

MÉMOIRES

POLYNÉVRITE PRIMITIVE À VIRUS INCONNU

Par Albert LESAGE et Jean SAUCIER

Médecins de l'Hôpital Notre-Dame.

Le tableau clinique présenté par le malade qui fait l'objet de cette observation n'est pas facile à intégrer dans un cadre nosologique connu. Il s'apparente aux formes *périphériques* de l'encéphalite épidémique décrites par Bériel et Devic en 1925, (1) et à certaines formes *basses* de la même maladie, rapportées par Cruchet et Verger l'année suivante (2). Le mode de début met en cause la poliomyélite et les polynévrites aiguës. Certains symptômes rappellent la maladie décrite par Flatau en 1929, (3) sous le nom d'inflammation disséminée du système nerveux, ou encore, le syndrome de Guillain et Barré (4). Enfin, il se rapproche beaucoup de la polynévrite infectieuse ou schwannite à virus neurotrope récemment étudiée par Dechaume (5). Nous passons volontairement sous silence beaucoup d'autres travaux rapportés dans la littérature médicales de ces dernières années, parce qu'en somme à quelques adjonctions près, ils sont la réplique des observations déjà mentionnées. Chez notre malade, au contraire, ce ne sont pas tant les adjonctions symptomatiques qui ont attiré notre attention que les omissions. Voici, du reste, les faits saillants de l'observation :

(1) Bériel et Devic. Les formes périphériques de l'encéphalite épidémique. Presse Médicale, 31 oct. 1925.

(2) Cruchet et Verger. Les formes basses de l'encéphalo-myélite épidémique. Presse Médicale, 12 juin 1926.

(3) Flatau. Sur l'épidémie d'inflammation disséminée du système nerveux en Pologne durant l'année 1928. L'Encéphale No. 7, 1929.

(4) Guillain et Barré. Sur un syndrome de radiculo-névrite avec hyperalbuminose du l. c. r. sans réactions cellulaires. Bull. et Mémoires de la Société Médicale des Hôp. de Paris 1916. p. 1462.

(5) Dechaume. Polynévrite infectieuse ou schwannite à virus neurotrope. Documents histo-pathologiques. Revue Neurol. Mars, 1932.

Albert S., 65 ans, manoeuvre, ressentit en se levant le 3 mars dernier, des engourdissements qu'il localisa au niveau des deux pieds, des deux jambes et des doigts des deux mains. Les paresthésies étaient plus pénibles aux pieds qu'aux jambes; aux mains elles étaient très supportables. Ces sensations, à topographie nettement distale, s'atténuaient en remontant vers la racine du membre et disparaissaient au niveau des genoux. Aux membres supérieurs, seuls les doigts étaient le siège de semblables dysesthésies. Durant la journée du 3 mars, des douleurs survinrent aux deux mollets et la marche devint assez difficile. Le même soir, les douleurs surales augmentèrent tandis que les engourdissements gagnaient les avant-bras. Le malade put cependant marcher toute la journée. Il est à noter que la veille, le malade avait accompli son travail comme d'habitude, et que rien ne laissait prévoir la maladie actuelle. Les 4, 5, et 6 mars, les douleurs et les engourdissements augmentèrent d'intensité aux membres inférieurs, et la démarche devint de plus en plus laborieuse. Les engourdissements devinrent très pénibles aux membres supérieurs. Les limites d'envahissement demeurèrent cependant les mêmes, et durant tout le cours de la maladie, les coudes et les genoux ne furent pas dépassés. Le 7 mars, le malade ne put plus se lever. Une dernière tentative aboutit à une chute. Il fut forcé de s'aliter, et on songea à le faire transporter à l'hôpital.

La température des premiers jours ne fut pas prise, mais le malade assure qu'il ne se sentit aucunement fébrile ni courbaturé. Il ne relevait d'aucune infection fébrile récente. Il n'a été en contact avec aucun malade. Il ne boit pas d'alcool. Il n'a manifesté aucune tendance à l'hyper-somnie ou à l'insomnie. Il n'a pas noté de myoclonies. Voici autant de détails sur lesquels nous aurons à revenir.

Il existe cependant deux particularités qu'il est important de bien noter dès le début afin que soient bien établies les circonstances qui ont accompagné les manifestations initiales de l'affection. Un ou deux jours avant le début des paresthésies, le malade a remarqué qu'il avait uriné involontairement une fois ou deux; pendant les 15 premiers jours qui suivirent son entrée à l'hôpital le même phénomène s'est reproduit trois ou quatre fois, avec adjonction d'incontinence fécale. De plus, le malade avoua spontanément que les premiers engourdissements s'accompagnèrent de diplopie. "Je voyais deux objets au lieu d'un, dit-il." Ce symptôme persista environ quatre semaines puis disparut complètement, de même que les troubles sphinctériens.

À l'examen du 23 mars, soit deux jours après l'arrivée du malade, nous nous trouvâmes en présence d'un paraplégique absolument impotent. Les mouvements des membres inférieurs étaient à peine perceptibles, et leur force, bien conservée à la hanche et à la cuisse était à peu près nulle à la jambe et au pied. Aux membres supérieurs les extrémités rhizoméliques avaient également conservé une puissance à peu près normale, tandis que celle-ci s'amointrissait graduellement en s'approchant des segments distaux pour devenir excessivement faible aux mains. Nous ne notâmes ni atrophie musculaire ni fibrillations. Les muscles du tronc nous parurent indemnes. Le malade se plaignait des paresthésies déjà mentionnées et accusait de fortes douleurs au mollets, dont la pression était très douloureuse. La sen-

sibilité objective était respectée à tous ses modes. La manoeuvre de Lasègue mit encore en évidence la souffrance des deux sciatiques. Les réflexes tendineux, abolis aux membres inférieurs, étaient très diminués aux membres supérieurs. Les réflexes cutanés, abdominaux, crémastériens et plantaires étaient normaux. Les épreuves cérébelleuses s'effectuaient normalement. Les fonctions des nerfs craniens étaient normales à tous points de vue, notamment la convergence était parfaitement exécutée et l'accommodation s'effectuait normalement. Les grands systèmes ne présentaient rien de saillant. Aux quatre membres les oscillations sphymomanométriques existaient, et leur amplitude était égale des deux côtés. Les extrémités n'étaient pas notablement refroidies. Les aspects pseudo-myopathiques des névrites diffuses décrits par Alajouanine et Delay (6) manquèrent totalement chez notre malade. En effet, chez lui, pas d'atteinte proximale des membres, pas d'atrophie musculaire ni pseudo-hypertrophie, pas d'ensellure lombaire, pas de démarche dandinante, pas d'attitudes caractéristique dans l'acte de se relever.

La ponction lombaire que nous pratiquâmes le jour même révéla une tension normale et l'absence de blocage sous-arachnoïdien. L'albuminose était de 0.20 gm. au litre et la lymphocytose de 1 par mm. cube. Les épreuves sérologiques et colloïdales furent négatives. Le B-W. du sérum sanguin fut également négatif.

L'examen électrique, pratiqué par le Dr. Laquerrière, le 1er avril, signalait une hypoexcitabilité douteuse du quadriceps gauche.

En somme, notre malade réalisait à ce moment, un syndrome sensitivo-moteur assez inusité, rappelant à la fois les polynévrites et certaines poliomyélites. Dans le doute où nous nous trouvions de la pathogénie de ce syndrome, nous lui fîmes administrer 25 cc. de sérum antipoliomyélitique tandis que le Dr. Laquerrière lui fit des séances de galvano-faradisation rythmée d'un membre à l'autre. Nous ne regrettons pas les dispositions que nous avons prises car il s'agissait alors de ne pas perdre de temps, enfin, la prédominance des symptômes paralytiques, et le début relativement rapide nous conduisirent à songer, du moins temporairement, à la poliomyélite.

Quoiqu'il en soit, la maladie évolua rapidement vers la guérison. Peu à peu le mouvement revint aux membres inférieurs tandis que la force augmentait aux membres supérieurs. Dès le 17 avril, la marche était possible avec l'aide d'une chaise. Le 19 avril, le malade marchait seul, sans steppage et sans oscillations. Les douleurs diminuèrent au prorata de la récupération motrice. Les membres supérieurs avaient récupéré la totalité de leurs fonctions. Le 20 mai, les engourdissements des pieds étaient à peine perceptibles. L'extension de la jambe sur la cuisse n'était plus douloureuse. Les réflexes rotuliens étaient facilement obtenus et ceux des membres supérieurs étaient à peu près normaux. Seule, l'abolition des achilléens persistait. Il n'y avait aucune atrophie musculaire visible. Un nouvel examen électrique, en date du 23 mai permit d'affirmer que les nerfs et les muscles des quatre membres répondaient tout à fait normalement aux divers courants utilisés. Le malade quitta l'hôpital le 28 mai, pratiquement guéri. Il devait reprendre son travail dans une quinzaine.

(6) Alajouanine et Delay. Névrite infectieuse à symptomatologie myopathique. *Revue Neurol.* Fév. 1931, p. 199.

Dans les cas rapportés par Bériel et Devic, Cruchet et Verger, Flatau, Dechaume, — pour ne mentionner que les principales monographies, — les symptômes cardinaux sont représentés par des troubles sensitivo-moteurs d'aspect radiculo-polynévritique, par la paralysie d'un ou de plusieurs nerfs craniens et par la tendance à la dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. Le syndrome de Guillain et Barré présente les mêmes caractéristiques à l'exception de l'atteinte des nerfs craniens. Dans tous les cas, l'évolution habituelle est la guérison et les cas mortels sont exceptionnels. Les appellations proposées ont tour à tour été myélites, polyradiculites, celluloradiculo-névrites, plexites et enfin polynévrites. Les étiologies invoquées ont oscillé entre le virus de l'encéphalite épidémique et les virus neurotropes autres que celui de l'encéphalite épidémique. Dans la majorité des observations les circonstances initiales plaident en faveur d'une manifestation de la maladie de von Economo, (série Bériel et Devic, série Cruchet et Verger); ailleurs, il s'est agi de petites épidémies où l'on envisagea le rôle étiologique possible d'autres maladies infectieuses ou de la sclérose en plaques. (série Flatau); enfin, les cas de Guillain et Barré et certains cas de Dechaume survinrent dans des circonstances qui ne permirent d'incriminer aucune étiologie particulière.

* * *

Dans quelle entité morbide allons-nous ranger notre malade et à quelle étiologie doit-on attribuer sa maladie?

En procédant par similitudes, il s'agit d'apparenter notre description à celles qui y correspondent exactement ou à celles qui s'en rapprochent le plus. Sans vouloir innover à tout prix, il faut avouer que nous n'en avons pas retrouvé la réplique exacte, mais par contre, il y a de nombreux rapprochements à faire avec plusieurs observations déjà décrites. Afin de bien situer le syndrome que nous avons décrit, nous en soulignons de nouveau les caractères essentiels:

Début par installation rapidement progressive d'un syndrome sensitivo-moteur d'allure polynévritique, réalisant d'une part, une quadriplégie à impotence prédominant aux membres inférieurs, et d'autre part, un tableau sensitif nettement polynévritique; atteinte exclusivement distale des membres; diplopie passagère durant les premiers jours; absence de paralysie des nerfs craniens; absence de modifications du liquide céphalo-rachidien; troubles sphinctériens discrets; guérison en trois mois.

La poliomyélite antérieure aiguë a momentanément retenu notre attention. Nous avons modifié notre opinion en interrogeant le malade avec plus de minutie. La poliomyélite a un début beaucoup plus dramatique et s'installe rarement en 5 ou 6 jours. Elle réalise plutôt l'impotence d'emblée d'un ou de plusieurs membres. Par ailleurs, nous sommes déjà assez loin de la petite épidémie de l'automne dernier, et le recul du temps rend difficilement admissible la notion d'épidémicité. Les phénomènes paresthésiques et les douleurs existent assez souvent chez les poliomyélitiques, mais ils s'estompent habituellement dans des délais plus courts, d'ailleurs, dans ces cas il s'agit bien plus de douleurs que de paresthésies. Enfin, les réactions électriques eussent vraisemblablement indiqué plus de dégâts et la récupération eût été beaucoup plus lente si nous eussions été en présence d'une poliomyélite authentique.

Les polynévrites infectieuses ou toxiques habituelles ne peuvent pas être envisagées longtemps devant les renseignements fournis par l'anamnèse. Ce malade ne boit pas d'alcool. Il ne maniait pas d'agents chimiques toxiques. Il ne relevait d'aucune maladie infectieuse; la diphtérie notamment ne peut pas être incriminée devant l'absence d'angine récente, de paralysie du voile et de troubles de l'accommodation. Les myopathies ont déjà été éliminées au cours de l'observation. Les résultats de la ponction lombaire, normaux à tous égards, nous empêcheront de considérer les états méningés et les processus radiculaires. Ces mêmes constatations séparent définitivement notre cas des malades décrits par Guillain et Barré.

Il reste à envisager les groupes de Flatau, de Bériel et Devic, de Cruchet et Verger, de Dechaume.

Voici la présentation clinique des malades observés par Flatau :

"Au cours de la première moitié de l'année 1928, dit Flatau, nous avons observé pour la première fois des cas qui ont attiré notre attention par la singularité de leurs symptômes. Le tableau morbide débutait presque toujours brutalement, soit par des douleurs à localisation étrange ou des paresthésies bizarres, soit par des symptômes de parésie ou de paralysie. Simultanément apparaissaient des troubles du côté des nerfs craniens sous forme de parésie unilatérale du facial et des troubles visuels unilatéraux. Assez souvent les malades se plaignaient de troubles minimes du côté des sphincters. Parfois survenaient des symptômes cérébraux, sous forme de convulsions et de troubles de la parole. La température restait normale ou l'hyperthermie était de courte durée. Le sommeil était généralement normal, rarement interrompu; l'insomnie complète était rare. Tous ces symp-

tômes étaient généralement peu accentués, presque toujours légers, peu marqués, parfois simplement fugaces. On avait l'impression que l'infection effleurait seulement le système nerveux. Souvent le malade n'était pas obligé de s'aliter et se plaignait seulement de paresthésies pénibles ou même insupportables. Rarement le tableau morbide était plus grave et aboutissait à la mort."

Flatau discute tour à tour des étiologies variées allant des infections les plus banales jusqu'à la sclérose en plaques. Il laisse entendre, cependant, en manière de conclusion, que l'influence de la grande épidémie d'encéphalite léthargique ne doit pas être étrangère à la dissémination de ces cas abortifs qui ne ressemblent à rien de précis et qui pourtant en imposent pour ce que l'on veut selon les tendances individuelles.

Les analogies avec notre cas sont indubitables, toutefois les malades du neurologiste Polonais sont atteints d'une manière plus diffuse que ne le fut le nôtre: début plus brutal, symptômes cérébraux allant jusqu'aux convulsions, parésie des nerfs craniens, localisations plus étranges et plus capricieuses, grande fréquence des signes pyramidaux, etc. Il est fort possible que l'agent causal en soit identique, mais cette proposition n'est pas démontrable. La notion d'épidémicité nous fait défaut pour appuyer l'hypothèse d'encéphalite épidémique, et il n'est pas très probant d'invoquer l'exemple de manifestations sporadiques. Par ailleurs, notre malade ne ressemble en rien aux scléroses en plaques plus ou moins larvées, discutées dans la pathogénie de la maladie de Flatau.

Les formes périphériques et basses de l'encéphalite épidémique décrites par Bériel et Devic puis par Cruchet et Verger ressemblent au syndrome qu'a présenté notre malade par leur aspect polynévritique et leur curabilité, cependant leurs encéphalitiques, — puisqu'ils admettent cette étiologie, — ont pour la plupart présenté un tableau polynévritique à prédominance proximale, des paralysies des nerfs craniens, de l'hyperalbuminose rachidienne et des prodrômes infectieux, tous signes qui manquaient chez notre malade.

Les malades observés par Dechaume ont souvent présenté des paralysies des nerfs craniens et une dissociation du liquide céphalo-rachidien. Cet auteur croit à l'action d'un virus neurotrope ayant une affinité élective pour la gaine de Schwann mais il n'est pas prêt à l'assimiler au virus de l'encéphalite épidémique.

Les constatations histo-pathologiques qu'il a faites à l'autopsie d'un cas récent (5) lui permettent d'affirmer que les altérations du

névraxe sont minimales et passent au second plan, tandis que celles des éléments du système nerveux qui sont entourés d'une gaine de Schwann sont les plus importantes. "Les lésions d'allure polynévritique, dit-il, prédominent sur les troncs périphériques." Celles-ci ne rappellent en rien les altérations dues à la poliomyélite ou à l'encéphalite épidémique. Le processus ne détruit pas les cylindraxes et cette particularité rend bien compte de l'absence de séquelles et de la guérison habituelle de ces cas. La preuve de l'étiologie reste à faire. Dans les cas de Dechaume, l'hyperalbuminose rachidienne et l'atteinte des nerfs craniens débordent le cadre symptomatique qu'a réalisé notre malade. Il est permis de supposer qu'il peut s'agir de la même affection "élargie", puisque par ailleurs, c'est peut-être à ces polynévrites que notre description se compare le plus fidèlement.

Le titre que nous avons donné à ce mémoire paraîtra peut-être inexact et certains pourront invoquer contre la polynévrite pure la concomitance de troubles sphinctériens et de diplopie. Ce sont, en effet, les deux seuls symptômes qui permettent d'incriminer d'autres étages du névraxe.

Les troubles sphinctériens transitoires sont rares mais non exceptionnels dans les polynévrites, et c'est précisément dans les cas rapidement évolutifs et à invasion excessivement rapide comme le nôtre que furent signalées ces coïncidences. Par ailleurs, à aucun moment, il n'a été démontré de troubles pyramidaux qui appuieraient si solidement la présomption d'atteinte médullaire. Au surplus, on se représente mal un processus médullaire aussi rapide et intense dans ses manifestations sans souffrance méningée; or, celle-ci fit complément défaut dans le cas qui nous occupe, et les résultats de la ponction lombaire n'indiquèrent pas la moindre réaction lymphocytaire. Si la moëlle doit être incriminée, les lésions doivent y être excessivement discrètes, et réduites, ainsi que l'a noté Dechaume, à un très léger degré de chromatolyse aussi éphémère que la symptomatologie qui en résulte.

L'interprétation de la diplopie, elle aussi transitoire, est plus délicate. Il est admis que ce phénomène constitue un des signes les plus fréquents du début de l'encéphalite épidémique. On peut objecter cependant, que l'encéphalite n'est pas seule à le revendiquer, mais ce n'est pas là résoudre la difficulté. S'agit-il d'une coïncidence? S'agit-il d'une localisation pédonculaire du virus? S'agit-il d'un processus névritique? Voilà autant de problèmes fort difficiles à résoudre. Il paraît plus probable, en raison des analogies qu'a pré-

sentées notre cas avec certaines formes dégradées de l'encéphalite épidémique, que la diplopie soit sous la dépendance d'une atteinte pédonculaire, mais cette assertion n'est rien moins que démontrée. Il s'agirait alors d'un processus exsudatif beaucoup plus bénin que les énormes manchons lymphocytaires rencontrés dans l'encéphalite épidémique classique.

En définitive, les lésions médullaires et pédonculaires, si elles existent vraiment, sont si minimes par rapport aux manifestations mises en évidence cliniquement du côté des nerfs périphériques qu'elles doivent passer au second plan. Il s'agit avant tout d'un tableau de *polynévrite*, apparemment primitive, à mode de début et à symptomatologie très inusités, et qui ressemble bien plus à celui des schwannites à virus neurotrope indéterminé qu'aux syndromes excentriques de la névraxite épidémique. Les examens histologiques nous eussent peut-être permis une identification plus rigoureuse en même temps qu'un rapprochement plus certain des schwannites de Dechaume, mais le malade a survécu. Il est logique d'élargir les cadres de l'encéphalite épidémique, et des documents incontestables nous conduisent à admettre l'atteinte du névraxe tout entier; néanmoins, il convient également de ne pas généraliser à l'excès, et de ne pas conclure à l'encéphalite, comme on conclut autrefois à l'hystérie, toutes les fois qu'un diagnostic est difficile, sous prétexte qu'un cas a certaines analogies avec la névraxite épidémique. Qu'il suffise de noter qu'il n'existe pas d'exemples connus de paraplégies ou de syndromes de cet ordre qui aient évolué ultérieurement vers le parkinsonisme.

RECUEIL DE FAITS

LEUCOPLASIE CUTANÉE ULCÉRÉE CONSÉCUTIVE A UN PRURIT ANAL ANCIEN

Par Albéric MARIN

M. R. âgé de 65 ans, vient consulter à la clinique de Dermato-Syphiligraphie de l'hôpital Notre-Dame, le 21 janvier 1932, pour déman-geaisons ano-scrotales dont le début remonte à une vingtaine d'années.

