du Radium de Montréal. Là, on se sert de Collothor. Le dispositif à injection est du genevois M. Raymond Sarrasin, assistant chez Maingot, qui a sensiblement perfectionné la méthode. Les 2 dernières prises de clichés sont à coup sûr les plus intéressantes. Ces méthodes n'ont rien de gênant pour le malade. On peut se limiter à trois clichés radiographiques.

M. JUTRAS fait ensuite défiler un nombre imposant de documents radiographiques montrant les images du relief normal de la muqueuse colique. Il présente aussi toute une série d'images pathologiques où se reconnaissent très nettement les signes propres aux colites dans toutes leurs variétés, à la polypose, à la diverticulose et à quelques tumeurs rares du gros intestin. Il termine en présentant le plan d'analyse du relief interne de l'intestin, tel que suggéré par Berg et tel que présenté, ensuite, par R. Gilbert et Kadrinka, à Paris, en octobre 1933.

La seule objection à la vulgarisation de cette méthode, actuellement, semble être le coût de revient élevé des substances colloïdales employées.

MM. O. DUFRESNE et A. JUTRAS essaient actuellement d'obvier à cet inconvénient.

Bref, l'examen radiologique du gros intestin est entré dans une voie nouvelle.

Discussion:

Le Pr LAQUERRIERE félicite M. Jutras de la conscience avec laquelle celui-ci a présenté ces nouvelles méthodes d'exploration des côlons. On regrette rarement de conserver, au début, certaines réserves. Avec le temps, on finit par interpréter justement les images qui pouvaient paraître confuses d'abord. Ainsi en fut-il, par exemple, de l'étude des plis longitudinaux et des images dites lacunaires que l'on a crues souvent pathologiques quand, au fond, elles ressortaient à un défaut de remplissage du baryum.

M. H. LACHARITE rapporte des cas plutôt rares où l'appendice, invisible le premier jour, sur le cliché radiographique, apparaissait, le lendemain, nettement visible, avec d'anciennes techniques. Il compte sur ce nouveau mode d'exploration pour mieux comprendre le carrefour cœco-appendiculaire.

M. Paul BRODEUR compare la méthode décrite (celle des couches minces) au système adopté par Gutmann, Puthomme, Garcia-Calderon, etc., pour mettre en évidence les ulcus duodénaux dits de face ou des bords. Il félicite l'auteur.

M. A. JUTRAS se défend de présenter une méthode neuve. Il rend plutôt justice à une discipline nouvelle qu'il reste à acquérir: celle des interprétations d'images souvent délicates à comprendre. Il insiste sur la *fluidité* et l'*adhérence* apportées par les substances colloïdales. C'est en quoi elles diffèrent des substances opaques ordinaires.

Le Secrétaire-adjoint,
Jean LeSAGE.



L'ASSOCIATION MEDICALE CANADIENNE

Nous avons reçu la lettre-circulaire suivante, en langue française, la première, croyons-nous, qu'adresse l'Association Médicale Canadienne. Nous félicitons le Comité de Publicité de cette initiative qui sera suivie dans les années futures, espérons-le.

Président élu
Dr J. S. McEACHREN
Calgary, Alberta

Président
Dr G. A. B. ADDY
Saint-Jean, N.-B.

Secrétaire général
Dr T. C. ROUTLEY
Toronto, Ontario

SOIXANTE-CINQUIÈME ASSEMBLÉE ANNUELLE

Calgary, juin 18, 19, 20, 21 et 22, 1934

Comité local en charge des préparatifs

224, Septième Avenue Ouest

Calgary, ce 15 mars 1934.

Cher Docteur,

Les membres de l'Association Médicale de l'Alberta, et plus particulièrement ceux qui habitent Calgary, sont heureux d'offrir une cordiale bienvenue à tous les membres de l'Association Médicale Canadienne qui assisteront à sa soixante-cinquième assemblée annuelle, ainsi qu'aux membres de leurs familles et amis qui les accompagnent.

