MÉMOIRES

DU TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE DU GRANULOME PYOGÉNIQUE

Par Albéric MARIN,
Chef du service de dermato-syphiligraphie à l'hôpital Notre-Dame.

Le granulome pyogénique (ou botryomycome) se présente histologiquement comme le *bourgeon charnu* et cliniquement sous forme d'une petite tumeur de volume variable.

Cette production inflammatoire est due à des pyocoques. Elle surgit le plus habituellement à la suite d'une piqûre ou d'une légère excoriation qui a quelque peu suppuré. Un bourgeonnement s'observe qui grossit peu à peu. A la période d'état, c'est une élevure mollasse, facilement saignottante, croûtelleuse ou d'une rouge vif. Sa surface, non recouverte d'épiderme, est parfois lisse, parfois granuleuse comme celle d'une framboise. La base en est étranglée ou pédiculée. Sa taille peut être d'un pois ou atteindre celle d'une cerise.

Cette tumeur survient à tout âge, chez les deux sexes et peut se rencontrer sur différents points de la peau ou des muqueuses. Elle peut persister fort longtemps et causer des ennuis multiples. Chez des gens d'un certain âge qui ont la hantise du cancer elle suscite des craintes sérieuses, particulièrement lorsqu'elle siège aux lèvres ou à la muqueuse buccale.

Divers traitements ont été préconisés: procédés chirurgicaux, physiothérapiques, médicamenteux, jusqu'à des injections intraveineuses de Novar. (Pouzin)

Passons-les brièvement en revue.

Les caustiques chimiques (Pâte de Vienne, acides forts, etc,) obtiennent une nécrose des assises superficielles seules, obligent à des applications multiples et douloureuses, abîment la peau saine avoisinante, laissant une large cicatrice.

Le curettage seul est d'ordinaire inopérant s'il n'est immédiatement suivi d'autres mesures: cautérisations chimique ou physique, irradiation...

L'exérèse chirurgicale exige une ablation assez large et profonde afin de ne pas exciser en territoire infecté. En dépit de cette précaution la réunion est rarement de première intention ou une récidive survient qui conduit à une nouvelle intervention dont les résultats ne sont parfois pas plus heureux que ceux de la précédente. Et il subsistera une cicatrice des plus marqués.

La galvano ou thermocautérisation est passible des mêmes reproches que la cautérisation chimique: séances multiples, douloureuses, cicatrice apparente.

L'électro-dessication (Andrews) ou mieux l'électro-coagulation si elle est faite massivement peut détruire le granulome en une seule séance. Mais la guérison en est lente et souvent la cicatrice est exubérante.

Les rayons ultra-violets (Civate et Charpy) ont bien peu de pénétration pour agir sur cette tumeur dont la base d'implantation a tout de même certaine profondeur. Cette méthode exige plusieurs séances avec des résultats aléatoires. Nous en avons traité 3 cas avec la lampe Kromayer (compresseur de quartz, séances de 10 minutes), sans guérison.

Les Rayons X (Dubreuil, MacKee) *et le Radium* donnent ici les meilleurs résultats. Aux endroits facilement accessibles (peau et orifices) nous utilisons les rayons X, réservant le radium aux cavités naturelles.

Pour les rayons, nos constantes sont: transformateur industriel, *contact tournant,* tube Coolidge.

Tension: 100 kilovolts. Intensité: 2 milliampères. Distance anticathode-peau: 20 centimètres. Pas de filtre. Temps 3 minutes et 45 secondes donnent 5 H.

Dose: de 15 à 20 H nus.

Nous avons quelquefois utilisé le radium en radium puncture: aiguille de 5 milligrammes, paroi de ½ millimètre d'acier chromé (laissant passer environ 17% de rayons bêta).

L'aiguille est laissée en place de 2 à 5 heures selon les dimensions de la lésion.

Nous avons le plus souvent fait nos applications en surface avec une plaque de 10 milligrammes.

Si la tumeur est de faible volume, la plaque, recouverte de caoutchouc, est mise en contact durant 2 heures.

Si la néoplasie est de forte taille (fraise, cerise) nous filtrons avec 2 millimètres de cuivre enveloppé de caoutchouc et laissons en contact 15 heures.

Là où il est possible (peau et orifices) le pédicule du granulome est étroitement encerclé de plomb par deux feuilles, présentant chacune une encoche semi-lunaire, qui par leur rapprochement en étranglent la base et laissent la tumeur débordante et exposée. De cette façon le granulome et son pédicule sont irradiés seuls et la peau saine avoisinante n'offre jamais de réactions consécutives.

Après l'irradiation (par rayons X ou par radium) les pansements secs avec nettoyages quotidiens au sérum physiologique sont prescrits. Nous les recommandons sans trop croire à leur nécessité depuis que nous avons observé cinq cas d'une malpropreté notoire guérir tout aussi rapidement que ceux qui furent d'une méticulosité extrême.

Chez tous nos malades après environ une semaine de silence nous avons vu la tumeur se ratatiner peu à peu, se déssécher, s'aplatir pour enfin se résorber dans environ 4 ou 6 semaines.

Il ne subsiste qu'une cicatrice punctiforme au lieu d'implantation du pédicule. Ce point cicatriciel, blanchâtre et plan, n'est que fort peu apparent, beaucoup moins visible que les traces que peuvent laisser les autres procédés. Cette considération esthétique a son importance lorsque la lésion siège aux parties découvertes.

Nous n'avons jamais été tenus de répéter la dose, n'ayant nulle part enregistré d'échec,ni observé de récidive avec la technique et la dose utilisées.

Nous n'avons noté aucune différence entre les rayons X et le radium quant à la rapidité de la guérison et à la cicatrice consécutive.

Nous donnons le résumé sommaire de 15 observations de porteurs de granulome pyogénique que nous avons eu l'occasion de traiter depuis mai 1928. Les dix premiers cas proviennent de la Clinique Dermato-Syphiligraphique de l'hôpital Notre-Dame de Montréal.

Obs. I. — H. F..., 12 ans, 7 mai 1928. Dossier 58 de la Clinique Dermato-Syphiligraphique. Granulome pyogénique de la face palmaire du pouce gauche, évoluant depuis 5 mois. Volume d'une fraise. Rayons X: 20 H. nus Guérison en 5 semaines.

Obs. II. — D. R..., 29 ans, 25 septembre 1928. Dossier 409. Gr. py., face interne du poignet droit, évoluant depuis 3 mois. Volume d'une cerise. Galvanocautérisation. Récidive. Novembre 1928. Rayons X: 20 H. nus. Guérison en 6 semaines. Cicatrice large comme une pièce de 10 sous, à cause de la cautérisation.

Obs. III. — G. P..., 45 ans, 24 décembre 1928. Dossier 680. Gr. py., face latérale de l'annulaire droit, évoluant depuis 2 mois. Volume d'un gros pois. 4 séances de Kromayer sans amélioration. Rayons X: 15H. nus. Guérison en 4 semaines.

Obs. IV. — L. M..., 24 ans, 20 mars 1929. Dossier 859. Gr. py., joue droite, près de la commissure labiale, évoluant depuis 3 semaines. Volume d'une fève. Rayons X: 15H. nus. Guérison en 4 semaines.

Obs. V. — H. I..., 16 ans, 6 mars 1930. Dossier 1710. Gr. py., pouce gauche, extrémité distale, face palmaire, évoluant depuis 2 mois. Volume d'une fève. 5 séances de Kromayer sans amélioration. Rayons X: 15H. nus. Guérison en 5 semaines.

Obs. VI. — D. A.... 14 ans, 17 avril 1930. Dossier 1798. Gr. py., face interne de la lèvre inférieure, évoluant depuis 3 mois. Volume d'un petit pois. Electro-dessication profonde. Guérison en 5 semaines, avec cicatrice légèrement saillante de la dimension d'une fève.

Obs. VII. — D. L..., 15 ans, 19 décembre 1930. Dossier 2403. Gr. py., face interne de la joue droite, juxta-commissurale, évoluant depuis un mois. Volume d'une grosse cerise. Electro-coagulation. Récidive, en 3 semaines, du volume d'une fève. Radium en surface: 10 mgrs., filtré sur caoutchouc; 2 heures. Guérison en 5 semaines. Cicatrice assez large à cause de l'électro-coagulation.

Obs. VIII. — St-O. L..., 19 ans, 12 février 1931. Dossier 2550. Gr. py., lèvre inférieure en son bord libre, évoluant depuis 2 mois. Volume d'une cerise. Traité en ville sans résultat par étincelage de haute fréquence. Rayons X: 20H. nus. Guérison en 6 semaines.

Obs. IX. — R. S..., 11 ans, 4 août 1931. Dossier 3234. Gr. py., face palmaire de la main droite, évoluant depuis 2 mois. Volume d'une grosse cerise. 4 séances de Kromayer sans amélioration. Rayons X: 20H. nus. Guérison en 6 semaines.

Obs. X. — R. L..., 37 ans, août 1927. Gr. p., lèvre inférieure, évoluant depuis 3 mois. Volume d'une fraise. Subit de nombreuses applications caustiques. Radium puncture: 5 mgrs. durant 5 heures. Guérison en 5 semaines.

Obs. XI. — Dr De S..., 40 ans, septembre 1929. Gr. py., racine du pouce droit, évoluant depuis 3 semaines. Volume d'un pois. Rayons X: 15H. nus. Guérison en 4 semaines.

Obs. XII. — A. L..., 18 ans, octobre 1929. Gr. py., rebord interne de la lèvre supérieure, évoluant depuis un mois. Volume d'une fève. Radium en surface: 10 mgrs., filtré *sur* caoutchouc, durant 3 heures. Guérison en 5 semaines.

Obs. XIII. — A. B..., 20 ans, février 1930. Gr. py., rebord inférieur du pavillon de l'oreille droite, évoluant depuis 2 mois. Volume d'une cerise. Radium en surface: 10 mgrs., filtré sur 2 m. m. de cuivre durant 15 heures. Guérison en 6 semaines.

Obs. XIV. — L. P..., 47 ans, novembre 1930. Gr. py., pointe du menton, évoluant depuis 6 mois. Volume d'une grosse fève. Subit plusieurs galvanocautérisations superficielles. Rayons X: 20H. nus. Guérison en 5 semaines.

Obs. XV. — O. F..., 30 ans, mars 1931. Gr. py., angle commissural droit, évoluant depuis 4 mois. Volume d'une fraise. Radium en surface: 10 mgrs., filtré sur 2 m. m. cuivre, durant 15 heures. Guérison en 5 semaines.

En résumé, les 14 granulomes que nous avons irradiés ont rétrocédé devant une seule irradiation massive; ceux qui ne subirent pas d'autres interventions préalables ne laissèrent qu'un point cicatriciel à peine visible.

L'intervention est indolore, ne donne suite à aucune séquelle désagréable, et donne guérison en 6 semaines et moins.

Nous croyons que la radiothérapie par rayons X ou par radium constitue le traitement de choix du granulome pyogénique.

LES KYSTES ET LES TUMEURS DU MÉSENTÈRE

Par L. Blagdon, F.R.C.S. (Canada),
Professeur agrégé de l'Université de Montréal,
Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

Certains auteurs placent sous la même rubrique ces deux affections et les distinguent tout simplement par la dénomination de tumeurs liquides et de tumeurs solides. Je crois que cette terminologie n'est pas très exacte, car un kyste n'est pas une tumeur, mais plutôt une tuméfaction "produite par une accumulation de liquides dans une cavité dilatée d'une glande", (professeur P. Masson), ou encore par un épanchement bien circonscrit, encapsulé et limité par une paroi conjonctive. Tandis que "les tumeurs sont des édifices purement tissulaires ou cellulaires dont le mécanisme essentiel est la prolifération des cellules d'une région déterminée." (Idem.)

Mais parmi les kystes et les tumeurs du mésentère, il y en a des vrais et des faux, ou si l'on veut, des primitifs et des secondaires. Nous ne parlerons dans cet article que des types vrais ou primitifs, laissant de côté les métastases mésentèriques et les kystes d'un organe voisin, qui adhèrent parfois si intimement au mésentère qu'on s'expose à les confonde avec les kystes vrais.

Bien que les kystes et les tumeurs du mésentère soient des raretés chirurgicales (il y en a moins de 300 cas rapportés dans la littérature), ils sont cependant connus depuis longtemps. Rokitansky les signale dès 1842 et Tillaux, le premier, je crois, enleva une tumeur du mésentère vers 1880.

Classification. Tout récemment, Rankin et Major de la Clinique Mayo, ont publié 22 observations dans lesquelles ils classifient leurs cas en tumeurs liquides ou kystiques: kystes chyleux, séreux, hématiques; et en tumeurs solides : lipomes, fibromes et sarcomes. Moyniham d'autre part, divise les kystes du mésentère en kystes séreux, chyleux, hydatiques, hématiques, dermoïdes et en sarcomes kystiques, tandis que Lecène et Leriche en font deux classes, l'une comprenant les kystes dermoïdes, hydatiques, entéroïdes juxta-intestinaux, l'autre les kystes d'origine lymphatique: chyleux et séreux (lymphangiômes kystiques). Enfin Desgouttes et Ricard de Lyon n'admet-

tent, comme vrais kystes du mésentère, que les kystes séreux et chyleux. Ils excluent les autres variétés sous prétexte "qu'elles ne revêtent dans le mésentère aucun caractère différent de celui qu'elles présentent dans une autre région de l'organisme." Quant à Porter, Higgins, Loyd, Dowd et d'autres, ils classent ces affections avec des variantes qu'il serait trop long et pour le moins superflu d'énumérer ici. Si la classification des kystes diffère autant, cela provient de la difficulté que nous avons à prouver leur origine.

Etiologie. Plusieurs théories sont invoquées, hypothétiques pour la plupart. Les principales, en résumé, sont les suivantes :

A) Théorie lymphatique: les partisans de cette théorie soutiennent que les kystes chyleux et séreux proviennent soit de vaisseaux lymphatiques pathologiquement dilatés (Fumagalli), soit d'un processus néoplasique d'origine ganglionnaire ou lymphatique.

B) La théorie congénitale, défendue par Desgouttes et Ricard et d'autres, explique l'origine des kystes entéroïdes par exemple, par l'inclusion de fragments d'intestins entre les feuillets du mésentère pendant la vie foetale, (dans certains cas, véritables diverticules, qui, détachés de l'intestin, demeurent emprisonnés dans le mésentère). D'après cette théorie, les kystes rétro-péritonéaux ou méso-coliques auraient comme point de départ, des débris de la glande génitale, des vestiges wolfiens.

C) La théorie hématique prétend démontrer que les kystes sanguins et séreux sont dus soit à une hémorragie ancienne localisée dans le mésentère, sans participation active des lymphatiques (Rankin et Major), soit à une hémorragie produite dans un kyste préexistant.

Bien que la théorie congénitale ait le plus grand nombre d'adeptes, les autres me paraissent défendables et peuvent même coexister, chacune s'appliquant à un cas différent.

L'étiologie des tumeurs est moins obscure. Les plus fréquentes et les plus bénignes heureusement, sont les lipomes. Cependant, dans la statistique de la Clinique Mayo, mentionnée plus haut, les sarcomes sont plus nombreux que les autres variétés. Les fibromes seraient très rares, d'après Lecène et Leriche. Les auteurs sont à peu près d'accord pour attribuer une origine wolfienne aux tumeurs de l'espace rétro-péritonéal. La transformation kystique des tumeurs malignes (les sarcomes entre autres) se rencontre fréquemment.

Topographie. Tous les kystes, quel que soit leur contenu et qu'ils soient unis ou multi-loculaires, peuvent se trouver dans n'im-

porte quelle région du mésentère et du petit intestin, dans les mésocolons ou en arrière du péritoine postérieur. Ceux qui sont situés dans ces deux derniers endroits ne sont pas considérés comme étant des kystes vrais du mésentère, par certains chirurgiens (surtout par ceux de l'école française). Quant aux tumeurs, elles habitent plus souvent la région iléo-cœcale.

Symptomatologie. Les symptômes sont variés et il n'existe pas de signe pathognomonique nous permettant d'affirmer la présence d'un kyste ou d'une tumeur du mésentère. Le diagnostic est donc toujours difficile et souvent impossible. Parfois, l'intervention d'urgence est jugée nécessaire parce qu'il existe des symptômes de volvulus et d'obstruction intestinale, comme dans l'observation personnelle que je rapporte ci-après. Dans certains cas, où aucune masse n'était perceptible on a pu croire à une appendicite chronique ou à une appendicite aiguë avec ou sans péritonite; ces diagnostics erronés ont été faits par quelques chirurgiens. Pendant longtemps les kystes ne présentent aucun inconvénient en dehors d'une sensation de tiraillement ou de pesanteur, accompagnée ou non de douleur. Mais on sera justifiable de penser à un kyste du mésentère chaque fois qu'on rencontrera une masse volumineuse, à évolution chronique, très mobile, surtout dans le sens transversal, fluctuante, pointant vers l'ombilic et entourée d'une zone de sonorité. Il ne faudra pas la confondre avec un kyste de l'ovaire.

Les tumeurs sont tout aussi difficiles à diagnostiquer et, suivant leur localisation, elles pourront simuler un cancer du cœcum ou d'une portion quelconque du colon. Les tumeurs rétro-péritonéales sont généralement fixes. Dans plusieurs circonstances, le lavement baryté nous fournira de précieux renseignements en déterminant si la tumeur est extra-intestinale ou non.

Traitement. Evidemment chirurgical, il diffèrera suivant les cas. La méthode idéale est sans aucun doute l'extirpation complète, mais celle-ci n'est pas toujours possible car l'intervention est très délicate et très laborieuse. Les adhérences intestinales sont toujours très résistantes et parfois si intimes qu'elles nous obligent à faire une résection de la portion de l'intestin en cause. Un autre ennui, et non le moindre, nous vient des vaisseaux mésentériques dilatés qui risquent d'être lésés au cours des manœuvres opératoires. Cet accident peut entraîner une gangrène de l'intestin avec toutes ses conséquences.

La marsupialisation, suivie d'un tamponnement à la Mikulicz, est une autre méthode fort utile à employer, dans les cas où l'énu-

cléation est impossible, et quelques chirurgiens la pratiquent d'emblée. Elle présente l'inconvénient d'une convalescence longue, pénible, suivie d'adhérences douloureuses, de fistules et parfois de récidive, sans mentionner l'éventration presqu'inévitable qui en résulte.

Pronostic opératoire. Je me contenterai de citer Desgouttes et Ricard qui nous fournissent les renseignements et commentaires suivants: "Les chiffres de mortalité, dans l'extirpation, oscillent en effet entre 25% et 40%. Nous avons l'impression qu'à l'heure actuelle ils ont diminué, mais il n'existe pas de statistique d'ensemble récente. Celle de Brismade, en 1908, donne encore 33% de morts, alors que la marsupialisation n'en impliquerait que 4%, à opposer aux 9% d'Arekion et aux 7% de Goggans. Mais celle ci expose non seulement à la fistule, mais encore à l'éventration. Aussi, connaissant exactement la topographie de la région, averti des dangers que l'on va rencontrer et sachant où l'on doit s'y heurter, faut-il toujours choisir l'extirpation, seule thérapeutique." Le pronostic est généralement mauvais dans les cas de tumeurs inopérables; la radiothérapie les influence parfois favorablement et elle est conseillée par quelques chirurgiens.

OBSERVATION.

J'ai eu l'occasion d'opérer un kyste rétro-péritonéal il y a quatre ans et l'observation ci-dessous me paraît assez intéressante pour être ajoutée à la liste des cas relativement peu nombreux publiés juqu'ici.

Madame O. M., âgée de 33 ans, présentant depuis deux jours des symptômes d'occlusion intestinale partielle et se plaignant d'une masse dans son abdomen, fut admise à l'hôpital Notre-Dame, le 17 septembre 1928. Le début de ses malaises remontait à un an et l'apparition de cette masse s'était manifestée par des douleurs dans la fosse iliaque et le flanc gauches, avec sensation de pesanteur lombaire. Ces troubles augmentèrent graduellement en même temps que la tuméfaction. Deux jours avant son entrée, la malade fut prise subitement de crampes abdominales, accompagnées de vomissements. Un lavement donné la veille n'avait pas été effectif; constipation absolue mais sans arrêt des gaz.

Antécédents familiaux: rien d'intéressant à noter.

Antécédents personnels: hystérectomie sub-totale pour métrite et kystes ovariens, en 1923; soit quatre ans avant la crise actuelle.

Examen. Présence d'une tuméfaction volumineuse, matte, rénitente, lisse, entourée d'une zone de sonorité, remplissant presque toute la fosse iliaque gauche et remontant jusqu'au niveau de l'ombilic. Cette tuméfaction est fixe et nous donne l'impression de contenir des liquides; elle ressemble à un

kyste de l'ovaire. Le toucher vaginal nous permet de constater que le col utérin est atrophié, mobile, et que les culs-de-sac sont libres. Le corps de l'utérus est absent. L'état général est bon, malgré un pouls un peu rapide. La température est normale ainsi que la formule sanguine. L'exploration radiographique par lavement baryté n'a pu être faite. La malade souffre beaucoup et accepte l'intervention d'urgence, que nous lui conseillons parce que nous craignons une occlusion intestinale dans les heures qui vont suivre.

Opération: anesthésie à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale, dans l'ancienne cicatrice. Enucléation laborieuse d'un énorme kyste hématique à parois très minces. Le colon descendant et le sigmoïde lui adhèrent latéralement et il existe un rétrécissement d'origine inflammatoire à ce niveau: une sigmoïdite qui explique les phénomènes d'obstruction relatés plus haut. De l'autre côté de la masse, à son pôle supérieur, près de la ligne médiane, nous éprouvons beaucoup de difficulté à libérer deux anses grêles fortement adhérentes aussi. La base du kyste est en contact intime avec le méso-colon d'un côté, le mésentère de l'autre, et en arrière avec le péritoine pariétal postérieur. De gros vaisseaux dilatés la sillonnent, et au moment de terminer l'extériorisation nous avons beaucoup d'ennui à arrêter une hémorragie veineuse assez importante. Finalement, le kyste est enlevé en totalité et un petit Mikulicz est laissé en place à cause d'un suintement sanguin qui persiste.

Rapport du laboratoire, fait par le Professeur P. Masson: "Kyste du mésentère, dont la cavité est remplie de détritus amorphes et dont la paroi est formée par une lame fibro-adipeuse répondant à du péritoine légèrement sclérosé. En bordure de cette lame on observe une importante prolifération de cellules épithéliales péritonéales qui pénètrent dans la masse détritique et donnent naissance à des couches de péritonite plastique. Il n'existe pas de tissu ovarien reconnaissable."