Il souffre d'un prurit féroce des régions anale, péri-anale et scrotale qui le contraint à des crises incontrôlables de grattage. Lorsqu'elle survient, quel que soit l'endroit où il se trouve, il est inexorablement forcé de se gratter. Ces crises furieuses surviennent 7 ou 8 fois par jour, durent une partie des nuits, l'empêchent de dormir, de vaquer à aucun travail, de sortir en public et le laissent épuisé. Il est inquiet, déprimé, découragé. Ces grattages incessants ont amené une usure semi lunaire des ongles. Et cet état existe depuis environ vingt ans.

A l'examen, l'on constate que toute cette région est profondément modifiée. La peau, à partir du sommet du pli inter-fessier jusqu'au tiers moyen du scrotum, a changé d'aspect, de consistance, de coloration.

Le tégument est lisse, blanchâtre, épaissi, mais non verruqueux. Les pores et plis cutanés ont disparu. La peau est atrophiée, luisante et tendue, avec ça et là des plages rouge vif, abrasées. Il y a un léger suintement séreux. Cette modification s'estompe peu à peu vers les bords, en s'émiettant.

A la fesse gauche, près de la marge de l'anus, on note la présence d'une ulcération irrégulière, à bords déchiquetés, non indurée, du diamètre de trois centimètres, taillée à l'emporte-pièce dans une zone dépolie et blanchâtre, profonde d'environ 1/2 centimètre.

Le fond en est uni, couleur chair musculaire. Ça et là, l'on note des traces d'excoriations que cause le grattage quasi incessant. Il n'y a pas d'adénite inguinale ou crurale.

Le tout rappelle assez bien l'aspect d'une muqueuse buccale leucoplasique d'où le nom de *leucoplasie cutanée* que nous avons donné à l'affection dont souffre ce malade.

Une biopsie faite sur les bords de l'ulcère nous montre un état scléro-hyperplasique (sans encore de dégénérescence épithéliomateuse).

Cette condition s'est graduellement constituée sous l'influence de l'irritation chronique des traumatismes du grattage continu.

Ce malade ne présente pas de leucoplasie buccale, n'a pas de passé vénérien. Son Wassermann est négatif, sa glycémie normale. Il ne souffre pas de constipation habituelle, ni de vers intestinaux. Il n'est porteur ni d'hémorroïdes, ni de fissures, ni de fistules.



Nous l'avons soumis à des séances hebdomadaires de rayons X, à la dose de 1H nu, par semaine. Un soulagement marqué s'est fait sentir dès les premières irradiations. Après trois mois de traitement le prurit est presque complètement disparu. L'aspect de l'ulcère ne s'est pas modifié.

Nous avons l'intention d'attaquer celui-ci par l'électro-dessication avant que ne s'opère une transformation maligne possible."

Nous croyons que cette observation présente un certain intérêt à cause de l'extrême rareté de cette transformation leucoplasique de la peau (que nous n'avons vue signalée nulle part), à cause de l'action manifeste de la radiothérapie sur le prurit anal.

Il n'est peut-être pas inutile d'ajouter que l'existence lamentable qu'a traînée cet homme ainsi que le cancer éventuel qui le menace auraient pu être évités s'il avait été soumis plus tôt à la radiothérapie qui est à l'heure actuelle le seul traitement efficace du prurit anal, scrotal ou vulvaire "sine materia", habituellement rebelle à toute autre médication.

CONSTIPATION GAUCHE: L'IMPORTANCE DE SES TROUBLES CHEZ LES ADULTES JEUNES

Par J.-Alfred MOUSSEAU, F.R.C.P. (Canada)
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

L'idée simpliste qu'on s'était faite de la constipation symptôme banal et artificiel, est maintenant bien changée. Grâce aux travaux modernes accomplis conjointement dans les domaines de la coprologie, de la radiologie et de la chirurgie, on reconnaît aujourd'hui, dans la constipation plusieurs variétés.

En opposition à la *Constipation Droite*, dont la physionomie clinique reflète des troubles généraux marqués, liés à l'intoxication et aux perturbations nerveuses, existe la *Constipation Gauche*, trouble, dit-on, purement mécanique. Pour mécanique qu'elle soit, il ne faut pas toujours la croire silencieuse, comme on peut l'observer chez certains vieillards.

Elle semble incommoder davantage les adultes jeunes et les troubles qu'elle engendre chez eux ne sont pas toujours en opposition absolue avec ceux de la constipation droite.

Dans l'un comme dans l'autre cas, elle peut se manifester par de sérieux malaises abdominaux accompagnés de douleurs assez vives et de réflexes des plus variés pouvant laisser croire aux affections les plus diverses.

Il n'est donc pas étonnant que négligeant l'examen radiologique et le toucher rectal, ces deux modes d'exploration qui permettent de la localiser et que se basant uniquement sur le symptôme constipation, et sa répercussion douloureuse à droite on la confonde avec l'appendicite.

A l'appui de ces faits, nous citerons l'observation suivante.

Observation:

Mlle R. âgée de 22 ans, est admise à l'hôpital Notre-Dame le 4 mai 1932. Elle y est dirigée par son médecin qui soupçonne une appendicite.

Son histoire antérieure se résume à ceci: Bons antécédents héréditaires. Dans le bas âge: rougeole, scarlatine, diphtérie. Puberté à 11 ans. A partir de cette époque s'installe une constipation qui est devenue de plus en plus opiniâtre; et pour y remédier, grand abus de laxatifs et des purgatifs. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, elle remarque que les médicaments deviennent de moins en moins actifs. Elle avait pris dans une seule journée, 11 pilules et un grand verre de lait de magnésie.

Mercredi le 29 avril, après quinze jours de rétention intestinale complète, apparaissent de sérieux troubles nerveux et digestifs: intolérance gastrique absolue, douleurs généralisées à tout l'abdomen, étourdissement, insomnie, etc. Elle fait venir son médecin qui, constatant un balonnement abdominal prononcé, des douleurs généralisées avec une sensibilité apparemment plus grande dans le côté droit de l'abdomen, des vomissements, pense à l'appendicite et dirige la malade à l'hôpital.

Elle est admise le 4 mai dans le Service de Chirurgie. Gardée sous observation pendant quelques heures et ensuite pendant quelques jours, les chirurgiens reconnaissent qu'il n'y a pas lieu d'opérer cette malade pour appendicite; et devant la persistance des troubles gastro-intestinaux que l'on rapporte avec raison à la constipation chronique, ils décident, après une première phase de traitement médical, de diriger la malade dans le Service de Médecine.

Nous la voyons pour la première fois le 14 mai. C'est une jeune fille assez robuste, au teint brunâtre, paraissant avoir un peu maigri.

A part une grande nervosité, l'examen somatique ne révèle rien de bien particulier, en dehors de la zone abdominale. Aussi est-ce de ce côté que se dirige davantage notre attention.

A l'inspection, l'abdomen très balloné donne l'impression d'une péritonite ascitique. Un regard vers la feuille d'observation nous révèle qu'il n'y a pas de fièvre et que le pouls est aux alentours de 80.

Très émotive et souffrante, la malade se refuse à l'examen. Pour détourner son attention de notre main qui cherche à palper l'abdomen, nous aiguillons la conversation sur certains faits de sa vie privée. A notre surprise l'abdomen se relâche suffisamment pour pouvoir juger de la sensibilité réelle des colons ascendant, transverse et descendant et des points vésiculaire, xyphoïdien et appendiculaire. La douleur n'est caractéristique en aucun de ces points: il n'y a ni contracture et encore moins de plastron typique. Nous excluons à notre tour, le diagnostic d'appendicite. Une légère polynucléose avec un état général qui ne s'est guère aggravé depuis son entrée, nous fait porter le diagnostic de constipation chronique, sans en spécifier toutefois la variété.

En chirurgie on avait déjà traité cette constipation par la Péristaltine, le lait de magnésie, la pituitrine. A l'aide de ces divers médicaments on avait obtenu presque quotidiennement des selles brunâtres avec quelques scybales. Nous avons donc toute raison de croire à une vacuité relative de l'intestin. Mais les troubles gastriques et intestinaux persistaient encore. C'est alors que nous demandons un examen radiologique complet du tube digestif.

Conclusions radiologiques: L'estomac est orthotonique, mobile, non douloureux et se vide normalement, mais le bulbe est presque toujours invisible.

Les colons sont remplis de gaz et repoussent un peu l'estomac, le baryum y progresse assez facilement malgré les gaz, mais il se ramasse dans le rectum d'où un lavement le fait évacuer après 72 heures de stagnation. En somme, gros colons remplis de gaz avec tendance à la constipation. Le bulbe duodénal est très peu visible sans pouvoir préciser la cause.

(Dr. Léonard).

Ces conclusions radiologiques nous renseignent maintenant suffisamment sur la variété de cette constipation, mais elles ne nous en fournissent pas encore la cause. Un rectum qui ne se vide pas après 22 heures, traduit une constipation inférieure gauche par atonie.

Nous savons par ailleurs, que la constipation atonique accompagne souvent les douleurs viscérales et diverses inflammations abdominales aiguës ou chroniques.

Nous en cherchions donc la cause dans une affection possible de la zone génitale (la malade avait présenté des menstruations irrégulières abondantes, douloureuses et prolongées) quand le toucher vaginal nous permit de sentir à travers la paroi postérieure du vagin une masse énorme, douloureuse, mais peu mobile. Immédiatement, nous pratiquons le toucher rectal qui nous renseigne sur la nature de cette tumeur: *un fécalôme ampullaire*. Du même coup, s'imposait à nous la cause probable des troubles digestifs et nerveux rencontrés chez cette jeune fille.

Réflexions et traitement.

La malade, avons nous dit plus tard, avait pu réussir à évacuer, à l'aide d'un lavement le repas baryté accumulé dans le rectum et resté là, pendant 72 heures.

Il faut donc croire que le baryum, contournant le fécalôme, grâce à l'atomie des parois du rectum, a pu réussir à se frayer son chemin, de même qu'avant l'exploration radiologique, les matières liquides, ou semi-liquides, venant de la partie haute de l'intestin et poussées par les purgatifs et les excitants variés de la fibre intestinale, ont du passer en contournant également l'obstacle sans réussir à l'effriter et à le balayer.

Si ce fécalôme eut été situé au niveau du sigmoïde pelvien, la palpation nous l'eut révélé et le lavement baryté eut été indiqué tout d'abord. Dans notre cas nous ne percevions rien à ce niveau, et la persistance des douleurs gastriques nous invitait à explorer par un repas baryté l'estomac d'abord, l'intestin ensuite, d'autant plus qu'un traitement de la constipation avait été au préalable institué.

Ce fait clinique nous amène à dire que trop souvent les malades sont traités pour une constipation, sans qu'on ait déterminé l'endroit de la stase stercorale. Si parfois la palpation seule permet de faire le diagnostic de la constipation droite, sans en présumer toutefois la cause, l'examen radiologique par repos ou lavement baryté, aidera au

diagnostic des deux variétés et quelle qu'en soit la variété, il ne faudra jamais omettre de pratiquer le toucher rectal. Dans le cas de fécalôme ampullaire, capable de déclancher tant de troubles à distance, et de laisser errer le diagnostic, c'est par le toucher rectal, quels qu'aient été les traitements antérieurs susceptibles de l'avoir à tout jamais pulvérisé, qu'on pourra le plus rapidement, le montrer du doigt.

Nous n'insisterons pas sur le traitement à appliquer en pareille occurrence. Six à huit onces d'huile d'olive injectées dans le rectum et gardées durant toute la nuit suffiront dans la plupart des cas à faire s'effriter le stercorome. Un grand lavement tiède videra ensuite le contenu de l'ampoule rectale.

Le point important sera de remédier à une dessication ultérieure des matières et d'éviter la formation d'une nouvelle tumeur stercorale. Il faut un régime particulièrement laxatif et l'usage quotidien d'huile de paraffine et de mucilaginène: (psyllium, coréine, agar-agar) la combinaison de ces deux agents thérapeutiques donnant d'excellents résultats.

Certains malades réclament des adjuvants selon l'état de leur foie et de leur système nerveux.

Notre malade a quitté l'hôpital huit jours après l'évacuation de son fécalôme. Elle avait déjà engraisé de huit livres. Ses troubles digestifs et nerveux avaient disparu. Les selles devenues régulières et de bonne consistance ne présentaient plus de tendances à la dessication.

UTÉRUS FIBROMATEUX TRAITÉ PAR LES RAYONS X SUIVI, SEPT ANS APRÈS, D'UN ÉPITHÉLIOMA DU CORPS

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.

Je n'ai pas l'intention de récapituler tout ce qui s'est dit et écrit sur la valeur et l'opportunité du traitement des fibrômes par les agents physiques en regard avec la chirurgie. Lorsqu'en 1922, au VIIème Congrès de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord tenu ici même, à Montréal, sous la présidence de M. le Professeur Dubé, encore imbu des principes et des leçons magistrales que j'avais entendus sur les résultats obtenus par la radiothérapie des fibrômes, j'écrivais sous le titre "Faut-il irradier les fibrômes ou faut-il les combattre par le bistouri": les conclusions apportées aux débats occasionnés par le rapport, d'un échec total de la radiothérapie chez une malade de Monsieur Fredet, cas rapporté à la séance du 29 mars 1922 à la Société de Chirurgie de Paris, et dont la discussion s'est prolongée à chacune des séances suivantes jusqu'à celle du 31 mai dernier, semblent embrasser l'opinion de la majorité des médecins et chirurgiens: l'on reconnaît à la radiothérapie une action indéniable sur l'élément hémorragie et douleur, mais peu sur le volume de la tumeur. Les dangers occasionnés par ces rayons, production d'adhérences, choc, fièvre, devraient être évitables avec une technique plus correcte." Et cependant je formulais en conclusion l'impossibilité dans laquelle nous nous trouvions "de conclure et de répondre dans l'affirmative" ou dans la négative aux questions que comportent le titre de cet exposé, mais je suis certain que si messieurs les radiologistes veulent gagner la confiance de leurs confrères, dans l'application de leur thérapeutique, ils devront se lier la collaboration de chirurgiens et de gynécologues pour confirmer le diagnostic avant et après le traitement et suivre l'évolution de la tumeur pendant l'application de celui-ci."

Or ces principes tiennent encore, et le cas que je rapporte plus loin en est une confirmation évidente. Nous savons qu'à la radiothérapie pour traitement des fibrômes, est venu s'ajouter ou se substituer le traitement par le radium. Cette méthode semble vouloir

donner des résultats plus certains, mais nous n'osons engager ici une polémique sur ce sujet.

Je lisais tout dernièrement encore que jusqu'ici nous ne pouvions possiblement trouver une opinion en quelque sorte impartiale afin de résoudre la question. Les radiologistes se font les défenseurs de la méthode de traitement par les agents physiques et apportent des statistiques vraiment intéressantes. Par contre les chirurgiens ont à leur crédit un nombre considérable d'interventions, et ceux-ci devant les résultats positifs qu'ils ont obtenus militent en faveur de l'ablation de ces tumeurs.

Le praticien devant des statistiques à peu près analogues se trouve dans une situation embarrassante pour savoir s'il doit diriger son patient au gynécologue ou au radiologiste. Les Docteurs H. H. Schlink et C. L. Chapman du Département de Gynécologie de l'Hôpital Royal Prince-Albert de Sydney ont écrit dans le *Medical Journal of Australia*, le 6 juin 1931, une mise au point excessivement intéressante dont j'ai eu l'honneur de faire une analyse dans l'Union Médicale du mois d'avril; dès le début, ces messieurs écrivent: "The various operative procedures at our command are so thoroughly established that their discussion has fallen into the background and the limelight of journalistic debate has descended with full force on the radiotherapeutic treatment of the growths in question. In point of fact, the statement was made only recently at a local medical meeting by an enthusiastic advocate of irradiation that it was a criminal act for a surgeon to perform a mutilating operation like hysterectomy for fibromyomata, as all could be cured by radiotherapy." Puis passant en revue les différents procédés opératoires, opérations vaginales, myomectomies, hystérectomies, soit totales, soit sub-totales, les auteurs abordent la question du sort des ovaires dans les cas d'hystérectomies, puis s'intéressant au traitement radiothérapique, Radium et Rayons X, ils posent les indications de cette forme de traitement qu'ils résument ainsi.

La radiothérapie devrait être utilisée: 1o. dans les cas de tumeurs relativement petites et non compliquées de dégénérescence ou d'annexes malades, cas, dans lesquels les symptômes stimulent l'utérus anyomateux, sorte de mérite chronique, qui retarde en quelque sorte l'établissement de la ménopause par des hémorragies abondantes après 40 ans; 2o. dans les cas de fibrômes non compliqués, qui nécessitent un traitement, mais où l'état général contre-indique l'intervention: par exemple, maladies rénales ou cardiaques, maladie

de Graves, le diabète, la tuberculose pulmonaire, et les autres complications respiratoires et enfin la crainte de l'intervention; 3o. comme une alternative à une transfusion dans les cas d'anémie secondaire profonde afin de rendre le patient susceptible de pouvoir subir une intervention radicale. Puis abordant les contre-indications à l'usage du Radium et des Rayons X, et se basant sur le rapport de Keene, Kimbrough et d'autres, ils les classifient: 1o. dans les cas de tumeurs ayant dépassé le volume d'une grossesse de 3 mois. Ceux-ci sont généralement en voie de dégénérescence qui ne sont pas favorablement influencées par les radiations, ou bien elles diminuent leur apport sanguin et peuvent permettre un début de dégénérescence; 2o. les cas où se produit une augmentation rapide du volume de la tumeur; 3o. les cas où il y a des symptômes de compression: malgré que la diminution du volume de la tumeur est d'occurrence assez constante après les irradiations, le processus est lent et l'excision est préférable; 4o. les cas de tumeurs associées avec des douleurs pelviennes; nous avons alors généralement affaire à des lésions annexielles ou à des complications de dégénérescence; 5o. les tumeurs pédiculées, soit sous-péritonéales, soit muqueuses: les radiations dans ces cas sont inutiles et sont souvent suivies d'une nécrose ou d'une infection rapide; 6o. les tumeurs chez les femmes jeunes: pour que l'irradiation soit bonne et permanente elle doit être donnée à des doses de 800 à 1000 milligramme-heures, qui produit généralement une castration non sanglante; 7o. dans les cas d'anémie profonde alors que cette anémie est généralement due à une dégénérescence du fibrôme et où la radiation n'est pas sûre, et si celle-ci est pratiquée sur des fibrômes en dégénérescence chez un sujet très anémié, la résistance est diminuée et il y a une possibilité de nécrose ou d'infection de la tumeur; 8o. les radiations doivent être évitées dans les cas de sténose du col de crainte de pyométrie et d'hématométrie et si le Radium est employé il doit dépasser de beaucoup le col interne pour la même raison.

Le Radium ne devrait jamais être employé sans un examen approfondi sous anesthésie, un curettage-biopsie pratiqué et les débris pathologiques examinés minutieusement.

En deux mots, l'observation de ma malade est la suivante:

Madame G. D., 58 ans, Dossier no. 9, 1932. Vient à l'Hôpital Notre-Dame de son chef, parce qu'il y a 7 ans, elle a déjà été traitée pour ce qu'elle croit être des ennuis analogues et pour lesquels elle a obtenu entière satisfaction. Elle se présente pour des pertes abondantes mêlées de sang et de caillots, ayant débuté il y a 3 mois; aucune douleur abdominale; légère dou-

leur lombaire; système respiratoire, circulatoire, digestif, urinaire, rien de particulier; système nerveux: insomnie, céphalées fréquentes, hyperémotive.

Cette malade dans ses antécédents personnels a eu les fièvres scarlatines, la coqueluche, la rougeole et souffre d'un polype nasal. Dans ses antécédents gynécologiques, nous constatons qu'elle a eu 9 enfants à terme, aucune fausse couche, que ses accouchements se sont bien passés, mais que ses relevailles ont été pénibles. Son dernier accouchement date de 14 ans, tandis que sa ménopause remonte à 52 ans, à la suite de traitements radiothérapeutiques faits chez nous, pour une tumeur qui avait été diagnostiquée fibromateuse. Le dossier antérieur parcouru par moi-même dans les fiches du service externe et du service hospitalier, ne m'a rien appris, aucune note n'y étant inscrite. L'examen clinique de la malade, à son entrée en janvier dernier, révèle un état général relativement bon, cependant la malade a maigri; la vulve révèle une insuffisance et un écoulement sanguinolent, le col est gros, douloureux, déchiré et érosé, l'utérus est en position normale, légèrement douloureux, mais peu augmenté de volume, les culs-de-sac sont souples, libres non douloureux.