La province de l'Alberta aura pour la troisième fois l'honneur et le privilège d'être le théâtre de l'assemblée annuelle. La première fois c'était à Banff en 1889, et la seconde fois à Edmonton en 1912.

Les différents sous-comités en charge de l'organisation de cet événement sont à l'œuvre et bien déterminés de faire tout en leur pouvoir pour en assurer le succès à tous les points de vue. Les dames sont également très enthousiastes. Elles ont organisé, pour les dames et leurs amies, une semaine de récréations et de divertissements dont toutes conserveront longtemps le souvenir.

Renseignements généraux

1. *Quartiers généraux* — L'hôtel Palliser — l'un des plus magnifiques de la chaîne d'hôtels connues dans le monde entier et dont le chemin de fer du Pacifique Canadien, à intervalle régulier, a ponctué ses voies de communication et de transport.
2. *Programme scientifique* — Celui-ci sera d'un mérite exceptionnel. Au nombre de ceux qui y participeront se trouveront des membres éminents de la profession médicale du Canada; des chefs dans le domaine de la science, des recherches, de l'enseignement et de l'application. Nous serons également honorés de la coopération de confrères américains distingués. Toutes les divisions de la médecine seront représentées. Des arrangements sont en cours pour les séances séparées des spécialistes.
3. *Programme de réception* — Quelle autre ville canadienne peut offrir des plaisirs et des amusements aussi variés, charmants et séduisants? Pour

plusieurs, cela sera la réalisation d'un rêve longtemps caressé, de voir et d'admirer les belles prairies ondulées, l'indescriptible grandeur des Montagnes Rocheuses, la magie et la variété infinie du coloris du contrefort des Rocheuses, les cours d'eau des montagnes, les fleurs sauvages et les merveilleux couchers de soleil de l'Ouest. Il ne faudrait pas oublier le ranch du Prince de Galles, une des résidences d'été du Royal patron de l'Association Médicale Canadienne; la Vallée Turner — le plus important réservoir de gaz naturel qui soit au monde, couvert d'une forêt de mâts de charge et illuminé d'innombrables lueurs gazeuses; les Indiens Sarcee et Stoney dans leurs décors habituels et dans leurs habits de gala durant l'exposition; ici et là, un aperçu des anciens ranchs où paissent de nombreux troupeaux de bêtes à cornes et de chevaux sur la prairie luxuriante d'herbes nourissantes, et, au large, le vacher ou cavalier sans gêne. Les médecins de Calgary, en coopération avec l'Association Médicale de l'Alberta, ont préparé pour leurs hôtes une série de charmants voyages qui leur permettront d'admirer les nombreux sites et paysages caractéristiques de l'Ouest, comprenant les merveilleuses scènes de montagne, si facilement accessibles par automobile de Calgary. Le clou de ces promenades sera, sans contredit, une excursion de fin de semaine par la vieille route Morley (originellement connue que des Indiens et des prospecteurs), maintenant entièrement pavée. Cette route suit les méandres capricieux de la rivière Bow, révélant à chaque détour un panorama de grande beauté et ainsi jusqu'à Banff. Attendez, nous ne sommes pas encore au terme de notre itinéraire et le plus captivant est encore à venir. Il s'agit de l'étape suivante, d'une longueur de quarante milles, qui conduit au merveilleux lac Louise, l'Eden des artistes-peintres. Et tout ceci gratuitement, moins les frais d'hôtels.