Suites post-opératoires: elles furent mouvementées et inquiétantes pendant quatre ou cinq jours. Le ballonnement abdominal et la parésie intestinale ne cédèrent qu'avec la disparition du Mikulicz, au sixième jour. La plaie suppura les jours suivants pour se cicatriser complètement le 8 octobre. La patiente sortit guérie 21 jours après son admission. Je l'ai revue nombre de fois depuis et tout dernièrement encore elle me dit n'avoir plus jamais ressenti de malaise du côté de son abdomen.

Conclusion. L'étiologie des tumeurs et des kystes du mésentère est encore obscure et l'examen anatomo-pathologique n'est pas toujours concluant.

Le diagnostic est souvent difficile à faire. A moins de contre-indication, le lavement baryté nous rendra service. Dans l'observation ci-haut décrite, le cas était plutôt facile à diagnostiquer, vu la présence de la masse, sa renitence, son évolution et aussi en raison de l'absence des ovaires, dont les lésions auraient pu nous induire en erreur.

L'intervention d'urgence est souvent indiquée et elle doit être aussi radicale que possible. Malgré les difficultés que comporte l'o-

pération, le pronostic n'est pas toujours aussi sombre qu'on serait porté à le croire, surtout s'il s'agit de kystes; les tumeurs malignes par contre, récidivent assez souvent sur place ou produisent des métastases. Enfin, "certaines tumeurs inopérables réagiront favorablement à la radiothérapie". (A. Westman).

BIBLIOGRAPHIE.

KEY and WILKINSON. — *Annals of Surgery.* — 115. — 1911.

PROF. P. MASSON. — Tumeurs — Diagnostics histologiques, p. 6; Maloine, Paris, 1923.

BARTLETT EDWIN, I. — Surg. Clin. N. Am., 3-811-821, june, 1923.

WESTMAN, A. A. — Acta. Chir. Scand. — 59:34-19 (march 21) 1925.

LECENE et LERICHE. — Tome 3-204-207 — Thérapeutique Chirurgicale. — 1926.

POLCENIGO Piero. — II, Policlinico (Prac. Sect.); 33:937-939. — July 5, 1926.

FUMAGALLI, C. R. — L'Ospedale Maggiore; 15:473-480. — déc. 31, 1927.

DESGOUTTES et RICARD A. (de Lyon) — Journal de Chirurgie, T. xxx 11. No 3, — 1928.

ALESEN L. A. — California and Western Medicine; 30:261-262. — (april) 1929.

WEICHERT, MAX. — Brun's Beitage zur Klinischen Chirurgie; 145:599-601. — Feb., 1929.

JACKSON, A. S. and EWELL, G. H. — The Wisc. Medic. Journal; 28:364-365. — Aug. 1929.

FRED. W. RANKIN and S. G. Major — (Mayo Clinic); 809-816. — Surg. Gynec. and Obstet. 1932.

LE BRÛLEMENT DE LA LANGUE, PETIT SIGNE D'ULCUS

Par Roméo BOUCHER,
Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame,
Médecin-en-chef de l'Hôpital Saint-Luc.

Il y a déjà beau temps que les auteurs ont attiré l'attention sur l'état de la langue dans les maladies du tube digestif. Entre le fameux aphorisme : "la langue est le miroir de l'estomac" et la négation de toute valeur aux divers aspects de la langue, il existe toute une marge sur laquelle des noms connus vinrent s'inscrire à tour de rôle. Lasègue, Bouveret, Robin, Hayem, Lion sont ceux qui étudièrent le plus à fond la pathologie linguale. A vrai dire, ils y attachèrent vraiment trop d'importance. Mais petit à petit survint le démembrement de leurs observations, si bien que l'étude clinique de la langue, excepté dans certaines maladies bien déterminées, perdit beaucoup de l'importance qu'on lui avait attribuée et sombra dans l'oubli.

Cependant, depuis quelques années, du moins en ce qui concerne le tube digestif, on semble revenir un peu sur cette indifférence. Les auteurs signalent la participation symptomatique de la langue dans ce qu'on appelle aujourd'hui communément la "maladie de l'ulcus". Comme il n'est pas rare de rencontrer dans les maladies de l'estomac, à sécrétion acide particulièrement, l'excitation par voie réflexe des glandes salivaires et la sialorrhée, le milieu buccal se trouve par ce fait même changé et certaines modifications de la langue peuvent survenir.

D'autres, comme Glaessner, faisant intervenir l'action des régurgitations acides et des vomissements sur l'épithélium lingual dans l'ulcus gastrique et duodénal ont noté de nombreuses lésions. Et ce dernier en décrit une qu'il considère comme typique dans l'ulcus. "Ce sont de singulières défectuosités de la langue que l'on "trouve dans les cas d'ulcus gastrique et duodénal, et qui semblent "fort intéressantes pour certains cas de cette maladie. Il s'agit de "l'apparition de simples ou multiples défectuosités de l'épithélium "situées plus souvent dans l'arrière-partie de la langue, soit dans

"la ligne médiane ou devant les grandes papilles, souvent aussi "symétriquement ou unilatéralement qui mettent le corium de la "langue à nu. Elles sont de formes ovale, ronde, parfois oblongues, "tout à fait superficielles, non douloureuses et font l'effet d'un ul-"cus superficiel: elles apparaissent le plus fréquemment à côté de "la ligne médiane de la langue, ont de 2 à 8 millimètres de gran-"deur, pas de bords relevés et donnent à la langue un aspect carac-"téristique. Ce qui est intéressant dans ces altérations, c'est qu'elles "ne se présentent que dans des cas d'ulcérations digestives, qu'elles "existent aussi longtemps que les ulcérations et disparaissent pa-"rallèlement, l'épithélium normal se réorganisant en couvrant la "défectuosité." (Paris Médical, 12 mars, 1932.).

Selon cet auteur, on ne rencontrerait ces lésions que dans les cas d'ulcus simplex, mais parfois aussi dans certains cas d'ulcus cancérisé, comme il a pu le vérifier chez deux opérés. A l'heure actuelle, il en a observé plus de soixante cas .

Comme on le voit, la langue peut présenter dans les cas d'ulcus des signes objectifs fort intéressants.

Il existe d'autre part des signes subjectifs non moins dignes d'attention, au nombre desquels nous citerons plus particulièrement le brûlement de la langue. L'ulcus et parfois le cancer sont la cause éventuelle de certaines irradiations douloureuses pouvant se prolonger jusqu'à la pointe de la langue, irradiations se traduisant par des sensations de brûlures, procédant par crises lancinantes et paroxystiques chez certains sujets et de façon continue mais moins intense chez d'autres sujets. Nous avons pu en observer une vingtaine de cas et c'est sur ce signe que nous voulons insister. Le brûlement de la langue, une fois qu'il a fait son apparition, est un symptôme extrêmement rebelle et un bon indice d'ulcus gastrique. N'oublions pas que cette maladie s'étant depuis longtemps manifestée par de multiples troubles digestifs, s'accompagne aussi d'un certain état névropathique qui, selon Loeper, déforme, exagère ou entretient la manifestation initiale. C'est pourquoi le brûlement de la langue est si tenace, au même titre, du reste, que toute autre manifestation douloureuse de l'estomac, les brûlements de l'estomac, en particulier.

Nous avons eu l'occasion de rencontrer ce signe maintes fois au hasard de la clientèle ou de notre service hospitalier. Mais dans cinq cas surtout, dont deux vérifiés à la salle d'autopsie et trois

à la salle d'opération, nous avons pu confirmer nos prévisions diagnostiques.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 47 ans, venue nous consulter, en juillet 1926, pour des troubles digestifs, s'accentuant de façon progressive et procédant par poussées, et pour une sensation de brûlure à la langue, presque continuelle depuis six mois. Etat psychique très atteint. En février 1927, elle fait une pleurésie purulente est hospitalisée, opérée et meurt. A l'autopsie, on trouve à la petite courbure un ulcus cancérisé.

Le deuxième cas est celui d'un homme qui fit une hématémèse au cours d'une longue randonnée en automobile à travers les Etats-Unis. On fit à Minneapolis le diagnostic radiologique d'ulcus gastrique. Revenu à Montréal, le malade se plaint surtout d'un fort brûlement à la pointe de la langue, l'empêchant même de dormir, douleur qu'il attribue à ses dents, à quelques petits vomissements alimentaires qui surviennent de temps à autre, bref à toutes sortes de causes. Une nuit, il est pris d'une violente douleur au creux épigastrique, de vomissements fréquents et de sueurs froides. L'état général est mauvais, le pouls petit, filant, la pression artérielle basse, l'état syncopal persistant. L'examen de l'abdomen lève tous les doutes quant à la perforation gastrique. Transport d'urgence à l'hôpital. Refus d'intervention et mort le cinquième jour. L'autopsie a révélé la perforation d'une ulcération linéaire au niveau du pylore.

Quant aux trois autres cas, ils se calquent les uns sur les autres. Troubles digestifs évidents et anciens, accompagnés depuis un certain temps de sensations de brûlure à la langue, continuelles dans l'un des cas, intermittentes dans les deux autres. La radiologie ayant démontré des signes évidents d'ulcus de la petite courbure dans deux cas et du duodénum dans l'autre, l'intervention s'est imposée, a prouvé le diagnostic clinique et radiologique et guéri les malades. Deux d'entre eux suivis, l'un depuis 22 mois et l'autre depuis trois ans, n'ont ressenti depuis aucune douleur. Quant au troisième, il a été perdu de vue.

Nous n'avons dit que l'essentiel de ces observations, choisies parmi celles qui nous semblent les plus concluantes. Nous ne prétendons pas affirmer que l'ulcus gastrique et plus particulièrement celui de la petite courbure ne puissent exister sans brûlement de la langue et que ce signe soit strictement pathognomonique d'ulcus gastrique, mais nous attirons l'attention sur sa fréquence qui peut

prendre une certaine importance pour renforcer un diagnostic d'ulcus.

Ainsi donc nous nous trouvons en face de deux signes linguaux : l'un objectif, décrit par Glaessner, et complètement indolore, l'autre subjectif et, par contre, douloureux. Dans ce cas la langue prend un aspect particulier. Elle est lisse, sa surface est brillante et polie, les plis en sont presque complètement disparus; aucune lésion épithéliale n'existe. Elle est plutôt nacrée. Quant aux crises douloureuses, elles sont, comme nous l'avons dit, paroxystiques, intermittentes ou continues. Règle générale, la douleur est intense et permanente, empêchant même le sujet de dormir, d'où état névropathique parfois très accentué.

Voilà les caractères cliniques de ce signe qu'on rencontre assez souvent dans les cas d'ulcus gastrique, particulièrement dans les cas d'ulcus de la petite courbure.

UNE TECHNIQUE PERSONNELLE POUR LA CURE DE L'ÉPISPADIAS FÉMININ

Par Oscar MERCIER,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chef du Service d'Urologie à l'Hôtel-Dieu.

L'épispadias féminin est une malformation rare. Lower, à l'occasion d'une étude qu'il fit en 1922, ne put en réunir que 43 observations, recueillies dans la littérature médicale. La classification de cette malformation en différents degrés varie selon les auteurs. Nové-Josserand et Cotte, qui, en 1907, firent une étude complète de la question, adoptèrent la division de Nunez, devenue classique. Elle comprend trois degrés:

1°— Un *épispadias clitoridien* où le méat de l'urètre est reporté au-dessus du clitoris.

2°— Un *épispadias sous-symphysaire* où l'urètre débouche au niveau du bord inférieur du pubis à travers le clitoris divisé. A l'examen, on voit alors une gouttière à surface cutanée, divisant le clitoris et les lèvres. Ce sillon représente la paroi inférieure de l'urètre, la paroi supérieure n'existant pas.

3° — Un *épispadias retro-symphysaire* où le méat urétral siège sous la symphyse pubienne et où l'urètre est absent. Il s'accompagne soit d'une perte de substance de la symphyse pubienne, soit d'une certain degré d'arrêt de développement du sphincter interne.

Kermanner adopte une classification plus simple, qui est la suivante:

1°— Un *épispadias partiel,* où le sphinter fonctionne, mais imparfaitement.

2°— Un *épispadias complet,* où il existe une incontinence complète des urines.

Cette dernière classification, sans doute simpliste, à l'avantage d'être basée sur des faits cliniques.

La femme qui souffre d'épispadias ne s'adresse au chirurgion que si sa malformation provoque une incontinence des urines. Les cas où le sphincter fonctionne normalement sont rarement observés. S'ils le sont, ils n'exigent qu'une simple opération plastique pour restaurer les lèvres et le clitoris divisés. L'épispadias féminin, compliqué d'exstrophie de la vessie est un problème de chirurgie vésicale, qui demande la transplantation des uretères. Nous n'en parlerons pas ici.

Dans les autres cas, le but des opérations est de restaurer le sphincter vésical ou d'en créer un substitut. Toutes ces interventions se réunissent en quatre groupes:

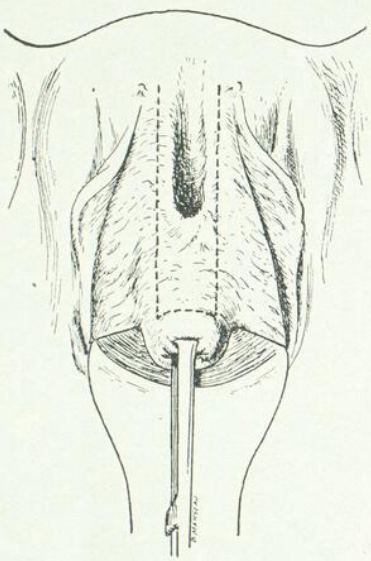


Fig. 1. Tracé du lambeau vaginal qui servira à constituer l'urètre.

1*er groupe*:

Le premier groupe d'opération a pour fonction de rétrécir l'urètre malformé. Pour ainsi faire, quelques chirurgiens, parmi eux Gersuny, ont pratiqué la torsion du canal urétral sur son axe, après l'avoir disséqué. D'autres, comme Hackenbruch, ont tenté le rétrécissement au niveau du col vésical, en l'entourant de sutures.

Toutes ces opérations ont donné des résultats fonctionnels peu encourageants.

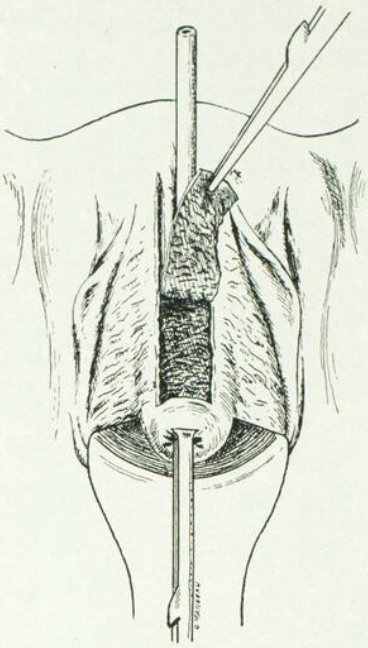


Fig. 2. Le lambeau vaginal est découpé et relevé.

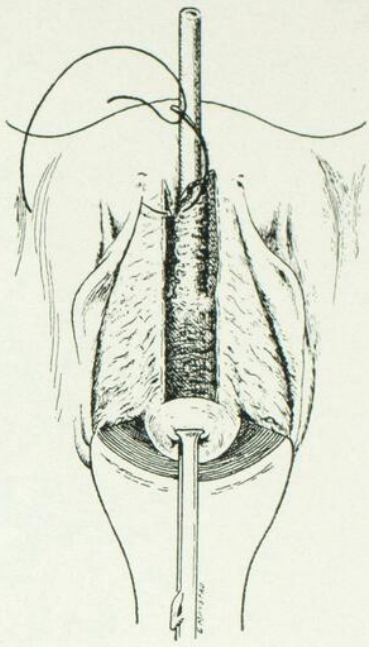


Fig. 3. Suture du lambeau vaginal dans la gouttière.

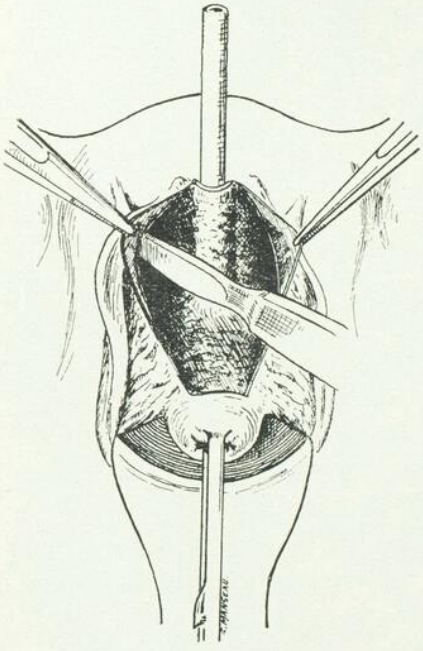


Fig. 4. Dissection latérale pour la recherche des vestiges du sphincter

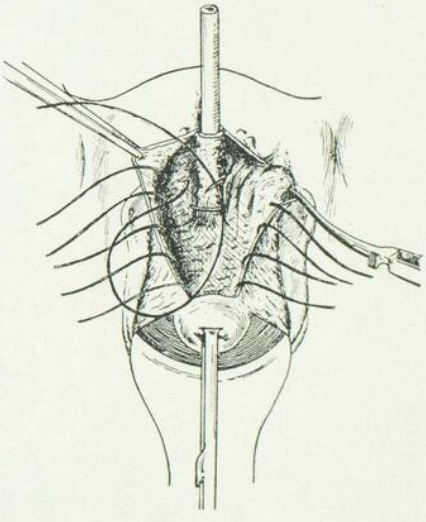


Fig. 5. Suture en avant du nouvel urètre des vestiges du sphincter.

2ème groupe:

Le principe des interventions du deuxième groupe est *d'allonger l'urètre incomplet* ou *de faire un nouveau canal.* L'urètre est formé par un lambeau fixé dans le sillon qui divise les grandes lèvres et le clitoris. Dans certains cas, ce lambeau est prélevé à la région pubienne. Dans d'autres, il est pris aux dépens des tissus situés chaque côté du sillon (Potel 1924). Dans le même but, Muratow a utilisé une portion de l'hymen.

L'allongement ou la création d'un nouvel urètre n'a jamais corrigé entièrement l'incontinence des urines. La continence parfaite s'obtient alors en comprimant sur le pubis le nouveau canal à l'aide d'une pelote caoutchoutée.

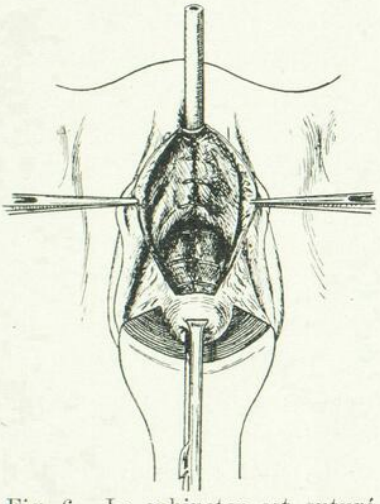


Fig. 6. Le sphincter est suturé.

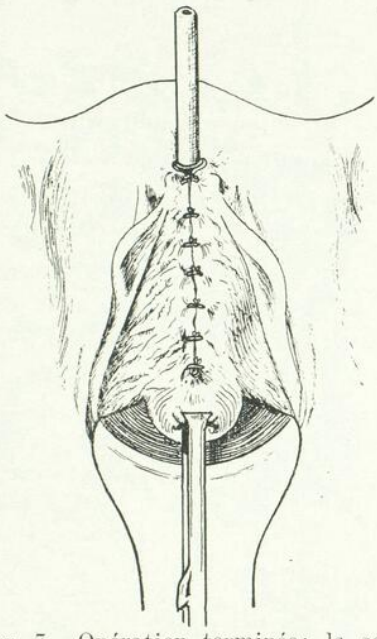


Fig. 7. Opération terminée; la sonde est enlevée.

3ème groupe:

Les opérations de ce troisième groupe combinent la technique des deux premiers. Van der Hoeven et Nové-Josserand en ont défini les temps opératoires qui sont les suivants:

a) L'urètre est allongé à l'aide de lambeaux prélevés dans la région située latéralement au sillon qui sépare les grandes lèvres.

b) L'urètre est rétréci par l'excision de tissus sur la paroi antérieure du vagin au niveau du col vésical.

c) L'opération se termine par la réfection des grandes lèvres et du clitoris.

Les résultats fonctionnels éloignés de cette intervention ont été irréguliers.

4ème groupe:

Le but des opérations du quatrième groupe est de reconstituer le sphincter interne en transplantant autour du col vésical des faisceaux des muscles environnants. Goebell a fait un sphincter artificiel au moyen des muscles pyramidaux chez une enfant de six ans; le résultat fonctionnel a été parfait. Thompson utilise un faisceau du droit de l'abdomen et guérit sa malade. Deming sutura autour du col vésical une portion de l'abducteur de la cuisse; ce qui valut à sa cliente une continence parfaite des urines.

Lorsque la jeune fille de 17 ans, sur laquelle j'ai pratiqué l'opération que je vais décrire, a été admise dans mon service à l'Hôtel-Dieu, j'avais l'intention d'utiliser la technique employée par Marion pour restaurer l'urètre complètement dilacéré au cours d'un accouchement. Marion constitue un nouveau canal au moyen d'un lambeau prélevé sur la face antérieure du vagin, puis il perce un tunnel dans les tissus situés en avant du pubis et y place le nouveau canal. La continence des urines est obtenue par la compression de ce nouvel urètre sur le pubis au moyen d'une pelote caoutchoutée.

Notre patiente s'est présentée à l'hôpital, parce qu'elle souffrait, depuis sa naissance, d'incontinence totale des urines. L'examen physique montra que l'urètre s'ouvrait sous la symphyse pubienne et n'avait pas plus qu'un sixième de pouce de longueur. Les grandes lèvres, les petites lèvres et le clitoris étaient séparés par un sillon. Sur chaque côté de ce sillon à la racine des petites lèvres, existait une partie charnue, qui semblait être le vestige du sphincter incomplètement formé. La radiographie ne montra aucun écartement des os du pubis.