Malgré l'absence de tumeur, mais vu l'histoire antérieure de la malade nous concluons à la présence d'un fibrome antérieur en dégénérescence maligne. Sans curettage, nous préconisons l'intervention radicale que nous pratiquons le 8 janvier et l'hystérectomie totale est pratiquée sans difficulté suivant la technique opératoire avec ligature des ligaments utéro-sacrés, et drainage de la tranche vaginale à la base des ligaments larges suivant la méthode habituelle.

La pièce examinée par M. le Professeur Masson nous révèle "un épithélioma cylindrique atypique recouvrant toute la cavité utérine, envahissant la moitié du myomètre mais laissant intacte sa moitié externe." Les suites opératoires furent normales et la malade qui habite dans la région de Québec est partie à la 2^{ième} journée après avoir fait enlever son polype nasal qui l'ennuyait un peu.

A quoi avons-nous affaire il y a sept ans? A un fibrome? A une métrite scléreuse? A un épithélioma? Nous ne le saurons sûrement jamais; nous croyons toutefois nécessaire d'insister à nouveau sur la nécessité d'une collaboration continue entre les radiologistes et les médecins et chirurgiens pour préciser un diagnostic difficile avant d'établir une thérapeutique, *quelle qu'elle soit*, dans les cas de métrorragies.

SYRINGOMYÉLIE CERVICO-DORSALE UNILATÉRALE. DÉBUT MANIFESTÉ PAR DES ALGIES DU MEMBRE SUPÉRIEUR GAUCHE

Par Roma AMYOT
Médecin de l'hôpital Notre-Dame

La lecture d'une "Petite clinique" de notre ami Henri Schaeffer, parue récemment dans "La Presse Médicale", portant sur les types d'algie cervico-brachiale de la syringomyélie, nous induits à présenter l'observation qui suit. Des trois observations rapportées par Schaeffer, la première peut être presque rigoureusement superposée à la nôtre.

Egalement, notre collègue et ami Saucier et le docteur W. V. Cone ont présenté à la Société Neurologique de Paris, en mai 1931, l'observation d'un syringomyélique souffrant d'algies cervicales violentes. Fait intéressant, l'ouverture chirurgicale de la cavité syringomyélique de ce malade avait fait disparaître les algies, ce que n'avait pu faire le traitement radiothérapique classiquement conseillé contre cette affection et ses manifestations diverses.

M. Antonio B..., 43 ans, de nationalité italienne, manoeuvre, vient nous consulter, conduit par son médecin, le 25 janvier 1932, pour douleurs scapulaires s'irradiant dans le bras, l'avant-bras et la main du côté gauche, pour une diminution de la force musculaire de ce membre. Le début des troubles remonte à deux mois. A cette époque, il ressentit une douleur, revêtant le caractère de cuisson, dans une zone de la dimension d'une paume de main et située à la région scapulaire gauche. Le médecin du malade, consulté alors, fit de la révulsion de la région à l'aide du thermocautère. Cette thérapeutique eut pour effet de faire disparaître momentanément l'algie, mais, quelque temps après, elle ne manqua pas de réapparaître et, cette fois, elle envahit toute la région scapulaire, le moignon de l'épaule, le bras et l'avant-bras gauches. A la main, la douleur se localisa particulièrement aux trois premiers doigts. Il va sans dire que cette douleur, cuisson, sensation de tiraillement et d'arrachement, n'est pas constamment de même intensité. Elle devient plus violente après l'effort des muscles du membre, la mobilisation active et même passive des segments. Cependant les trois premiers doigts de la main sont sans cesse le siège de fourmillements.

Le malade, depuis quelques semaines, ne peut plus se rendre à son travail, et parce que la douleur l'empêche de se servir de son membre supérieur.

gauche, et parce que ce dernier a perdu une grande partie de sa force segmentaire. Le malade a constaté, en plusieurs circonstances, que ses muscles du bras étaient le siège de soubresauts parcellaires et rapides qu'il sentait à intervalles irréguliers et qu'il pouvait également voir. Il a remarqué aussi que la main gauche a tendance à être plus chaude que la main droite.

Notre interrogatoire ne nous a permis de connaître aucun antécédent personnel, familial et héréditaire digne de mention.

L'examen objectif nous a fourni les renseignements suivants:

Aucun symptôme à la tête, à l'abdomen et aux membres inférieurs.

Les viscères et organes, à l'exclusion de la moelle épinière, semblent normaux. La pression artérielle est normale. Le B. W. du sang est négatif. Il n'y a pas d'hyperglycémie; un dosage de l'urée du sang a montré une légère hyperazotémie, mais aucun symptôme clinique soit d'urémie, soit de néphrite n'apparaît à l'examen clinique ou encore n'ennuie le malade.

Aux membres supérieurs, il n'est rien noté à droite; mais, *c'est à gauche* que sont localisés tous les signes neurologiques. Il y a diminution du volume, du tonus de la force des muscles des trois segments. Le réflexe radio-fléchisseur est moins fort qu'à droite. Pas de signes cérébelleux. La sensibilité tactile est sensiblement diminuée à la main et à l'avant-bras, les sensibilités profondes sont très légèrement prises à la main.

La sensibilité au froid est très grossièrement amoindrie, presque abolie, à la main, à l'avant-bras, au bras, sur l'hémi-thorax gauche, en avant, de la clavicule au mamelon, en arrière, du bord supérieur du trapèze à une ligne horizontale passant par la pointe de l'omoplate; cette limite inférieure est bordée par une bande transversale, de la largeur de la main, au niveau de laquelle le froid est plus intensément perçu que partout ailleurs.

La sensibilité à la chaleur est très grossièrement diminuée à la main, à l'avant-bras, au bras et à l'hémi-thorax gauche, sur un territoire un peu moins étendu en bas que pour la sensibilité au froid.

La sensibilité à la piqure, à la douleur, est surtout diminuée à la main, à l'avant-bras, à la moitié externe du bras et à la partie toute supérieure de l'hémi-thorax gauche.

Fasciculations et fibrillations musculaires au niveau du deltoïde et du biceps gauches, apparaissant spontanément, mais plus manifestes à la suite de leur provocation par la percussion assez vigoureuse de ces muscles.

Au toucher, il est facile de constater que la température de la main gauche est plus élevée. La coloration des téguments est sensiblement la même aux différents segments des deux membres. Les oscillations au Pachon n'ont pas été prises. Le réflexe pilo-moteur apparaît et disparaît symétriquement des deux côtés.

La ponction lombaire montra une tension normale du liquide céphalo-rachidien; l'épreuve de Queckenstedt fut trouvée normalement positive. Le liquide révéla une lymphocytose de 1.2 à la cellule de Nageotte et un B.W. négatif. La quantité de liquide retiré fut insuffisante pour rechercher les réactions colloïdales et l'albuminose.

Une radiographie de la colonne cervicale et dorsale n'objectiva aucune image pathologique du rachis.

Ce malade fut soumis à 3-4 séances de radiothérapie semi-pénétrante dirigée sur sa colonne cervicale et dorsale supérieure. Pour des raisons qui nous furent indépendantes, il ne put continuer ce traitement. Cependant, déjà, il se montrait efficace, puisque les algies avaient tendance marquée à disparaître. Son membre n'avait, toutefois, récupéré la force musculaire suffisante au travail.

Nous rapportons cette observation, parce que nous jugeons qu'il est utile au praticien de connaître ces formes algiques de la syringomyélie. Elles sont assez fréquentes et elles apparaissent surtout au début de la maladie, à la période où la cavité syringomyélique se développant dans la moëlle (habituellement à la partie supérieure de celle-ci au dépens d'un processus gliomateux, siégeant au milieu de la moëlle et envahissant les deux côtés symétriquement ou encore un seul au début au moins, sur une étendue verticale comprenant toujours plusieurs segments médullaires) irrite les fibres sensitives avant de les détruire ou en les détruisant. Ces algies se localisent surtout aux membres supérieurs, parce que, comme nous l'avons mentionné plus haut, la lésion syringomyélique s'installe généralement aux segments dorsal supérieur et cervical de la moëlle; elle envahit d'ailleurs très souvent le bulbe.

Des algies cervicales, cervico-brachiales, scapulo-brachiales peuvent être causées par une spondylite cervicale irritant les racines ou plutôt les funicules, par une radiculite syphilitique, par la présence d'une tumeur intra-rachidienne ou vertébrale, par l'évolution d'un mal de Pott cervical, par la présence d'une côte cervicale, et cela pour ne citer que les causes les plus fréquentes. Chez les femmes, en période de ménopause, il arrive souvent que des algies scapulo-brachiales s'installent; elles sont la conséquence d'une péri-arthrite scapulo-humérale rhumatismale et le témoignage des perturbations endocriniennes et humorales inhérentes à l'involution génitale.

La connaissance exacte et complète de l'évolution des troubles, leur description précise et l'examen objectif attentif des malades permettra le plus souvent d'identifier l'étiologie.

Chez notre malade, l'absence d'image radiologique anormale de la colonne vertébrale, la souplesse du cou permirent d'éliminer la spondylite, le mal de Pott, la tumeur vertébrale et la côte cervicale.

La normalité de la tension du liquide céphalo-rachidien, son libre passage entre les espaces sous-arachnoïdiens endocraniens et lombaires, sa réaction de B. W. négative et sa lymphocytose normale nous firent éloigner la possibilité de radiculite syphilitique et de tumeur intra-rachidienne.

La souplesse de l'articulation scapulo-humérale avec absence de craquements articulaires nous inclinèrent aussi à ne pas croire à une arthrite de l'épaule.

D'autre part, les troubles étendus de la sensibilité objective (plus étendus que le champ algique) portant surtout sur les sensibilités à la douleur et à la température (dissociation syringomyélique de Schultze et Kahler-1882), la diminution du volume, du tonus et de la force musculaire, la diminution ou la disparition de la réflectivité tendineuse et ostéo-périostée (en l'occurrence, réflexe radio-fléchisseur gauche diminué d'intensité), la présence de fasciculations et de fibrillations musculaires, des troubles vaso-moteurs (main gauche plus chaude) ont constitué des arguments sérieux en faveur de la syringomyélie. Ils manifestaient la présence d'un processus évolutif, non infectieux, situé à l'intérieur de la moëlle cervicale et dorsale (de C4 à D6 au moins), irritant et détruisant lentement les cellules de la corne grise antérieure gauche et les fibres des sensibilités thermiques et douloureuses au cours de leur passage, par la commissure grise de la moëlle, du côté gauche au côté droit, vers les cordons antérieur et latéral. La cavité syringomyélique est précisément cette lésion lentement évolutive et qui occupe généralement de la moëlle la région intéressée chez notre malade.

La radiothérapie des segments médullaires malades, conseillée par Lhermitte et Beaujard, efficace contre les algies de notre malade, n'a pas infirmé notre diagnostic. Elle aurait pu être insuffisante, comme chez le malade de Saucier et Cone, que nous aurions tenu quand même à notre diagnostic.

Le traitement chirurgical de la syringomyélie est de date toute récente. Il a été préconisé par Poussepp. Il consiste à laminectomiser et à ouvrir, par incision médiane postérieure, la cavité syringomyélique. Celle-ci, paraît-il, une fois ouverte se draine dans les espaces sous-arachnoïdiens, a tendance à s'arrêter dans son évolution et même à régresser.



LES ANGIOMES ET LA RADIOTHERAPIE

Résultats éloignés.

Par le Dr J. E. PANNETON,

Professeur de radiologie à l'Université de Montréal.
Ancien radiologiste de l'Hôpital Notre-Dame.

En 1915, nous publions dans l'*Union Médicale* quelques observations concernant le traitement des angiômes par les rayons X chez les tout jeunes enfants, et nous étions heureux de pouvoir montrer par des photographies posées avant et après le traitement les résultats immédiats très satisfaisants que nous avons obtenus. — Ces observations illustrées faisant constater des guérisons, au moins apparentes, sont toujours intéressantes et quelquefois impressionnantes. Mais on est tenté de se demander si ces guérisons sont bien définitives et si quelques-unes ne donnent pas lieu plus tard à des récives. Les cas que nous présentions alors étaient guéris depuis trois ans. — Nous pouvions donc espérer que ces résultats demeurerait acquis.

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir suivre pendant 20 ans quelques-uns de nos cas et nous pouvons affirmer que tous les cas qu'il nous a été donné d'observer ont présenté une guérison durable et des résultats esthétiques très satisfaisants.

Parmi ces cas il nous fait particulièrement plaisir de présenter de nouveau celui de Madeleine B. traitée en 1912 et âgée alors de trois mois, l'une de deux jumelles présentant un énorme angiôme du nez ayant totalement fait disparaître la forme de cet organe. L'aspect était celui d'une grosse prune bleue, trop mûre, et qui commençait à se gâter. En effet la coloration était d'un bleu violacé et même verdâtre par endroits avec commencement d'ulcération. La lésion avait débuté par une petite tache bleue sur le côté du nez quelques jours après la naissance de l'enfant. La croissance de cet angiôme avait donc été extrêmement rapide et menaçait d'envahir toute la figure.

A cette époque, l'on ne connaissait d'autre traitement des angiômes que l'exérèse chirurgicale ou la cautérisation. Aussi cette petite malade fut-elle présentée au Dr B. G. Bourgeois qui en présence d'un tel envahissement refusa d'intervenir et conseilla l'électricité ou les rayons X sans beaucoup de conviction toutefois dans le résultat à obtenir.

J'avoue que j'entrepris la radiothérapie de cette petite affligée avec beaucoup d'appréhension et de scepticisme.

A cette époque, la radiothérapie commençait à évoluer et à s'affranchir des petites doses quotidiennes non filtrées ou peu filtrées. — Le tube Coolidge venait de faire son apparition et nous permettait l'emploi de filtres épais et des doses plus fortes données à intervalles de 7 jours, 14 jours ou même trois semaines.

Notre petite malade put donc profiter de ces nouvelles techniques.

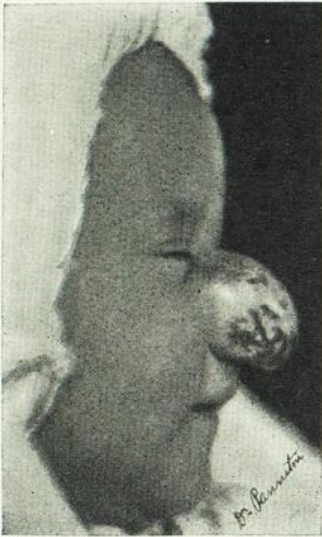


Fig. 1

Madeline B... à 3 mois, après son premier traitement. La petite malade est déjà sensiblement améliorée.



Fig. 2

La même à 5 mois, après la 5ième séance de radiothérapie. La peau est encore rouge foncée.

Quelle ne fut pas notre surprise à tous de constater, quatorze jours après la première application, non seulement un arrêt de la croissance très active de l'angiôme mais une régression assez notable, un affaissement de la tumeur qui ne présentait plus cet aspect tendu de son tégument, mais un véritable plissement de ce tissu en même temps qu'une coloration moins foncée.

Malgré cet espoir de guérison ou du moins de régression de cette tumeur nous étions très inquiets en nous demandant quel genre de tégument recouvrirait cet organe, si toutefois il reprenait jamais la forme d'un nez humain. — De peau il n'y avait plus trace; elle était

entièrement remplacée par une sorte de cuir maintenant rouge violacé, chagriné, percé ça et là par des petits paquets de vaisseaux bleus.

Mais dès la cinquième séance, ainsi qu'en attestent nos vignettes, le nez avait repris une forme assez convenable; les narines, d'abord à peu près obstruées et invisibles étaient maintenant dégagées et permettaient une libre respiration. Le tissu qui le recouvrait, bien que rouge foncé encore, était devenu très lisse et avait un peu la texture de la peau voisine sinon sa coloration. Après la huitième séance le nez



Fig. 3
Madeleine B. . . . à 3 mois,
vue de face après son premier
traitement.



Fig. 4
La même à 5 mois, vue de
face, après la 5ième séance de
radiothérapie.

avait repris sa forme et sa coloration normales. — La peau ne différait nullement de celle du front ou des joues.

Aujourd'hui, après 20 ans, cette guérison se maintient toujours. Le nez est légèrement plus petit que celui de sa sœur jumelle mais ses contours sont plus réguliers, dépourvus d'une sorte de saillie de la pointe que l'on remarque chez sa soeur. La peau est très blanche, peut-être légèrement atrophique et présente quelques petites télangiectasies pâles qui font croire à ces taches brunes de la peau que l'on voit chez les rousses.

Les photographies des deux sœurs jumelles posées à l'âge de 7 ans et de 20 ans, et que nous vous présentons, nous permettent de nous rendre compte, par comparaison, de l'état actuel de notre petite malade.

Nous croyons que cette observation est d'autant plus intéressante que les ouvrages de chirurgie que nous avons consultés ne font aucune mention de la radiothérapie de cette affection. On y pose comme principe général que le traitement des angiômes, chaque fois que la chose est possible est l'exérèse. On mentionne pour certains cas l'électrolyse et la neige carbonique en applications indirectes qui sont des méthodes douloureuses, laissant parfois des cicatrices inesthétiques.

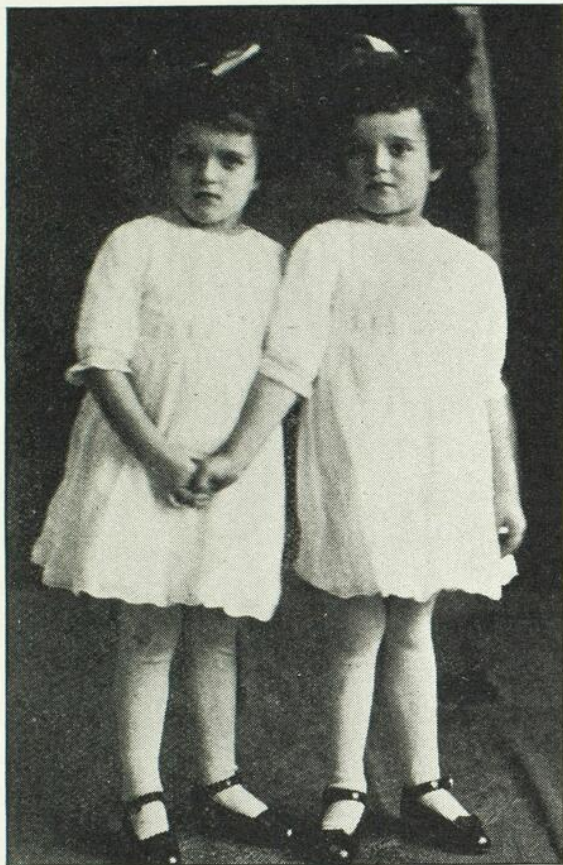


Fig. 5
Madeleine B.... (à droite) à 7 ans, posée avec
sœur jumelle.

J'ai traité depuis 20 ans, plus d'une centaine d'angiômes de diverses formes cliniques: angiômes de la peau, veineux ou artériels, angiômes sous-cutanés, par la radiothérapie. Presque tous ont guéri par cette méthode seule. Rarement il m'a fallu recourir à l'électro-

lyse ou à la coagulation pour parfaire un résultat après que la radiothérapie eût fait disparaître le plus gros de la lésion.

J'exclus évidemment les autres formes cliniques: angiômes ponctiformes, angiômes des muqueuses, taches de vin qui ne relèvent pas de la radiothérapie mais d'autres modalités électriques, surtout les deux premières.



Fig. 6

Madeleine B.... (à gauche) à 20 ans, avec sa soeur jumelle.

Quant aux taches de vin je ne connais aucune méthode, en dehors du radium qui puisse les blanchir. Encore le résultat est-il le plus souvent très peu satisfaisant, irrégulier et inesthétique. Les autres procédés substituent à la tache de vin une cicatrice souvent disgracieuse, quelquefois chéloïdienne.

UN CAS D'ŒDÈME AIGU DU POUMON CONSÉCUTIF À L'ACCOUCHEMENT

Par Alfred LeROY,

Assistant bénévole au service d'obstétrique de la Miséricorde.

L'accouchement est le moment le plus dangereux pour la cardiaque, tout particulièrement la période d'expulsion en raison des efforts qu'elle nécessite et du brusque abaissement de la tension intra-abdominale qui s'ensuit. Nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'œdème aigu du poumon déterminé par l'accouchement chez une patiente souffrant de maladie mitrale d'origine rhumatismale.

Madame Joseph M. . . . 29 ans I pare.

Antécédents personnels: Eczéma de la naissance à l'âge de 7 ans.

Rhumatisme polyarticulaire aigu à 11 ans qui a immobilisé la patiente durant trois mois.