4. *Les dames et les jeunes* — Des préparatifs spéciaux sont en voie de réalisation pour les visiteurs qui ne font pas partie de l'Association, arrangements relatifs à leur confort, leurs commodités, leurs logements et leurs amusements, et ce, plus particulièrement par les femmes des médecins locaux, qui seront entièrement à la disposition des visiteurs durant toute la semaine. En plus des divertissements précités, il y aura des fêtes champêtres, thés, golf, etc., ainsi qu'une démonstration d'équitation par les Indiens, déployant leur habileté au lasso et autres risques des "stampedes". Cette démonstration aura lieu sur la réserve indienne de Sarcee.
5. *Divers* — Il est opportun de faire remarquer que la réunion coïncidera avec les journées les plus longues dont jouit la province de l'Alberta. A cette époque de l'année, le soleil luit jusqu'à dix heures du soir et les Calgariens sont franchement éveillés jusqu'à minuit, de sorte qu'il y aura tout le temps nécessaire pour intéresser les visiteurs, à l'auto, au tennis, aux joutes de quilles sur pelouse et autres récréations. Incidemment, nous devons annoncer qu'un concours de golf est en voie de préparation. A ce moment la saison de pêche bat son plein, de sorte que les disciples d'Isaac Walton seront libres de prendre contact avec le docteur John N. Gunn ou le docteur Archie Maclaren pour renseignements sur les meilleures manières de prendre les "gros poissons".

6. *Hôtels* — Outre le Palliser, Calgary peut se vanter de posséder plusieurs autres bons hôtels, tels que l'hôtel York, le Carlton, le Royal, le Saint-Régis, Wales et autres.
7. *Système téléphonique* — Celui-ci est du genre automatique. Les facilités pour les communications à longue distance sont des plus modernes et assureront aux visiteurs un service rapide, fiable et satisfaisant pour toutes les parties du monde. Ceci intéressera nos hôtes, leur assurant un contact direct avec leur home; ils n'en seront pas plus éloignés que de l'appareil téléphonique le plus rapproché.
8. *L'Association des Automobilistes de l'Alberta* — L'agence de cette Association à Calgary offre ses services les plus courtois aux délégués de la réunion annuelle de l'Association Médicale Canadienne. Sur la Neuvième Avenue — à un bloc à l'ouest de l'hôtel Palliser — la place officielle de stationnement sera réservée aux visiteurs. Au bureau de cette agence de Calgary, à 110a Septième Avenue Est (Tél. M7757) les employés se feront un plaisir de répondre aux délégués et à leurs amis qui désireront des renseignements sur les chemins de fer. Tous les invités de la convention annuelle sont priés de profiter de ces services.
9. Il nous est impossible actuellement de donner les taux des chemins de fer, mais il est certain que les taux des excursions d'été ne seront pas plus élevés — et peut-être moins élevés que ceux de l'an dernier.
10. Les membres de la Profession Médicale par tout le Canada qui ne font pas partie de l'Association Médicale Canadienne, mais qui désirent jouir de ce privilège, seront heureux de lire le communiqué suivant de la part du Bureau du Secrétaire Général: "Tout praticien du Canada, de bonne renommée dans son pays, peut devenir membre de l'Association Médicale Canadienne. La cotisation annuelle est de \$10.00, y compris un an d'abonnement au Journal. — L'Assemblée annuelle se constitue des membres et des amis invités". Pour devenir membre, on peut faire sa demande par correspondance au bureau du Secrétaire Général à Toronto ou en se présentant à l'assemblée annuelle.
11. En l'honneur de l'Association Médicale Canadienne et pour commémorer le souvenir de la soixante-cinquième assemblée annuelle, la Société Médicale de Calgary a préparé une brochure artistique qui peint la vie et les activités de la profession médicale dans la ville de Calgary. Les membres de l'Association Médicale Canadienne en recevront chacun une copie d'ici deux semaines. Tout médecin, même s'il n'est pas membre de l'Association, qui désirerait avoir une copie de cette brochure, peut la demander au bureau local du Secrétariat, qui la lui procurera si la chose est possible.
12. Le Secrétaire du comité local d'organisation, en commun avec le Président des différents sous-comités, constituent eux-mêmes un bureau de renseignements à qui on peut s'adresser au sujet de tout ce qui concerne l'assemblée annuelle.