L'opération que j'ai pratiquée s'apparente aux quatre groupes, déjà décrits. Elle pourvoit *à l'allongement* et au *rétrécissement de l'urètre* et elle *restaure le sphincter vésical*. Sa technique dérive de l'opération de Marion dont je viens de parler. Pour allonger l'urètre incomplet, un lambeau fut disséqué sur la paroi antérieure du vagin et chacun de ses bords fut suturé symétriquement sur chaque côté avivé du sillon. La surface interne de ce nouveau canal était ainsi

tapissée d'une couche muqueuse. Après la création de cet urètre, les parties charnues latérales, vestiges du sphincter incomplet, furent suturées l'une à l'autre sur la ligne médiane, comme l'on procéderait pour la cure du cystocèle. La réfection des lèvres et du clitoris complétèrent l'opération. Après cette cure radicale, les urines furent dérivées par une cystostomie. Aucune sonde ne fut placée dans le nouveau canal avant le 15e jour. A cette date, le tube de la cystostomie fut enlevé et une sonde en caoutchouc de Marion fut introduite dans le nouvel urètre et laissée en place jusqu'à la fermeture complèt de la plaie sus-pubienne.

Cette opération a été pratiquée le 14 octobre 1931. Le tube de cystostomie a été enlevé le 29 octobre et la plaie sus-pubienne se ferma le 2 novembre. La malade eut alors des mictions normales et est depuis parfaitement continente. Je l'ai revue souvent et l'incontinence des urines n'a jamais réapparu.

En conclusion, je dirai que le succès fourni par notre technique tient au fait que les tissus du sphincter vésical incomplet ont été reconstitués entièrement autour d'un nouvel urètre.

BIBLIOGRAPHIE

NOVE-JOSSERAND et COTTE. — *Epispadias féminin.* Revue de Gynécologie, 1907.

NUNEZ. — *Malformations de l'urètre chez la femme.* Thèse de Paris, 1882.

GERSUNY. — *Nouvelle opération pour la cure de l'incontinence des urines.* Centralblatt fur Chirurgie, 1889.

HACKENBRUCH. — *Traitement opératoire des fistules urinaires congénitales.* Med. Klinik, 1909.

POTEL. — *Sur le traitement chirurgical de l'épispadias féminin.* Société Nationale de Chirurgie, Paris 1924.

MURATOW. — *Restauration de l'urètre dans un cas d'épispadias avec fissure symphisaire.* Russki Wratch, 1902.

VAN DER HOEVEN. — *L'épispadias chez la femme.* Thèse de Leyden, 1889.

GOEBELL. — *Plastique des sphincters dans l'épispadias.* Centralblatt fur Chirurgie, 1909.

MARION. — *Traitement de l'épispadias chez la femme.* Société Nationale de Chirurgie, Mars 1924.

MERCIER O. — *Personal Technique for the Cure of Epispadias in Women.* American Urological Association, Toronto. Juin 1932.

LOWER. — *Epispadias in women; report of a case.* Amer. Assoc. Genito-Urin. Surg. Balt, 1922. J. D'Urologie, Balt, 1923. P. 10.

THOMPSON. — *A case of epispadias in a female child associated with complete incontinence.* Guy's Hospital Gazette 1923. Page 184.

DEMING. — *Transplantation of the gracilis muscle, for incontinence of urine.* Journal Amer. Med. Assoc. 1926. No. 12.

DAVIS. — *Epispadias in femals and its surgical treatments.* Journal of Urology. 1928, vol. 20.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR LA PHRÉNICECTOMIE [1]

Par

A. M. CHOLETTE,
Assistant à la clinique de phtisiothérapie à l'Institut Bruchési.

L. P. SENECAL,
Assistant à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

Il y a exactement 22 ans, un Autrichien du nom de Stuertz annonçait au monde médical, une nouvelle méthode de traiter les lésions de la base pulmonaire, par la résection du nerf phrénique.

La phrénicectomie, comme il arrive très souvent, eut le sort des nouveautés médicales ou chirurgicales: naissance laborieuse, existence éphémère, puis, silence de l'oubli qui relègue dans l'ombre une méthode qui pourtant était appelée à rendre de si grands services.

La phrénicectomie reste alors méconnue ou négligée jusqu'en 1921 ou 1922 alors qu'une école allemande (Sauerbruch) reprend cette idée de "paralysie et ascension" "du diaphragme" pour l'associer à la thoracoplastie. Alors la méthode trouve en France des défenseurs nouveaux. MM. les professeurs Bérard et Guilleminet de Lyon, apportent déjà à l'Académie de médecine, vers 1923, les résultats de leur expérience, basée sur près de 250 cas.

Comme préambule essentiel à ce travail, permettez à notre jeune et distingué ami M. le docteur L. P. Sénécal, assistant à la clinique de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, de nous exposer la technique opératoire de cette intervention.

Dès leurs premières opérations ils ont adopté la technique de Willy Félix, c'est-à-dire la découverte de la section du nerf devant le scalène antérieur, puis l'arrachement de son bout inférieur dans le dessein de rompre toutes ses anastomoses avec le grand sympathique et le nerf du sous-clavier. La nécessité d'atteindre sûrement le tronc du phrénique par le trajet le plus direct et sans délabrements inutiles, fait recommander les précautions suivantes: Elles ont pour but de ne pas modifier les repères.

Le sujet est placé en décubitus surélevé, un petit coussin sous le cou la face regardant le côté opposé au côté opéré. L'anesthésie loco-régionale

(1) Communication à la Société de Phtisiologie.

est faite, sans chercher à atteindre les racines du plexus cervical correspondant aux origines du phrénique. On exécute donc simplement une infiltration cutanée suivant une ligne à 2 cm. au-dessus de la clavicule, ayant une longueur de 5 cm. le milieu répond au bord ext. du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Au cours de l'opération, il est nécessaire de se donner du jour en dedans, en entamant, s'il le faut, le bord externe du sterno-cléido-mastoidien. Deux écarteurs sont placés, l'un sur ce muscle, l'autre sur la lèvre supérieure de la plaie, l'omohyoïdien est refoulé soit en bas, soit en haut. Chez les sujets gras ou chez les vieux tousseurs, on traverse une couche adipo-fibreuse chargée de ganglions, parfois d'une dissection un peu laborieuse, jusqu'à l'aponévrose du scalène. Il faut bien se garder alors de pénétrer trop rapidement sous cette aponévrose, car le phrénique appliqué à sa surfaces profonde peut se décoller avec elle, alors on le cherche vainement à la surface du muscle.

En plus de ces détails, il faut exposer toute la largeur du scalène, et 8 fois sur 10 le phrénique apparaît alors isolé, brillant, croisant obliquement le muscle de haut en bas et de dehors en dedans, 2 fois sur 10 il est plus ou moins masqué sous les vaisseaux cervicaux ascendants même parfois sous l'artère cervicale, transverse, horizontalement disposée et escortée de veines.

Il est habituellement facile de récliner ces vaisseaux pour découvrir le nerf, sinon, il faut les réséquer entre deux ligatures. Quelquefois, rarement cependant, on trouve un phrénique mixte, à deux racines qu'il faut couper toutes deux.

Toujours le bout périphérique doit être arraché, c'est le temps douloureux, même, s'il a été fait une anesthésie du nerf. Il y a donc intérêt à ne pas le prolonger, le bout périphérique du nerf, après section, est enroulé autour d'une pince à raison d'un tour à la minute, selon les Allemands, et 2 ou 3 tours à la minute, selon les Français. Une exérèse de 10 à 12 centimètres est parfaitement suffisante pour éviter tout retour à la motricité. Un petit drainage de 24 heures aux crins, pour évacuer le liquide anesthésique et le suintement séro-sanguin, une suture aux agrafes, donnera une bonne réunion avec cicatrice à peine visible après quelques mois.

La phrénicectomie chez les tuberculeux est une opération toujours bénigne entre les mains de chirurgiens entraînés à cette technique.

Les modifications imprimées au diaphragme par cette opération que l'on vient de vous décrire vous sont maintenant connues: le muscle paralysé du côté correspondant au nerf extirpé, subit une élévation qui varie de 6 à 10 centimètres. D'emblée l'hémithorax est immobilisé et présente bientôt dans les mouvements respiratoires un déplacement paradoxal, avec expansion passive de la base, à l'inspiration.

Cette ascension diaphragmatique est due à l'intervention de 3 facteurs supplémentaires: 1° l'élasticité du tissu sain; 2° le potentiel de sclérose rétractile du tissu pathologique, enfin 3° la pression exercée par les organes abdominaux. *La conséquence* de cette immobilité et de cette ascension *sera donc*: une réduction de la circulation sanguine et lymphatique, et une réduction des résorptions de toxines, c'est en quelque sorte la mise au repos du poumon, condition favorisant le processus de sclérose déjà existant.

Pour obtenir encore plus sûrement ce but voici ce que recommandent plusieurs autorités telles que Cardis, Morin, Joannettes et autres: LA CURE *post-opératoire en décubitus latéral et déclive* chez tous les opérés de phrénicectomie.

Cette cure est d'une extrême simplicité, tout comme son nom l'indique; elle consiste à coucher l'opéré sur son côté malade, tête basse, et même le pied du lit relevé d'environ 4 à 5 pouces et ceci pour 3 à 4 mois. Au lever, on y ajoute le port d'une ceinture abdominale toujours dans le même but c'est-à-dire favoriser à l'extrême la rétraction du parenchyme pulmonaire.

Les résultats obtenus par cette méthode paraissent supérieurs à ceux obtenus par la simple mise au repos du malade.

Mais ainsi que l'a déjà fait remarquer Dumarest, et que nous avons déjà été à même de le constater, d'un sujet à l'autre, les modifications d'ordre anatomiques déterminées par cette simple intervention sont essentiellement variables, et sans qu'il y ait possibilité de prévoir, dans un cas donné, ce qu'elles pourront être: C'est ainsi qu'il y a des cas où une symphyse incontestable de la base, ne s'oppose pas à une ascension sérieuse du diaphragme.

Il n'y a pas non plus un parallélisme obligatoire entre les effets mécaniques de la phrénicectomie et ses effets curatifs. Nous avons vu des tuberculeux unilatéraux largement excavés, présenter, quelques mois après l'opération, une élévation considérable du diaphragme et une disparition, à peu près totale, de leur caverne à la radiographie, sans que pour cela leur état clinique se soit amélioré dans une égale proportion. C'est d'ailleurs là une invitation à ne pas se limiter à la simple phrénicectomie dans ces cas de vastes spélonques, et à les faire suivre toujours d'une thoracoplastie complémentaire.

Par contre, on a vu des malades bénéficier d'excellents résultats, chez lesquels le retentissement de l'opération sur la statique et la topographie des organes thoraciques était peu accusé.

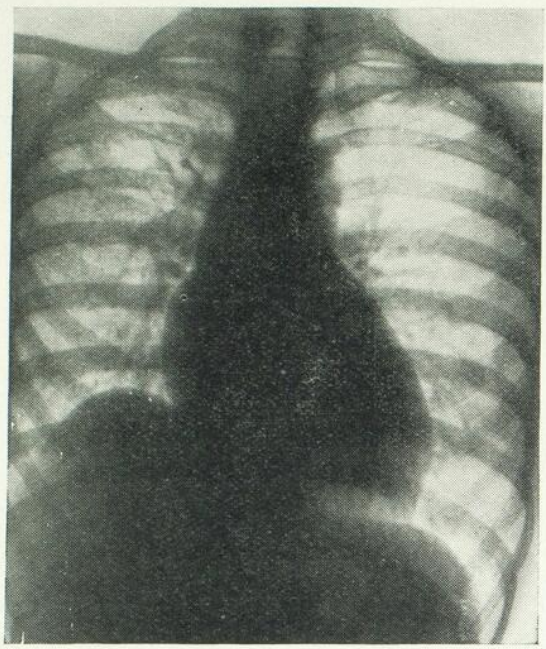


Figure I

Mde Ch..... Radiographie prise 8 jours après la phrénicectomie — l'on voit déjà une ascension très marquée de l'hémidiaphragme droit — à noter l'aspect nuageux avec marbrures dans l'hémithorax droit.

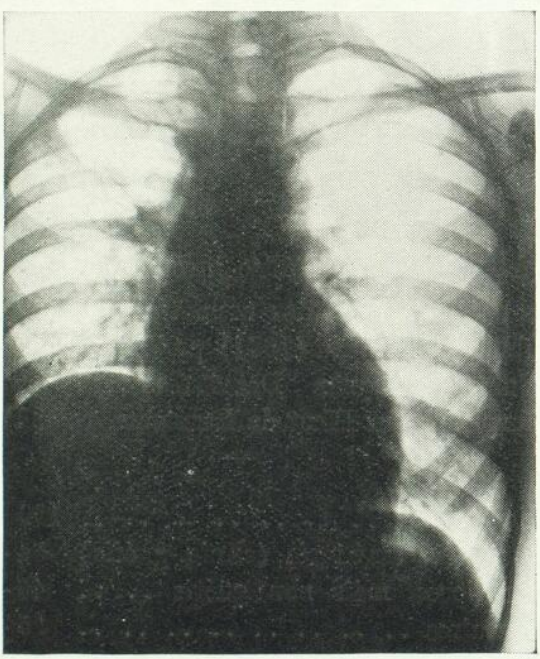


Fig. II

Mde Ch..... radiographie prise un mois après l'opération, démontrant l'ascension considérable du diaphragme et déjà un nettoyage de la plage pulm. droite.

Enfin le siège des lésions n'a pas l'intérêt que certains lui ont donné. — Les lésions de la base sont évidemment très influencées par la phrénicectomie mais, ainsi que l'ont démontré Burnand et Dumarest, les tuberculoses ulcéreuses du sommet ou de la région périscissurale, peuvent être remarquablement améliorées par la résection du nerf. En somme, ce qui importe ce n'est pas tant la localisation des lésions à tel ou à tel lobe, que la *capacité retractile du tissu pathologique.*

L'action générale de la phrénicectomie chez les tuberculeux étant ainsi définie, quelle peut être SA VALEUR THERAPEUTIQUE PRATIQUE ?

Quant à ses effets sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire, je ne puis mieux faire pour les étudier avec vous que de m'inspirer à une statistique étrangère, je m'adresserai aux docteurs Bérard et Guilleminet de Lyon.

En mai 1930, ces messieurs publiaient devant l'Académie de médecine de Paris les enseignements de 250 cas personnels.

Ils n'ont recherché que les résultats éloignés de la phrénicectomie tout en laissant de côté les cas où elle a été incorporée à titre préliminaire ou complémentaire à une thoracoplastie ou à un pneumothorax artificiel; ses effets propres sont alors trop difficiles à démêler. L'étude a donc été faite sur 120 cas seulement.

Sur ce nombre 24 n'ont pas pu être retracés, cause de décès probable; le bilan des 96 qui reste s'établit comme suit :

15 ont eu résultat parfait
16 " " " très bon
15 " " " bon

Donc 46 ont retiré un bénéfice incontestable de l'intervention.

Qu'on me permette d'ajouter cette très intéressante statistique sur 174 cas publiés récemment (1931) par M. le Dr Jean Morin des sanatoria populaires de Leysin. Des 174 malades presque tous opérés par le chirurgien Leon Picot de Lausanne, voici l'intéressant tableau :

1°	Améliorés	100	soit 58%
	dont très améliorés (cliniq.-guéris)	54	—— 31%
	améliorés, mais non guéris	46	—— 27%
	Stationnaires	55	—— 32%
	Aggravés	18	—— 10%

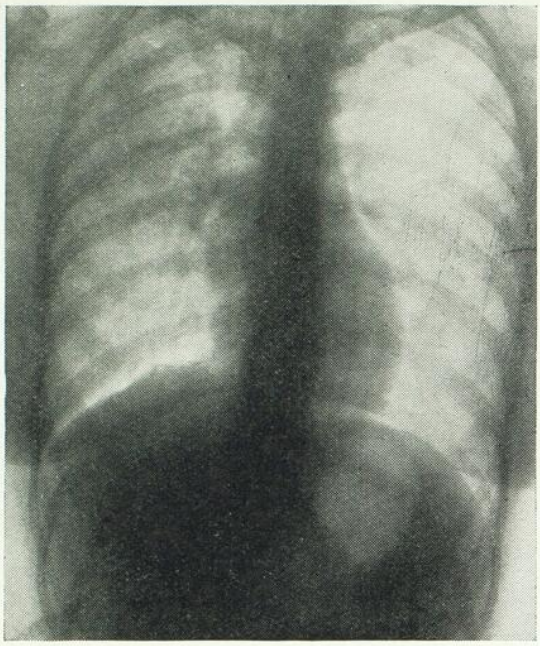


Figure I

Mlle Au... radiographie prise un mois avant l'opération de la phrénicectomie.

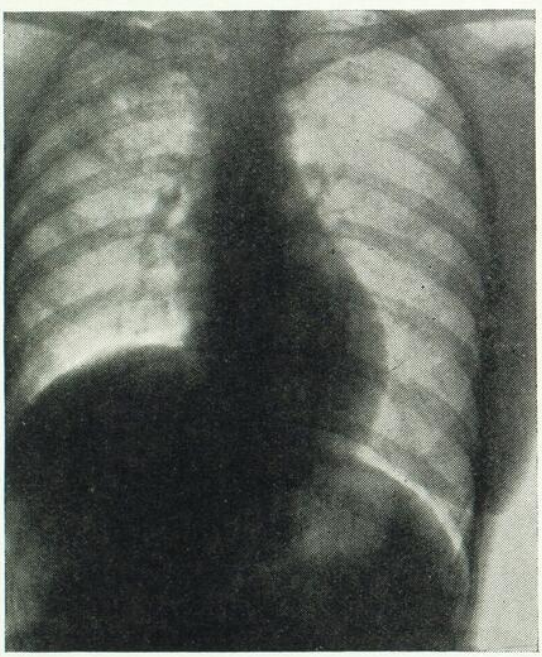


Fig. II

Mlle Au..... deux mois après l'opération. Ascension du diaphragme droit et nettoyage déjà évident du poumon.

2° Efficaces .. .. 52 —— 30%
Non efficaces .. .. 122 —— 70%

3° Pourquoi inefficaces:

A) Ancienneté des lésions .. .. 88 —— 72%
B) Extension des lésions à autres organes ou bilatéralisation .. .. .. 28 —— 23%
C) Reprise de la fonction diaphragme 3
D) Hémoptysies 3

4° Temps écoulé entre le début clinique et la phrénicectomie.

54 cas — A) Très améliorés (guéris) .. .. 25 mois
46 cas — B) Améliorés .. .. 40 mois
55 cas — C) Stationnaires .. .. 43 mois
19 cas — D) Aggravés .. .. 31 mois

29 n'ont rien gagné à la phrénicectomie et 21 sont morts dans des délais plus ou moins longs.

La somme des résultats positifs représente donc 38.3% du total des 120 opérés.

Une impression réconfortante, il me semble, se dégage immédiatement de l'ensemble de ces résultats. Si la phrénicectomie chez les tuberculeux ménage, en effet, souvent des déceptions, on est parfois heureusement surpris des effets inespérés que peut procurer cette opération si anodine.

Dans cette statistique, les malades qui ont eu un très bon résultat présentaient, paraît-il, un état général et local excellent.

La toux est insignifiante, l'expectoration est nulle ou très réduite et non bacillifère.

Ceux dont le résultat est qualifié de bon, ont un état un peu moins favorable, certains, après plusieurs années passées dans d'excellentes conditions, font une bilatéralisation lente. C'est pour ceux-là qu'une thoracoplastie secondaire aurait pu intervenir avec opportunité.

Au sujet de la localisation des lésions, nous notons que plus des 3/4 des bons résultats de la phrénicectomie s'observent chez des sujets atteints de formes unilatérales droites, le dernier quart (1/4) est représenté par des formes unilatérales gauches. D'ailleurs déjà en

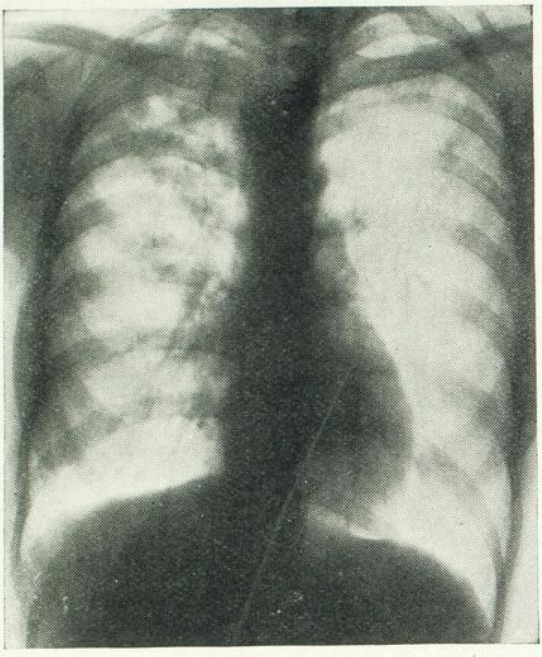


Figure I
Mlle L. V..... radiographie prise un mois avant l'opération.

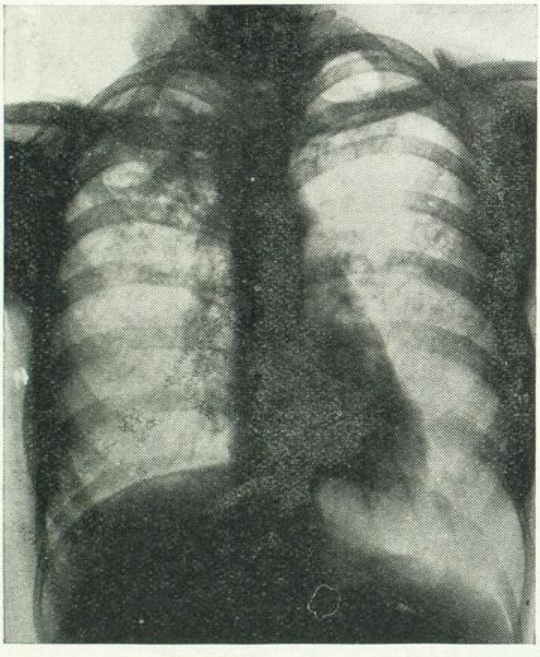


Fig. II
Mlle L. V..... un mois après la phrénicectomie, le sommet s'est voilé davantage et l'ascension du diaphragme bien que moindre que dans les cas précédents, est cependant bien évidente.