À l'âge de 25 ans année de son mariage a toussé et expectoré crachats sanguinolents toute une année. Fut infectée à son mariage (Gonocoque); deux mois après l'apparition de l'écoulement purulent, elle fit de l'arthrite des deux genoux qui l'immobilisa au lit durant deux mois.

Antécédents physiologiques. Menstruée à 11 ans, durée sept jours, régulières, abondantes, douloureuses.

Gestation actuelle: Dernières règles le 21 avril 1931.

Diarrhée du début au 5e mois. Durant les quatre derniers mois toux et expectoration sanguinolente, dyspnée d'effort, palpitations.

Examen Obstétrical: Présentation du sommet en O.I.G.A.

Cœur foetal — positif à gauche.

Les diamètres externes du bassin sont normaux.

Examen objectif.

Poumons: quelques râles disséminés dans tous les poumons surtout aux bases.

Cœur: maladie mitrale: souffle systolique à la pointe s'irradiant vers l'aisselle. Roulement diastolique à renforcement présystolique. Pas de frémissement.

P. A. 135/90.

Le travail débute à 1 heure le 28 janvier. À 14 heures la dilatation atteint grande paume de main la tête est engagée, pour éviter des efforts à la patiente nous complétons la dilatation et faisons une application de forceps sous chloroforme.

Immédiatement après l'expulsion du bébé (une fille de 8 livres) survient une voix quinteuse incessante. La délivrance se fait normalement au bout de 15 minutes. Après la sortie du placenta la voix est accompagnée d'une angoisse respiratoire avec dyspnée très violente. La patiente devient cyanosée, sa peau est couverte de sueurs froides, à l'auscultation on entend des râles crépitants sur toute la hauteur des poumons — bientôt apparaît l'expectoration caractéristique rosée, mousseuse. Nous donnons un quart de miligramme d'ouabaïne et progressivement les symptômes s'améliorent — la peau se réchauffe, reprend sa teinte normale, la toux diminue, les râles s'atténuent. Les suites de couches furent normales.

Il est à remarquer que nous n'avons pas fait ici la saignée classique — la patiente avait perdu normalement au moment de l'accouchement. La pression artérielle étant peu élevée 135/90 nous avons craint une chute brusque de pression qui aurait pu amener une syncope. Une pression élevée serait une indication de saignée. L'ouabaïne reste le médicament de choix dans l'oedème aigu du poumon.

La patiente doit être placée demie assise — elle le réclame, couchée elle se plaint de "manquer d'air". La chute de tension abdominale sera corrigée par une bande abdominale sous laquelle on glissera un coussinet.

Les jours suivants on fera de la révulsion sur thorax et on continuera la ouabaïne par la bouche. L'allaitement ne doit pas être permis.

REVUE GÉNÉRALE

LA PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE⁽¹⁾

Par André DUMONTIER,
Médecin à l'Institut Bruchési

Jusqu'ici, nous nous sommes attachés à faire le diagnostic d'un épanchement séro-fibrineux, cependant, nous avons vu et prouvé au début de ce travail, que toute pleurite exsudative cache un viscère tuberculeux. Est-il permis dans l'état actuel de nos connaissances de mettre cette lésion en évidence? Nous répondons: Oui.

Grancher et d'autres, par la percussion, la palpation, l'auscultation de la zone de parenchyme qui surnage le liquide, croyaient tenir le secret dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire sous-jacente. Aujourd'hui la formule de Grancher est quelque peu tombée en désuétude, depuis la découverte de Roentgen et l'avènement de la pneumoséreuse diagnostique.

La pneumo-séreuse dont je vous entretiendrai dans un travail subséquent, est une intervention bénigne, d'une valeur diagnostique ou thérapeutique très grande, entre les mains de celui qui la comprend et sait s'en servir. En principe, elle consiste dans l'introduction d'une quantité de gaz juste suffisante, pour faciliter la ponction, et éviter la décompression brusque du poumon, après soustraction aussi complète que possible du liquide pleural. Cette opération est applicable à toutes les pleurésies séro-fibrineuses, naturellement, il faut tenir compte de la période d'évolution de la maladie pendant laquelle le médecin intervient, il faut comprendre comment agit la méthode, ce qu'on en veut obtenir, il faut enfin connaître sa technique. Supposons que tout ceci est connu pour le moment, et que nous avons ici un malade à qui nous avons fait une pneumo-séreuse diagnostique. Alors une bonne radiographie nous renseignera sur les lésions tuberculeuses que pouvait nous cacher l'épanchement. Notre

(1) Voir la 1^{ère} partie parue en juillet 1932.

conception pathogénique de la pleurite exsudative sera prouvée soit par une adénite hilaire ou médiastinale, soit par une réaction péri-focale épituberculeuse, soit par une tramite accentuée.

* * *

Le traitement général comporte les indications générales appliquées à la tuberculose pulmonaire. Point n'est nécessaire d'insister sur le repos complet obligatoire durant tout le cours de la maladie. Nous ne discuterons pas les avantages de l'aérophérapie. Je ne crois pas qu'un régime spécial, si ce n'est celui proposé à tout tuberculeux, ait d'influence marquée sur l'évolution de l'affection, je veux parler du régime sec, ou sans eau, préconisé par certains auteurs.

Des médecins prescrivent des médications diurétiques, sudoripares, purgatives, des toni-cardiaques : nous devons considérer ces médicaments, à effet secondaire et souvent psychologique, comme des adjuvants du traitement général ; si parfois, ils ont leurs indications, ne leur attribuons pas un effet direct et curateur.

Contre la douleur, la ceinture thoracique a ses défenseurs et ses adversaires ; il en est de même de l'application de ventouses sèches ou scarifiées ; un sinapisme ou un badigeonnage à la teinture d'iode souvent soulagera suffisamment, si concurremment, nous freinons la toux par un sirop ou potion calmante. A toute éventualité, un opiacé aura sûrement raison de cette manifestation locale.

Autrefois avec Potain, Trousseau, Dieulafoy, et d'autres, surtout après l'avènement de la ponction au moyen de l'appareil aspirateur, toute pleurite exsudative devait être ponctionnée, d'où la thoracenthèse d'urgence ou de nécessité, et la thoracenthèse discutable.

Encore de nos jours, l'évacuation de la cavité pleurale pourra être urgente, si le médecin constate un épanchement assez considérable pour se manifester par la dyspnée, l'acrocyanose du visage et des doigts, le déplacement accentué des organes voisins. Dans ces circonstances, ni l'état de faiblesse, ni la fièvre, ni l'intensité des signes précédents ne doit retenir la main du praticien. Par ailleurs, il ne faudrait pas trop se fier à ces manifestations, ni les attendre pour intervenir, parce qu'elles sont souvent trompeuses et les accidents que nous aurons, seront fréquemment dus à une attente trop poussée. Ceci, c'est la thoracenthèse d'urgence ou de nécessité : elle n'est pas discutable, à quelque période de son évolution qu'en soit arrivée la pleurésie séro-fibrineuse. Cependant qu'il me soit permis d'énoncer

ici un principe général, admis aujourd'hui par la plupart des auteurs: "Toute soustraction de liquide doit être remplacée par une quantité proportionnelle de gaz, mais non égale". L'application en doit être faite, et dans la thoracentèse d'urgence, et dans celle que nous allons discuter maintenant.

Avant de faire la recherche du traitement curateur d'une affection donnée, telle la pleurésie séro-fibrineuse, précisons premièrement les circonstances fortuites qui favorisent le développement de cette affection ainsi que celles qui sont susceptibles de la contrarier; deuxièmement, essayons de supprimer les premières là où elles se rencontrent et suscitons, au contraire, le cas échéant, les secondes là où elles font défaut. S'inspirant de ces principes, nous avons reconnu à la pleurite exsudative trois phases: une période de début (2e. au 10e. jour: le liquide se forme et augmente toujours); une période d'état (durée: 5 à 6 jours), enfin une période de défervescence ou de résorption: cette distinction a son importance pour ce qui va suivre.

A la période de début et d'état, nous voyons la plèvre se défendre, se protéger par une sécrétion. Cette défense, cette protection contre l'invasion bacillaire partie d'un foyer en éruption, est naturelle et efficace jusqu'à un certain moment, mais pas plus. Avec la période de résorption ou de défervescence et même d'état, c'est l'action nuisible qui est en force: ainsi le poumon aplati et adhérent reviendra difficilement à sa position normale, sans oublier que souvent, une lésion bacillaire apicale ne sera aucunement influencée par la compression, ce sera le lobe inférieur sain qui, cependant aura reçu le contrepoids de cette protection naturelle de la plèvre et en sortira infirme, c'est-à-dire atélectasié, couenneux, tiraillé par des brides, et souvent infecté. Ce sont encore, la trachée, le coeur, le médiastin, le foie, le diaphragme qui s'immobilisent dans des positions vicieuses. Ce liquide avec tous ses bacilles emprisonnés dans ses mailles fibrineuses, combien de foyers latents ou actifs va-t-il former? Conséquence grave pour l'avenir du pleurétique. Ce liquide, en plus, nous est dans la suite une source d'ennuis, soit par la porte qu'il ouvre à la purulence, soit par les adhérences qu'il favorise. D'où je comprends très bien l'action bienfaisante qu'un épanchement peut, au début, exercer: mais pour ce qui est de son action bienfaisante consécutive, je n'y comprends plus rien.

Avec Sabourin, je respecte les pleurésies "bienfaisantes" des tuberculeux: nous devons respecter la Nature qui se défend, seulement, quand la nature curatrice cesse d'agir, le médecin qui ne la remplace

pas par les moyens mis à sa disposition, assume une grande responsabilité envers son malade et envers lui-même.

Je vous ai dit quelques mots sur la pneumo-séreuse diagnostique, mais autrement importante est la pneumo-séreuse thérapeutique. Nous avons passé en revue les effets néfastes de l'exsudat séro-fibrineux, dont l'action incidemment élective, ne se prolonge rarement assez, pour constituer une guérison pulmonaire parfaite et permanente: est-ce qu'un pneumothorax entretenu pendant 6 à 8 semaines serait suffisant pour guérir cliniquement et anatomiquement une lésion pulmonaire? C'est par la pneumo-séreuse thérapeutique que le médecin, contrecarrera les résultats nuisibles de l'épanchement pleural, qu'il appliquera un traitement curateur, et de la pleurésie séro-fibrineuse, et de l'affection pulmonaire sous-jacente. Ce pneumothorax sera le complément bienfaisant, électif, curateur de l'épanchement séreux.

Je désirais vous montrer aujourd'hui les avantages de la pneumo-séreuse diagnostique, complétée par les effets marqués de la pneumo-séreuse thérapeutique dans la pleurite exsudative. Dans une communication ultérieure, je vous exposerai plus au long cette méthode, avec son histoire, sa technique, son action pathogénique, et ses résultats.

Disons de suite que son application a donné une guérison parfaite dans 82% des pleurétiques, traités par Weil et Loiseleur. Netter, Achard et Vaquez, Molson, Riva-Rocci, Armperger et Jacobaeus, Schmidt, etc., en ont également obtenu de bons résultats. Brelet aurait observé un grand nombre de pleurétiques et chez eux une guérison sans reliquats n'aurait été constatée que dans 39% des cas. C'est pourquoi cette méthode mérite, je crois, une utilisation plus courante, si par ailleurs, nous considérons que sur 100 pleurétiques, 40 nous développeront ultérieurement une tuberculose pulmonaire très sévère, et 20 une tuberculose consécutive à localisations diverses.

Nous ne saurions passer sous silence, les différents essais préconisés par certains auteurs, tels l'introduction dans la plèvre de sels d'or, d'huile de foie de Morue, d'huile de paraffine, d'iode, d'huile goménolée, ou de tout autre liquide ou médicament à action modifiatrice.

De toutes ces médications, peut-être les sels d'or, joueront-ils un rôle prédominant pour le traitement de la pleurésie séro-fibrineuse, dans un avenir prochain. Sayé, sur 4 cas traités par l'allocrysine intra-pleurale, rapporte 2 échecs et 2 résultats favorables. Rollin a observé 4 cas, dont 3 ont grandement bénéficié de cette thérapeutique;

le quatrième, qui aurait moins bien répondu à l'aurothérapie, en a cependant bénéficié. Dans un cas, il observe une régression liquidienne complète dans les 48 heures qui ont suivi une seule injection intra-pleurale.

Peut-être que l'association, aurothérapie et pneumo-séreuse, nous donnerait des résultats curatifs et définitifs: seule une plus longue expérimentation et une observation minutieuse, conduites par un opérateur judicieux, seront en mesure de nous répondre là-dessus.

Avec la sérothérapie, l'on croyait avoir trouvé la solution thérapeutique pour la pleurite exsudative. Les échecs et les accidents enregistrés à la suite de son emploi découragèrent plusieurs cliniciens. Finalement, elle n'était plus employée que dans de rares cas et par quelques auteurs. Récemment, Jousset a essayé de donner à la sérothérapie, une nouvelle place d'honneur. Ainsi nous voyons Sergent employer, avec succès, l'"allergine" de Jousset, chez des pleurétiques qui résorbent mal leur liquide.

Pour le moment, malgré les bons ou mauvais résultats rapportés par leurs expérimentateurs, ces méthodes en sont encore à la phase expérimentale, et comme telles, nous ne pouvons les appliquer dans la pratique courante, si nous en exceptons la pneumo-séreuse.

* * *

Ceci nous amène, à parler un peu, du pronostic immédiat et éloigné. En général, le pronostic immédiat est bénin, même s'il y a une lésion pulmonaire, puisque la pleurésie guérit presque toujours. Cependant la pleurite exsudative du jeune enfant et du vieillard ne comporte pas un pareil aléa. De même un épanchement très abondant en vertu de la compression qu'il exerce, peut amener des troubles systématiques ou organiques, telle une thrombose des vaisseaux pulmonaires, une embolie cardiaque, le fléchissement du coeur, une hémiplégie, etc., en un mot, une mort subite. Une thoracentèse faite à temps et bien faite nous permettra la plupart du temps, de pallier à cette dernière éventualité. Il ne faut pas oublier qu'à la suite d'une ponction évacuatrice, le liquide peut se reformer rapidement et être la cause d'ennuis fonctionnels déjà énumérés.

La possibilité d'une pleurésie subséquente du côté opposé, d'une péricardite, sont aussi à envisager. L'épanchement peut devenir purulent (1.3% : 1185 observations). La pleurite exsudative peut tourner à la chronicité si, elle n'est pas ou mal traitée. La pleurésie peut

être la manifestation ou le point de départ d'une généralisation tuberculeuse concomittante ou postérieure. Certaines pleurésies séro-fibrineuses seront plus graves par la nature d'une tuberculose qu'elle révèle (granulie, pneumonie ou broncho-pneumonie caséuse).

Résumons donc, en disant que le pronostic immédiat et rapproché, quoique généralement bénin, varie avec les conditions étiologiques générales, d'ordre social, de terrain, d'âge, et les conditions d'évolution ou d'extension de l'infection bacillaire concomittante ou immédiatement postérieure.

La convalescence sera longue et surveillée: ceci en raison de la nature spécifique bacillaire dont l'exsudat pleural est une complication. Gravons donc profondément dans notre mémoire que la pleurite exsudative est une manifestation secondaire, un indice révélateur aussi important que l'hémoptysie, un effet, une complication, d'une lésion primaire de tuberculose cachée, en évolution; alors nous pèserons mieux les considérations qui nous feront porter un pronostic éloigné plein de réserves. La pleurésie guérie, les signes physiques, fonctionnels, radiologiques ou généraux peuvent nous aider à juger de la gravité ou de l'activité bacillaire, de la lésion concomittante, cependant le pleurétique guéri, est entaché de tuberculose, d'où après avoir guéri sa pleurésie, il faut guérir sa bacillose.

C'est pourquoi, sachant que l'avenir éloigné du pleurétique dépend plus de la lésion tuberculeuse sous-jacente que de l'accident pleurétique, le pronostic est intimement lié, d'une part, au diagnostic de la lésion bacillaire viscérale, et d'autre part, au diagnostic du degré d'activité de cette lésion: encore est-il différent pour chaque cas.

En ligne de compte avec ces considérations, il ne faudra pas perdre de vue les conditions hygiéniques ou thérapeutiques dans lesquelles le pleurétique sera placé après sa convalescence. C'est alors qu'il faut étudier l'état social, psychique, physiologique et pathologique de notre patient, se souvenant toutefois, que les sujets les mieux traités et les mieux suivis peuvent développer une tuberculose subséquente très évolutive. Nous voyons alors, combien problématique et incertain, est l'avenir du pleurétique.

Ne concluons pas trop tôt à la guérison d'une pleurésie séro-fibrineuse. Aussi longtemps qu'il existe des séquelles pleurales, aussi longtemps, que le moindre signe physique, fonctionnel ou général nous manifeste une lésion tuberculeuse en activité quelque part dans l'organisme, il est impossible de donner une affirmation absolue de guérison. Même si l'épisode pleurétique ou post-pleurétique ne nous

a pas permis de localiser ou de déceler une lésion tuberculeuse sous-jacente, il ne faudra pas perdre de vue nos pleurétiques. Il faut les examiner souvent: il faut les suivre par l'auscultation, la radiographie, la bacilloscopie, à intervalles réguliers et pendant plusieurs années, si nous ne voulons pas avoir de surprise et arriver trop tard.

Souvenons-nous que la pleurésie séro-fibrineuse n'est qu'un incident tuberculeux au même titre que la péritonite: le pleurétique peut guérir sa lésion pleurale sans laisser de reliquats (40%); par contre, 40 développent ultérieurement une tuberculose pulmonaire très sévère et 20 des tuberculoses diverses.

Le post-pleurétique est entaché de tuberculose, d'où le praticien sincère, non seulement, s'attaquera à l'épisode pleural, mais surtout à la bacillose sous-jacente, toujours présente, dont les manifestations concomitantes ou postérieures sont à prévenir et à combattre.

BIBLIOGRAPHIE

- EMILE SERGENT. — *Exploration radiologique de l'App. Respiratoire, Les Syndromes Respiratoires.*
Communication personnelle.
- F. BEZANÇON et DeJONG. — *Maladies de l'Appareil Respiratoire*, (1931)
- A. CALMETTE. — *L'infection bacillaire et la tuberculose.*
- SERGENT-RIBADEAU-DUMAS-BABONNEIX. — *Tuberculose*, Tome XVII.
Pratique Médico-Chirurgicale: (3ème Edition).
Tice's Practice of Medicine: Tome II-V.
- LAENNEC. — *Traité de l'Auscultation Médiante.*
- G. DIEULAFOY. — *Pathologie Interne*, (tome I).
- J. RIEUX. — *La tuberculose pulmonaire latente.*
- PIERY et ROSHEM. — *Histoire de la Tuberculose.*
- L. BERNARD. — *Débuts et arrêts de la tuberculose pulmonaire.*
- ROLLIN. — *Etude sur les pleurésies tuberculeuses et leur traitement par les sels d'or* (1931).
- J. ARNAULD. — *Journal du praticien* (Avril 1930)
- L. RAMON. — *Presse médicale*, (7 mars 1931).
- BURNAND. — *L'Auscultation dans la Tuberculose pleuro-pulmonaire.*
- E. AUBERTIN. — *Le développement de l'infection bacillaire chez l'homme.*
- CARDIS et MICHETTI. — *Communication personnelle.*
- CORDIER, CROIZAT, COLLOMB. — *Presse Médicale*, (28 février 1931).

MOUVEMENT MÉDICAL

LE ROLE DE LA CLINIQUE DANS LES SCIENCES BIOLOGIQUES⁽¹⁾

Conférence faite à l'Hôpital de la Charité, le mercredi 9 mars 1932.

Par M. le Professeur Emile SERGENT.

Je voudrais maintenant envisager le *but de la Clinique et de la Médecine*.

Le but de la Médecine est de soulager, sinon de guérir les malades ; c'est aussi d'éviter, si possible, certaines maladies.

La médecine s'est évertuée, tout le long des siècles, non seulement à construire la *séméiologie*, qui conduit au *diagnostic*, mais à chercher les moyens de faire disparaître les troubles apportés au fonctionnement normal des organes par les désordres pathologiques. Ici apparaît la *thérapeutique*. D'abord empirique et procédant de constatations dues au hasard des circonstances et parfois très fécondes cependant, la thérapeutique a, peu à peu, construit ses assises sur les données de l'expérimentation et des acquisitions progressives de toute les sciences biologiques. Quel plus sûr exemple pourrais-je vous citer que celui des conséquences thérapeutiques des découvertes pastoriennes ? Les mêmes considérations s'appliquent à la *prophylaxie* ; beaucoup de maladies, qui décimaient jadis le genre humain, peuvent être évitées aujourd'hui, parce que la connaissance de leurs causes est bien établie et parce que les conditions du diagnostic sont rigoureusement et méthodiquement observées.