Bien vôtre,

(Signé) LE COMITE DE PUBLICITE.

Dr W. MERRITT,

Président.

1er CONGRES INTERNATIONAL DE GASTRO-ENTEROLOGIE**Bruxelles: 5-6-7 août 1935**

Président: Docteur J. SCHOEMAKER (La Haye, Hollande)

Vice-Présidents: Professeur J. DE MCOR (Bruxelles)

Professeur M. IDE (Louvain)

Secrétaire Général: Docteur Georges BROHEE (Bruxelles)

Adresser toute la correspondance au Secrétariat Général du Congrès,
64, rue de la Concorde, Bruxelles.

Monsieur et honoré confrère,

Le Comité d'organisation a l'honneur d'appeler votre attention sur le *Congrès International de Gastro-entérologie* qui se tiendra à Bruxelles, du 5 au 7 août 1935.

La fonction digestive est une des plus importantes fonctions de l'organisme humain.

L'étude des troubles de cette fonction ainsi que l'étude des maladies de son appareil exigent, à l'heure actuelle, des réunions communes de tous ceux qui ont fait de cette étude l'objet de leurs observations, de leur pratique journalière ou de leurs recherches spéciales.

Les questions de Gastro-entérologie ont été discutées, jusqu'à ce jour, dans des congrès nationaux ou internationaux de Sociétés dont l'activité ne vise qu'une seule des branches de l'art de guérir: sociétés de médecine, sociétés de chirurgie, etc.

On estime, aujourd'hui, que l'heure est venue d'envisager ces questions dans leur ensemble et sous leurs divers aspects, dans des séances communes réunissant les médecins, les chirurgiens, les radiologues, les physiologues, les anatomo-pathologues et les bio-chimistes de tous les pays.

A l'initiative de la Société Belge de Gastro-entérologie, il s'est constitué un Comité pour l'organisation de la première Réunion Internationale de Gastro-entérologie qui aura lieu, à Bruxelles, au début du mois d'août 1935 à l'occasion de l'Exposition Universelle de Bruxelles en 1935 et pendant celle-ci.

Le Comité est composé comme suit: *Président:* Docteur J. SCHOEMAKER (La Haye, Hollande); *Vice-Président:* Prof. Jean DEMOOR (Bruxelles); *Secrétaire Général:* Docteur Georges BROHEE (Bruxelles); *Secrétaires adjoints:* Docteur L. DAUMERIE (Bruxelles); Docteur J. MASSION (Bruxelles); *Trésorier:* Docteur F. EVELY (Bruxelles); *Présidents des Sections:* Médecine: Prof. O. WEILL (Bruxelles); Chirurgie: Docteur L. BAYER (Bruxelles); Radiologie: Docteur E. HENRARD (Bruxelles); Anatomo-pathologie et Bio-chimie: Prof. A. DUSTIN (Bruxelles); *Membres:* les Professeurs: F. DE BEULE (Gand); L. DELREZ (Liège); J. FIRKET (Liège); F. NEUMAN (Bruxelles); P. NOLF (Liège); J. SEBRECHTS (Bruges); SNOEKS (Anvers); P. VANDERVELDE (Bruxelles); VAN GOIDSENHOVE (Louvain); J. VERHOOGEN (Bruxelles).

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour.

Première question: **Les Gastrites****Rapporteurs:**

- 1° *Médecine*: 1.—Angleterre, M. A. F. HURST (Windsor, Berkshire);
2.—Autriche, M. Walter ZWEIG (Vienne);
- 2° *Chirurgie*: 1.—Allemagne, M. G. E. KONJETZNY (Dortmund);
2.—Suisse, M. PASCHOUD (Lausanne);
- 3° *Radiologie*: 1.—Allemagne, M. H. H. BERG (Dortmund);
- 4° *Anatomo-pathologie*: 1.—France, M. F. MOUTIER (Paris);
- 5° *Bio-chimie*: 1.—France, M. G. LION (Paris).