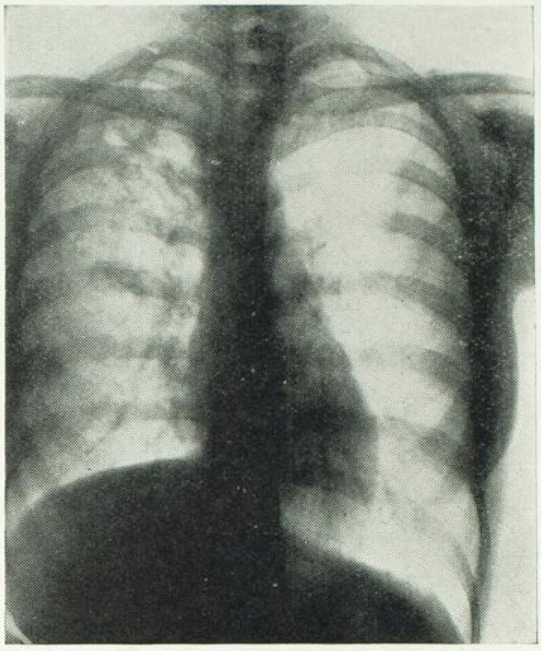


Fig. III

Mlle L. V..... Un an après l'opération. Le sommet bien qu'excavé est moins chargé que sur la fig. no II. On a l'impression que ce poumon se clarifie.

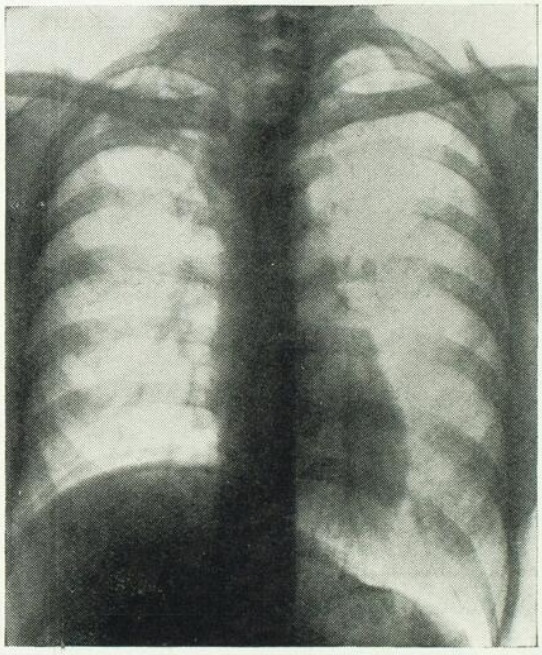


Fig. IV

Mlle L. V..... Deux ans après l'opération le poumon s'est complètement nettoyé et même la caverne est disparue remplacée par une simple tache.

1927 avec Dumarest, et 1928 avec Berard et Guilleminet il était admis que *"les localisations droites sont plus favorables à la phrénicectomie que les localisations gauches"*. Maintenant tous, nous savons que l'influence de l'opération est beaucoup plus manifeste sur l'hémidiaphragme droit que sur l'autre moitié de ce muscle.

Quelles sont les indications de la *phrénicectomie*? les meilleures indications se trouvent dans les *"lésions ulcéreuses récentes inactives, localisées, surtout quand elles siègent à droite et qu'elles ont une tendance spontanée, à la rétraction.* L'indication optima, la condition lésionnelle requise : est la forme anatomo-clinique caractérisée *par son évolution sclérosante et fibreuse,* surtout là ou un pneumo-tenté n'a pu être institué. *La lésion type,* celle pour laquelle les résultats ont été précoces et durables, semble bien la forme ulcéro-fibreuse jeune.

La phrénicectomie, comme le pneumothorax, ne révélera son efficacité que lorsqu'elle sera pratiquée contre des lésions récentes. En présence d'une lésion ulcéreuse qui évolue sournoisement et silencieusement, le phtisiologue, trop enclin à se souvenir de certaines régressions spontanées plutôt rares, ne devra pas laisser passer l'occasion d'intervenir avec chance de succès. Quand les cavités auront pris des proportions plus importantes il sera trop tard. Trop tard aussi pour ces spéluniques petites ou grandes autour desquelles l'organisation fibreuse est déjà trop poussée.

Aucun résultat réellement bon n'a été obtenu en présence de lésions bilatérales. Sans juger comme Alexander qu'il faille phrénicectomiser systématiquement toutes les tuberculoses au début, on peut dire, sans crainte d'erreur, qu'il faut conseiller très vite cette intervention surtout si le pneumo-tenté se révèle impossible ou impuissant. Bref, la lésion ulcéro-fibreuse, peu évolutive, peu secrétante, haute ou basse, droite ou gauche, relativement récente, bien localisée, unilatérale, sans excès de rigorisme, sera justifiable de phrénicectomie.

Une dernière indication de la phrénicectomie. J'oserais dire ici : une nécessité : cette opération doit précéder de quelques semaines au moins, toute thoracoplastie. En effet, dans les cas où d'emblée la thoracoplastie paraît indispensable, la phrénicectomie préalable augmente la valeur du collapsus total et permet, d'après Bérard, dans le cas de lésions du lobe supérieur, de limiter les résec-

tions aux 8 ou 9 côtes supérieures. Enfin *autre avantage dans ce cas* : elle diminue les risques d'aspiration par les bronches inférieures du contenu des cavernes du sommet au moment de leur affaissement.

En conclusion, il paraît donc évident qu'une intervention de ce genre s'impose à l'attention du monde médical, aux phtisiologues en particulier. Les résultats encourageants, l'application facile, la technique plutôt simple pour un chirurgien averti, tout invite à ne pas laisser retourner dans l'oubli cette arme de combat qu'est la *phrénicectomie*. Car vous le pensez bien, il s'adresse surtout à une catégorie de malades pour lesquels trop souvent malheureusement, nous ne pouvons pas grand'chose. Peu importent ses insuccès, quelle thérapeutique n'en connaît pas? — et je termine par ces mots du prof. Albert Giraud : "Voilà une opération a essayer."

RECUEIL DE FAITS

LE TORTICOLIS DES ENFANTS

Par Edmond DUBE.
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.
Chirurgien à l'Hôpital Ste Justine.

Le torticolis des enfants, d'origine congénitale, est une affection que l'on rencontre assez fréquemment, dont le diagnostic au début peut présenter certaines difficultés et qui relève d'un traitement presque toujours efficace mais qui doit être appliqué au moment opportun.

Nous avons eu récemment l'occasion de présenter à Sainte-Justine deux petites malades opérées depuis déjà plus d'une année avec un résultat très satisfaisant et nous croyons que ces observations méritent d'être rapportées, pour démontrer qu'il y a toujours intérêt à corriger ces lésions.

Obs. 1. — Madeleine L... âgée de 8 ans, se présente à la consultation de Sainte-Justine, pour une malformation de la tête.

A l'examen, on constate un raccourcissement évident du sterno-cleido-mastoïdien gauche qui penche et maintient la tête vers l'épaule du même côté, sans possibilité de la redresser. Le début de la lésion est difficile à retracer, mais la mère se souvient tout de même d'une certaine malformation apparue quelques jours après la naissance de son enfant, à la suite d'un accouchement laborieux, par le siège.

Le diagnostic de torticolis congénital est posé et l'intervention est pratiquée le lendemain de l'admission de la malade à l'hôpital.

Ténotomie des deux chefs sternal et claviculaire, qui procurent un redressement complet de la tête en position normale. Le lendemain, la tête est immobilisée dans un appareil plâtré en hypercorrection, qui est conservé pendant deux semaines.

L'appareil enlevé, plusieurs séances de massages et d'exercices de la tête sont entreprises et l'enfant quitte l'hôpital après un mois de séjour avec un résultat très satisfaisant.

Obs. II. — Jeannette B..., âgée de 11 ans, est admise dans le service de chirurgie de Sainte-Justine, pour un torticolis congénital, qui détermine une malformation accentuée de la tête, compliquée de scoliose à courbure dorsale, irréductible.

La mère précise l'histoire antérieure de son enfant et se rappelle nettement, que la déformation de la tête date de quelques jours après la naissance. Comme dans l'observation I, l'accouchement a été laborieux et s'est fait par le siège.

L'intervention a comportée une ténotomie des chefs sternal et claviculaire, suivie, deux jours après, de l'immobilisation de la tête dans un appareil plâtré en position hypercorrigée, pendant deux semaines.

L'appareil enlevé, les massages et les exercices de la tête sont commencés et poursuivis pendant quinze jours, et la petite malade quitte le service complètement guérie.

Le torticolis dit congénital peut se rencontrer chez le nouveau-né dans les premiers jours de la vie et se présente alors sous forme d'une petite tumeur dure, souvent indolore, siégeant sur le muscle sterno-cleido-mastoïdien. Cette tumeur peut disparaître par la suite dans l'intervalle de trois à quatre mois sans laisser de traces, sous l'influence d'un traitement approprié, mais assez fréquemment la lésion continue à évoluer et l'enfant commence à incliner la tête de côté et le torticolis peut être considéré comme définitivement installé.

A quoi cette lésion est-elle due? Un point semble être établi. Dans presque tous les cas, l'accouchement a été laborieux et le bébé est né par le siège. Par la suite, on a pensé que les manoeuvres de traction seraient suffisantes pour produire une déchirure musculaire, déterminant la production d'un hématome et consécutivement une cicatrice rétractile au niveau du muscle qui serait la véritable cause du torticolis. Cette explication qui paraît être la plus vraisemblable a longtemps été discutée mais aujourd'hui elle est admise d'une façon assez générale.

Chez les enfants plus âgés, le torticolis ne présente plus de tuméfaction; il est alors caractérisé par une attitude vicieuse de la tête, due au raccourcissement permanent du sterno-cleido-mastoïdien, qui reste fixe et ne cède jamais malgré tout effort pour l'allonger. Cet état peut intéresser l'un ou les deux chefs musculaires, sternal et claviculaire. L'attitude anormale de la tête entraîne rapidement des déformations du côté de la colonne vertébrale assez facile à comprendre et de la face, dont le facteur causal ne peut être précisé.

Lorsque la déformation est constatée vers l'âge de quatre à cinq ans, l'origine obstétricale est fréquemment admise mais toujours dis-

cutable car il n'est pas facile, pour tous les cas, de retracer l'accouchement laborieux et la tumeur primitive du muscle. Dans les cas douteux, on a invoqué comme cause l'origine infectieuse, mais il est difficile de comprendre comment une otite ou une infiltration oedémateuse de la région cervicale peut favoriser l'installation définitive de cette lésion. Par ailleurs, l'étiologie du torticolis qui n'est pas sans présenter un intérêt réel, est toutefois moins utile à déterminer que la thérapeutique de cette malformation.

Le traitement, pour être efficace, doit être pratiqué avec prudence. Avant tout, il faut savoir quand intervenir. Chez le bébé, l'opération est souvent inutile et parfois dangereuse, surtout lorsque l'on cherche à enlever la tumeur, comme le préconisent quelques auteurs. Il est infiniment préférable à cet âge, de faire des pansements humides chauds et des applications quotidiennes de pommade à base d'iode, qui assez souvent seront suffisantes pour faire disparaître la tuméfaction dans l'espace de quelques semaines.

Chez l'enfant plus âgé, vers quatre à cinq ans, la ténotomie de l'un ou des deux chefs musculaires, suivie à l'intervalle de deux jours, de l'immobilisation de la tête en position hypercorrigée dans un appareil plâtré, donne d'excellents résultats. Les grandes incisions pour mettre le muscle à nu sont inutiles. L'extirpation totale du sterno-cleido-mastoïdien est une intervention grave, qui laisse des cicatrices déplorables sans donner une guérison plus satisfaisante que celle obtenue par l'opération conservatrice. Dans les cas de récidive rebelle, heureusement rare, cette technique peut être considérée.

UN CAS DE FIBROME UTÉRIN PÉDICULÉ TORDU

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

Les kystes ovariens tordus sont assez fréquents. Nous rencontrons plus rarement des torsions de fibrome pédiculé. Ils sont souvent l'apanage d'une découverte opératoire et si parfois nous y pensons, nous posons deux diagnostics, celui de kyste tordu ou, peut-être, celui de fibrome pédiculé tordu.

Le cas dont l'histoire est rapportée plus loin en est une preuve évidente. Le médecin appelé auprès de sa patiente, et qui nous l'a dirigée dans la suite, avait posé un diagnostic de torsion, sans préciser exactement la localisation organique, et nous nous sommes aventurés à l'étiqueter d'origine ovarienne, à cause du développement rapide de la masse après la crise de torsion, et la laparatomie nous a révélé notre erreur.

Observation.

Madame F. A., 35 ans, dossier no. 3324-1932, est vue pour la première fois à l'hôpital, le 8 juin. Elle est amenée par son médecin, pour un cataclysme abdominal survenu l'avant-veille, exactement 5 jours après une chute qu'elle fit dans un escalier. L'abdomen se développa dans la suite et elle constata une masse dure dans la fosse iliaque droite. Réglée à 12 ans, mariée à 20 ans, cette malade a toujours été régulière, mais depuis son mariage ses règles sont plus abondantes. Elle n'a eu aucune grossesse, et cette stérilité est involontaire. Il y a plusieurs années, elle s'est plainte de petites douleurs du côté droit. Elle aurait déjà eu des brûlements en urinant et perdu déjà deux fois le mois, il y a plusieurs années.

Examen clinique: l'état général de la malade indique un état de souffrance marquée. Le coeur et les poumons sont normaux.

L'abdomen présente une distension irrégulière plus prononcée du côté droit avec défense musculaire généralisée mais il nous est loisible de déceler une masse dans la fosse iliaque droite, dure, bosselée, très douloureuse. La vulve présente un écoulement leucorrhéique. Le col est dur, douloureux, conique, punctiforme. L'utérus est difficilement décelable à cause de la masse considérable et de la défense musculaire; cependant il nous apparaît relativement gros, bosselé par de petites masses siégeant sur les parois antérieures et postérieures. Il semble indépendant de la masse principale plus

dure, qui remplit la fosse iliaque droite. Le cul-de-sac droit est plein, gros, douloureux, contenant la masse principale de la grosseur apparente d'un ballon de rugby et indépendante de l'utérus. Le cul-de-sac gauche est plein également, mais moins douloureux.

Le diagnostic est alors porté de kyste tordu de l'ovaire droit avec fibromes utérins.

L'intervention est décidée pour le lendemain matin et la malade est préparée en conséquence.

Protocole de l'opération: laparatomie médiane. A l'ouverture de l'abdomen, on constate de nombreuses adhérences épiploïques que l'on débride



L'on voit la torsion, l'énorme fibrome, les nombreux petits fibromes et les deux annexites kystiques doubles. (Laboratoire de photographie de l'hôpital Notre-Dame).

assez facilement. Il apparaît alors à nous une grosse masse bosselée de la forme et de la grosseur d'un ballon de rugby, dure, de coloration presque noire (nécrotique). Cette masse est retenue au fond de l'utérus par un pédicule tordu deux fois complètement sur lui-même. Au niveau du premier tour de spire, le pédicule est presque séparé de la masse. De nombreux petits fibromes à pédicules plus ou moins longs, d'autres sessiles, sont situés sur les faces postérieure, antérieure et latérales de l'utérus. Deux énormes

hydrosalpinx, (anciens reliquats d'une salpingite probablement gonococcique) remplissent les culs-de-sacs latéraux et postérieurs et sont adhérents au péritoine pelvien. L'hystérectomie sub-totale est pratiquée sans trop de difficulté, après débridement des adhérences annexielles, et la péritonisation se complète très simplement. L'appendice est recherché, trouvé gros, adhérent, long, congestionné, avec un méso très infiltré et triplé de volume. Appendicectomie. Fermeture de la paroi sans drainage.

Le rapport histo-pathologique de M. L. C. Simard nous confirme l'opinion que nous nous étions faite de la possibilité d'une nécrose: "Fibro-myome parsemé de plages de nécrose surtout superficielles".

Nous obtenons une guérison per priman et les suites opératoires sont normales, la malade quittant l'hôpital quatorze jours après son intervention, complètement rétablie.

En conclusions: 1°. il ne faut pas se hâter même devant l'absence possible de signes de fibrome de l'éliminer chez les malades qui présentent une histoire de torsion d'une tumeur génitale; 2°. l'augmentation subite et considérable du volume de la tumeur n'est pas l'apanage des kystes ovariens qui se tordent; 3°. l'obligation de ne pas tarder à pratiquer l'intervention chez ces malades car le retard de quelques jours peut parfois entraîner de graves complications péritonéales.

HYPOPARATHYROIDIE POST-OPÉRATOIRE

Par R. DORE,
Chirurgien à l'Hôpital Notre-Dame,

Mademoiselle L.D. âgée de 20 ans, (dossier 1376-1932 HND) se présente à la consultation pour une tuméfaction de sa glande thyroïde et de la raucité de la voix, symptômes apparus il y a 6 ans environ. Elle accuse aussi une déglutition difficile depuis 5 mois. Un laryngologiste consulté antérieurement se croit, avec raison, en présence d'un goitre compressif vu l'existence d'une légère parésie des cordes vocales sans aucune autre lésion.

Depuis l'intervention, la voix et la déglutition se sont améliorées et j'ai tout lieu de croire que le tout entrera dans l'ordre à brève échéance.

Le goitre compressif, quel qu'il soit, est d'ordre chirurgical .

Il n'y a rien à noter de ses antécédents héréditaires ou personnels. Glande thyroïde. tissu parenchymateux augmenté de 3 fois le volume normal de la glande.

Examen physique : nil.

Examen des urines et du sang : nil.

Métabolisme basal : - I.

Electrocardiogramme : normal.

Le 14 mars 1932 j'ai pratiqué une thyroïdectomie totale du côté droit, sub-totale du côté gauche. Les lobes reposaient en profondeur au niveau de l'angle formé par la trachée et l'œsophage. Ce fait expliquait la compression exercée au niveau des récurrents et de l'œsophage. La sub-totale gauche s'est effectuée aux dépens de la trachée afin d'éliminer l'élément compressif.

Au cours des 5 jours qui ont suivi cette intervention la malade a présenté des symptômes dont l'intensité s'est aggravée pendant ce laps de temps : lèvres décolorées, peau cirée et reluisante, fourmillement des mains et des avant-bras, puis les signes de Trousseau et de Chvostek (la présence de ce signe élimine l'hystérie).

En une heure un traitement approprié (injection intramusculaire d'extrait parathyroïdien, lactate de calcium per os) a fait disparaître tous ces ennuis.

Le 30 avril la malade faisait une deuxième crise de tétanie d'intensité moindre que la première. Le même traitement a eu raison en peu de temps de celle-ci. Depuis cette dernière, aucune n'est apparue.

L'hypoparathyroïdie post-opératoire présente deux formes cliniques : 1e) se caractérise par des lésions temporaires, cas les plus fréquents. 2e) par des lésions définitives.

1) Deux causes expliquent celle-là : a) la ligature des artères thyroïdiennes inférieures. b) l'ablation d'emblée de deux ou trois glandes parathyroïdes, une seule jouant le rôle de trois glandes.

2) Celle-ci apparaît à la suite d'une thyroïdectomie sub-totale bilatérale en ne laissant comme moignon que les pôles supérieurs, les parathyroïdes étant enlevées au cours de l'intervention.

Comment prévenir des crises temporaires ou définitives d'hypoparathyroïdie post-opératoire?

La manière de procéder à la "Lahey Clinic" de Boston, est sûrement la plus logique et devrait être mise en pratique par tous.

L'anatomie nous enseigne que les parathyroïdes sont situées en général à l'émergence des collatérales des artères thyroïdiennes supérieures et inférieures. L'inférieure est presque toujours recouverte d'une veine thyroïdienne transversale venant directement de la jugulaire interne. Les parathyroïdes dont le volume varie d'un grain de blé à celui d'une fève, sont d'une coloration jaune brun, le tissu thyroïdien est d'un rouge brun. Leur forme peut être sphérique, allongée ou aplatie.

Le lobe au niveau duquel la sub-totale est pratiquée doit être bien extériorisé, inspecté minutieusement et même disséqué, s'il y a lieu, ceci dans le but de découvrir les parathyroïdes.

Quand celles-ci sont localisées il s'agit de procéder à la sub-totale en les contournant. Si cette technique n'est pas réalisable deux moyens sont à notre disposition :

a) disséquer la parathyroïde en lui conservant ses vaisseaux propres, ou

b) disséquer un lambeau de tissu thyroïdien pédiculé au niveau duquel adhère intimement la parathyroïde, puis enfouir le tout en profondeur.

Le cas échéant, dans l'impossibilité de disséquer ou de conserver une parathyroïde, une greffe glandulaire s'impose.

Cette technique exige que la parathyroïde soit recherchée au niveau d'un lobe enlevé, d'une façon aseptique, de conserver un petit fragment de celle-ci, comme contrôle histologique, puis d'enfouir le gros fragment dans un muscle sterno où une boutonnière est créée à cet effet et au niveau de laquelle l'hémostase doit être parfaite de

peur qu'un caillot soit la cause de résorption ou de suppuration du greffon.

Grâce à cette manière de faire d'une façon systématique, Lahey n'accuse que de rares cas d'hypoparathyroïdie post-opératoire.

Le traitement post-opératoire des crises consiste à injecter dans un muscle de l'extrait parathyroïdien, à prescrire du calcium par la voie intraveineuse ou buccale. Une alimentation riche en calcium joue sûrement un rôle indiscutable.

Ma malade aurait sûrement bénéficié de l'un de ces quelques trucs mentionnés plus haut; malheureusement cette manière de procéder, à date, n'est mise en pratique que chez Lahey, et à l'avenir à Notre-Dame....

Conclusions. — Il est presque toujours possible de prévenir la tétanie post-opératoire :

1) en ne ligaturant jamais les artères thyroïdiennes inférieures.

2) en enfouissant en profondeur une parathyroïde disséquée avec ses vaisseaux.

3) en enfouissant en profondeur un lambeau de tissu thyroïdien pédiculé à l'extrémité duquel adhère intimement une glande parathyroïde.

4) en greffant dans le sterno, au cours de la thyroïdectomie, une parathyroïde disséquée aseptiquement.

5) en ne pratiquant jamais une sub-totale en ne laissant en place qu'un ou deux pôles supérieurs.

COMPRESSION BRUSQUE DE LA MOELLE CERVICALE ET PROBABLEMENT DU BULBE.

Mort par arrêt de la respiration. Phénomènes d'irritation sympathique, à manifestation vaso-motrice, localisés à la face et durant la phase d'asphyxie.

Par Roma AMYOT
Service de neurologie de l'Hôpital Notre-Dame.