Ce but de la médecine, — soulager, guérir, éviter les maladies, — ne peut être atteint, en effet, qu'à une double condition : d'une part, l'application méthodique, rigoureuse, de toutes les acquisitions qui ont été peu à peu accumulées par les recherches scientifiques, et, d'autre part, l'affirmation d'un diagnostic exact, précis et aussi précoce que possible.

* * *

(1) Voir la première partie dans le numéro de juillet.

C'est sur ce dernier point que je voudrais maintenant attirer votre attention, en vous rappelant quels sont, à mon sens, *les principes directeurs du diagnostic*.

Ici, surgissent immédiatement deux idées qui se sont, jusqu'à ces derniers temps, — et même encore à présent — toujours affrontées : la médecine, pour les uns, est un *art*; pour les autres, elle est une *science*.

Je crois qu'elle est à la fois un art et une science. Pour ce qui est du diagnostic, il est certain qu'il comporte une part d'art, mais d'*art scientifique*. Je ne peux pas arriver à séparer ces deux mots; si, pour certains, ils jurent d'être accouplés, dans mon esprit, au contraire, ils se marient admirablement, pour réaliser une union qui durera éternellement, sans divorce!

L'art du diagnostic! Lorsque les gens du monde disent d'un médecin: « Il a un bon diagnostic » cela signifie: « Il a su prévoir d'avance comment se terminerait la maladie ». Les gens du monde confondent le pronostic et le diagnostic. Or, en matière de *pronostic*, il n'y a rien d'absolu. L'avenir ne peut pas se prévoir. Jamais, il ne faut faire un pronostic ferme, parce qu'on reçoit un démenti dans la plupart des cas: on sait que certaines maladies guérissent; on ne sait pas quels sont les malades qui guériront. On sait que la tuberculose peut guérir; on saura qu'un tuberculeux aura guéri quand il aura son avenir derrière soi.

Les gens du monde se laissent prendre aux apparences; il y a des médecins qui ont ce que l'on appelle « *le flair* »; ce sont des « chanceux », comme on dit au Canada; ils ont la chance. Ils ne savent pas pourquoi ils concluent; ils s'abandonnent à des impressions qui ne reposent sur aucune certitude; ils lancent une décision, un arrêt; ils ont la chance de tomber juste. Ils ont l'art de plaire; leur clientèle est magnifique.

Pour nous, cliniciens, s'il y a une part d'art dans le diagnostic, nous considérons qu'*une part plus large revient à la science*. Pour nous, le diagnostic ne peut être que l'interprétation rationnelle des résultats fournis par la mise en œuvres de tous les moyens et procédés d'explorations, appliqués selon les règles rigoureuses d'une méthode véritablement scientifique.

Une condition capitale, sur laquelle j'insiste constamment, est celle-ci: appliquer dans tous les cas, avec rigueur et méthode, tous les procédés d'exploration, et non pas un seul, car on ne sait jamais quel est celui qui donnera le renseignement le plus sûr et le plus important.

Quand j'entends des médecins soutenir, par exemple, que l'exploration radiologique rend inutile l'auscultation, je les regarde avec stupéfaction. Est-ce qu'un râle, est-ce qu'un frottement projettent une ombre quelconque ou une clarté anormale sur un écran ou sur un film? Seule, l'auscultation découvre ces signes *invisibles* et seulement *audibles*. Si, d'autre part, je n'ai recours qu'à l'auscultation, je ne pourrai dépister l'existence de lésions *inaudibles* mais *visibles*; une petite caverne, siégeant en plein centre du lobe inférieur, isolée et non entourée de signes de réaction d'emprunt, pourra rester tout à fait *muette*, alors qu'elle sera révélée par l'exploration radiologique. Est-ce que je sais d'avance quel est le procédé qui me donnera un résultat? Si, instruit par des maîtres à l'esprit dogmatisant, je suis convaincu que la radiographie, toujours, apporte la vérité complète et indiscutable, alors que l'auscultation est constamment insuffisante et défaillante, je n'apprendrai plus à ausculter, je n'ausculterai plus et je nierai l'existence des affections et des lésions qui échappent à l'investigation pénétrante des rayons X et qui ne sont décelables que par l'oreille ou le stéthoscope. Ainsi que je l'ai bien souvent répété « l'ampoule de Röntgen n'a pas anéanti le stéthoscope de Laënnec ».

Tous les procédés d'explorations connus doivent être employés, dans chaque cas particulier, pour l'examen de chaque organe pris en particulier; c'est quelquefois celui dont *a priori* vous croyez attendre le moins qui vous donnera le signe le plus capable de vous mettre sur la voie du diagnostic. Retenez ce principe fondamental, mais n'omettez pas de le compléter par quelques conditions essentielles: non seulement la *mise en oeuvres de tous les moyens et procédés d'exploration*; non seulement, l'*application bien réglée de toutes les techniques d'exploration*; mais, aussi, la *connaissance rigoureuse, sûre, précise, exacte, de la valeur des signes* que fournissent ces différents procédés d'exploration; en un mot, connaître à fond la séméiologie, connaître la valeur diagnostique des signes, des symptômes et de leur groupement en syndromes.

Une dernière condition, encore, et tout à fait primordiale: *connaître les résultats que donne la mise en oeuvres de tous ces procédés d'exploration chez le sujet normal*. Combien de fois il m'est arrivé de constater que certaines erreurs de diagnostic ont leur origine dans la confusion de signes d'un état normal avec des signes d'un état pathologique! Certains étudiants en médecine ont mal appris à ausculter, à percuter, à lire un cliché radiographique; ils croient savoir sans s'être donné la peine d'apprendre avec méthode à faire un examen clinique, en commençant par examiner des sujets sains. D'emblée

ignorant l'étendue de leur ignorance, ils affirment sans discussion, sans hésitation; ils prennent pour les signes d'un trouble dû à un état pathologique les signes révélateurs du fonctionnement normal d'un organe.

Ce n'est que lorsque nous avons appris à appliquer rigoureusement les méthodes d'exploration, ce n'est que lorsque nous savons ce qu'elles donnent dans l'exploration de l'organe et de l'organisme sain, que nous pouvons apprécier les modifications pathologiques des signes qu'elles révèlent, aussi bien pour les examens cliniques proprement dits que pour les examens de laboratoire.

* * *

Je vais terminer en cherchant à discerner quelles peuvent être les qualités que doit posséder le médecin pour mériter le titre de clinicien, dans le sens que je me suis attaché à donner à ce mot, la Clinique étant l'*art* qui a pour but d'établir par des méthodes rigoureusement *scientifiques* le diagnostic des maladies et, par là-même, les indications du traitement à leur opposer.

Je crois que le *clinicien doit posséder surtout trois qualités*: une *intelligence suffisante*; un *bon sens avisé*; une *expérience consommée*.

Une intelligence suffisante! c'est-à-dire la bonne moyenne d'intelligence, celle qui vous laisse toujours dans l'esprit une petite hésitation, celle qui ne se croit pas tellement supérieure qu'elle ne doute jamais de sa puissance.

Un bon sens avisé! les êtres si intelligents, si supérieurs à tous et à tout, d'après eux-mêmes du moins, sont parfois des cliniciens médiocres; ils se perdent dans des axiomes, dans des dogmes, dans les nuages; ils n'ont pas le sens pratique.

Une expérience consommée! Un jeune stagiaire n'hésite jamais à faire un diagnostic. Ayant, pour la première fois, vu un homme atteint de fièvre typhoïde, lorsque, quelques jours après, il se trouve en présence d'un malade qui a de la fièvre, qui paraît fatigué, il n'hésite pas à faire le diagnostic de fièvre typhoïde. L'interne, le chef de clinique, le chef de service sont moins pressés, plus réservés. Plus ils ont des années d'exercice clinique derrière eux, plus ils hésitent. Ils se souviennent de leurs erreurs. Ils savent que la Clinique ne se juge pas par des équations algébriques. Ce n'est que lorsque nous avons vu cent cas de fièvre typhoïde, deux cents cas de tuberculose pulmonaire, que nous nous décidons, non sans quelque hésitation, à poser un diagnostic.

Plus nous avons accumulé d'observations et d'expériences, plus nous hésitons, parce que moins nous ignorons l'étendue de notre ignorance.

Ne pas ignorer l'étendue de son ignorance!

Ce que vous croyez un dogme aujourd'hui, demain sera reconnu comme une erreur complète.

Ne jamais être l'esclave d'un dogme. Il n'y a pas de dogme dans les sciences expérimentales.

Peu à peu, les procédés d'exploration se multiplient, s'accroissent, se précisent, si bien que ce que nous croyons rigoureusement démontré aujourd'hui, avec les procédés dont nous disposons, sera peut-être reconnu inexacte demain, parce qu'un procédé nouveau, plus précis, différent, nous fera découvrir des faits nouveaux, voire même contradictoires.

Se défier des explications simplistes. Vous avez entendu la belle conférence que mon ami le Pr MAURIAC (de Bordeaux) a faite dans cet amphithéâtre mercredi dernier (1). Vous la relirez avec intérêt et profit; je m'en voudrais de la commenter. Laissez-moi la rapprocher des enseignements que deux grands maîtres, LAENNEC et Claude BERNARD, ont formulés en des termes que voici :

LAENNEC :

« L'étude des anciennes théories, les efforts pour en créer de nouvelles peuvent être loués comme des amusements de l'esprit, pourvu qu'ils ne servent qu'à rallier les faits et qu'on soit prêt à les abandonner dès qu'un fait leur résiste. »

* * *

Claude BERNARD :

« Il ne faut pas croire que les théories soient jamais des vérités absolues; elles sont toujours perfectibles et, par conséquent, toujours morbiles. »

Quand vous aurez une quarantaine d'années de médecine derrière vous, quand vous aurez vu des vérités dogmatiquement énoncées, professées, admises comme intangibles au début de vos études, être démontrées plus tard des erreurs complètes, alors vous hésiterez, vous ne deviendrez pas des *sceptiques*, certes, vous deviendrez des *douteurs*,...

(1) Pierre Mauriac. Du danger des explications simplistes en biologie et en médecine. (*Presse Médicale*, sous presse).

ce qui n'est pas la même chose ! Le sceptique, c'est celui qui ne croit rien, par définition ; il sourit de tout, en haussant les épaules ; rien ne le touche. Le douteur, c'est l'homme qui sait combien il est difficile de se faire une opinion définitive ; il hésite ! il s'est si souvent trompé ! Il en a si souvent vu d'autres se tromper, qu'il n'ose plus croire qu'il est en face de la vérité définitive et absolue. Il hésite. Il attend. Il doute. Il n'ignore pas l'étendue de son ignorance.

S'il me fallait résumer en quelques conclusions générales et précises les idées que je viens de remuer, voici ce que je dirais : le clinicien doit être un homme instruit, n'ignorant rien de ce qui est connu à l'heure où il exerce son art et sa science et s'attachant, d'autre part, à accroître par ses recherches personnelles, la somme des connaissances déjà acquises. Il doit être non pas sceptique, mais réservé et quelque peu douteur. Il doit avoir l'esprit de sagesse, l'esprit de philosophie. Il lui est permis de lancer des hypothèses rationnelles, génératrices de recherches fécondes, mais dont il doit attendre le contrôle par la masse des observations cliniques, — *expériences spontanées*, — ou par la rigueur des recherches de contrôle, — *expériences provoquées*.

La Clinique est tellement hérissée d'obstacles et de complexités, le clinicien doit posséder tellement de qualités : science, art, esprit de philosophie, qu'on comprend pourquoi la médecine a progressé si lentement, et au prix de quels efforts elle est parvenue cependant à s'élever du simple empirisme qui a caractérisé ses premiers pas au rang des sciences biologiques, parmi lesquelles elle a conquis l'une des plus nobles et plus respectables places.

LES SERVICES PAR LES DISPENSAIRES ET LES SOINS À DOMICILE ⁽¹⁾

Par Gaston LAPIERRE
Médecin de l'Hôpital Ste-Justine.

Les dispensaires existent depuis environ un siècle de par le monde. Au début, on appelait ainsi un local dans lequel les malades pauvres ou abonnés par un contrat, comme les mutualistes, ou agréés par leur profession, comme certains ouvriers ou employés venaient demander les conseils d'un médecin et recevoir les médicaments prescrits par lui. C'était une consultation ouverte à certains jours de la semaine, généralement indépendante d'un hôpital, administrée par une municipalité, une société privée ou une communauté religieuse.

Depuis le commencement du XXe siècle, les dispensaires ont pris une plus grande extension sous des influences complexes; le nombre des consultants ont augmenté, on a spécialisé leurs services, le rattachement aux universités en a fait un moyen d'enseignement, et celles-là en ont perfectionné les méthodes d'examen et de diagnostic, en ont fait en même temps des centres de prophylaxie contre les maladies. Pour mieux atteindre ce dernier but en particulier, il fallait s'attacher un personnel entraîné de façon spéciale, un personnel de "service social" pour la prédication et les soins à domicile afin de compléter l'oeuvre commencée par le médecin à la consultation, et en assurer la portée la plus complète et la plus efficace.

L'obligation de réaliser des diagnostics précis et rapides nécessite la réunion de procédés d'exploration modernes; les laboratoires y tiennent une place primordiale: bactérioscopie et radioscopie pour la tuberculose, examens sérologiques pour la syphilis, examens buccoscopiques pour le cancer, cuisine de diététique, ou même si l'on veut, cuisine de lait pour les nourrissons.

Un dispensaire complet, et la sauvegarde de l'enfance et de la famille doit s'acheminer de plus en plus dans les divers centres vers ce dispensaire complet, doit comprendre:

La surveillance de la grossesse avec assistance pré-natale;

(1) Travail présenté au Congrès de la "Canadian Child Welfare Association", en avril, à Montréal.

L'hygiène de l'enfance comportant: consultations de nourrissons, hygiène du deuxième âge, hygiène scolaire et liaison avec l'inspection médicale des Ecoles et les assistants scolaires;

L'hygiène mentale réservée avec petits mentaux, aux jeunes anormaux;

La défense contre la tuberculose;

La défense contre les maladies vénériennes, syphilis, blennorrhagie;

La défense contre le cancer.

La réunion de ces dispensaires dans un même établissement, avec un personnel administratif unique, un laboratoire central assurant la liaison étroite entre les dispensaires, serait un progrès par l'économie d'argent et de temps qui en résulterait.

Nous soulignons fortement l'idée que le personnel médical dans chaque section doit être spécialisé, spécialisé par un enseignement théorique approprié, et un stage prolongé dans les services spéciaux et les institutions appropriées.

Les assistantes sociales ou infirmières visiteuses doivent elles-mêmes subir une préparation méthodique dans des écoles spéciales d'hôpitaux ou autres, et une sélection soigneuse relative à leur résistance physique et à leur valeur intellectuelle et morale.

Le travail du dispensaire ne prend une réelle valeur que s'il est réglé, enregistré et classé par un système de fiches. Elles facilitent singulièrement le travail général, le classement des maladies et permettent de juger le travail des dispensaires. Enfin elles forment la base de la statistique, si nécessaire à l'évaluation des forces malfaisantes, et des résultats acquis. Elles unissent, dans une même méthode, l'effort de tous les dispensaires, vers le bien-être de nos semblables.

Pour compléter cette oeuvre admirable des dispensaires, ces derniers doivent être en liaison étroite avec les diverses oeuvres d'assistance sociale.

Il sera aussi plus facile de démasquer les professionnels de la mendicité, et tout en secourant les misères intéressantes, de dévoiler les personnes qui n'ont pas droit au secours, et qui volent ainsi la part du pauvre, qui exploitent honteusement les fatigues et le dévouement des médecins.

A l'hôpital le médecin peut suivre et contrôler l'efficacité de ses conseils. Lorsque le malade est sorti de l'hôpital, il lui échappe com-

plètement. De plus, dans les dispensaires ou explique des régimes, ou remet des ordonnances, on donne des conseils, forcément avec rapidité, et le malade part. Souvent le succès de tant d'efforts sera compromis, ceux-ci resteront parfois stériles, et le but médical qui est de prévenir, soigner et de guérir, ne sera pas atteint.

Le médecin est-il responsable de ces lacunes. Non. Son temps, ses facultés, ses conditions de travail à l'hôpital, l'obligent à voir avant tout la maladie, ses causes et ses effets, et lorsqu'il a indiqué les moyens de traitement et de guérison, il ne peut faire plus.

Il faut donc compter sur d'autres personnes **COMPETENTES** pour compléter l'oeuvre médicale.

L'esprit et les directives principales de ce rôle ont été tracés de main de maître par le professeur Graucher il y a longtemps, dans sa conception de la protection contre la tuberculose. Mais nous croyons que c'est le docteur Cabot, médecin chef du Massachusetts Hospital, à Boston, qui comprit et mit en oeuvre la première fois le rouage manquant à la machine hospitalière. Ce rouage, c'est le "service social". C'est sur l'assistante sociale que le médecin comptera, comme sur une collaboratrice indispensable pour l'application des soins à domicile et des prescriptions, pour assurer l'hygiène et l'assistance nécessaire. Pour cela, il faut à cette assistante sociale les connaissances, voire même le diplôme d'infirmière, et la vocation d'une bonne infirmière.

Le médecin chef de service des dispensaires devrait rester le chef du service social de l'institution à laquelle il est attaché, il devrait choisir lui-même l'assistante pour lui donner les directives médicales d'une part, pour vérifier et contrôler la réalisation du travail social.

Il va sans dire que le service social des dispensaires doit s'effectuer en parfait accord avec les divers cultes religieux, avec les administrations et les pouvoirs publics et avec les oeuvres privées recommandables.

Une préparation soignée vers ces fonctions spéciales avant de commencer son action est absolument nécessaire à l'infirmière visiteuse par exemple. Il est évident que pour bien enseigner l'hygiène véritable dans les familles, il faut la connaître soi-même.

Les médecins et l'institution qui reçoit leurs services ne doivent pas être critiqués par l'infirmière visiteuse, qui devra acquérir en peu de temps, si elle ne le possède déjà, le sens d'une extrême diploma-

tie vis-à-vis cette population secourue, souvent exigeante, parfois injuste.

Les véritables indigents doivent être traités gratuitement, et ne pas même payer le coût d'une carte d'admission, si on veut sauver le principe; les autres doivent payer selon leurs moyens réels, carte, médecin, remèdes, etc.

Le travail bénévole mérite toujours l'admiration, mais si les personnes qui le réalisent, possédant un cœur généreux et un esprit de dévouement méritoire, n'ont pas l'entraînement spécial et complet pour lui faire rendre ce qu'on doit en attendre, il fera souvent échec dans ses résultats au but proposé, et il attirera sur l'oeuvre qu'il croyait illuminer des reproches évitables.

Il ne faut pas confier à une personne plus de travail chaque jour qu'elle puisse accomplir, autrement l'enthousiasme, essentiel au succès, diminue avec le bon état de santé, et la lassitude provoque des résultats médiocres, conduit à l'apathie, et compromet le succès d'une oeuvre vitale.

Le service social aide l'hôpital en surveillant les soins à domicile, en veillant à ce que les traitements soient bien faits par les mères, en faisant les pansements et les traitements à domicile; par ce fait, il décongestionne les salles de l'hôpital en donnant à domicile les soins qui ne pourraient être donnés par les mères et qui nécessiteraient l'hospitalisation, sans l'intervention du service social; il décongestionne aussi les salles de l'hôpital en permettant de congédier les enfants en voie de guérison qui ont encore besoin de traitements spéciaux ou de pansements. L'hôpital peut traiter ainsi un plus grand nombre d'enfants pauvres.

REVUE DES LIVRES

PROBLEMES ACTUELS DE PATHOLOGIE MEDICALE

A. CLERC, professeur de la Faculté de médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital Lariboisière, et Ses Collaborateurs. Editeurs: Masson & Cie, Paris.

Le professeur Clerc, dont la haute stature et le large sourire sont familiers à tous les médecins canadiens, continue la série intéressante de ses publications, en groupant autour de lui des professeurs agrégés et des médecins des hôpitaux dont la compétence est justement reconnue de tous.

Nous avons déjà, l'année dernière, analysé ici même la première série des "*Problèmes Actuels de Pathologie Médicale*." Aujourd'hui paraît la seconde série contenant 12 articles écrits par des spécialistes sur chacune des questions. Il s'agit donc d'un livre consultaire que tous les médecins pourraient lire avec profit, car les problèmes aussi fréquents que compliqués de la médecine quotidienne y sont traités de main de maître. Il suffit d'énumérer succinctement les titres qui paraissent à la table des matières.