Deuxième question: **Les Colites ulcéreuses graves non-amibiennes****Rapporteurs:**

- 1° *Médecine*: 1.—Espagne, M. GALLART-MONES (Barcelone);
2.—Hollande, M. SNAPPER (Amsterdam);
- 2° *Chirurgie*: 1.—France, M. LARDENNOIS (Paris);
2.—Italie, M. DONATI M. (Milano);
- 3° *Radiologie*: 1.—Italie, M. V. DALL'ACQUA (Milano);
- 4° *Anatomo-pathologie*: 1.—Belgique, M. A. DUSTIN (Bruxelles);
2.—Danemark, M. WIMTRUP (Copenhague);
- 5° *Bio-chimie*: 1.—France, M. GOIFFON (Paris).

Les médecins qui désireraient assister aux séances de ce premier Congrès de Gastro-Entérologie et prendre part aux discussions d'un des aspects d'une de ces questions sont instamment priés d'en aviser le Secrétaire général: Monsieur le Docteur Georges BROHEE, 64, rue de la Concorde, Bruxelles.

Veuillez agréer, monsieur et honoré confrère, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Dr J. SCHOEMAKER, *Président*.

Dr G. BROHEE, *Secrétaire général*.



MONTREAL DERMATOLOGICAL SOCIETY

Les membres de la Montreal Dermatological Society ont tenu leur réunion régulière à l'Hôpital Notre-Dame, le 14 avril dernier, sous la bienveillante invitation du Conseil Médical.

Présidence: le Prof. J. F. Burgess.

Secrétaire: le Dr B. Usher.

Membres présents: Prof. Philip Burnett, Prof. Albéric Marin, Prof. J. F. Burgess, J. J. McGovern, Antonio Sabetta, L. P. Evans, B. Usher, F. L. Boulais, Paul Poirier.

Quelques médecins de la maison et de l'extérieur avaient répondu à l'invitation faite par le chef de clinique le Prof. Albéric Marin.

Il y eut présentation d'une cinquantaine de malades venus des différents hôpitaux de la ville, exposition de pièces microscopiques, photographies, roto-gravures, moulages, exécutés par Mlle Madeleine de Courville, attachée au service de Dermatologie de l'hôpital Notre-Dame.

Un thé gracieusement offert par les Religieuses de la maison fut servi par les gardes-malades du Département.

Une discussion scientifique suivit, à laquelle prirent part les membres seulement.

Il y eut élection des officiers pour les deux années consécutives. Le Prof. Albéric Marin fut élu président et le Dr Paul Poirier secrétaire-trésorier.

Un dîner intime réunit les membres de la Société au Cliffside Badminton & Squash Club.

Paul POIRIER,
Secrétaire.

NOUVELLES

NOMINATION

A la dernière réunion de la Montreal Dermatological Society tenue à l'hôpital Notre-Dame, le 14 avril dernier, M. le professeur Albéric Marin a été élu Président de cette Société, et le Docteur Paul Poirier, Secrétaire.

Les lecteurs de l'Union Médicale se réjouiront de cette nomination de l'un de ses directeurs et de l'un de ses collaborateurs les plus assidus.

Les sincères félicitations de tous sont acquises aux nouveaux élus.

LA FONDATION TOMARKIN

La Fondation Tomarkin a transporté son siège en Italie. Sa nouvelle adresse est: *Rome, Via Marco Minghetti 17.*

Le VIIème Cours International de Haute Culture Médicale aura lieu à St. Moritz (Grisons-Suisse) du 5 au 18 août 1934.