L'observation qui suit serait plus complète et présenterait une valeur scientifique plus grande, s'il nous avait été possible de posséder certains éléments importants de diagnostic et de confirmer, par l'investigation post-mortem, l'impression qui s'impose à notre esprit sur la nature des lésions et le mécanisme de leur action. La mort subite et inattendue du malade nous a privé de l'examen radiologique de la colonne cervico-dorsale, de l'exploration lipiodolée des espaces sous arachnoïdiens et de la mise en oeuvre de l'épreuve de Queckenstedt; le caractère de malade privé nous a dépourvu du privilège de l'autopsie.

Telle quelle, l'observation est loin d'être complète, je le répète; elle offre cependant, par son aspect clinique et son évolution, un certain intérêt diagnostique et physio-pathologique; elle permet de discuter certaine hypothèse explicative de l'exitus dramatique.

M. Xavier B., 51 ans, marié, cultivateur, se présente à l'hôpital Notre-Dame, le 25 avril 1932, parce qu'il ne pouvait plus marcher. Les antécédents personnels du malade permettent de noter une diphtérie survenue à l'âge de 17 ans et suivie de paralysie du voile et de paraplégie transitoires, une grippe en 1918. Les antécédents familiaux et héréditaires n'ont pas été notés.

En novembre 1931, le malade commença à ressentir une douleur à l'hypocondre gauche qui, par la suite, irradia vers l'épigastre. Depuis un mois, la marche devint difficile; depuis 8 jours, il est obligé de se tenir au lit. Le malade n'a pas de troubles urinaires; il est constipé. Il se plaint d'engourdissement aux membres inférieurs et de douleurs rachidiennes hautes. Depuis un mois, il a remarqué que son hémiface droite est le siège d'accès de transpiration et parfois de chaleur.

La pression artérielle est de 120/90. La fréquence du pouls est normale. Durant le court séjour à l'hôpital, la température fut normale.

L'azotémie est de 0.32 centig. Les urines contiennent de l'albumine. Le B. W. sanguin fut trouvé négatif.

L'examen clinique permet de constater des bruits du coeur assourdis, des radiales un peu sineuses et indurées, des râles sous-crépitants aux deux bases, un foie dont la matité est de 9 cent, dans le sens vertical.

L'examen neurologique plutôt rapide ne décèle rien d'apparent à la tête et aux membres supérieurs. Par ailleurs, les réflexes cutanés-abdominaux et le réflexe crémastérien sont abolis des deux côtés.

Les deux membres inférieurs sont presque totalement paralysés; le malade peut à peine remuer les segments les uns sur les autres, il ne peut les soulever au dessus du lit. Il y a clonus du pied et de la rotule. Les réflexes rotuliens et achilléens sont très vifs. Le réflexe plantaire se fait en extension des deux côtés. Le pincement de la peau des pieds et des jambes provoquent des phénomènes d'automatisme médullaire (triple retrait). Les sensibilités au tact et à la piqûre sont fortement diminuées de haut en bas à partir de D3. La percussion exercée sur la 2ième et la 3ième vertèbres dorsales est très douloureuse. Il n'y a pas de raideur évidente décelée par la mobilisation du cou; pas de douleurs à type radiculaire, à la limite supérieure de l'hypoesthésie.

La ponction lombaire a provoqué la sortie d'un liquide à aspect normal. Ce dernier contenait 0.90 centig. d'albumine au litre, 2 lymphocytes par mm à la cellule de Nageotte, la réaction colloïdale à la gomme d'épinette fut négative, l'examen bactériologique et le B. W. furent négatifs.

Nous venions à peine de terminer l'examen neurologique du malade que nous avions laissé sans aucune souffrance ni aucun malaise, qu'on nous demanda d'urgence auprès de lui. Nous le trouvâmes en apnée, ne pouvant non plus percevoir aucune pulsation artérielle ni aucun bruit du coeur. Nous pratiquâmes la respiration artificielle pendant plusieurs minutes. Nous fîmes injecter de l'éther dans les muscles et fîmes une injection d'un CC d'adrénaline dans le muscle cardiaque. Ces efforts furent vains. Le malade avait été pris subitement de syncope respiratoire suivie d'arrêt du coeur. Nous assistâmes à l'apparition de la cyanose. Mais, phénomène troublant et intéressant tout à la fois, cette cyanose, qui envahit surtout la partie supérieure du tronc, s'étendit aussi à l'hémiface gauche, mais respecta entièrement l'hémiface droite et la région sus-claviculaire droite. Cette disposition bizarre de la teinte violacée donnait au malade un aspect étrange qui impressionnait vivement.

EN RESUME, ce malade, âgé de 51 ans, a été pris rapidement (dans l'espace d'un mois) d'une paraplégie spasmodique avec phénomènes dits d'automatisme médullaire et d'hypoesthésie remontant jusqu'à D3. Ses sphincters n'étaient pas troublés. Le liquide céphalo-rachidien n'offrait qu'une anomalie: une hyperalbuminose (0.90 centig. normalement: 0.30 centig.) sans hyperlymphocytose, donc une dissociation albumino-cytologique. Le malade avait noté, depuis l'installation de sa paraplégie, une hyperhydrose et une hyperthermie intermittentes de son hémiface droite. Il mourut brusquement de syncope respiratoire à la suite d'un examen médical. La cyanose des téguments, durant la phase d'asphyxie, respecta l'hémiface droite et la partie toute supérieure du thorax du même côté.

Quelle fut la lésion provoquant la paraplégie?

Quel a été le mécanisme de cette mort si brutale?

Il serait fastidieux et long de repasser les multiples causes de la paraplégie spasmodique et leurs particularités cliniques. D'ailleurs, l'installation rapide d'une paraplégie chez un homme de 51 ans avec la réaction de B. W. négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, mais avec dissociation albumino-cytologique de ce même liquide, force à croire immédiatement à une paraplégie par compression médullaire. Nonne, en 1908, Sicard et Foix, en 1910, montrèrent que cette dissociation du liquide céphalo-rachidien était un signe excessivement important, sinon pathognomonique, de compression médullaire ou de blocage sous-arachnoïdien. D'autre part, les paraplégies par compression déterminent, avec une fréquence presque constante, ces phénomènes d'automatisme médullaire et cet arrêt précis de l'hypœsthésie ou de l'anesthésie que l'on notait manifestement chez notre malade. Sans doute, les épreuves de la compression des jugulaires et du lipiodol sous-arachnoïdien, la radiographie de la colonne cervico-dorsale auraient fourni des renseignements beaucoup plus objectifs pour étayer notre diagnostic. Il n'en reste pas moins vrai que les éléments cliniques présentés ici permettent de se prononcer de cette façon.

Nous croyons que cette compression dépendait d'un mal de Pott dorsal supérieur. La douleur marquée déterminée par la percussion exclusive de la seconde et de la troisième vertèbres dorsales conduit à porter une telle opinion. D'autant plus que cette topographie algique correspond exactement à la limite de l'hypoesthésie du tronc. Mais, il n'y avait aucune raideur musculaire du voisinage, symptôme pourtant très important du mal de Pott, mais il faut noter que la lésion tuberculeuse vertébrale était située à un niveau où il n'existe pratiquement pas de mobilité de la colonne et où, en conséquence, la contracture peut diffcilement être mise en valeur. Les douleurs à type radiculaire manquaient également, ce qui d'ailleurs était de nature à réduire la raideur des muscles spinaux, l'irritation radiculaire étant un facteur important de contracture des muscles des gouttières vertébrales, mais fréquents sont les maux de Pott avec accidents nerveux et sans douleurs radiculaires; tout dépend de la nature de la compression ou plutôt de l'agent des perturbations médullaires, tout dépend de la topographie et de l'étendue de la compression exercée.

L'âge du malade n'est d'aucune objection à l'hypothèse du mal de Pott. Mad. Sorrel-Déjerine (Thèse, Paris 1926), sur quarante

cas de paraplégies pottiques, on observa 4 chez des sujets plus âgés que quarante ans; dont 2 d'âge dépassant 50 ans. Purves-Stewart et Riddoch, sur 51 cas de mal de Pott avec accidents paraplégiques, en nota 11 cas plus âgés que quarante ans. André-Thomas étudia les troubles sympathiques déclanchés par un mal de Pott chez un sujet âgé de 72 ans.

Nous croyons que la compression sur la moelle de notre malade s'exerça par la formation d'un abcès entre la face postérieure du corps des vertèbres dorsales supérieures et le ligament vertébral postérieur, abcès sus-ligamentaire. En plus de créer cette lésion compressive sur la moelle, le processus pottique détermina un syndrome d'irritation du sympathique céphalique unilatéral. L'hyperhydrose et l'hyperthermie unilatérales localisées à l'hémiface droite en étaient les manifestations indéniables. La transpiration équivalait à l'irritation des centres ou des fibres sympathiques sudoraux, l'hyperthermie correspondait, soit à la vaso-dilatation consécutive à une phase de vaso-constriction par excitation des centres ou fibres vaso-constructeurs, ou encore à une vaso-dilatation active par stimulation portée directement sur les centres ou fibres vaso-dilatateurs. Il est difficile de trancher catégoriquement actuellement, il aurait fallu, pour le faire, étudier bien attentivement les réactions du malade, les provoquer au besoin, afin de saisir la capacité de réactions vasculaires dans l'un et l'autre sens.

Il n'est pas étonnant que ce malade ait souffert de troubles sympathiques à la face; en effet, les centres vaso-moteur et sudoral médullaires de la face et du cou sont situés au niveau des quatre premiers segments médullaires dorsaux, donc en relation étroite avec les lésions vertébrales soupçonnées chez notre malade.

A notre avis, il existait donc un abcès sus-ligamentaire dont l'étendue dans le sens vertical nous était inconnue. Cet abcès pouvait être sous tension, il l'était tout probablement et, un jour, subitement, sans que nous puissions en trouver une cause extérieure sauf les manipulations au cours d'un examen médical, il rompit la barrière ligamentaire, par une ulcération, et envahit brusquement l'espace épidural, amenant les troubles bulbaires qui ont causé la mort. Ce mécanisme invoqué n'est pas une vue de l'esprit ; il est admis et prouvé par l'examen anatomique que la compression de la moelle peut être produite par l'abcès sus-ligamentaire secondaire aux lésions vertébrales, il est admis que cet abcès peut s'ouvrir dans l'espace épidural, plus

ou moins brusquement, par l'entremise d'une ulcération, il devient alors abcès sous-ligamentaire, enfin que cette éruption peut se produire à une distance parfois assez éloignée des vertèbres primitivement malades.

Je n'invoque pas ici le mécanisme de la luxation ou de l'affaissement vertébraux pathologiques, parce qu'il ne peut expliquer les troubles bulbaires, les vertèbres malades étant situées à un niveau trop bas pour atteindre, lors de leur désorganisation subite, même par inhibition à distance, les fonctions vitales du bulbe.

Au contraire, il est très vraisemblable d'émettre cette hypothèse que l'abcès préalablement sus-ligamentaire a fait brutalement éruption dans l'espace épidural à un niveau haut situé, à proximité du bulbe.

La mort subite dans le mal de Pott survient presqu'exclusivement, lorsque le processus tuberculeux est sous-occipital et intéresse l'atlas et l'axis. Elle survient, du moins c'est le mécanisme invoqué, par luxation ou affaissement vertébraux, en résultant une compression brusque du bulbe ou de la moelle toute supérieure par l'intermédiaire de la base ou du sommet de l'apophyse odontoïde. Elle est rare puisque Sorrel et Mad Sorrel-Déjerine n'ont pu en recueillir que 15 cas dans la littérature médicale jusqu'en 1924 (Rev. Neur. 1924 T. I., p. 317). Evidemment des cas superposables à celui que nous rapportons sont encore plus rares; nous n'avons pu, au cours de recherches bibliographiques, bien entendu, assez restreintes, trouvé d'observation semblable. Malheureusement, le défaut de preuves objectives de ce que nous avançons et l'incomplétude de l'observation de notre malade lui enlève toute valeur démonstrative.

Le mécanisme de l'éruption à distance de l'abcès est le seul qui puisse être invoqué dans le cas actuel. Il explique la compression brusque et à distance; chez notre malade cet abcès ne peut venir que d'un mal de Pott.

Nous avons bien pensé au cancer vertébral, mais pour rejeter immédiatement cette hypothèse diagnostique, car cette dernière lésion aurait engendré des douleurs beaucoup plus violentes et, localisée aux premières vertèbres dorsales, n'aurait pu amener la mort subite par atteinte bulbaire.

La fracture et la luxation des vertèbres, l'hématorachis, la rupture d'un anévrysme de l'aorte, d'un kyste hydatique, d'un abcès dans le canal rachidien constituent les causes les plus fréquentes de com-

pression médullaire aiguë. En ce qui concerne les troubles sympathiques de la face, ils ont été particulièrement observé dans le mal de Pott cervical (Sorrel et Mad. Sorrel-Déjerine; Rev. Neur., 1924; T. II; p. 616). Ils correspondent à, l'atteinte des centres sympathiques au segment céphalique.

Chez notre malade, le processus d'irritation sympathique qui se manifestait durant la vie par la sudation et la sensation de chaleur, créa ce phénomène bizarre d'ischémie et d'absence de cyanose sur les mêmes téguments, lors de la phase d'axphyxie. La vaso-constriction céphalique s'opposa à la circulation sanguine au moment où la tension artérielle était considérablement abaissée. L'état de spasme des artérioles et veinules ou encore leur imminence constante vers le spasme s'extériorisa à son maximum, alors que l'excitation sympathique persistait et que la circulation se faisait à peine. Nous ne pouvons dire si cette irritation se produisait sur les centres même ou sur les rameaux communicants des premières racines dorsales. Pour résoudre définitivement ce problème, l'examen anatomique seule de la région eut pu nous fournir les éléments essentiels.

PRONOSTIC DES DILATATIONS CARDIAQUES PAR L'ORTHODIAGRAPHIE EN SÉRIE

Par Paul MORIN,
De l'Hôpital Saint-Luc.

L'examen des malades à la radioscopie peut nous être utile pour faire le diagnostic d'une dilatation cardiaque à son début, mais il ne sera pas non plus sans intérêt d'en connaître le pronostic. Le degré de dilatation des ombres cardio-vasculaires traduites par l'orthodiagramme nous en donnera une indication précieuse, mais c'est surtout à l'évolution de ces ombres dans le temps qu'on doit accorder la meilleure signification.

Des modifications rapides de l'aire de projection, qu'il s'agisse d'augmentation ou de diminution, nous feront croire à une dilatation prédominante. tandis que, s'il s'agit d'hypertrophie, réaction de défense du coeur, les diamètres ne varieront que fort peu et dans un temps assez long. Le pronostic dans ce dernier cas sera donc favorable.

Voici l'histoire d'un de nos malades que nous avons pu suivre cliniquement et orthodiagraphiquement depuis deux mois.

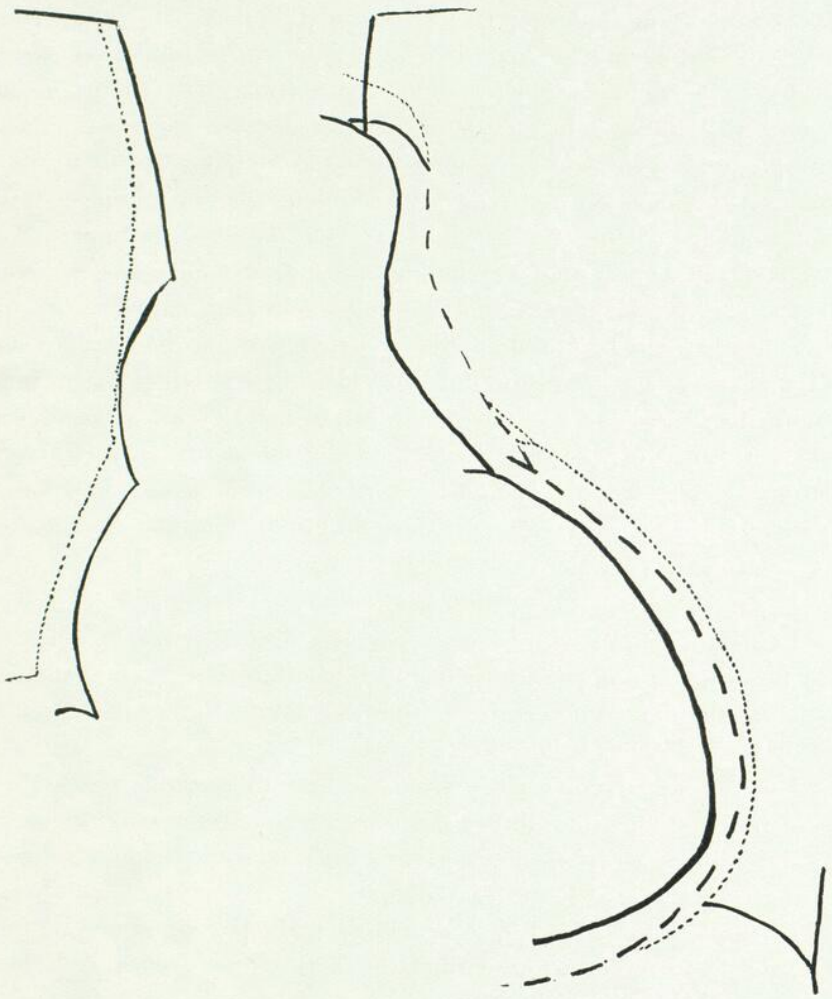
Monsieur A. F. est un malade âgé de 46 ans, exerçant le métier de barbier, gros buveur de bière, fait son entrée dans le service de M. le Dr Boucher pour des crises d'oppression qu'il ressentait depuis plusieurs mois lorsqu'il marchait au grand vent, et qui l'obligeaient à s'arrêter. Il a remarqué aussi que ses jambes enflaient le soir, qu'il toussait et avait une expectoration mousseuse. Le tout est apparu, il y a quelques mois, et s'est aggravé progressivement.

Comme antécédents héréditaires, nous apprenons que son père et sa mère sont morts, l'un d'un cancer, l'autre du tétanos, qu'il a deux frères et six soeurs en bonne santé, un frère et une soeur cardiaques.

Dans les antécédents personnels, nous trouvons une syphilis, acquise à l'âge de 25 ans, pour laquelle il reçut un traitement nettement insuffisant. A l'examen, on est en présence d'un malade dyspnéique et pâle, présentant de la bouffissure des paupières avec des pupilles en myosis et déformées; la pupille droite ne réagit pas à la lumière, l'autre faiblement. La bouche ne révèle rien de particulier; au cou on note une danse des artères très marquée, de la dilatation des jugulaires. On peut sentir dans le creux sus-sternal les battements aortiques.

Au coeur la pointe bat dans le septième espace intercostal gauche en dehors de la ligne mamelonnaire; on perçoit très nettement dans la région précordiale un choc en dôme, mais on ne sent aucun frémissement.

L'auscultation du coeur nous fait entendre un double souffle audible dans toute l'aire cardiaque, mais surtout au foyer aortique, ainsi qu'un bruit de galop très net à la pointe. Le poumon présente tous les signes d'un épanchement dans la cavité pleurale droite ainsi que des gros râles de congestion aux deux bases.



Le foie est douloureux et mesure environ 14 cm.; il déborde de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes.

A l'abdomen, rien à noter et aux membres inférieurs, tous les réflexes sont normaux; le double souffle crural de Durozier peut être entendu très nettement. Les artères du poignet sont dures et sinueuses; le pouls est rapide et bondissant. Le pouls capillaire est visible.

On trouve aux examens de laboratoire un Bordet-Wasserman positif dans le sang et dans le liquide pleural; l'azotémie est normale et les urines ne contiennent que quelques traces d'albumine. Le malade urine environ 1200 c. c. par jour.

Telle était l'histoire de ce patient à son arrivée dans le service: nous étions donc en présence d'un malade dont le coeur commençait à donner des signes de défaillance et qui présentait une double lésion aortique, le rétrécissement toutefois paraissant peu serré.

L'orthodiagramme fait à cette époque, soit le 15 juin est représenté par les traits pleins: il révèle une dilatation considérable des deux ventricules mais surtout du gauche, une aorte sombre et élargie mesurant 3.6 cm. de diamètre. Après un traitement énergique par les toni-cardiaques habituels et après l'évacuation de son épanchement pleural, le malade parut très amélioré: il était moins dyspnéique, le bruit de galop était disparu, son foie avait diminué de volume et son épanchement pleural avait cessé de se reproduire. C'est dans ces conditions, quatre semaines plus tard, que nous lui avons fait un nouvel orthodiagramme que nous reproduisons en traits brisés; à notre surprise son diamètre ventriculaire gauche s'était considérablement accru. Malgré l'absence des signes cliniques, il nous était facile de prévoir que son amélioration n'était que passagère; de fait, une semaine plus tard le malade fit une défaillance cardiaque sévère. Il était très dyspnéique, ses jugulaires étaient très dilatées; au coeur était réapparu le bruit de galop et le foie mesurait 20 cm. de diamètre.

Il y avait un peu d'oedème des membres inférieurs.

Le dessin de son coeur à cette période, figuré en traits pointillés, nous fait constater une accentuation de la dilatation, mais cette fois-ci elle est surtout transversale et intéresse particulièrement le ventricule droit qui repousse l'oreillette droite.

Nous sommes donc en présence d'une dilatation ventriculaire gauche irréductible compliquée d'une dilatation ventriculaire droite: les rémissions sont très courtes et la courbe d'accroissement ne cesse de progresser malgré les toni-cardiaques.

En présence de cette série de tracés orthodiagraphiques, il nous est facile de formuler ici un pronostic fatal à brève échéance. Si la clinique est suffisante ici pour nous faire porter un tel pronostic, il n'en est pas toujours de même et souvent il nous sera utile d'avoir sous les yeux cette série de calques qui nous traduiront presqu'en formule mathématique le degré d'insuffisance cardiaque et son évolution dans le temps.*

* *Travail du service de médecine de l'hôpital Saint-Luc.*

BIBLIOGRAPHIE

1. BAINTON J. H. — *The transverse diameter of the Heart.* Am. H. J. Fev. 1932, p. 331.

2. DANZER C. S. — *An index of cardiac enlargment.* Am. J. Med. Sc. 157, 513, 1919.

3. LEVEM G. and REID W. — *A chart for the differential diagnosis of cardiac enlargment by means of the Roentgen Rug.* Am. H. J., fév. 1932, p. 380.

4. NEMET and SCHWEDEL. — Roentgraphic studies of the right ventricle.

5. VaQUEZ et BORDET E. — *Radiologie du coeur et des vaisseaux de la* base, 1928, p. 125.

REVUE GÉNÉRALE

LES RAYONS INFRA-ROUGES

Par

A. LAQUERRIERE,
Electro-radiologiste

D. LEONARD,
Assistant électroradiologiste

de l'Hôpital Notre-Dame.