- 1 — Cardiopathies et grossesse (A. Clerc)
- 2 — Le sang des radiologistes (Ch. Aubertin)
- 3 — Le néphrose lipoïdique (H. Bénard)
- 4 — L'amylose rénale (Brulé)
- 5 — La diarrhée cholériforme et le syndrome toxique dans la première enfance (J. Cathala)
- 6 — L'exploration de la fonction biliaire du foie (E. Chabrol)
- 7 — L'idiophagédénisme (P. Chevalier)
- 8 — Les hypertension artérielles paroxystiques (E. Donzelot)
- 9 — Les hypoglycémies (Guy Laroche)
- 10 — L'œdème pulmonaire aigu (C. Lian)
- 11 — Le rhumatisme tuberculeux (H. Moreau)
- 12 — Conception actuelle des néphrites (Pasteur-Valléry-Radot)

Dans une première leçon, le Professeur Clerc étudie "*les cardiopathies et la grossesse*." Nous connaissons tous l'aphorisme ancien de Peter:

Fille : Pas de mariage.
Femme: Pas de grossesse.
Mère : Pas d'allaitement.

Fille: pas de mariage. — Depuis ce temps nous avons vécu, observé et modifié nos opinions sur ce point. Seules les notions d'ordre physique ne suffisent pas à trancher ce problème doublé d'une question d'ordre psychique

et même moral. Refuser à une jeune fille cardiaque l'autorisation de se marier équivaut à une condamnation sociale: déclassée, inutile, elle s'étirole en état de mélancolie profonde et les inquiétudes morales pèsent de tout leur poids sur la déchéance physique, l'aggravent et la prolongent. L'amour souvent est plus qu'un sentiment, il est un réconfort, un refuge; bientôt les misères physiques passent et la vie semble renaître pour défier les augures. Nous connaissons de ces jeunes filles qui ont survécu et qui vivent heureuses et satisfaites, quand même. Le cœur a ses raisons que la raison ignore.

Femme: Pas de grossesse. — Encore un aphorisme qui a vécu depuis que l'hygiène occupe une place d'honneur au sein des familles. "Il faudra compter, dit le professeur Clerc, dans ces cas, avec l'instinct de la maternité, lequel chez certaines femmes est si profond qu'il les portera irrésistiblement, même au péril de leur vie, à maintenir l'accomplissement de leur devoir dicté par leur désir et leur conscience". C'est ici que se pose pour nous une question de doctrine dans ces cas: celle de l'avortement ou de la stérilisation systématiques. Il faut savoir que nombre de cardiaques supportent sans inconvénients les gravidités multiples et rapprochées et donnent naissance à des enfants sains qui méritent de vivre. D'ailleurs, si, dans certains cas, l'abstention doit être définitive, nous savons ce que cela veut dire pour nous.

Mère: Pas d'allaitement. — Troisième aphorisme trop rigoureux, car nous savons qu'un grand nombre de mères cardiaques allaitent leur enfant sans inconvénients. D'ailleurs, chaque cas exige une surveillance particulière et au bout d'un certain temps il est possible de prendre les décisions nécessaires, surtout après le troisième mois, en vue de ne pas prolonger un effort inutile ou dommageable. Il est plus facile en ce moment, de recourir à l'allaitement artificiel. Nous sommes d'avis, avec le professeur Clerc, qu'il faut bannir le pessimisme intégral dans ces questions et user de son jugement et de l'expérience acquise à tous les points de vue, si l'on ne veut pas s'exposer à l'erreur dont les conséquences peuvent être préjudiciables à la bonne santé morale des intéressés.

A l'appui de ces opinions, je rapporterai deux cas; l'un intéressant une jeune fille souffrant d'une cardiopathie ancienne, qui fut autorisée à se marier dans un état de santé relativement bon et qui depuis dix ans vit heureuse et satisfaite. Un autre cas d'une jeune mère de famille, cardiopathe avérée, classique, avant son mariage, qui a mené à terme 11 grossesses avant de succomber à l'évolution ultime d'une insuffisance cardiaque, et qui fut une femme admirable, une mère dévouée et courageuse.

Dans ces questions, méfions-nous de l'impératif catégorique, et consultons le professeur Clerc dont la belle leçon envisage tous les aspects cliniques et thérapeutiques des cardiopathies et de la grossesse.

Le seconde leçon, par Ch. Aubertin, professeur agrégé, est consacrée à un sujet d'un intérêt saisissant "*Le sang des radiologistes*".

Si, du point de vue social, on a l'habitude de dire "bon sang ne saurait mentir", cet aphorisme ne s'applique pas au radiologiste. Nous savons aujourd'hui quels sont les désastres sanguins qui surviennent chez les radiologistes. Les victimes nombreuses et les drames retentissants que l'on a publiés un peu partout nous ont éclairés sur cette question d'hématologie. Nous

reconnaissons que, chez un certain nombre de ces sujets, il y a des modifications sanguines légères, discrètes, qui ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel; mais chez quelques-uns de ces sujets l'on voit apparaître une hémopathie destructive qui conduit à l'anémie pernicieuse ou à la leucémie: deux formes graves de la maladie du sang qui peuvent provoquer la mort. L'auteur étudie avec soin toutes les modifications latentes du sang chez les radiologistes. C'est surtout du côté des globules blancs que les modifications spéciales se produisent et cette leucopénie peut apparaître assez rapidement. "Une fois installée, dit-il, elle est durable et stable" malgré des vacances de deux mois au grand air. Il n'y a aucun rapport entre ces lésions sanguines et les radiodermites où le sang peut être normal. Les caractères hématologiques rappellent ceux de l'anémie aplastique, cryptogénétique sans aucune lésion viscérale apparente.

La lecture de cet important travail vous convaincra facilement que les radiologistes doivent se protéger davantage et faire surveiller périodiquement leur sang, au double point de vue des globules blancs et des globules rouges.

La troisième leçon est consacrée à "*la néphrose-lipoïdique*", par Henri Bénard.

Je signale seulement le titre de cette leçon. Comme le voyageur inconnu, je m'arrête sur le péristyle du temple où n'habitent encore que de faux dieux. La néphrose lipoïdique ressemble à un augure dont les lèvres n'ont pas encore laissé échapper le secret de sa naissance. Ce syndrome ressemble à un métissage de plusieurs affections dont le monopole n'est nullement démontré, l'une prédominant sur l'autre. A l'origine on rencontre la syphilis, la tuberculose, toute la série des maladies infectieuses; le début en est insidieux; la symptomatologie singulièrement bigarrée où l'on retrouve en particulier l'inversion de la formule sérine-globuline et la présence dans les urines des corps bi-réfringents, le pronostic variable et le traitement empirique, incertain, déconcertant ou singulièrement efficace malgré tout. Cette question est du plus haut intérêt. Inutile dans une courte analyse de vouloir en saisir les aspects particuliers, il vaut mieux lire en entier ce chapitre bien conçu, bien étudié, véritable guide pour connaître cette question nouvelle en voie d'évolution. Nous aurons l'occasion, d'ailleurs, prochainement, de publier une observation saisissante qui illustre chacun des points et dont l'évolution a été favorablement influencée par le traitement méthodique que nous instituons et suivons avec une rigueur toute militaire.

Puis suit le chapitre de "*L'Amylose rénale*", par M. Brulé, caractérisée surtout par la présence dans l'organisme d'albumines dégradées qui provoquent cette amylose. Nous constatons dans ce syndrome le rôle important du système réticulo-endothélial.

La néphrose amyloïde est cependant distincte de la néphrose lipoïdique, parce qu'elle s'accompagne d'un abaissement du taux des lipoïdes du sang à l'inverse de la néphrose lipoïdique, mais il arrive que les deux sont fréquemment associées.

Plus loin, dans une leçon non moins importante, M. Chabrol étudie "*L'exploration de la fonction biliaire du foie*". Il traite longuement de l'importance du tubage duodénal et de toutes les réactions que l'on rencontre dans les différentes affections du foie: cholémie latente ou autres. Nous voyons en conclusion que le rôle du foie ne se borne pas seulement à éliminer les pigments biliaires élaborés en dehors de lui, mais qu'il participe fort activement au processus de la biligénie.

M. P. Chevallier étudie une question très originale intitulée "*L'idiophagédénisme*". Il signale la différence qu'il y a entre le phagédénisme et la gangrène et il cite de nombreux exemples qu'il emprunte à la clinique, pour en démontrer la rapide évolution et la gravité, à cause des mutilations qu'il entraîne quelquefois. Il s'agit, dans ces cas, d'une infection surajoutée à une autre maladie, et l'auteur accuse le *staphylocoque doré* d'être l'agent pathogène de cette maladie. Il suggère, à cause de son efficacité persistante et complète en plusieurs cas, de traiter cette forme de phagédénisme par un auto-vaccin.

La leçon de E. Donzelot sur "*Les hypertension artérielles paroxystiques*" mérite mieux qu'une mention honorable, mais je sens que je dois limiter mon analyse à une simple énumération de quelques chapitres portant sur l'hypertension associée à un syndrome clinique connu, l'hypertension paroxystique, dite essentielle, qui comprend l'hypertension due au surrénalome. Cette question est toujours décevante.

Les "*Hypoglycémies*", par G. Laroche, n'offrent pas moins d'intérêt que les hyperglycémies. Nous savons qu'elles sont caractérisées par la chute du sucre sanguin au-dessous du niveau normal qui oscille. Cette question est trop complexe pour la traiter en quelques mots. Je renvoie à la lecture du chapitre en entier, où l'auteur envisage la question à tous les points de vue. Nous y voyons que les glandes endocrines réagissant les unes sur les autres concourent à l'installation d'un syndrome mieux connu depuis quelques années.

La dixième leçon est consacrée à l'étude de "*L'œdème pulmonaire aigu*", par M. Camille Lian. "Le caractère dramatique, la gravité de l'œdème pulmonaire aigu, font qu'il a toujours été au premier plan des préoccupations du corps médical et qu'il intéresse aussi grandement les expérimentateurs." Sa description est classique: "crises de suffocation qui s'accompagnent d'une expectoration plus ou moins abondante, mousseuse, souvent rosée, toujours fortement albumineuse et qui est due à une brusque inondation des alvéoles pulmonaires par une abondante transsudation de sérosité". Après avoir énuméré les principales causes de l'œdème aigu, en particulier la cardiopathie valvulaire, mitrale, l'auteur en étudie la pathogénie pour s'arrêter à la théorie cardio-vasomotrice dont l'insuffisance ventriculaire gauche est le prototype, puis abordant le point de vue clinique, il étudie le caractère des crachats riches en albumine, la tension artérielle et l'albuminurie. Le pronostic dépen-

dra en grande partie du diagnostic. Il ne faut pas confondre cette affection avec l'asthme. Le pronostic est basé sur l'abondance de l'expectoration et la résistance de l'appareil cardio-vasculaire, j'ajouterai volontiers sur la rapidité éclairée de l'intervention du médecin, car, comme le dit Lian, dans ces cas, le traitement qui s'impose c'est la saignée libératrice, pourvu que le médecin arrive tôt et opère vite, suivie d'une injection sous-cutanée de morphine, sur les conseils de Vaquez. Il y aurait une exception à faire pour la morphine dans les cas de néphrite grave, car ce médicament exerce une influence oligurique manifeste, ce qui est contre-indiqué dans les cas de cette nature.

Autre point important du traitement: injection intraveineuse d'ouabaïne, à la dose de 1/4 de milligramme, renouvelée pendant 3 à 5 jours. Le traitement préventif se résume à deux indications sommaires: insuffisance ventriculaire gauche, perturbation vaso-motrice.

Le "*Rhumatisme tuberculeux*", par R. Moreau, est une autre question qui a été longuement discutée autrefois par le professeur Poncet, de Lyon, qui à partir de 1897 a cherché à individualiser véritablement le rhumatisme tuberculeux et à l'imposer en tant qu'entité morbide. Je suis resté un partisan de l'école de Poncet sur cette question, et l'expérience m'a démontré que toutes ses observations étaient justes. L'expérimentation s'est élargie de faits nouveaux qui paraissent probants; l'étude du liquide artériel et les inoculations au cobaye ont permis de dépister le bacille de Koch et de préciser son rôle dans les rhumatismes dont l'origine incertaine est aujourd'hui démontrée.

Je n'insiste pas davantage sur l'importance de cette leçon excessivement instructive et pratique, car le rhumatisme tuberculeux emprunte le masque, l'évolution et même les caractères anatomopathologiques de l'inflammation banale.

La dernière leçon, la douzième, est consacrée à la "*Conception Actuelle des Néphrites*", par Pasteur-Vallery-Radot. Cette question est toujours en évolution; elle ressemble à un volcan dont les éruptions fréquentes témoignent l'incessante activité. Sans doute la conception de Widal demeure, mais elle évolue. Les travaux de Achard et de Blum ont apporté des faits nouveaux. Le syndrome chlorurémique est dissocié, l'azotémie par manque de sel, la chlorémie sèche, sont autant d'aspects nouveaux où la discrimination de la molécule NaCl a scindé en deux chapitres celui de la chlorurémie.

Je n'ai pas l'intention de participer au débat; je désire simplement engager les médecins qui veulent suivre le mouvement de cette importante question, à lire la leçon de l'auteur pour connaître l'orientation actuelle de cette question des néphrites.

Le professeur Clerc est un chef d'école derrière lequel nous rencontrons toujours un groupe important de jeunes maîtres bien documentés qui dirigent l'opinion médicale. Nous le félicitons de son bel optimisme et de l'élan splendide de son état major.

Albert LeSAGE.

TECHNIQUE DES PRELEVEMENTS. INTERPRETATION DES RESULTATS DU LABORATOIRE,

Par H. CAILLOUX et M. BLANC⁽¹⁾

Ce modeste ouvrage a sa place marquée à côté des importants traités de laboratoire dont il s'est fréquemment inspiré.

Il n'a d'autre ambition que de rappeler aux praticiens la façon la meilleure de prélever les échantillons destinés au laboratoire et de tirer une conclusion pratique des résultats des analyses.

Ecrit dans un style concis, il permet de trouver rapidement le renseignement utile.

Pas une ligne, pas un mot de trop, mais tout ce qu'il est indispensable de connaître.

La technique des prélèvements est présentée clairement, en soulignant les conditions essentielles dont l'inobservation peut, non seulement rendre plus difficile la tâche du technicien, mais, ce qui est beaucoup plus grave, fausser les résultats des analyses.

L'ouvrage traite successivement, dans la 1^{ère} partie, des urines, du sang, des liquides de ponction — liquides céphalo-rachidien, péritonéal, articulaire, épanchements pluraux, — du pus, des chancres et ulcérations, des crachats, des exsudats rhino-pharyngés, du contenu gastrique, du contenu duodénal, des matières fécales, des mycoses, du lait, des eaux. Mis soigneusement à jour, il énonce les plus récentes méthodes d'explorations fonctionnelles des organes.

La seconde partie donne la liste des microorganismes et parasites avec les maladies qu'ils déterminent.

Enfin, un chapitre est consacré aux recherches du laboratoire appliquées au diagnostic des principales affections énumérées par ordre alphabétique avec l'indication pour chacune d'elles des prélèvements et des examens propres à fixer leur diagnostic.

(1) 1 vol. de 210 pages. Éditions médicales N. Maloire, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris. Prix 25 francs.

FORMULAIRE

Hémorragie stomacale:

- a) Chlorure de calcium anhydre 4 grammes
Sirop d'opium 30 grammes
Eau distillée 120 grammes

A prendre durant la journée.

- b) Injection sous-cutanée de chlorhydrate d'émétine 2 à 4 centig.

Contre aérophagie:

- Carbonate de bismuth 20 grammes
Carbonate de chaux 2 grammes
Pour un paquet à délayer dans 100 grammes d'eau.

A prendre durant la journée par cuillerées à soupe.

Contre asthénie gastrique:

donner quelquefois une solution acide.

- Acide chlorhydrique 2 c.c.
Eau distillée 200 c.c.

Une cuillerée à soupe dans un quart de verre d'eau sucrée.

Dyspepsie (pour hâter l'évacuation gastrique):

- Bicarbonate de soude 14 grammes
Phosphate de soude 4 grammes
Lactose 182 grammes

ou bien

- Bicarbonate de soude 16 grammes
Citrate de soude 4 grammes
Lactose 180 grammes

(Conserver dans un flacon de verre)

Une cuillerée à thé dans une tasse à thé d'eau chaude (100 c.c. environ) ou infusion chaude, 2 ou 3 heures après les repas.

L.....

LABORATOIRE

LA BIOPSIE

Fixation — Expédition

Eviter la dessiccation du fragment à l'air, ou sur une compresse, ou l'immersion dans l'eau.

Placer immédiatement le prélèvement dans:

Formol à 10%	125 c.c.
NaCl	1 gr.

ou dans le liquide de Bouin:

Formol du commerce	10 c.c.
Acide acétique ou trichloracétique .	2 c.c.
Eau	30 c.c.
Acide picrique à saturation.	

Mélanger le formol, l'eau et l'acide acétique, ajouter un fort excès d'acide picrique; agiter de temps en temps. La solution est bonne pour l'emploi en 2 ou 3 jours, et se conserve indéfiniment.

Le liquide de Bouin est un très bon fixateur. Eviter l'alcool qui fixe mal et ne sert que pour des recherches spéciales.

Indiquer sur la fiche qui accompagne le fragment: le nom du patient, son adresse, le sexe, l'âge, l'endroit du prélèvement. Donner une brève description de la lésion, (tumeur, ulcère, etc...) sa durée, son évolution. Décrire le fragment, en donner un schéma, en indiquant la surface, de façon à ce que l'orientation des coupes soit bonne.

Expédier le fragment dans une petite bouteille, remplie de fixateur et contenue dans un tube métallique.

L. C. S.

ANALYSES

MEDECINE

L. LAUGERON. — **Les indications thérapeutiques générales dans les troubles moteurs des extrémités.** Journal de Médecine et de Chirurgie pratique. 10 mai 1932.

Les troubles vaso-moteurs des extrémités se présentent en clinique sous trois formes et constituent trois syndromes: celui de vaso-constriction ou maladie de Raynaud, celui de vaso-dilatation ou d'érythro-mélangie, celui de vaso-dilatation de l'anse capillaire veineuse ou acrocyanose.

Une médication étiologique pourra être indiquée si la cause provocatrice est connue, comme par exemple, le froid, les entraves à la circulation, la syphilis, les insuffisances glandulaires, etc.

On pourra employer aussi une médication pathogénique qui vise uniquement à combattre une vaso-dilatation et une vaso-constriction exagérée, ce qui est très difficile à résoudre pratiquement. Quelque médicament qu'on donne, le système artério-artériolo-capillaire à tendance à réagir dans le sens de sa déviation pathologique. L'auteur a eu deux bons résultats avec l'hypophyse dans le traitement de l'érythromélangie.

Comme médicaments généraux, les sédatifs ont une action douteuse; l'insuline agissant comme modificateur général de la crase sanguine et de la nutrition est une médication intéressante.

La sympathectomie a donné quelques bons résultats dans les vaso-constrictions prédominantes, mais elle n'est pas sans inconvénients.

Des procédés physiothérapiques, on ne peut relever comme ayant de la valeur la diathermie et surtout la radiothérapie qui serait une méthode de rééducation sympathique.

Paul MORIN.

GYNECOLOGIE

MAURICE LUZUY. — **Quelle place faut-il conserver à l'hystérectomie vaginale dans la chirurgie moderne?** Gazette Médicale de France et des Pays de Langue Française, 15 avril 1932, No 8.

Question aussi vieille que la chirurgie elle-même que L. cherche à solutionner. Il étudie successivement:

1o. Les indications formelles qu'il rencontre chez les obèses, les hypertendus, les cardiaques mal compensées, les cardio-rénaux à mauvaise urée sanguine ou à constante d'Ambard au-dessus de 0,100 après une cure de régime, les sujets porteurs de lésions de sclérose pulmonaire étendue, emphysémateux, tuberculeux fibreux, les diabétiques. Dans d'autres cas, ce

sont les progrès mêmes de l'affection génitale qui ont créé les mauvais terrains, telles les anémies graves des fibrômes ou des néoplasmes utérins, tel l'amaigrissement cachectique avec température à grande oscillation des suppurations pelviennes qui n'ont pas cédé à la colpotomie. Enfin, dans une dernière catégorie l'âge avancé est à lui seul une cause de moindre résistance.