Il est prévu que les thèmes qui seront traités pendant ce Cours comprendront les domaines suivants: *Maladies du cœur, Maladies des enfants, Problèmes de la nutrition, Balnéologie, Maladies gastro-entériques, Médecine Sociale, Conférences libres.*

L'Association Touristique de St. Moritz a pris toutes les démarches nécessaires pour assurer des conditions spéciales de voyage et de séjour à MM. les participants au Cours ainsi qu'à leurs membres de famille.

Pendant le Cours auront lieu deux concerts dirigés par le Maître Toscanini en faveur de la Fondation.

Pour tous renseignements, prière de s'adresser au Secrétariat de la Fondation Tomarkin, Rome, Via Marco Minghetti 17 (Adresse télégraphique: Tomarkin, Roma).

LE COLLEGE ROYAL DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

Le Collège Royal des Médecins et Chirurgiens du Canada annonce que les examens annuels (Primaire et Final) pour le titre d'Agrégé du Collège seront tenus à Toronto, du 9 au 14 octobre 1934.

Les candidats qui désirent obtenir des renseignements au sujet de ces examens sont priés de s'adresser au docteur Warren S. Lyman, 292 rue Somerset, Ottawa, Secrétaire Honoraire du Collège Royal des Médecins et Chirurgiens.

ON DEMANDE . . .

La Faculté de Médecine de l'Université de Montréal désire se procurer le numéro du 13 janvier 1934 de l'"American Association Journal" qui manque à sa collection. Prière d'adresser cet exemplaire au Dr Albert Laramée, bibliothécaire, Université de Montréal, Faculté de Médecine.

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

Comité de Direction

MM. Benoit, Boucher (R.), Boulet, Bousquet, Bourgeois, Bruneau, Comtois, De Cotret, Desloges, Dubé, Gérin-Lajoie (Léon), Harwood, Leduc, LeSage, Marien, Marin (Albéric), Marion (D.), Masson (D.), Mercier, Mousseau (J.-A.), Parizeau, Rhéaume, Roy, Saint-Jacques, Vidal.

Président: L. de L. Harwood; Vice-Président: B.-G. Bourgeois;
Secrétaire-Trésorier: J.-A. Vidal. Membre d'honneur: Professeur Pierre Masson.

Comité de Rédaction

MM. Amyot, Roma; Badeaux, François; Bellerose, Antonio; Bertrand, Albert; Brault, Jules; Deguise, Albert; Desloges, Alfred; Doré, Réal; Dubé, Edmond; Fauteux, Mercier; Fontaine, Rosario; Lapierre, Gaston; Legrand, Emile; Letondal, Paul; Magnan, Arthur; Mathieu, Emile; Pepin, Roméo; Rivard, Jos.; Saucier, Jean; Simard, Charles; Trottier, Ernest.

Président: A. LeSage; Vice-président: J.-A. Vidal;
Secrétaire: Léon Gérin-Lajoie;
Secrétaire-adjoint: Donatien Marion.

ONT COLLABORE AU VOLUME DE 1933:

Amyot, (R.), Archambault, (P.-A.), Archambault, (P.-R.), Barbeau, (A.), Baril, (Geo.), Barry, (Gaétan), Baril, (H.), Bellerose, (A.), Bernier, (M.), Bertrand, (A.), Blagdon, (L.), Boucher, (R.), Bourgeois, (P.), Boutin, (P.), Brault, (J.), Brisebois, (M.), Champeau, (J.), Cholette, (A.), Comtois, (A.), Corrigan, (J.-A.), D'Allaines, (F.), D'Anna, (A.), Deland, (Garde A.), Deguise, (A.), De Bellefeuille, (G.-L.), Desfosses, (P.), Desforbes, (A.), Derome, (H.-R.), Doré, (R.), Dubé, (J.-E.), Dumontier, (A.), Dufresne, (E.), Fauteux, (M.), Favreau, (J.-C.), Fontaine, (R.), Fortier, (L.-E.), Fortier, (L.), Fortier, (J.), Gariépy, (U.), Gariépy, (L.-H.), Gélinas, (L.), Gélinas, (H.), Gérin-Lajoie, (L.), Gibeault, (A.), Gibeault, (H.), Godin, (A.), Gratton, (A.), Hoen, (T.-J.), Jarry, (J.-A.), Kennedy, (E. J. C.), Knopf, (S.A.), La-