Les Rayons Infra-rouges sont des vibrations transversales de l'éther. Les vibrations transversales de l'éther se divisent selon leur longueur d'ondes (en allant des plus longues vers les plus courtes) en : ondes hertziennes, infrarouges, lumineuses, ultra-violettes, rayons X, rayons gamma du radium, et enfin rayons ultra-gamma ou rayons cosmiques.

Les infrarouges sont extrêmement nombreux : toute source de lumière en donne une grande quantité, par exemple : les rayons solaires qui parviennent à la terre contiennent 59% d'infrarouges, 40% de lumière et 1%d'ultra-violets. De plus, tout corps qui n'est pas au zéro absolu (moins 273° centigrade) a une vibration thermique qu'il transmet à l'ambiance sous forme de rayons infrarouges. Nous sommes donc perpétuellement baignés d'infrarouges et les infrarouges sont les seules radiations indispensables à la vie, puisqu'il y a de nombreux êtres vivants qui ne reçoivent jamais de rayons lumineux.

En pratique les infrarouges sont produits par des lampes électriques ou par des résistances chauffantes. Les modèles sont très différents; mais beaucoup sont munis de filtres destinés à ne laisser passer que des infrarouges seulement; d'ailleurs on peut, surtout avec des lampes spéciales, supprimer les filtres et faire du bain de lumière, car avec ces lampes la quantité de rayons lumineux est très faible en comparaison des infrarouges.

Les radiations, quelles qu'elles soient, quand elles sont arrêtées par un obstacle, augmentent les vibrations thermiques de cet obstacle. Aucun rayon ne mérite donc, à l'exclusion des autres, le nom

de radiation calorique. Seulement, tandis que les autres radiations, ayant des effets spécifiques, ne peuvent être tolérées à haute dose, les rayons infrarouges au contraire et les rayons lumineux peuvent être reçus en quantité assez grande pour nous faire éprouver la sensation de chaleur parce que nous sommes habitués à les tolérer.

Jusqu'à présent rien ne nous autorise à croire à une action spécifique importante d'une radiation ou d'une autre dans la région de l'infrarouge, ni à admettre une différence entre les rayons infrarouges et les rayons lumineux voisins de ces infrarouges; mais tous les infrarouges ne pénètrent pas à travers la matière avec la même facilité. On pouvait donc admettre que sans avoir d'action spéciale telle radiation infrarouge pouvait avoir plus d'effet parce qu'elle pénétrait mieux. C'est pour cela qu'on a construit en 1927 (Laquerrière et Delherm) un instrument permettant de régler la longueur d'onde. Cet appareil n'a pas été largement et minutieusement expérimenté, mais, des recherches faites jusqu'à présent à l'Hôpital de la Pitié à Paris, semble résulter qu'une assez grande étendue du spectre comprenant les infrarouges de courte longueur d'onde, les rouges et les rayons lumineux voisins du rouge, a partout sensiblement les mêmes effets. D'ailleurs d'autres constatations conduisaient aux mêmes conclusions:

1° Il y a une douzaine d'années,un médecin parisien, qui s'était fait donner par le constructeur le monopole médical des infrarouges utilisés par la marine de guerre, prônait vivement cette thérapeutique; or, les résultats qu'il signalait n'étaient pas sensiblement différents de ceux, qu'on obtenait auparavant avec des sources lumineuses comme l'antique chaine thermo-lumineuse de Delherm et Laquerrière; (1).

2° Un peu plus récemment, Laquerrière construisit lui-même le premier radiateur d'infrarouges, utilisant une résistance chauffante au lieu de lampe. (2) Ce procédé, qui fut en six mois copié dans le monde entier, donna lui aussi les mêmes résultats, bien que les rayons fussent assez différents comme longueur d'onde de ceux fournis par les appareils précédents.

---

(1) Delherm et Laquerrière : Un nouveau bain de lumière local. Société française d'électrothérapie, Octobre 1911.

(2) Présentation d'un appareil improvisé pour radiothérapie infrarouge, Société de Radiologie médicale de France, Mars 1925.

En pratique, on peut donc dire qu'il y a autour du rouge une série de radiations dont l'ensemble agit sur l'organisme en y donnant des effets thermiques, mais ces rouges et infrarouges diffèrent des autres procédés produisant de la chaleur parce que : 1° Une partie n'est pas arrêtée immédiatement à la surface de la peau et va en profondeur pour ne se transformer en chaleur que plus ou moins loin de l'épiderme; 2° la plupart des applications se font à l'air libre : l'évaporation de la sueur refroidit la peau.

Pour ces deux raisons, avec un même échauffement de la peau la chaleur totale absorbée est plus grande.

Il existe un procédé bien meilleur pour produire de la chaleur en profondeur : avec la diathermie chaque cellule traversée s'échauffe pour son propre compte, et la quantité de chaleur développée est presque la même sur la peau et à une grande distance, mais les infrarouges ont les avantages suivants : Avec eux pas besoin d'appliquer une électrode sur les téguments, or il est gênant d'appliquer, et de bien appliquer, une électrode sur une plaie ou sur une région douloureuse, et surtout il est impossible d'établir un bon contact électrique sur les régions à système pileux, le cuir chevelu par exemple.

Comme on le voit les infrarouges sont un procédé un peu spécial de thermothérapie : leurs applications peuvent se diviser en trois systèmes :

1° *Les applications chirurgicales* : Un thermocautère promené à quelque distance de la peau peut être utilisé pour dessécher et faire ultérieurement tomber certaines néoformations de la peau,si elles sont étendues et très peu épaisses — La neige carbonique est infiniment plus commode à manier — On a essayé de détruire certaines productions plus épaisses, comme les verrues, en les brûlant au moyen de rayons concentrés par une loupe, (c'est aussi brutal et moins facile à doser que le fer rouge), ou bien en déterminant par le même procédé une phlycténe séparant les tissus sains des tissus malades, qui tombent ultérieurement; ce clivage est réalisé beaucoup plus correctement par la galvano-puncture. En somme, l'emploi chirurgical des infrarouges ne peut être considéré que comme un procédé d'exception. (1)

---

(1) Laquerrière. Les Infrarouges dans le traitement des Kératoses et des Verrues. (Société de Radiologie médicale de France. Octobre 1927).

2° *Les applications médicales localisées.* — Ces applications ont les actions diverses d'une chaleur pénétrante. Elles augmentent la vitalité des tissus : la plupart des modifications chimiques se font plus rapidement quand la température s'élève, les graines ne germent qu'à une certaine chaleur; la majorité des animaux supérieurs se reproduisent durant la saison chaude, etc. Elles excitent la circulation superficielle, l'organisme envoyant du sang pour lutter contre l'élévation de chaleur locale. Cette augmentation de la circulation superficielle s'ajoute à l'action de la chaleur pour agir sur la nutrition, mais de plus elle a les effets les plus heureux sur les stases sanguines, les phénomènes congestifs, les cellulites, etc., dont elle hâte la résorption.

De plus, en nombre de cas la congestion superficielle détermine la congestion des organes sous-jacents en profondeur.

D'autre part, les radiations agissent sur la peau en y causant une sorte de révulsion, et en même temps, toujours pour lutter contre l'élévation de température, l'organisme produit de la sueur dans la région irradiée, d'où élimination de toxines.

Enfin, depuis Hippocrate la chaleur est un analgésique et à ce titre les infrarouges qui permettent de très bien chauffer une région, sans la brûler, doivent être largement employés, avec toutefois quelques réserves sur lesquelles nous reviendrons.

Les indications sont très variées, surtout si, ce qui est la vérité dans une bonne partie des affections, on considère les infrarouges comme un adjuvant.

On les utilisera comme agents trophiques dans diverses affections superficielles (On ne peut leur reconnaître un rôle directement antiseptique, mais souvent en augmentant les défenses de l'organisme ils contribueront à la désinfection). Dans les plaies torpides il semble que les ultra-violets leur soient en général supérieurs; mais les ultra-violets ont besoin de frapper directement les lésions, car ils n'ont aucun pouvoir de pénétration. Les infrarouges au contraire agissent globalement sur toute une région, ainsi permettent-ils de traiter des plaies anfractieuses pour lesquelles les ultra-violets n'auraient d'effets utiles que sur certaines parties. C'est ainsi que nous avons actuellement en traitement deux malades qui, à la suite d'intervention sur la région anale, présentent des plaies torpides avec de profondes coupures. Tous deux, tant au point de vue des douleurs que de la cicatrisation, ont éprouvé un bénéfice considérable et rapide des infrarouges.

On a utilisé les infrarouges contre les atrophies de la peau, suite de radiodermite; dans les cicatrices minces et peu solides; enfin, ils sont souvent très utiles dans les gelures. Nous soignons actuellement un vieillard qui a eu cet hiver des gelures des deux pieds et d'une main; cette dernière présentait de plus une ulcération rebelle, or les infrarouges ont cicatrisé l'ulcération, ont fait disparaître les douleurs, ont rendu aux téguments un bien meilleur aspect, ont assoupli — incomplètement encore — les doigts et les orteils, le malade commence à marcher, etc.

Les infrarouges sont aussi utilisés pour des lésions plus profondes. C'est ainsi qu'ils peuvent améliorer les douleurs des périviscérites (ils sont alors le plus souvent inférieurs à la diathermie), les pleurites, les synovites tendineuses, les hydarthroses — ils ne forment pas à eux seuls le traitement de l'hydarthrose, qui, arrivée à un certain stade, doit surtout consister dans la réfection musculaire, mais ils sont souvent un moyen d'atténuer les douleurs et l'épanchement.

Ils permettent de combattre des troubles circulatoires localisés et en particulier les œdèmes post-traumatiques, et peuvent même agir sur les gros empâtements profonds que forment les reliquats soit de menaces de suppurations avortées, soit de phénomènes inflammatoires autour d'un foyer abcédé. Nous ne saurions mieux faire à ce propos que de citer l'observation d'un homme de 36 ans qui ayant présenté un phlegmon diffus ligneux de la fosse iliaque droite fut opéré le 10 avril. Le 9 mai il nous fut envoyé parce qu'un vaste placard d'induration profonde ne se résorbait qu'avec une lenteur extrême, que la brèche opératoire ne cicatrisait pas et parce que les douleurs continuaient à être vives. Dès la première séance il y eut un soulagement marqué et en quelques jours le malade put quitter l'hôpital. Actuellement après neuf séances il ne souffre à peu près plus, remue sans difficulté, marche presque sans gêne, l'induration est remplacée par un simple manque de souplesse et la plaie a un bon aspect de travail cicatrisant.

Comme autres troubles circulatoires, on peut signaler le refroidissement du membre malade, qui se produit plus ou moins fréquemment dans la paralysie infantile; les infrarouges sont moins efficaces que la diathermie, mais ont l'avantage d'être sans danger même chez les tout petits qui ne savent pas rendre compte de leurs sensations .

De même, certains états congestifs dont on ne peut pas toujours dire s'il s'agit d'œdèmes ou de phénomènes inflammatoires peuvent être très rapidement amendés; c'est ainsi que souvent on peut soulager très rapidement soit des sinusites légères au début, soit des séquelles de sinusites opérées qui ne peuvent guérir complètement sans adjuvant.

Les algies légères, surtout d'origine rhumatismale, sont tout à fait justifiables des infrarouges; quant aux névralgies graves, elles peuvent en tirer des bénéfices importants; mais peuvent aussi en être exacerbées. Il y a là une réaction particulière de certaines névralgies pour les infrarouges et pour la diathermie, réaction qui a été unanimement reconnue lors d'une très importante discussion à la Société Française d'Electrothérapie au début de cette année, à la suite d'une communication du collaborateur parisien dû à Laquerrière, le Dr. Loubier; mais que Laquerrière avait signalée déjà depuis quelque temps en demandant si ces névralgies intolérantes n'étaient pas parentes des causalgies. (1)

En gynécologie, les infrarouges ont différents usages : en applications sur le bas ventre ils favorisent l'écoulement menstruel et peuvent servir à régulariser et à augmenter les règles des jeunes filles qui sont mal réglées, ils peuvent aussi rappeler les menstruations arrêtées accidentellement (émotion, refroidissement); mais ils servent surtout dans les états infectieux chroniques ou aigus; pour ne pas allonger, citons seulement comme exemple ce que recommande Dauket, qui de tous les physiothérapeutes des hôpitaux de Paris se trouve être actuellement celui qui fait le plus de gynécologie; quand on est en présence d'une salpingite aiguë à symptômes bruyants ; Repos absolu au lit avec glace sur le ventre; dès qu'il y a une petite amélioration substituer prudemment et en tâtonnant à la glace des applications d'infrarouges de 1 heure. Ce n'est que devant une nouvelle amélioration que, tout en laissant la malade au repos complet, on associera aux infrarouges, continués à raison de 2 séances de 1 heure chaque jour, et la douche dite de Luxeuil et la diathermie.

Pendant que nous nous occupons de la région abdominale signalons encore que le bain local de lumière ou d'infrarouges est un procédé extrêmement précieux pour réchauffer l'abdomen et

(1) Laquerrière. Intolérance pour la Physiothérapie. Société française d'électrothérapie et de radiologie. Avril 1930.)

réveiller le péristaltisme intestinal en particulier chez les opérées du ventre. Son action est si marquée qu'en nombre de cas il permet de ne pas pratqiuer le lavement électrique pour l'administration duquel l'électro-radiologiste avait été appelé.

Terminons en rappelant que comme toute application de chaleur locale, les infrarouges peuvent soulager les rhumatisants; mais chez ces malades il y a lieu le plus souvent de modifier l'état général; aussi, aura-t-on souvent recours pour eux au bain général.

3° *Le bain général de lumière* : — Il paraît inutile pour les applications de sélectionner les rayons. On se sert habituellement d'une boîte où l'on enferme le malade, sa tête seule étant en dehors; cette boîte contient un certain nombre de lampes électriques qui donnent des rayons lumineux et encore plus d'infrarouges. On a sur la totalité des téguments les effets décrits pour les applications locales, mais il faut y ajouter les actions particulières :

1° la sueur, au moins chez certains sujets, provoquée par le bain de lumière est beaucoup plus fétide que leur sueur habituelle. Cette différence est si marquée qu'il y a des malades auxquels on ne peut pratiquer un bain de lumière de durée suffisante si on n'est pas en état de les baigner ou de les doucher après. On peut donc admettre que la sudation produite par ce procédé fait éliminer des produits spéciaux.

2° l'excitation de la peau de la totalité du corps par la lumière décongestionne les organes profonds, le bain de lumière bien manié peut être utilisé chez des cardiaques qui ne toléreraient pas l'étuve.

3° cette même excitation de la circulation cutanée rééduque la peau, si bien que comme à la suite de l'hydrothérapie bien faite le patient n'a plus de frilosité, ne ressent plus les coups de froids et n'en éprouve plus d'inconvénients.

N'insistons pas et contentons nous d'affirmer que le bain de lumière général est un adjuvant souvent très utile dans le traitement du rhumatisme et d'autres états diathésiques.

Enfin, le bain de lumière général peut servir à réchauffer un sujet; durant la guerre, dans certaines ambulances ayant à leur disposition suffisamment d'électricité on avait installé des appareils de fortune permettant d'irradier la totalité du corps d'un sujet; nombre de blessés qui avaient perdu beaucoup de sang et étaient

restés longtemps avant d'être ramassés dans la boue et dans la neige étaient transformés par un séjour d'une demi-heure ou de 1 heure dans ces appareils.

Comme on le voit, les applications de la "chaleur radiante", comme on disait il y a vingt ans, sont extrêmement nombreuses. Elle forme un procédé commode de thermothérapie ayant sur les autres formes de cette même thermothérapie (la diathermie exceptée) l'avantage d'agir beaucoup mieux en profondeur. Mais on ne devra pas oublier que dans beaucoup d'affections, malgré leur vogue depuis qu'on les appelle des infrarouges, ces radiations comme les procédés ordinaires de chaleur doivent n'être considérés que comme un adjuvant à des médications plus énergiques.

QUELLES SONT LES PRINCIPALES CAUSES D'ERREURS DANS LE DIAGNOSTIC DE L'INFECTION PUERPÉRALE ?

Par J.-A. MANSEAU,
Chargé du Service de la Maternité à l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc.

Nombre d'affections fébriles peuvent compliquer les suites de couches et il ne faudrait pas s'en laisser imposer par un état pathologique qui pourrait être tout autre que l'infection puerpérale proprement dite.

Par ordre de fréquence, notons :

1o. *La grippe.*

(Souvent grave et prédisposant d'ailleurs à l'infection puerpérale). Elle est une infection pour laquelle nous pouvons instituer un traitement d'action rapide et efficace. Comme elle est une des affections qui ont le plus de rapport avec l'infection puerpérale, surtout en temps d'épidémie, il est important d'apporter toutes les précautions aux soins consécutifs à l'accouchement et de protéger l'utérus contre cette infection streptococcique rebelle en appliquant en permanence et préventivement deux sacs de glace sur l'abdomen.

Au symptôme fièvre se joignent d'autres signes que l'on devra toujours rechercher avant tout, tels : coryza, angine, trachéite, céphalée, courbature, etc. En temps d'épidémie, l'évolution est suffisamment caractéristique pour mettre immédiatement sur la voie du diagnostic.

2o. *Infections mammaires.*

Je place ces infections en second lieu par ordre d'importance parce qu'un léger état de lymphangite du sein peut être exagéré par un état grippal coexistant, et laisser croire au médecin qu'il ne s'agit de rien autre chose que de lymphangite du sein alors qu'en réalité, l'origine est bien grippale.

Sauf cette exception, les infections mammaires telles : lymphangite, galactophorite, mastite, ne laissent ordinairement aucun doute dans l'esprit de l'accoucheur.

Absence de douleurs et de traînées de lymphangite, souplesse des seins permettront d'éliminer une infection mammaire.

3o. *Infection d'origine intestinale: Stercorémie.*

Le diagnostic entre la fièvre de l'infection utérine et celle d'origine intestinale est le plus souvent facile.

Cette infection fera ordinairement son apparition chez les constipées chroniques et chez les accouchées qui ont eu un travail pénible.

Comme souvent entrent en scène des symptômes d'ordre digestif, s'il y a doute au point de vue d'origine infectieuse, le médecin fera bien de pencher vers le diagnostic d'une infection d'origine génitale pour ne pas perdre un temps infiniment précieux.

4o. *Pyélonéphrites.*

Mentionnons spécialement celle à forme colibacillaire. Le colibacille peut s'attaquer aux voies génitales, mais le plus souvent ce micro-organisme s'attaque aux voies digestives et aux voies urinaires.

Les infections colibacillaires des voies urinaires sont les plus fréquentes; de là l'importance de l'analyse microscopique des urines avant l'accouchement afin de n'être pas surpris d'une poussée aigué de pyélonéphrite dans les suites de couches.

5o. *La typhoïde.*

Les signes cliniques, l'hémoculture et le séro-diagnostic trancheront le diagnostic de l'infection d'Eberth qui d'ailleurs débute rarement dans les suites de couches.

6o. *La tuberculose.*

Cette infection n'est pas la moindre à dépister; ici, le médecin aura à tenir compte considérablement des antécédents personnels, héréditaires, du modus vivendi, de l'entourage de la malade etc.

D'autres maladies infectieuses peuvent apparaître pendant les suites de couches et quoiqu'elles puissent ressembler à certaines manifestations de l'infection puerpérale, elles ne se présentent que par exception et permettent un diagnostic plus facile.

Je mentionnerai entre autres: la pneumonie, les méningites, le rhumatisme articulaire aigu, les appendicites, les péritonites etc.

* * *

En général, le diagnostic sera facile si le médecin accoucheur a la précaution de toujours penser à la possibilité d'une infection puerpérale dès qu'apparaît le moindre phénomène de température chez l'accouchée. A lui donc de toujours chercher à dépister ce symptôme fébrile dès son apparition afin de pouvoir instituer immédiatement un traitement rapide et efficace.

PETITE CLINIQUE

SUR UNE MALADE QUI PARLE DIFFICILEMENT ET QUI COMPREND MAL, OU, UN CAS D'APHASIE DE BROCA

Par Jean SAUCIER,
Neurologiste à l'Hôpital Notre-Dame.

Voici une malade de 49 ans qui nous fut amenée par sa fille il y a quelques mois parce qu'elle parlait avec difficulté et que souvent elle ne comprenait pas ce qu'on lui disait. Grâce au témoignage de sa fille, — et la malade y aidant partiellement, — nous sommes arrivés à reconstituer l'histoire suivante, que nous allons résumer :

Il y a 9 ans, installation en 15 jours, sans ictus, d'une paralysie faciobrachiale droite, avec atteinte discrète du membre inférieur droit, d'une dysarthrie considérable, et d'un état mental très spécial consistant essentiellement en l'impossibilité de comprendre ce qu'on lui disait, de lire et d'écrire.

Rien de notable n'est à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels de la malade. La maladie actuelle ne fut annoncée par aucun prodrome et par aucune infection récente. Pendant les années qui se sont écoulées depuis les manifestations initiales, la malade s'est spontanément améliorée au point qu'aujourd'hui elle utilise son membre supérieur droit, elle parvient à articuler suffisamment bien pour être comprise et elle a retrouvé la signification de la plupart des mots usuels. Elle ne parvient cependant pas à lire ni à écrire. Il est assez paradoxal de constater que l'on puisse attendre si longtemps pour demander un avis dans une ville où pourtant les dispensaires ne manquent pas. Quoiqu'il en soit ou bien la famille s'est renseignée, ou bien elle s'est tardivement émue devant l'état de la parente affligée et voici qu'on nous l'adresse pour porter remède à un état sûrement définitif. La malade ne présente ni délire, ni troubles des émotions, ni désordres de l'activité pragmatique. Elle offre la spasmodicité résiduelle qu'il est habituel de rencontrer chez les anciens hémiplégiques, ainsi que le cortège des signes pyramidaux sur lesquels il serait fastidieux d'insister. Il faut cependant noter que cette malade est droitière et que son hémiplégie offre

comme particularités d'être située à droite et d'être plus marquée à la face et au bras qu'au membre inférieur. Notons au surplus, que le tableau s'enrichit d'une astéréognosie complète à la main droite et d'un élargissement considérable des cercles de Weber du même côté, et que son membre supérieur droit est parfois animé de mouvements involontaires assez lents, reptants, réalisant des extensions digitales démesurées et des torsions de l'avant-bras qui rappellent les cinésies paradoxales de l'athétose. A elles seules ces adjonctions symptomatiques pourraient faire le sujet d'exposés doctrinaux fort élaborés, mais tel n'était pas notre dessein initial, et nous nous en tiendrons aux seuls troubles qui ont amené cette malade à notre consultation, à savoir: la difficulté de parler, de comprendre ce qui lui est dit et de lire; l'impossibilité d'écrire. La seule mention des troubles sensitivo-moteurs surajoutés met bien en lumière l'étendue de la lésion causale, et vous aidera à mieux saisir certains mécanismes physio-pathologiques, notamment en ce qui concerne la dysarthrie. Il convient d'ajouter que les réactions du sérum et du l. c. r. furent normales à tous égards et que, par ailleurs, l'examen somatique est essentiellement négatif.