20. Les indications utiles qu'il résume ainsi: s'attaquer par en bas des utérus peu volumineux, d'une consistance offrant des prises solides, mobiles, descendant facilement dans un vagin large et permettant d'avoir sous les yeux les pédicules vasculaires. Ce sont, certaines affections utérines chroniques survenant au moment de la ménopause ou après celle-ci, telles les métrorragies graves de la ménopause, les métrites séniles, les métrites angiomaticieuses et polypeuses, les utérus étiquetés fibromateux, sur leur dureté, les métrites chroniques avec rétroversion douloureuse, les malformations acquises du col utérin; les prolapsus utéro-vaginaux et les prolapsus avec hypertrophie cervicale et métrite chronique; l'inversion utérine d'origine puerpérale ou tumorale.

30. Les indications plus discutables: les cancers du col utérin, les suppurations pelviennes, l'infection puerpérale, post-partum et post-abortion, les chorio-épithéliomes.

Enfin, l'hystérectomie vaginale peut être faite pour des raisons d'esthétique.

En conclusion, dit l'auteur, on voit que l'hystérectomie vaginale ne mérite pas le mépris et l'ignorance dans lesquels on la tient généralement et qu'à la condition de lui demander ce qu'elle peut donner mais pas davantage, elle peut rendre les plus grands services.

Léon GERIN-LAJOIE.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

NATHAN P. — Le diagnostic et le traitement de l'ostéomyélite aiguë de la partie supérieure du fémur et de l'articulation coxo-fémorale. (The Differential Diagnosis and the Treatment of Acute Osteomyelitis of the Upper End of the Femur Involving the Hip Joint. Surgery, Gynecology and Obstetrics No. 25, 1932).

L'ostéomyélite intéressant la portion supérieure du fémur et l'articulation coxo-fémorale est une localisation plutôt rare, mais depuis 1908, l'auteur a observé 200 cas et dès le début, il a cherché à formuler des moyens pour préciser le diagnostic et pour améliorer le traitement de ces lésions graves dans le but de combattre les difformités, les suppurations chroniques et les incapacités permanentes qui en résultent trop souvent.

L'ostéite aiguë doit être opérée précocement et le diagnostic de cette lésion doit être fait aussi rapidement que possible en se basant surtout sur les signes cliniques (douleur, boiterie, température, etc.) Malheureusement la radiographie de l'os à cette période donne très peu de renseignements et il serait très imprudent de compter sur ce moyen, par ailleurs souvent indispensable, pour préciser le diagnostic. Les signes radiologiques ne sont

évidents que lorsque l'infection est très avancée, alors qu'il est souvent trop tard pour que l'intervention soit efficace.

L'envahissement de la synoviale articulaire est souvent le résultat d'une infection généralisée et se rencontre surtout chez les jeunes enfants. Pour l'auteur, toutes les infections à distance, ont leur point de départ dans la moëlle osseuse.

N.... a observé 23 cas d'infection aiguë de l'articulation coxo-fémorale et dans la majorité, il y avait des lésions primitives ailleurs, particulièrement au niveau de la mastoïde.

Pour l'auteur, toutes ces infections de l'articulation coxo-fémorale relèvent surtout d'un traitement conservateur; en présence des abcès dont le diagnostic s'impose, l'opération doit être pratiquée, mais cette éventualité est plutôt rare.

La nature microbienne de ces lésions est variée, mais chez le jeune enfant, le staphylocoque est presque toujours en cause et semble être moins virulent que chez l'adulte; on peut également rencontrer du streptocoque et du pneumocoque.

Nathan reconnaît deux variétés d'ostéomyélite; une qui est la conséquence d'une infection streptococcique et pneumococcique et l'autre, la plus fréquente, qui est causée par le staphylocoque.

Edmond DUBE.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

ROBERT LEHMANN. — **Le traitement des verrues plantaires.** La Médecine Pratique, Mai 1932.

L'A. rappelle d'abord que les verrues plantaires, tout en n'étant pas une affection grave, peuvent cependant rendre l'existence très pénible. Il rappelle ensuite que l'affection siège plus souvent à la partie antérieure qu'à la partie postérieure de la plante du pied. Après avoir donné une très bonne description de l'affection et fait son diagnostic différentiel, l'A. soutient, malgré l'opinion différente de certains auteurs et avec preuve à l'appui, que cette affection est contagieuse. L'A. passe ensuite au traitement qui selon lui est l'idéal et présente 8 observations pour appuyer ses dires. Il emploie la radiothérapie filtrée sur un ou deux millimètres d'aluminium à la dose de 5Hou environ 1000 R, répétée 2 ou fois selon le cas à 12 ou 15 jours d'intervalle. Suivant lui cette méthode serait supérieure à l'ancienne de donner d'emblée une dose unique de 10 ou 15H. L'A. insiste ensuite sur la nécessité de bien protéger les régions saines environnantes. L'auteur termine en discutant les autres moyens thérapeutiques. Les agents physiques: Electro-coagulation, Electrolyse et Cryocautère auraient le désavantage d'exposer à l'infection, d'être douloureux, ou de laisser des cicatrices.

La chirurgie aurait le désavantage de ne pas mettre à l'abri des récidives, d'exposer à l'infection, de laisser des cicatrices souvent douloureuses et de nécessiter le repos du malade.

Rien de tout cela n'est survenu chez ces malades avec les Rayons X et tous ont guéri sans ennui.

Malheureusement, l'A. ne mentionne pas le Radium. Nous aurions aimé connaître son opinion sur le traitement des verrues plantaires par des applications de Radium élément.

F. L. BOULAIS.

PLAGNIOL. — Sur un cas de prurit par trichocéphalose. La Médecine Pratique, mai 1932.

L'A. insiste sur la nécessité d'un examen général et détaillé de chaque patient afin de faire non seulement le diagnostic de l'affection dont il souffre mais aussi le diagnostic étiologique. Le prurit, peut-être plus que toute autre affection, exige cette précaution. Si le prurit est parasitaire externe, le problème est simple, mais si le prurit est d'origine interne les choses se compliquent alors et le problème peut parfois être très ardu.

L'A. en donne comme exemple l'observation d'une jeune femme souffrant d'un prurit diffus, intermittent, sans localisation élective et sans lésion cutanée. Cette personne avait déjà consulté plusieurs praticiens qui avaient épuisé sans résultat toute la série des sédatifs, des désensibilisateurs et des antiparasitaires externes.

A cause de vagues signes d'insuffisance hépatique greffés sur un paludisme fruste, on fit un examen des fèces et l'on découvrit un très grand nombre d'oeufs de Trichocéphales. Le Thymol donné plusieurs jours consécutifs eut pour effet de faire disparaître parasites et prurit. Depuis, le prurit n'est plus revenu.

F. L. BOULAIS.

NEURO-PSYCHIATRIE

J. A. BARRE. — Syndrome vestibulaire. Syndrome cérébelleux. Revue d'Oto-neuro-ophtalmologie, janvier 1932.

Dans ce court article, intéressant tous les médecins, mais plus spécialement les ophtalmologistes, les otologistes et les neurologistes, l'auteur néglige à dessein les aspects hypothétiques et purement théoriques de la question pour ne signaler que les manifestations les plus objectives, les plus constantes, les plus fines et les plus pures qui permettent de différencier le plus nettement les syndromes cérébelleux et vestibulaires.

Les recherches personnelles de l'auteur dans le domaine de la séméiologie vestibulaire et cérébelleuse lui permettent d'affirmer que les deux syndromes sont aisément séparables et que des malades peuvent être nettement cérébelleux sans être vestibulaires comme l'inverse est vrai. Il existe bien des syndromes mixtes, mais il n'existe pas de symptômes identiques communs aux appareils vestibulaires et cérébelleux, comme, par exemple: le vertige, le nystagmus et la titubation.

L'auteur rappelle que dans la pratique, on a recours, pour dépister un syndrome cérébelleux aux épreuves du groupe Babinski, (hypermétrie, asynergie) à celles du groupe Thomas, (passivité) et enfin à l'épreuve de l'in-

dication de Barany. Parmi celles-ci, B. accorde la plus grande importance à l'épreuve doigt-nez et talon-genou. Il insiste sur le fait qu'il faut surtout se fier au premier geste, les gestes suivants pouvant être relativement parfaits, en quelque sorte appris. Il recommande également les épreuves du ballotement et des mouvements pendulaires, qui peuvent être positives à l'exclusion des autres. Il ne reconnaît à la titubation une origine cérébelleuse que si elle est nettement secondaire à la dysmétrie et à l'asynergie, et dans ce cas, il recommande de spécifier: titubation *cérébelleuse*. L'épreuve de l'indication de Barany est assez vague puisqu'elle peut manquer dans beaucoup de syndromes cérébelleux authentiques et qu'on peut la rencontrer au cours d'examens vestibulaires instrumentaux en l'absence de tout autre signe cérébelleux. Récemment, l'auteur a décrit un signe qui permet de dépister certains syndromes cérébelleux dont le diagnostic est peu net. Il l'a dénommé le signe de la *dysharmonie vestibulaire*. Voici, en résumé, en quoi il consiste dans le cas d'altération cérébelleuse discrète, l'harmonie habituelle, les réponses normales des phénomènes vestibulaires cliniques ou instrumentaux peuvent être troublées ou inversées.

Les signes énumérés constituent la séméiologie vraiment cérébelleuse acceptée par l'auteur.

Les signes vestibulaires ont surtout pour base des troubles toniques entraînant des *déviationes lentes* de la tête, des yeux, des membres et du tronc. Les troubles sont bi-latéraux, même pour une lésion unilatérale. Dans ce cas, toutefois, leur maximum correspond au côté lésé. Les plus importants parmi ces signes sont pour B. les déviations lentes, le nystagmus et le vertige vrai.

Les déviations lentes sont bien mises en évidence par l'épreuve des *bras tendus*; ceux-ci se déplacent progressivement du côté de l'appareil vestibulaire lésé. Le Romberg *vestibulaire* est aussi une bonne épreuve: le déplacement est lent et progressif, et se fait du même côté que la déviation des bras. Enfin, l'auteur a imaginé une épreuve qu'il appelle "épreuve du fil à plomb", et qui consiste à placer sur la ligne médiane et parallèlement au plan frontal de l'individu examiné un fil à plomb; il est alors facile d'objectiver les moindres déviations par rapport à ce fil à plomb. La recherche du nystagmus s'effectue par les épreuves caloriques de Barany ou de Kobrack, par l'épreuve rotatoire et par l'épreuve voltaïque de Babinski. L'auteur souligne le fait que l'apparente contradiction de ces épreuves ne doit pas faire conclure à leur nullité, mais doit être interprétée logiquement et physiologiquement. Ces discordances ont souvent conduit à des conclusions très précises.

La titubation *vestibulaire* ne repose pas sur de la dysmétrie ou de l'asynergie, mais sur une *pulsion* ou le jeu de pulsions alternantes.

L'expérience de B. le porte à conclure que les *cérébelleux purs* sont très rares, et que par contre, les vestibulaires purs sont très fréquents.

En somme, les signes vraiment fidèles sont peu nombreux. Il en a donné les essentiels. Chez les *cérébelleux* les symptômes sont rigoureusement homolatéraux; chez les vestibulaires, ils sont à prédominance homolatérale, mais ils sont très souvent bi-latéraux. Les signes les plus élémentaires apparaissent plus certains que les épreuves compliquées.

Jean SAUCIER.

NOUVELLES

CONGRES D'OTTAWA - HULL

LE GOUVERNEMENT FRANÇAIS ENVOIE UN DELEGUE

Le Professeur Antonin CLERC.

Dans un mois s'ouvrira le congrès d'Ottawa-Hull dont nous avons maintes fois entretenu nos lecteurs. Il s'agit avant tout de l'*Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord*. Tous les médecins de langue française se feront sans doute un devoir d'y assister afin de démontrer une fois de plus la solidarité qui nous lie lorsqu'il s'agit des intérêts supérieurs de la médecine sur ce continent et de nos intérêts professionnels en particulier dans la Province de Québec.

Nos amis d'Ottawa-Hull ont déployé beaucoup d'activité et d'intelligence dans l'organisation du prochain congrès. Ils comptent naturellement sur une assistance nombreuse — condition indispensable de succès.

Ils ont la bonne fortune de compter parmi les délégués Français des personnalités marquantes dont l'une nous est maintenant familière : le Professeur Clerc qui fut rapporteur au Congrès de Montréal en 1926.

Depuis cette époque, ses collègues l'ont élu au Conseil de la Faculté de Médecine; il est maintenant professeur titulaire.

Depuis 1929, il occupe avec la plus grande dignité la chaire de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Paris et son enseignement sobre et vivant est suivi assidûment et très recherché.

Ses travaux sur "*le Sang*", les "*Arythmies*" et dernièrement ses deux beaux volumes sur "*Les Problèmes actuels*", 1re et 2ème séries, où l'on trouve un exposé lumineux des principales questions qui passionnent actuellement l'opinion médicale, le désignent d'emblée à ce poste.

Nous en publions une analyse succincte dans le numéro actuel sous la rubrique "Revue des livres".

Pendant la guerre, il a consacré son savoir et ses recherches à l'étude des effets nocifs des gaz de combat et a dirigé une clinique spécialement affectée aux gazés. Ses travaux et son mérite lui ont valu la décoration d'Officier de la Légion d'honneur.

Mais il y a une autre raison qui nous réjouit de le revoir au Canada : c'est l'infatigable empressement qu'il manifeste à l'égard de nos jeunes médecins qui vont perfectionner leurs études en France, surtout en cardiologie. Il leur ouvre sa clinique, il leur enseigne ses méthodes, il les soumet à toute la série des épreuves indispensables pour former des compétentes et ainsi propager le bon renom de son enseignement.

Nous en bénéficions largement puisque ces jeunes médecins sont destinés à enseigner nos élèves et à diriger nos hôpitaux. Ceux-ci lui seront

reconnaisants d'avoir acquis sur cet important chapitre les notions précises de technique *dont ils sont privés chez nous*, malgré nos organisations particulières amplement suffisantes pour cet enseignement.

Il fait bon, en de telles circonstances, d'opposer la générosité Française à l'égoïsme Canadien.

Le professeur Clerc est aussi un entomologiste renommé. Nous avons vu ses fameuses collections d'insectes soigneusement classés dans des albums modestes rangés sur d'immenses rayons. Quelle patience!... Quelle science! Le grand médecin français est très souvent un artiste. N'y a-t-il pas chaque année à Paris, "le salon des médecins", très couru et hautement apprécié. Nous y voyons des œuvres de première valeur signées de noms rencontrés à chaque page de nos journaux de médecine.

Si la médecine est une science, elle est aussi un art; elle embrasse tous les arts. Les Français le savent bien!... Leur incontestable supériorité tient de leur vaste culture. En attendant le jour où nous pourrons les imiter, fréquentons-les et allons les entendre lorsqu'ils viennent au Canada.

Le ministre de France au Canada, M. Charles-Arsène Henry, vient de confirmer la nomination officielle du docteur Antonin Clerc, comme délégué de la Faculté de médecine de Paris et représentant spécial du gouvernement français au Congrès médical d'Ottawa.

Allons au Congrès d'Ottawa-Hull dans le somptueux "Château Laurier" où l'on siègera.

Le docteur Clerc présentera deux communications intitulées "*Formes cliniques de l'infarctus myocardique*" et "*Diagnostic et étiologie des tachycardies*". Il donnera aussi une démonstration clinique aux Hôpitaux avec interprétation des indications fournies par les électro-cardiogrammes et les orthodiagrammes.

Ce sera là une occasion unique pour nos médecins de profiter de l'enseignement théorique et pratique d'un maître comme le professeur Clerc. L'Association des médecins de langue française invite tous ceux qui n'ont pas encore donné leur adhésion au congrès des 6, 7 et 8 septembre prochain à se mettre en communication avec son secrétaire général, Casier postal 833, Ottawa.

L.

UN GRAND ORTHOPÉDISTE FRANÇAIS A OTTAWA

Le Docteur Robert DUCROQUET

On annonce officiellement que le docteur Robert Ducroquet, l'un des meilleurs orthopédistes de l'Ecole française, fera partie de la délégation qui viendra de France au Congrès des Médecins de langue française à Ottawa, les 6, 7 et 8 septembre prochain.

Chef de clinique adjoint du professeur Broca en 1924, il fut chargé à partir de 1925 du service d'orthopédie à l'hôpital Pretonneau et de la consultation d'appareillage de l'Hôtel-Dieu. Dans ces différents services, il

examine une moyenne de 40 à 50 malades par jour, tous cas des plus intéressants à propos desquels il fait profiter ses élèves de son expérience personnelle et des méthodes de son père, le docteur Charles Ducroquet qui fut, en son temps, une des gloires de l'orthopédie française.

C'est Charles Ducroquet qui, en France, mit au point nombre de questions orthopédiques : dès 1897, il précisait la technique du traitement de la luxation congénitale et des appareils plâtrés. Il eut à cette époque l'idée de transposer en orthopédie les découvertes nouvelles. Par la radiographie il pouvait contrôler les réductions de fractures et de luxations, tandis que la cinématographie lui permettait par des films représentant des boiteux en marche, de classer les claudications, d'en préciser les détails et la thérapeutique. Ce grand maître fut victime des merveilleuses découvertes qu'il appliquait. Une radiodermite contractée en 1900 l'enleva après une vie de labeur et de dévouement.

Le docteur Robert Ducroquet présentera au Congrès d'Ottawa deux communications intitulées : "Orthopédie corrective et curatrice des séquelles de la paralysie infantile" et "La luxation congénitale de la hanche". Il donnera ensuite deux démonstrations cliniques et opératoires à l'Hôpital Civique et à l'Hôpital Général.

Ce sera là une occasion unique pour nos médecins d'entendre l'enseignement de ce maître et de le voir appliquer les méthodes qu'il préconise. L'Association renouvelle son invitation à tous ceux qui n'ont pas encore donné leur adhésion au Congrès et les prie de se mettre en communication avec son secrétaire général, casier postal 833, Ottawa.

XXII^e CONGRES FRANÇAIS DE MEDECINE

Tenu à Paris du lundi 10 au mercredi 12 Octobre 1932

Sous la présidence du Professeur F. BEZANÇON

PROGRAMME PRELIMINAIRE

Trois questions seront l'objet des travaux du congrès :

- 1° La lympho-granulomatose maligne;
- 2° Les acrocyanoses;
- 3° Le traitement médico-chirurgical des abcès du poumon.

La séance solennelle d'ouverture se tiendra à la Faculté de Médecine de Paris, le Lundi 10 Octobre à 9 h. 30 du matin, sous la présidence de Monsieur le Président de la République.

Les autres séances auront lieu les matins à 9 h. 30, les après-midi à 3 heures à la Faculté.

LUNDI 10 Octobre à 10 h. 30.

Rapports sur la première question: Formes anatomo-cliniques de la lymphogranulomatose maligne.

Rapporteurs : M. Maurice Fabre (de Lyon) : *Caractères anatomo-cliniques de la granulomatose maligne; ses formes anormales.*

MM. Huys (de Bruxelles) et Gibert (de Genève) : *La radiothérapie de la lymphogranulomatose maligne.*

MM. R. Weissmann-Netter, J. Delarue et V. Ouransky (de Paris) : *Les résultats de l'expérimentation dans la lymphogranulomatose maligne.*

LUNDI 10 octobre à 15 heures.

Discussion des rapports et communications sur la première question.

MARDI 11 octobre à 9 h. 30.

Rapports sur la deuxième question : *Les acrocyanoses.*

Rapporteurs : MM. Maurice Villaret (de Paris), Justin Besançon (de Paris) et Cachera (de Paris) : *Physiologie pathologique des troubles vasculaires périphériques.*

MM. May (de Paris) et Layani (de Paris) : *Etude clinique de l'Acrocyanose essentielle.*

MARDI 11 octobre à 15 heures.

Discussion des rapports et communications sur la deuxième question.

MERCREDI 12 octobre à 9 h. 30.

Rapport sur la troisième question : *Traitement médico-chirurgical des abcès du poumon.*

Rapporteurs : MM. E. Sergent (de Paris) et Kourilsky (de Paris, avec la collaboration chirurgicale de MM. Baumgartner (de Paris) et Iselin (de Paris) : *Indications thérapeutiques, médicales et chirurgicales dans les abcès du poumon.*

M. G. Lardennois (de Paris) : *Les séquelles des abcès du poumon; chirurgie complémentaire et réparatrice.*

MM. L. Kindberg (de Paris) et Soulas (de Paris) : *Les méthodes bronchoscopiques et les suppurations pulmonaires.*

M. Etienne Bernard (de Paris) : *L'émetine dans le traitement des abcès du poumon.*

Note de la Rédaction: Le professeur Dubé, président de l'A. D. R. M., section canadienne, a pris l'initiative d'inviter l'Ass. Méd. L. F. au Canada en 1934. Comme membre du Bureau de cette grande association française j'approuve, de toutes mes forces, ce projet. En 1925, à Nancy, j'en avais formulé le vœu. Je souhaite qu'il se réalise pourvu que les gouvernements y participent. La province de Québec y adhère par la voix officielle de son Premier Ministre, l'hon. L.-A. Taschereau. Le Gouvernement Français n'y saurait être indifférent. Son ministre à Ottawa a accueilli et transmis à ses chefs l'heureuse nouvelle. Nous avons confiance dans le succès de ces démarches, grâce aux activités de nos associations respectives qui s'efforceront de faciliter les moyens de transport et de séjour des médecins français et étrangers. Nul doute que le Bureau du Congrès d'Ottawa exercera toute son influence auprès du Bureau de Paris.