belle, (A.), Lacharité, (H.), Lafrenière, (G.), Lapierre, (G.), Lapointe, (J.), Laquerrière, (A.), Legrand, (E.), Léonard, (D.), LeRoy, (A.), LeSage, (A.), LeSage, (J.), Letondal, (P.), Léveillé, (J.-A.), Longpré, (D.), Magnan, (L.-A.), Mantha, (L.), Mansseau, (J.-A.), Marin, (A.), Marion, (D.), Marsan, (G.-A.), Masson, (P.), Mathieu, (E.), Mercier, (O.), Meyer, (W.), Moline, (R.), Morin, (P.), Morin, (J.-G.), Mousseau, (J.-A.), Ossendorf, (K. W.), Panneton, (J.-E.), Paquette, (J.-P.), Parizeau, (T.), Poirier, (P.), Rhéaume, (P.-Z.), Rivard, (J.-H.), Rosell, (J.-M.), Roussel, (J.-M.), Roy, (J.-N.), Saint-Jacques, (E.), Samson, (J.-E.), Saucier, (J.), Sheehan, (J. E.), Simard, (L.-C.), Smith, (P.), Tétreault, (A.), Trottier, (E.), Vallée, (A.), Vidal, (J.-A.), Vignal, (W.).

SUITE DU SOMMAIRE

REVUE DES LIVRES

Chirurgie du pancréas	A. LeSAGE	1244
Traité de Médecine des Enfants, Tome IV	Paul LETONDAL	1245
"The American Journal of Digestive Diseases and Nutrition"	Jean LeSAGE	1247
Hygiène du cuir chevelu et de la chevelure .....	.....	1249
Hygiène et régime des obèses .....	.....	1249
Traité de déontologie médicale .....	.....	1250
Livres reçus .....	.....	1251

MEDECINE PRATIQUE

Traitement de l'angine de poitrine	A. LeSAGE	1252
--	-----------------	------

NOUVELLES

Officiers de l'Association des Médecins de Langue Française	1270
Nomination. "Paris Médical"	1270

ANALYSES

MEDECINE

Les ascites cirrhotiques (p. 1254). Les notions récentes sur le corps thyroïde (p. 1254). Intérêt pratique de la ponction sous-occipitale (p. 1255). Intolérances rénales à forme de néphrose lipéidique (p. 1256). Les applications récentes du tubage duodénal en médecine interne (p. 1256). La signification de l'alcalose dans le traitement de l'ulcère peptique (p. 1257). La niche, considérée comme critère de cicatrisation d'un ulcère peptique (p. 1258).

CHIRURGIE

A propos des diverticules de la première portion du duodénum (p. 1260). Traitement chirurgical des hypertensions artérielles (p. 1260). La question de l'opérabilité du cancer du rectum (p. 1261). Mesure du degré de conductibilité électrique de l'organisme (p. 1261). Teinture d'iode ou alcool sur le champ opératoire (p. 1262).

OBSTETRIQUE

Contraction de l'anneau de Bandl (p. 1263). L'accouchement dirigé (p. 1263).

GYNECOLOGIE

Valeur des rayons X en gynécologie (p. 1264). Inconvénients et contre-indications de l'hystéro-salpingographie (p. 1264).

PEDIATRIE

Le traitement de la diphtérie (p. 1265).

NEURO - PSYCHIATRIE

Contribution à l'étude des migraines accompagnées et en particulier de la physiopathologie des migraines ophtalmiques accompagnées (p. 1266).

LABORATOIRE

Le virus syphilitique: ses variations morphologiques, sa multiplication et son action pathogène (p. 1268).