Nous allons maintenant voir jusqu'à quel point cette malade comprend ce qu'on lui dit; nous allons la faire parler et chanter; nous allons la faire lire et tenter de la faire écrire; enfin, nous allons interroger sa mimique et essayer d'évaluer son bagage intellectuel.

Les ordres simples, tels que: "Ouvrez la bouche"; "Fermez les yeux"; "Faites un pied de nez" sont correctement et rapidement exécutés. Les ordres contenant le même substantif: "Donnez la main"; "Levez la main"; "Baissez la main"; "Ouvrez la main" sont également bien exécutés mais avec une certaine hésitation. Pour les ordres plus compliqués, elle commet des erreurs. Voyez comment cette malade, qui pourtant n'est pas sourde, réalise l'épreuve des 3 papiers de Pierre Marie: "Il y a sur cette table 3 morceaux de papier: un grand, un moyen et un petit. Vous me donnerez le plus grand, vous chiffonnerez le moyen et le jetterez par terre et vous garderez le petit dans votre main". Effectivement, elle nous donne le grand papier, elle chiffonne le moyen et nous le donne encore, puis elle jette le petit par terre. Voyez maintenant comment elle va exécuter cet autre commandement: "Mettez votre pouce gauche sur votre oreille droite". Elle met la main gauche tout entière sur le nez.

La parole spontanée est dysarthrique mais compréhensible. Il est facile de constater que le vocabulaire est très restreint. Lorsqu'on lui fait nommer des objets, elle emploie souvent un mot pour un autre, par exemple: le le pouce pour la main. C'est de la *paraphasie*. Souvent elle crée des mots qui n'ont aucun sens, par exemple: le poince, la taube, etc. C'est de la *jargonaphasie*. Elle dit assez bien les mots en série, comme les mois, les chiffres, mais elle fait de nombreux accrocs d'articulation. Elle répète bien une phrase à condition que celle-ci soit courte. Elle peut chanter convenablement l'O Canada avec les paroles. Cette dernière coïncidence n'est pas en

rapport avec la vigueur du sentiment national, mais témoigne d'un automatisme très ancien.

Nous nous sommes assurés que cette malade n'est pas hémianopsique et que sa vision est intacte, mais cependant, elle ne parvient pas à lire. Tout au plus épelle-t-elle péniblement des groupements syllabiques extrêmement simples comme: ba-ba, pa-pa, to-to; elle ne peut lire une phrase comme: "La conférence impériale a lieu à Ottawa." L'écriture verticale, même très simplifiée n'a pour elle aucun sens. Par ailleurs, les dessins sont bien identifiés. Les chiffres sont correctement nommés, mais la moindre tentative d'additionner conduit à des erreurs lamentables. L'écriture est impossible, même de la main gauche. La mimique et le ton émotionnel sont normaux. L'intelligence n'est sûrement pas intacte, mais cette déchéance est surtout apparente lorsque l'on interroge la malade au sujet de *notions d'ordre didactique*. Ici, en effet, la mémoire est relativement bonne; l'orientation est parfaite; l'attention est assez bien soutenue; les réponses sont cohérentes et les jugements portés sur les faits usuels sont bons. Il s'agit d'une déchéance intellectuelle spécialisée, puisqu'en dehors des lacunes sus-énumérées, le comportement ne permet pas de classer cette malade comme une aliénée.

Vous avez devant vous, messieurs, un cas *d'aplasie de Broca,* au sens que lui a donné Pierre Marie. Voici, du reste, en résumé, comment celui-ci conçoit l'aphasie. Des examens anatomo-cliniques nombreux ont permis à cet auteur d'affirmer que le centre de Broca n'avait aucune spécificité, que l'opposition classique d'une aphasie motrice à une aphasie sensorielle ne repose sur aucune réalité, et que la conception des images et des centres d'images est une vue de l'esprit.

L'aphasie est *une* et le trouble qui la domine n'a rien de sensoriel, mais est mis en évidence par la plus ou moins grande incompréhension du langage parlé ou écrit, le malade pouvant parler et parlant souvent même beaucoup, et par l'impossibilité d'écrire. Cette aphasie qu'il continue d'appeler *aphasie de Wernicke* n'a rien de commun avec *l'anarthrie* dont la caractéristique est la très grande difficulté ou l'impossibilité de parler alors que ce qui est dit est compris et que la lecture et l'écriture sont possibles. *L'aphasie de Broca* est un mélange d'aphasie de Wernicke et d'anarthrie, comme c'est ici le cas. En d'autres termes, l'aphasique de Broca parle difficilement et comprend plus ou moins mal la parole et l'écriture; de plus, il ne peut pas écrire.

Au point de vue anatomique, l'aphasie de Wernicke, ou aphasie tout court, est déterminée par une lésion de l'hémisphère gauche du cerveau en un territoire comprenant le gyrus supramarginalis, le pli courbe, le pied des deux premières circonvolutions temporales et la substance blanche sous-jacente; c'est la *zone de Wernicke*, centre

non pas sensoriel, mais *intellectuel* du langage. Quant à l'anarthrie, sa réalisation est conditionnée par une lésion d'une zone définie par Pierre Marie, (*zone lenticulaire*) et qui comprend les noyaux gris centraux, les capsules interne et externe, l'insula, la frontale et la pariétale ascendantes et les fibres afférentes et efférentes de ces formations, aussi bien droites que gauches. L'aphasie de Broca est réalisée par une atteinte plus ou moins diffuse de ces deux territoires.

Les lésions de ces zones sont très variables, et tel aphasique de Broca sera plus aphasique qu'anarthrique, et vice-versa. Notre malade est un exemple d'aphasie de Broca dont l'aphasie et l'anarthrie, d'ailleurs assez légères, sont à peu près proportionnellement réparties.

Nous n'insistons pas sur les avantages qui existent de se ranger aux théories de Pierre Marie. Elles ont le mérite d'être simples, et leur solidité dérive de leur correspondance aux données anatomo-cliniques. Dans un domaine aussi délicat et contesté, les théories les plus étranges ont eu leur vogue, depuis les fantaisies de Gall jusqu'aux polygones mémorables de Grasset.

La médecine nerveuse a conduit aux plus humiliantes erreurs toutes les fois qu'elle s'est éloignée des bases anatomo-physiologiques. Si les application de la psychologie nous sont d'un précieux concours, elles ne doivent pas nous empêcher de penser anatomiquement. L'histoire de l'aphasie, comme celles de l'épilepsie, de la chorée et de plusieurs autres névroses du siècle dernier sont des exemples qui n'ont pas besoin de commentaires.

MOUVEMENT MÉDICAL

A PROPOS DE L'ÉTIOLOGIE DU GOUNDOU

Par J. N. ROY, F.A.C.S.,
Professeur à l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame,
Ex-chargé de mission par le Gouvernement Canadien,
Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris.

J'ai eu récemment l'occasion de lire, dans le numéro de juillet-août 1931 de la *Revue de Médecine et d'Hygiène tropicales,* le compte rendu du Congrès des journées Médicales Coloniales tenu à Paris l'été dernier, dans lequel se trouve un *"Résumé sur le Goundou"*, par le Dr Botreau-Roussel. Dans ce résumé, il répète ce qu'il a déjà exposé dans un travail antérieur: *Ostéites pianiques, Goundou,* paru en 1925. Avec un certain nombre d'auteurs, il croit que le goundou est toujours causé par le pian. Je profite de la circonstance pour rectifier une assertion, dans l'analyse de sa communication au Congrès, où il est dit à la page 220, de la *Revue de Médecine et d'Hygiène tropicales,* au sujet de l'étiologie pianique du goundou: "Botreau-Roussel rattache le goundou au pian. Pour lui le goundou, la tumeur paranasale, n'est qu'une localisation particulière au squelette de la face de l'infection pianique. Cette tumeur peut se présenter en même temps que d'autres manifestations hyperplasiques du squelette qu'il considère comme des ostéites pianiques. Cette opinion n'est pas admise par d'autres auteurs."

Toutefois, il ne faut pas oublier que dès 1900, A. J. Chalmers écrivait dans le journal *The Lancet,* numéro du 6 janvier, pages 22 et 23, que le pian était la cause du goundou. En 1903, A. Nell partageait aussi la même opinion dans un article intitulé: *Goundou. Its relation to yaws.* (Goundou. Son rapport avec le pian), et publié dans le *Journal of Tropical Medicine,* numéro de novembre. D'ailleurs, cette hypothèse a été depuis lors très souvent rééditée.

Pendant un voyage autour de l'Afrique, j'ai étudié le goundou d'une manière particulière, et j'en ai même refait le chapitre en entier, afin de le rendre plus moderne (1). Je dois admettre en toute sincérité que je ne connais pas encore l'agent spécifique du goundou; je ne sais qu'une chose, c'est qu'aucun auteur a prouvé que le pian soit responsable de cette maladie.

Dans mon travail, exposant en détail les différentes théories qui se rapportent à l'étiologie, j'écrivais textuellement ce qui suit, et depuis cette époque, aucune hypothèse nouvelle est venue s'ajouter aux anciennes.

"Tout d'abord nous dirons que l'étiologie du goundou est encore ignorée, car aucune des théories avancées jusqu'à cette date ne peut résister à la critique."

"En effet, Mendès, tout en étant sous l'impression que ces tumeurs paranasales sont des ostéomes, est aussi porté à croire que chez les sujets atteints de goundou, il existe des lésions nerveuses centrales, ayant pour conséquence de produire des troubles vasculaires qui déterminent une exagération nutritive dans l'os et le périoste des apophyses montantes du maxillaire supérieur. Cependant, il ne peut démontrer le rôle que jouerait le système nerveux dans ces lésions trophiques, quant à la formation de l'exostose nasale."

"Il serait difficile d'accepter une semblable théorie, car même si elle était vraie au point de vue nasal, — quoique la tumeur soit souvent unilatérale — il ne faut pas oublier que le goundou peut être généralisé. Cette théorie ne peut expliquer aussi le fait que la maladie se rencontre plus souvent chez le sexe masculin que chez le sexe féminin. De plus, Strachan a rapporté un cas où l'affection était congénitale, et cette constatation est de nature à diminuer considérablement la valeur de bien des hypothèses."

---

(1) J. N. Roy. — Le Goundou. *Académie de Médecine de Paris* (Prix Monbinne 1923).

Idem in: *Bulletins Congrès Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie.* Paris, oct. 1924.

Idem in: *Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie.* Bordeaux, janv. 1925.

Idem in: *Archives Internationales de Laryngologie, Otologie, Rhinologie et Broncho-Oesophagoscopie,* Paris, mars 1925.

Idem in: *Revue de Médecine et d'Hygiène tropicales.* Paris, mars-avril, page 33, 1925.

Idem in: *L'Union Médicale du Canada.* Montréal, juillet 1925.

"Pour ce qui est de l'ostéome, l'examen anatomo-pathologique des tumeurs que nous avons enlevées à deux malades prouve que nous ne sommes nullement en présence de ce genre de lésion."

"Friedrichsen pense que le goundou est une manifestation de la syphilis, bien qu'il ajoute que cette dernière affection ne doit pas être seule mise en cause, et Branch partage cette manière de voir."

"Contre cette opinion, on peut apporter de nombreux arguments. Tout d'abord, nous dirons que le novarsénobenzol, le mercure et l'iodure de potassium n'ont jamais guéri, ou même amélioré un malade atteint de goundou. Et ensuite, que l'on ne rencontre presque jamais cette affection chez les Arabes, les Chinois, les Maures, les Peuhls, les Foulahs, les Haoussas et les Abyssins, pourtant si infectés par la vérole. De plus, le nombre de sujets souffrant du goundou, et n'ayant jamais eu la syphilis, est tellement considérable qu'il est presque inutile d'insister davantage: Friedrichsen, qui a eu l'occasion de rencontrer un malade atteint de goundou généralisé, et en même temps de syphilis, a probablement émis son hypothèse à la suite des phénomènes constatés, sans faire de distinction entre la symptomatologie de ces deux affections."

"Braddon dit que le goundou est une maladie *sui generis.*"

"En réalité cette opinion est peu compromettante, car elle n'explique aucunement la cause des symptômes observés. Si par cette expression, l'auteur veut parler d'un micro-organisme spécifique, nous serions curieux de savoir celui auquel il veut faire allusion."

"Maclaud croit que le goundou est dû à la présence de larves d'insectes dans les fosses nasales, et Shircore, qui a examiné un cas étrange, se rattache à cette théorie."

"Telle n'est pas notre manière de voir, car, si des insectes déposaient des larves dans les narines, il y aurait toujours une forte réaction locale, et une sécrétion abondante. Or, l'observation prouve qu'il existe un nombre considérable de cas où les tumeurs paranasales se sont développées sans être précédées de phénomènes d'irritation de la membrane pituitaire, et de douleurs dans la région du nez. De plus, cette hypothèse pourrait être difficilement soutenue lorsque le goundou est généralisé, — et encore moins lorsqu'il est congénital. Nous n'avons d'ailleurs jamais rencontré, dans nos observations personnelles, de traces d'ulcérations cicatrisées des fosses nasales."

"Lim Boon Keng est d'avis que le goundou est une malformation congénitale, due à un défaut d'union entre les os du nez, la branche montante du maxillaire supérieur et les os du front."

"Nous ne croyons pas devoir nous arrêter longtemps à envisager cette opinion, puisque le seul malade que l'auteur ait observé souffrait d'hydrocéphalie, et non de goundou. Contrairement à ce que nous rencontrons dans cette dernière affection, les tumeurs étaient molles, pulsatiles et sensibles au toucher, et de plus l'enfant est mort très jeune avec une tête énorme."

"Strachan croit que le goundou est un exemple d'atavisme dû à quelques particularités constatées chez certaines tribus originaires de l'Afrique Occidentale."

"A ceci nous dirons que depuis la publication de son travail (1894), un nombre assez considérable de sujets appartenant à des races tout à fait différentes les unes des autres, ont été trouvés atteints de goundou. De plus, il ne faut pas oublier que presque tous les auteurs qui ont étudié avec soin la structure de ces tumeurs en sont venus à la conclusion qu'il s'agissait de lésions inflammatoires plus ou moins récentes, localisées ou généralisées."

"Nell, tout en disant que le goundou est toujours congénital, est aussi sous l'impression que cette maladie est causée par le pian."

"Cette hypothèse est contradictoire par elle-même, car si le goundou était congénital, il ne pourrait pas se manifester à la suite du pian, qui est une affection toujours acquise. D'ailleurs, de la lecture du travail de Nell, qui ne comporte aucun fait précis, se dégage l'impression qu'il manque à cet auteur beaucoup de bibliographie, puisque, à part Strachan, qui a relaté d'une manière scientifique l'observation d'un enfant né avec une tumeur paranasale, tous ceux qui se sont occupés sérieusement de la question, sont d'opinion que le goundou est une maladie acquise."

"Récemment, Gonzalez a rapporté le cas d'un enfant de race Otomi, chez lequel l'affection aurait été constatée dès les premiers mois après sa naissance. Toutefois, notre confrère Mexicain ne peut dire si le goundou était congénital."

"Chalmers, Botreau-Roussel, Clapier et autres, pensent que le goundou se déclare à la suite du pian."

"Avec Brumpt, Jeanselme, Nattan-Larrier et Rousseau, nous croyons que le pian n'a absolument rien à faire dans l'étiologie du goundou, pour les raisons suivantes. D'abord, un nombre considérable de noirs, — admis même par les auteurs de la théorie — ont souffert de cette dernière maladie sans avoir jamais eu d'infection pianique. L'Européen de Cantlie, la Chinoise de Maxwell et les deux Mexicains de Lopez et Gonzalez, avant l'apparition de leur tumeur

paranasale, n'avaient jamais eu le pian. Ensuite, comment expliquer le fait qu'à Madagascar, en Indo-Chine, à Ceylan surtout, et en d'autres contrées où le pian fait plus ou moins de ravages, aucun cas de goundou n'ait été observé?"

"Comment expliquer encore que ces excroissances nasales se rencontrent plus fréquemment chez le sexe masculin que chez le sexe féminin, tandis que l'infection pianique se manifeste avec une égale fréquence chez les deux sexes. Et le cas de Strachan, où la tumeur congénitale, de petite qu'elle était tout d'abord, se serait développée progressivement avec l'âge de l'enfant?"

"Enfin, le fait d'observer le goundou chez les singes est de nature à diminuer énormément la valeur de la théorie du pian. Roques et Bouffard, Roubeau, Joyeux ont rencontré des cas de goundou localisé ou généralisé chez des cynocéphales; Maclaud, Joyeux, chez des chimpanzés. Bien que Mesnil et Marchoux, Bouffard aient constaté que chez le singe les parois de la boîte cranienne peuvent être hypertrophiées, contrairement à ce qui n'a pas encore été trouvé chez l'homme porteur de goundou, Léger, après avoir fait une étude microscopique comparative, en est venu à la conclusion que dans les deux cas les éléments anatomo-pathologiques étaient tout à fait superposables. Nous rappellerons de plus que ces deux espèces de singe, tout en pouvant être inoculées du pian, ne sont jamais atteintes de cette maladie spontanément."

"Lors de notre passage à Paris, en 1913, nous avions remis au professeur Wurtz, pour examen bactériologique, deux pièces de goundou que nous avions enlevées à deux indigènes, à la Côte d'Ivoire (Obs. VII et VIII). Malgré les recherches les plus minutieuses, il a été impossible, à notre regretté confrère, de trouver le spirochète de Castellani, bien que l'une de ces pièecs, étant ramollie à l'intérieur, présentait les conditions les plus favorables pour ce genre d'examen. De ce résultat deux fois négatif, nous n'avons pas la prétention de conclure que le goundou n'est pas causé par le pian; nous désirons simplement souligner ce fait, qui mérite d'être pris en sérieuse considération."

D'un autre côté, le Dr Durante, qui avait bien voulu se charger de l'examen anatomo-pathologique de mes pièces de goundou opéré à la Côte d'Ivoire, a fait une constation microbienne fort intéressante et s'exprime ainsi:

"Comme on ignore encore la cause du goundou, nous avons fait quelques recherches au point de vue bactériologique. Les réactions

inflammatoires, présentant la formule histologique de cette maladie exotique, relèvent d'irritations faibles, de parasites moins toxiques que les cocci et les bactéries habituels; toutefois les spirilloses sont peut-être susceptibles de les réaliser. On les connaît dans la syphilis et la tuberculose, mais elles sont surtout fréquentes dans les mycoses. Il y aurait également lieu de songer aux parasites plus élevés dans l'échelle zoologique, qui sont fréquents dans les pays chauds, et dont on commence seulement à entrevoir l'importance dans la pathologie humaine. Les colorations bactériologiques ne nous ont donné aucun résultat probant, mais dans une coupe préparée à l'hématéine-éosine et safran, nous avons observé trois corps presque ronds, légèrement ovalaires de 25 à 30 mus de diamètre, et colorés en jaune par le safran. Ils sont limités par une membrane régulière très nette et réfringente, et semblent formés d'une substance grenue avec, à la périphérie, des grains brillants plus volumineux. Est-ce là le parasite? Nous nous bornons à signaler le fait. Une unique constatation est insuffisante pour trancher la question."

Avec lui, je me demande si ces corps seraient les agents spécifiques du goundou. Après d'autres recherches de laboratoire, l'avenir seul pourra nous le dire.

Comme je viens de l'exposer assez longuement, il n'est pas logique d'émettre aujourd'hui l'hypothèse que le goundou est causé par le pian. Je serais curieux de savoir sur quelle constatations scientifiques le Dr L. Cornil, qui a étudié les pièces du Dr Botreau-Roussel, s'appuie pour écrire à la page 110, 111: *Ostéites pianiques, Goundou,* du travail de ce dernier auteur: "On conçoit dès lors, étant donné la parenté biologique si proche du tréponème de la syphilis, et du *Treponema pertenue,* qu'il soit possible de soutenir, en se basant sur les caractères histologiques des lésions osseuses, l'origine pianique du goundou."

En présence d'une ostéite tuberculeuse, syphilitique, lépreuse, pianique ou autres, à l'aide de quels faits le Dr Cornil arrive-t-il à un diagnostic de lésion spécifique, s'il n'a pas observé, dans les pièces anatomo-pathologiques, le bacille de Koch, le spirochète de Schaudinn, le bacille de Hansen, le spirochète de Castellani, ou autres micro-organismes, — ou à défaut du parasite lui-même, un granulome à structure caractéristique?

Quant à moi, je dirai à mon excellent confrère, le Dr Botreau-Roussel, qui m'a si gracieusement reçu à Abidjan, lors de mon passage à la Côte d'Ivoire, et même donné l'occasion d'opérer un de ses

indigènes que, pour les raisons citées dans la partie étiologique de mon travail, je crois que le pian n'a rien à faire avec le goundou. Même si l'on trouvait le Castellani, dans ces ostéites, j'aurais *peut-être* des raisons d'être encore sceptique, car je me rappellerais surtout les observations de goundou congénital, de goundou chez des Européens n'ayant jamais eu le pian, de goundou chez des Chinois et des Mexicains, et enfin de goundou chez des singes.

Aussi pour conclure, en n'apportant toutefois rien de nouveau sur ce sujet, je répéterai que l'étiologie du goundou est jusqu'à cette date inconnue. Cette opinion pour modeste qu'elle soit, vaut bien, il me semble, une assertion gratuite, appuyée sur aucun fait scientifique. D'ailleurs, nous sommes bien forcés de l'admettre, il y a tellement de choses en médecine que nous ne connaissons pas encore!