L.....

CONGRES INTERNATIONAL DE LA LITHIASSE BILIAIRE

Vichy — 19-22 Septembre 1932.

Peu de questions médicales, au cours de ces dernières années, ont subi autant de modifications que le problème de la LITHIASSE BILIAIRE.

Signalons sommairement les principales controverses actuelles, pour montrer tout l'intérêt du Grand Congrès qui se prépare.

Tout récemment encore, on ne voyait, dans la Lithiasse, que la manifestation d'une infection microbienne locale de la vésicule biliaire.

La possibilité de lithiasse aseptique est admise par tous aujourd'hui. Fréquents sont les cas qui semblent relever: d'un trouble des fonctions muqueuse ou résorbante de l'hépithélium biliaire, d'une stase biliaire par atonie vésiculaire d'origine neuro-végétative, d'une modification de l'équilibre colloïdal des humeurs, ou surtout d'une hypercholestérolémie, sous la dépendance plus ou moins directe d'une insuffisance chronique de fonctionnement du foie.

Dans l'ensemble, on attache une importance sans cesse grandissante au foie, toujours lésé dans la lithiasse, comme les biopsies l'ont démontré; et l'on s'explique ainsi les liens de famille indiscutables qui l'unissent aux autres maladies de la nutrition (lithiasse urinaire, goutte, rhumatisme, obésité, diabète) susceptibles comme elle d'avoir une origine hépatique.

Il était admis, jusqu'ici, que les calculs ne se formaient que dans la vésicule. En réalité, il en naît dans les méandres du cystite, dans les canaux excréteurs, et même dans les canalicules biliaires intra-hépatiques, l'enlèvement de la vésicule n'arrivant donc pas toujours à mettre à l'abri des récidives.

La symptomatologie des coliques hépatiques peut être fournie par bien d'autres causes que la présence des calculs dans la vésicule; simple cholécystite, coliques protéiniques, congestion du foie, ptoses viscérales, etc...

L'ictère, même au cours de la lithiasse calculeuse la plus franche, est loin d'être toujours d'origine mécanique ou par occlusion. Souvent il provient d'un trouble fonctionnel de la cellule hépatique, et l'on conçoit que cette perspective fasse hésiter devant les risques d'une intervention chirurgicale, toujours nocive pour le foie.

La cholécystectomie précoce était en grande faveur il y a quelques années. On estimait qu'en enlevant la vésicule, cause de tout le mal, on aboutissait, comme pour l'appendicectomie, à une guérison radicale.

Les résultats ont été parfois bien décevants, en raison de la persistance des douleurs, et surtout de l'état constant de fragilité hépatique. Lorsqu'elle n'est pas imposée par les circonstances, on lui préfère la cholécystectomie, avec drainage, mais aussi le traitement médical et les cures thermales spécialisées, qui ont conservé toute leur faveur.

Par ailleurs, nombreuses sont les discussions sur les tenants et aboutissants des examens radiologiques, des recherches chimiques d'exploration fonctionnelle du foie, du drainage biliaire, de la diathermie, etc...

Ne pouvant aborder à la fois tant de points divers, le Comité du prochain Congrès s'est arrêté à trois sujets particulièrement en vue:

1o—Les séquelles de la cholécystectomie.

2o—Le traitement médical et hydrominéral du cholécyste dans la lithiase biliaire.

3o—Le foie lithiasique.

L'ensemble des rapports, des discussions, et des communications auxquels ces sujets donneront lieu, formera une large étude de tout le domaine de la lithiase biliaire et des multiples questions qui s'y rattachent.

Si l'on en juge par les nombreuses adhésions déjà reçues de toutes parts, les réunions médicales en préparation peuvent compter sur le plus grand succès.

Nous rappelons que la limite des inscriptions est fixée au 1er Août et que toutes les demandes de renseignements, adhésions et cotisations doivent être adressées à Monsieur le Docteur Jean AIMARD, Secrétaire Général du Congrès International de la Lithiase Biliaire, 24, Boulevard des Capucins—PARIS (9e).

L'UNIVERSITE DE MONTREAL

RAPPORT DE LA COMMISSION

Rendre l'édifice de la montagne habitable et y loger l'Université.

CONCLUSION

"Soldier le coût des travaux déjà exécutés; payer les matériaux déjà livrés sur le chantier, faire les travaux nécessaires à la protection des bâtisses, au coût de \$1,300,000; terminer les travaux d'intérieur d'un certain nombre de pièces dans la partie de l'immeuble réservée à l'Université proprement dite, de manière à aménager des espaces à peu près équivalents à ceux qui sont présentement occupés rue Saint-Denis et rue Saint-Hubert; et transporter toutes les facultés et écoles dans ce cadre restreint, en se contentant du budget actuel."

Telle est la recommandation que fait, dans son rapport au premier ministre, la Commission chargée il y a quelques mois par le gouvernement d'étudier la situation financière de l'Université de Montréal.

Les travaux de protection des bâtisses mentionnés ci-dessus coûteraient \$1,300,000.

Les travaux additionnels à l'immeuble se chiffraient entre \$5 et \$600,000.

La Commission invoque les arguments suivants en faveur de l'adoption de cette ligne de conduite :

a) Le seul moyen de garder intacts les édifices de la montagne, c'est de les habiter. Autrement, ils sont exposés à se détériorer, et ils représentent des millions immobilisés en pure perte.

b) L'Université, en se transportant à la montagne, supprime deux administrations ou, si l'on préfère, ramène à une seule, trois administrations. Autrement, elle est tenue de veiller aux immeubles de la rue Saint-Denis, de la rue Saint-Hubert et de l'avenue Maplewood.

c) L'Université pourra aussi tenter de vendre les deux immeubles qu'elle occupe actuellement, rue Saint-Denis et rue St-Hubert et de réaliser ainsi un capital liquide propre à l'aider à traverser les difficultés qu'elle a rencontrées.

d) Dans l'immeuble du Mont-Royal, les meubles, les bibliothèques, les appareils de laboratoire, le matériel seront à l'abri du feu.

e) Au point de vue pédagogique, l'Université occupera enfin plus d'espace, travaillera dans une atmosphère plus salubre et avec plus d'aise et d'efficacité.

f) Le bon effet moral sera considérable sur les professeurs, les étudiants et le public.

La Commission n'a pas encore terminé son travail et le document que nous publions plus bas n'a pas encore été signé par ses membres, mais il résume les travaux accomplis jusqu'à date par les commissaires. Il reste à ces derniers à suggérer au gouvernement le moyen de trouver l'argent nécessaire à l'exécution du projet.

La Commission travaille depuis le mois d'avril à renseigner le gouvernement de Québec sur la situation générale de notre grande maison d'enseignement et sur les moyens à prendre pour solutionner ses difficultés. Elle soumet au cabinet provincial trois projets de solution du problème universitaire canadien-français. Le premier consisterait à terminer l'immeuble de la montagne selon les plans établis et à y transporter toutes les facultés et écoles; le second à solder le coût des travaux déjà exécutés aux immeubles de la montagne, à parachever les travaux nécessaires à la protection des bâtisses et à fermer l'immeuble pour quelques années, sans l'occuper.

Le troisième projet est celui qui est énoncé dès le début de cet article et dont la Commission recommande l'adoption.

Mais, quand tous ces travaux auront été accomplis et toutes ces dépenses faites, le sort de l'Université n'en aura pas été amélioré. Elle restera dans les conditions pénibles et la situation précaire où elle se trouve présentement et tous les sacrifices d'argent qui viennent d'être faits ainsi que les frais d'entretien de l'immeuble de la montagne resteront sans aucun profit pour plusieurs années.

C'est pourquoi, votre Commission croit qu'il faudrait aller un peu plus loin dans l'effort commencé et, par l'immobilisation d'un capital additionnel de \$5 à 600,000, rendre possible l'adoption du troisième projet pour les raisons suivantes :

a) Le seul moyen de garder intacts les édifices de la montagne, c'est de les habiter. Autrement, ils sont exposés à se détériorer, et ils représentent des millions immobilisés en pure perte.

b) L'Université, en se transportant à la montagne, supprime deux administrations ou, si l'on préfère, ramène à une seule, trois administrations. Autrement, elle est tenue de veiller aux immeubles de la rue Saint-Denis, de la rue Saint-Hubert et de l'avenue Maplewood.

c) L'Université pourra aussi tenter de vendre les deux immeubles qu'elle occupe actuellement, rue Saint-Denis et rue Saint-Hubert et de réaliser ainsi un capital liquide propre à l'aider à traverser les difficultés qu'elle a rencontrées.

d) Dans l'immeuble du Mont-Royal, les meubles, les bibliothèques, les appareils de laboratoire, le matériel seront à l'abri du feu.

e) Au point de vue pédagogique l'Université occupera enfin plus d'espace, travaillera dans une atmosphère plus salubre et avec plus d'aise et d'efficacité.

f) Le bon effet moral sera considérable sur les professeurs, les étudiants et le public.

Votre Commission recommande donc que l'immeuble de la montagne soit rendu partiellement habitable, moins l'hôpital, et que l'Université s'y installe sans obérer davantage son budget actuel.

Reste la question financière. Comment trouver \$1,800,000 et un revenu annuel de \$200,000 représentant le déficit à combler?

NOS ANCIENS ELEVES REVIENNENT

Nous sommes heureux de saluer nos anciens élèves qui reviennent de Paris; le docteur Paul Bourgeois, urologue, à Notre-Dame; les docteurs Smith, Louis Bernard et Lefrançois, chirurgiens, à St-Luc; le docteur Morin, cardiologue à St-Luc. Le docteur Tétreault, accoucheur, à Ste-Jeanne d'Arc. Le docteur Ricard, chirurgien, ancien interne à Notre-Dame, vient d'entrer à Montréal.

Ces importantes recrues, que d'autres rejoindront bientôt, seront des acquisitions précieuses pour nos hôpitaux qui s'agrandissent rapidement. Nous leur souhaitons la plus cordiale bienvenue.

EMPLOI DEMANDE

Jeune fille au contrat de terminologie médicale et travaux de médecins — deux langues, désire travail de sténo-dactylographie, copie, etc., — possède machine à écrire et bureau privé. Passera à domicile prendre l'ouvrage sous dictée ou toute communication scientifique à dactylographier et une ou plusieurs copies. — Conditions des plus raisonnables. Ecrire à Mlle Métivier, 5205 Durocher, Appartement 14. — Ou téléphoner dans la matinée: WEst-mount 6380 — Après-midi: DOLLard 5684.

TABLE ALPHABETIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd, (<i>Haliver Oil</i>)	XII
Anglo-French Drug Cie., (<i>Le Laboratoire du Bactériophage</i>)	XXII
Ayerst, McKenna & Harrison, Limited, (<i>Beminal Liquid</i>)	XLVI
Bailly, A., Spécialités,	XVIII
Boulet R. & Brault Jules, (<i>Maladies des yeux, etc.</i>)	L
Breitenbach Co., M. J., (<i>Gude's Pepto-Mangan</i>)	I
British Drug Houses (Canada), Ltd, The, (<i>Butyrate de Manganèse B. D. H.</i>)	XXXII
Bristol-Myers Co., (<i>Sal Hepatica</i>)	XXIV
Canada Drug Company, (<i>Paveral</i>)	I
Canada Pond Tampon Co., (<i>Les Tampons Pond</i>)	XLVIII
Cardinaux, Paul, (<i>Gaiffe, Gallot & Pilon et Ropiquet, Hazard & Roycourt</i>). <i>Diathermie, Rayons X, Electrologie</i>	XI
Casgrain & Charbonneau Ltée. (<i>Hormocrine "F"-C. & C.</i>), (<i>Ovacrine C. & C.</i>)	XVI
Chapman Ltée, La Cie J. H., (<i>Instruments de Chirurgie</i>)	XXIV
Ciba, Compagnie Limitée, (<i>La Nupercaine "Ciba"</i>)	XXIV
Denver Chemical Manufacturing Co., (<i>Antiphlogistine</i>)	IX
de Passillé, H. B., (<i>Bronchodermine</i>)	XXVIII
de Passillé, H. B., (<i>Charbon Tissot</i>)	XXVIII
de Passillé, H. B., (<i>Sirop Guilliermond</i>)	XXVIII
de Passillé, H. B., (<i>"Yse"</i>)	XXVIII
de Passillé, H. B., (<i>Ludin</i>)	XXXVII
de Passillé, H. B., (<i>Seroma Rey</i>)	XXXVII
Duckett J. A., (<i>Orthopédie</i>)	XLIV
Eddé, J., Limitée, (<i>Pommade Midy</i>)	IV
Eddé, J., Limitée, (<i>Suppositoires Midy</i>)	IV
Eddé, J., Limitée, (<i>Hémostyl</i>)	XXIX

Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Codoforme Bottu</i>)	XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Archemapectol</i>)	XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Digibaïne</i>)	XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Solucamphre Delalande</i>) . .	XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (<i>Opocalcium</i>)	LII
Ouimet J. Alfred, (<i>Vittel</i>)	II
Ouimet, J. Alfred, (<i>Heudebert</i>)	XLII
Panneton, J. E. Dr, (<i>Electricité Médicale, Rayons X</i>)	

Troisième page intérieure de la couverture.

Parke, Davis & Cie., (*Haliver Oil*)

Quatrième page de la couverture.

Rougier Frères, (<i>Hepathemo</i>)	XVII
Rougier Frères, (<i>Spectrol</i>)	XXI
Rougier Frères, (<i>Natibaïne</i>)	XXI
Rougier Frères, (<i>Néotonine</i>)	XXIII
Rougier Frères, (<i>Calcifixine Irradiée</i>)	XXV
Rougier Frères, (<i>Rami</i>)	XXVI
Rougier Frères, (<i>Le Colitique</i>)	XXVII
Rougier Frères, (<i>La Stalysine</i>)	XXVII
Rougier Frères, (<i>Hémoglobine Deschiens</i>)	XXXI
Rougier Frères, (<i>Carnine Lefrancq</i>)	XXXIV
Rougier Frères, (<i>Dragées Gelineau</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Vin d'Anduran</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Elixir Ducro</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Chloral Bromure du Dr Dubois</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Quinoid</i>)	XXXV
Rougier Frères, (<i>Seidlitz Chanteaud</i>)	XLI
Rougier Frères, (<i>Stenol Chanteaud</i>)	XLI
Rougier Frères, (<i>Ureol Chanteaud</i>)	XLI
Rougier Frères, (<i>Sulphydral Chanteaud</i>)	XLI
Rougier Frères, (<i>Granules Antinausiques Chanteaud</i>) . .	XLI
Rougier Frères, (<i>Sirop Famel</i>)	XLIV
Rougier Frères, (<i>Uraseptine Rogier</i>)	XLV
Rougier Frères, (<i>Lactolaxine Fydau</i>)	XLV
Rougier Frères, (<i>Hémotonine</i>)	LIV

Rougier Frères, (<i>Névrosthénine Freyssinge</i>)	LIV
Rougier Frères, (<i>Chloramine Freyssinge</i>)	LIV
Rougier Frères, (<i>Capsules Dartois</i>)	LIV
Rougier Frères, (<i>Iodalose Galbrun</i>)	LVII
Rougier Frères, (<i>Prosthénase</i>)	LVII
Sanatorium de Blois	VIII
Sanatorium du Lac Edouard	X
Sanatorium Prévost	XIV
Sanatorium Prévost	XV
Schering (Canada), Ltd., (<i>Medinal</i>)	XXXVIII
Sorignet, Aug., (<i>L'eau précieuse</i>)	XXX
Wander, A., Limited, (<i>Ovaltine</i>)	XX
Warner, William R., Co. Ltd., (<i>Anusol</i>)	V
Waterbury Chemical Company of Canada, Limited, (<i>Waterbury's Compound</i>)	XXVI
Wintrop Chemical Company, Inc., (<i>Protargol</i>)	XXXVIII
Western Distributors Ltd., (<i>Protargol</i>)	XXXVIII

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

Comité de Direction

MM. Benoit, Boucher, (R.), Boulet, Bousquet, Bourgeois, Brunneau, DeCotret, Desloges, Dubé, Gérin-Lajoie (Léon), Harwood, Leduc, LeSage, Marien, Marin (Albéric), Marion (D.), Masson (D.), Mercier, Parizeau, Rhéaume, Roy, Saint-Jacques, Vidal.

Président: J. E. Dubé; Secrétaire-trésorier: J. A. Vidal.
Membre d'honneur: Professeur Pierre Masson.

Comité de Rédaction

MM. Amyot, Roma; Badeaux, François; Bellerose, Antonio; Bertrand, Albert; Boucher, Roméo; Brault, Jules; Comtois, Albert; DeGuise, Albert; Desloges, Alfred; Doré, Réal; Dubé, Edmond; Dutilly, Arthème; Fauteux, Mercier; Fontaine, Rosario; Gérin-Lajoie, Léon; Lapierre, Gaston; Legrand, Emile; Letondal, Paul; Magnan, Arthur; Marin, Albéric; Marion, Donatien; Mathieu, Emile; Mercier, Oscar; Mousseau, J. Alfred; Pépin, Roméo; Rivard, Jos; Saucier, Jean; Simard, Charles; Trottier, Ernest; Vidal, J. Avila.

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

Prix de l'abonnement pour 1932

Canada et Etats-Unis	\$3.00
Etranger (pays faisant partie de l'Union Postale)	4.00
Etudiants	1.50
Prix du numéro	0.50

Conditions de Publication

L'Union Médicale du Canada paraît tous les mois par fascicules de 60 pages. Chaque numéro contient des mémoires originaux, des faits cliniques, une revue générale, un mouvement médical, des notes de pharmacologie, des analyses et des nouvelles médicales.

Le Comité de Rédaction accepte des articles de tous les médecins à condition que ceux-ci n'aient pas déjà été publiés dans un autre journal. Les Mémoires Originaux ne doivent pas excéder 15 pages; les Faits Cliniques auront un maximum de 5 pages et les Revues Générales comprendront au plus 10 pages.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé franco, au rédacteur en chef, Dr Albert LeSage, 260, Square Saint-Louis, ou au secrétaire, Dr Léon Gérin-Lajoie, 1414, rue Drummond, Montréal, Téléphone: Harbour 8444.

Tout ce qui concerne l'administration doit être adressé franco à M. T. Valiquette, administrateur, 3705 rue St-André, ou Boîte Postale 3026.

SUITE DU SOMMAIRE

VARIETES

De la préparation à l'enseignement médical français	P. DESFOSSES	1067
L'enseignement classique et la médecine	Paul DUBE	1072

REVUE DES LIVRES

Contribution à l'étude du chorio-épithélome malin. Robert Merger . .	Albert JUTRAS	1075
--	-----------------------	------

FORMULAIRE

Liniments	L...	1077
---------------------	--------------	------

BULLETIN

Le Congrès Médical d'Ottawa-Hull . .	Albert LeSAGE	1086
--------------------------------------	-----------------------	------

NOUVELLES

Asociation des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord — renseignements généraux — programme		1087
Avis du service provincial d'hygiène		1094
Cours de perfectionnement à l'hôpital St-Luc		1094
Bureau de médecin à louer		1098



ANALYSES

CHIRURGIE

Cancer du rectum et recto-sigmoïde (p. 1078). Du rôle de l'hémorragie dans les plaies abdominales par armes à feu (p. 1078).

MEDECINE LEGALE

Sept cas d'argyrie généralisée (1083). Traumatisme et maladie de Basedow (1083).

PEDIATRIE

Recherches sur les fixateurs du calcium. Uviosensibilité et uviorésistance (p. 1078). Contribution à l'étude du métabolisme du phosphore au cours des angines diphthériques (p. 1079). L'hypophosphatémie est-elle le stigmate sanguin essentiel du rachitisme (p. 1080)?

NEURO - PSYCHIATRIE

Le tic douloureux a-t-il une étiologie définie (p. 1084)? Le traitement préventif de la méningite dans les fractures du crâne (p. 1084).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Arthrodèse de la hanche dans la coxalgie (p. 1082).

LABORATOIRE

Blennorragie gonococcique et non-gonococcique (p. 1085).