LE PYRIDIUM EN OBSTÉTRIQUE ET EN GYNÉCOLOGIE

Par Donatien MARION,
Professeur-Agrégé à la Faculté de Médecine
Assistant à la Clinique Obstétricale de l'Hôpital Notre-Dame.

et

L. Arthur MAGNAN,
Assistant à la Clinique Gynécologique de l'Hôpital Notre-Dame.

L'expérimentation thérapeutique entraîne des difficultés, des hésitations dans le choix de la technique à suivre, dans le dosage du médicament, dans le mode même d'application ou d'administration. Depuis plus d'un an, nous avons mis à l'épreuve un médicament qui avait été expérimenté en urologie, mais dont les applications tant obstétricales que gynécologiques étaient presque inconnues. Il va sans dire que nos premiers essais furent timides, faits un peu au hasard. Il nous a fallu à plusieurs reprises modifier le dosage, varier le mode d'application. Et c'est le résultat de ces recherches que nous publions aujourd'hui.

Le Pyridium, puisque c'est le médicament en cause, est un composé chimique de sel de pyridine, employé jusqu'ici exclusivement dans les infections des voies urinaires, de nature gonococcique, colibacillaire ou autres.

Récemment à la suite des travaux de Meyer et d'autres, on a pensé que le pouvoir bactéricide des sels de pyridine pouvait s'étendre à la gynécologie et à l'obstétrique, domaine où l'infection est souvent contemporaine à l'infection urologique.

Les traumatismes de l'accouchement et de l'avortement, les sources variées de contagion, la constipation habituelle, l'ignorance ou le mépris des lois féminines de l'hygiène favorisent la trop grande fréquence des infections génito-urinaires de la femme; et malheureusement les diverses méthodes de traitement n'amènent pas toujours la guérison des lésions.

En face de ces difficultés, nous avons pensé que ce nouveau produit, le Pyridium, pourrait rendre des services à la thérapeutique génitale de la femme. Nos traitements ont eu un début aléatoire. Nous avions comme armes nouvelles, un produit peu ou pas connu

sous la forme et le dosage employés, à l'exception des comprimés de Pyridium. Cependant, l'on sait que, tout comme les comprimés, ces diverses préparations (solutions, pommade, ovules) ont un pouvoir bactéricide énorme. Elles sont très puissantes sur les infections à coques, agissant aussi sur les infections à coli et les infections mixtes. D'autre part, les comprimés qui sont de très grands antiseptiques urinaires, produisent après ingestion, une coloration spéciale de la muqueuse utérine (Meyer). Nous avons donc employé, dans les divers traitements génito-urinaires de la femme, toutes les formes sous lesquelles on présente le Pyridium. Suivant les infections, les localisations et les degrés, nous avons établi un mode de traitement où ces diverses formes de Pyridium ont leurs indications simultanées ou isolées.

Les infections les plus communes de la femme, c'est-à-dire celles où le gonocoque joue le principal rôle, ont eu une attention spéciale. Les vaginites, les cervicites et les urétrites gonococciques (common infection of the female urethra and cervix) ont été le champ de notre plus grande expérience. Les endométrites, les salpingo-ovarites, les pyélonéphrites ont été également traitées.

Dans la plupart des traitements, nous avons pris comme base, les résultats obtenus après deux mois. Evidemment, cette durée est purement empirique, et dans plusieurs cas, nous avons continué le traitement au delà de 60 jours, avec des résultats probants. A notre avis, il est inutile de continuer un traitement qui donne peu ou pas d'amélioration après deux mois. Nous avons donc noté l'état de nos malades après cet espace de temps.

CLASSIFICATION.

Nous avons divisé nos malades en plusieurs catégories:

a) Dans la première, nous comprenons les infections gonococciques communes, i.e. la triade usuelle: urétrite, vaginite et cervicite. Il est bien entendu que, souvent, cette dernière catégorie s'accompagne d'infections du voisinage; vulvite, bartholinite, endométrite ou salpingite d'emblée aiguës. Mais systématiquement, nous avons exclu ces cas de cette série de malades.

b) La deuxième catégorie comprend les cas de cervicite avec ou sans érosions, avec ou sans déchirures, avec ou sans réaction vaginale. Dans ces divers cas de cervicite, d'endocervicite ou de cervicite kystique, l'agent infectieux n'a pas toujours été trouvé.

c) La troisième catégorie comprend les vieilles lésions latentes d'endocervicite, d'endométrite et de salpingo-ovarite qui sont sujettes à des poussées aiguës plus ou moins fréquentes.

d) Dans la quatrième catégorie nous classons les infections vieilles ou récentes gonococciques ou puerpérales qui ont envahi tout l'arbre génito-urinaire: vulvite, bartholinite, vaginite, métro-salpingite, ovarite, cystite, urétrite, pyélonéphrite.

a) Cette cinquième catégorie est limitée à la vaginite qui apparaît durant la grossesse et qui est due à la présence d'un parasite, le "trichomonas vaginalis".

RESULTATS:

a) De la première catégorie, nous avons traité:

66 malades. — 36 guérisons,
30 améliorations ou en voie de guérison.

b) Dans la deuxième catégorie, nous avons traité:

137 malades. — 71 guérisons,
66 améliorations ou en voie de guérison.

Après l'état puerpéral, il existe souvent, chez la femme, des lésions de cervicite qui cèdent facilement à un traitement approprié. Et nous croyons judicieux de recommander un examen génital cinq ou six semaines après l'accouchement. Ce serait, à notre point de vue, la meilleure prophylaxie contre les trop nombreuses affections dont souffre la femme, durant sa vie génitale.

c) Dans la troisième catégorie, sur 20 malades nous n'avons eu aucune guérison, 14 améliorations et 6 échecs.

d) Dans la quatrième catégorie, nous faisons une classe à part des pyélonéphrites gravidiques.

16 pyélonéphrites — 11 guérisons
3 améliorations
2 échecs.

Les symptômes de pyélite ont cédé facilement au traitement surtout dans la période des suites de couches.

Pour les autres affections de cette catégorie, sur 7 malades, nous avons eu 3 améliorations et 4 échecs.

e) Quelques auteurs récents, et Bland de Philadelphie en particulier, ont identifié un parasite, le "trichomonas vaginalis" comme la cause déterminante d'une vaginite qui apparaît fréquemment chez la femme enceinte. Les caractères principaux de cette vaginite sont les suivants: rougeur intense de la muqueuse vaginale, leucorrhée abondante, visqueuse, de coloration verdâtre, produisant un prurit continuel et de l'érythème vulvaire.

Pour douze patientes chez lesquelles nous avons identifié microscopiquement le "trichomonas vaginalis", nous avons eu 12 améliorations. Il convient de noter que malgré l'atténuation des symptômes, nous n'avons jamais pu faire disparaître ce parasite rebelle.

Pour la majorité de ces cas, nous devons des remerciements au Docteur Albert Bertrand du laboratoire de Bactériologie de l'Hôpital Notre-Dame pour sa bienveillante collaboration.

Trop peu nombreux pour tirer une conclusion, nous citons, pour mémoire, deux abcès du sein traités par introduction de mèches imbibées de la solution à 1% de Pyridium et l'application de cette même solution sur la plaie périnéale dans trois cas de périnéorraphie. Les résultats obtenus nous incitent à continuer nos recherches.

TECHNIQUE:

Le Pyridium a été utilisé dans nos observations sous les formes suivantes: comprimés, solution à 1%, ovules et pommade à 3%.

1. — *VAGINITE*: Dans les cas aigus, il est évident que le repos au lit, les bains de siège chauds, etc., sont indiqués. Le traitement local consiste à prescrire: 1°. — Une injection vaginale d'un litre d'eau bouillie, tiède, dans laquelle l'on met 1 cuillerée à soupe de la solution de Pyridium à 1%; 2°.—Introduire un ovule de Pyridium tous les 2 soirs; 3°. — Prendre un comprimé de Pyridium matin et soir.

Si la vaginite est chronique, il faut: 1°. — Nettoyer le vagin des sécrétions; 2°. — Mettre la malade en position inclinée et baigner le vagin de la solution de Pyridium à 1%; 3°. — Mettre dans le vagin deux tampons de pommade au Pyridium à 3% tous les 2 jours; 4°. — Les autres jours introduire un ovule de Pyridium le soir après avoir pris une injection vaginale au Pyridium à 1%, comme dans les cas aigus; 5°. — Prendre un comprimé de Pyridium matin et soir.

Il est entendu qu'il faut traiter l'uréthrite, la cervicite et l'endométrite concomitantes.

2. — Le traitement de la CERVICITE aiguë s'identifie avec celui de la vaginite aiguë qui l'accompagne presque toujours. Ce traitement consiste comme suit: 1°. — Une injection vaginale d'un litre d'eau bouillie, tiède, dans laquelle l'on met une cuillerée à soupe de la solution de Pyridium à 1%; 2°. — Introduire un ovule de Pyridium tous les 2 soirs; 3°. — Bien nettoyer le col des sécrétions et appliquer un tampon à la pommade de Pyridium à 3% tous les 2 jours (les jours où l'on n'emploie pas d'ovules); 4°. — Prendre un comprimé de Pyridium, matin et soir.

Dans la cervicite chronique, où il existe toujours de l'endo-cervicite, il importe d'instituer un traitement actif. Le meilleur traitement au Pyridium procède ainsi: 1°. — Bien nettoyer le vagin, le col et la cavité intra-cervicale; 2°. — Introduire dans cette cavité cervicale de la pommade au Pyridium à 3%; 3°. — Introduire un ovule au Pyridium tous les jours; 4°. — Prendre une injection vaginale telle que dans les cas aigus avec la solution de Pyridium à 1%; 5°. — Prendre un comprimé de Pyridium.

Dans la cervicite postpuerpérale, l'un de nous a employé la technique suivante: 1°. — Séance de diathermie (20 minutes) 2 fois par semaine; 2°. — Application intra et péricervicale de la pommade au Pyridium à 3%; 3°. — Tamponnement à la gaze stérilisée 5cms de largeur et de 30 à 40 cms de longueur: véritable "pessaire" laissé en place durant 24 heures; 4°. — Injection vaginale à la solution de Dakin.

3. — Le traitement des salpingo-ovarites aiguës est important à établir rapidement, afin d'éviter les dégâts trop considérables. Repos au lit; décubitus dorsal; diète liquide. Surveiller les fonctions intestinales. Calmer les douleurs et la fièvre; lutter contre l'infection par la vaccinothérapie.

Le traitement local consiste: 1°. — Injections vaginales très abondantes (4 à 5 litres), très chaudes à basse pression (au niveau du lit), avec une cuillerée à soupe de la solution de Pyridium à 1% par litre d'eau; 2°. — Introduire un ovule au Pyridium tous les soirs; 3°. — Prendre un comprimé de Pyridium 3 fois par jour tout le temps de la crise.

Dans la salpingo-ovarite chronique, en outre de l'hygiène générale qui doit être rigoureuse, et des principes généraux du traitement des salpingites, qui doivent être maintenues, localement les

préparations de Pyridium seront d'un grand secours. 1°. — Injections vaginales tièdes bi-quotidiennes de la solution de Pyridium à 1%; une cuillerée à soupe dans un litre d'eau bouillie (Pression moyenne); 2°. — Pansements vaginaux avec la pommade au Pyridium à 3%, 2 fois par semaine; 3°.— Introduire un ovule de Pyridium tous les soirs, lorsqu'il n'y a pas de pansement; 4°. — Prendre un comprimé de Pyridium, soir et matin.

4. — Dans la vaginite "à trichomonas", voici la technique employée: 1°. — Injections vaginales au Dakin, matin et soir; 2°. — Mise en place d'un ovule à 3%, au moment du coucher.

CONCLUSION — A la suite de ces premières recherches que nous nous proposons de continuer, il nous semble que les préparations de Pyridium méritent de prendre une place dans l'arsenal thérapeutique des affections obstétrico-gynécologiques.

BIBLIOGRAPHIE

1.—OSCAR MERCIER: *Le traitement des infections urinaires par les sels de pyridine* (Union Médicale 1930, dec.)

2.—MEYER J. F.: *The Elimination of dyes by the uterine Mucosa.* (J. La- and Clin. Med. 14; 936, 1929.)

3.—W. S. PUGH: *Infections of the urinary tract.* (April 18, 1928. Medical Journal and Record).

4.—A. L. WOLBARST: *A new Dye — antiseptic.* (International Journal of Medecine and Surgery. Sept. 1930).

5.—H. W. E. WALTHER: *Clinical application of urinary antisepsis.* (The Southern Medical Journal, Feb. 1929).

VARIÉTÉS

DE LA PRÉPARATION À L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL FRANÇAIS [1]

Suscité par les magnifiques progrès de la chimie, de la physique, de la bactériologie, de la physiologie, un intense courant, dit de Science pure, parut au XIXe siècle entraîner la médecine vers le dédain de la tradition. La formation du médecin semblait devoir être désormais basée uniquement sur l'étude des techniques physico-chimiques et biologiques, les laboratoires paraissaient appelés à reléguer au second plan les amphithéâtres et les hôpitaux.

Cette conception purement scientifique de notre profession n'a jamais prévalu en France. Au milieu même de l'engouement universel pour les méthodes nouvelles, notre pays a persisté à croire et à enseigner que la Médecine est à la fois un *Art* et une *Science*. Le praticien français n'a jamais cessé de considérer la *Clinique* comme la base de toute formation médicale et *l'éducation littéraire et philosophique* comme une indispensable préparation aux études médicales. Cependant les conversations un peu suivies qu'on peut avoir avec les médecins étrangers ne donnent pas l'impression que le praticien français soit inférieur en culture scientifique à la moyenne des praticiens étrangers.

* * *

Les Sciences sont incontestablement une des bases les plus solides de la Médecine. C'est par les Sciences que notre art est arrivé à son niveau actuel et a été muni des meilleures de ses armes thérapeutiques. De même qu'en dehors d'une forte organisation scientifique, il n'y a plus désormais pour une nation ni sécurité, ni prospérité possible, de même les Facultés de Médecine qui ne perfectionneraient pas sans cesse leurs études scientifiques et leurs laboratoires seraient à juste titre condamnées à végéter et même à disparaître.

On ne saurait donc prêter trop d'attention à ce que nous disent les Facultés des sciences quand elles prônent pour la jeunesse médicale une formation scientifique plus approfondie. On peut même ajouter que les

(1) Le Docteur Desfosses, secrétaire de la rédaction à la Presse Médicale de Paris, nous adresse le bel article qui suit sur une question toujours nouvelle et sans cesse en évolution. Nous l'en remercions. N.D.L.R.

désiderata qu'elles formulent sont trop modestes et que le bagage scientifique médical devrait comporter une beaucoup plus forte initiation mathématique.

Lequel d'entre nous en effet, au cours de ses études médicales ou de sa vie professionnelle, n'a pas vivement et douloureusement ressenti l'obstacle que la pauvreté de son instruction mathématique apportait à une bonne compréhension des lois de l'optique, de l'acoustique, de la physico-chimie, de l'électricité?

La Science des nombres est en effet la clef d'or qui nous ouvre l'accès de toutes les autres sciences.

Toute science s'efforce de réunir, de classer, de coordonner les faits pour en extraire des résultats. La Science mathématique est celle qui part des données les plus simples et qui enchaîne le plus rigoureusement l'ordre de ses pensées et de ses recherches; sa discipline est celle qui sera la plus utile pour qui vise à devenir un savant.

Il y a plus : toutes les notions de variations, d'évolution, d'interdépendance des phénomènes, notions si utiles pour la biologie, ne sont que des dérivés de la notion de *fonction*, notion essentiellement mathématique.

En vérité la société, qui demande de fortes études mathématiques aux ingénieurs appelés à réparer les locomotives ou les ponts, serait strictement en droit de réclamer des études aussi fortes aux médecins qui sont les ingénieurs chargés de réparer la machine humaine. Le fait que cette machine humaine est beaucoup plus compliquée que la machine industrielle constitue-t-il une raison pour que ses réparateurs soient de moindres mathématiciens?

Il serait donc hautement souhaitable que le futur médecin soit imprégné de cette discipline rigoureuse, soit rendu capable de suivre par exemple les développements si rapides des techniques électriques; mais cette discipline des nombres ne donne vraiment ses fruits que dans des cerveaux déjà préparés par d'autres études.

* * *

Les vérités mathématiques dérivent d'un petit nombre de propositions par une chaîne de raisonnements impeccables, mais le point de départ des déductions mathématiques c'est l'*intuition;* dans la science des nombres, comme en toute science, c'est l'idée, c'est l'hypothèse qui est le principe de tout raisonnement, c'est l'*imagination qui est créatrice d'invention.*

La connaissance des techniques scientifiques par des cerveaux dénués d'intuition et d'imagination peut enfanter des manipulateurs précieux dans les laboratoires, mais ne crée pas de véritables savants.

On l'a dit avec raison : le mathématicien, le physicien de valeur est un imaginatif, un poète, un artiste .

Or, la connaissance et la fréquentation des génies de la littérature, du théâtre, de la poésie est le plus puissant moyen dont l'Humanité dispose pour cultiver l'intuition et l'imagination.

Se colleter souvent et longuement au cours de sa jeunesse avec les difficultés d'un texte grec ou latin, c'est acquérir pour toujours le discernement des nuances les plus délicates de la pensée humaine. S'initier aux systèmes si variés de la sagesse hellène, c'est s'entraîner au doute philosophique, c'est acquérir l'*esprit critique* sans lequel tout en Science est caduc comme l'a dit Pasteur.

Dans toute oeuvre scientifique, après l'illumination de l'intuition, doit venir le lent et patient travail de la recherche, du raisonnement et de l'expérimentation.

Comme le sentiment est développé par la littérature, la raison est développée par la philosophie.

C'est la *logique* qui nous apprend à connaître et à employer avec rigueur et à bon escient les règles du raisonnement, qui nous révèle la précision des déductions, la légitimité des conclusions.

La *métaphysique* même a son rôle dans la préparation d'un cerveau de savant puisque les principes mêmes des mathématiques et de la physique se résolvent en dernière analyse aux concepts métaphysiques d'espace, de temps, de force, de matière.

Incontestablement la discipline scientifique parfaite postule l'éducation par les Humanités. L'histoire est là pour nous enseigner que c'est le retour des intelligences à l'antiquité gréco-romaine, la Renaissance, qui a été le point de départ des merveilleux progrès de la Science contemporaine.

* * *

Si le mathématicien, le physicien ont besoin des Humanités, combien plus nécessaires elles sont au médecin dont l'objet d'études est l'homme, tout l'homme.

La Science montrera l'étroite liaison des phénomènes physiques et chimiques avec les phénomènes vitaux, mais qui oserait sérieusement affirmer que l'étude chimique de la substance cérébrale ou tout autre procédé de laboratoire est capable de nous expliquer les processus mentaux. Ne devons-nous pas, pour cette étude, faire surtout appel à la *psychologie pure?*

C'est le rôle de l'ensemble des Humanités de fournir cette connaissance de la mentalité humaine qui découle des écrits des grands moralistes, des grands dramaturges, des grands philosophes.

C'est en fréquentant ces génies classiques que le futur médecin sentira naître chez lui l'esprit critique, l'*esprit de finesse* pour parler comme notre grand Pascal, esprit qui nous empêchera d'être dupes des mots que nous aurons forgés, de prendre par exemple pour des explications valables de simples dénominations comme précipitines, agglutinines, vitamines, etc..., mots qui n'ont guère plus de valeur intrinsèque que la « *virtus dormitiva* » de l'opium de Molière.

L'esprit de finesse est la base de ce que nous appelons, en Médecine, le *sens clinique*, sentiment qui nous fait démêler l'acessoire de l'essentiel, juger non sur une particularité mais sur l'ensemble. C'est ce sens qui voit dans la mine, dans «l'air» des malades, des quantités d'indices fort utiles à connaître et que cependant nul instrument ne peut mesurer, nulle

En développant l'esprit de finesse, les Humanités développent par surcroît le *sens artistique*, heureux complément de nos cinq sens physiologiques, sens plus délicat, plus puissant «*mens divinior*» comme disaient les anciens, seul capable de nous faire saisir l'invisible dans le visible, l'essentiel dans l'accidentel.

Par ces sens intuitifs de finesse et d'art le médecin est à même d'imaginer dans chaque cas clinique la thérapeutique adéquate aux difficultés morbides, le chirurgien est conduit à joindre aux qualités de précision rendant une intervention opératoire efficace et sûre «un peu de ce superflu chose si nécessaire, qu'on appelle l'élégance ».

Le sens artistique est une des particularités du médecin français, volontiers adonné à la collection, fervent de la peinture, avide d'auditions musicales. Tel de nos maîtres, on le sait, se délasse de la physiologie en écrivant des pièces de théâtre; tel autre, après une longue existence consacrée à la recherche scientifique et à la thérapeutique, applique les loisirs de sa retraite à l'art du sculpteur et du médailleur où il se révèle artiste de valeur; tels de nos camarades garnissent de leurs œuvres chaque année la cimaise du salon des médecins.

Comment du reste l'étudiant français ne deviendrait-il pas quelque peu artiste, quand sur notre sol tant d'architectes, de sculpteurs, de peintres, tant d'artistes en tout genre ont répandu partout les merveilleux produits de leur truelle, de leur ciseau, de leur pinceau, de leur burin!

Par une répercussion naturelle l'instinct artistique développe chez nous le *sens de la personnalité*. Le médecin français, comme l'artisan français, répugne au travail en série, il est rebelle au labeur fait par équipe, toujours parcellaire et identique à lui-même. Sans doute il ne demande pas mieux que de s'entourer des renseignements précieux fournis par les laboratoires, mais il tient à penser par lui-même, à décider par lui-même. Est-il chirurgien? il veut pratiquer lui-même d'a à z l'opération qu'il a décidée lui-même, il ne conçoit pas une opération faite « à la chaîne » par plusieurs opérateurs spécialisés se succédant à la table d'opérations.

Cette personnalité, l'étudiant français la développe en ne se bornant pas à l'enseignement réglé de la Faculté, mais en fréquentant surtout l'hôpital où il s'instruit autant auprès des camarades plus âgés qu'auprès des maîtres officiels.

En Médecine, l'enseignement ne doit pas être un enseignement d'autorité dans lequel on dit aux jeunes gens « voici ce qui est vrai, voici ce qu'il faut savoir », l'enseignement médical a pour objet d'apprendre à travailler, à réfléchir par soi-même, car la Science ne peut ni se cloîtrer dans un code étroit, ni rester figée dans les théories d'Ecole.

Par cette fréquentation hospitalière le futur médecin s'imprègne par tous les pores à la foi de la *technique* et de la *mentalité médicales*.

Ce n'est pas en vain qu'un homme jeune, quand il a le cœur bien placé et non encore sclérosé par l'infection de l'égoïsme du siècle, assiste continuellement aux grands drames hospitaliers de la maladie, de la souffrance et de la mort. A ce spectacle, malgré lui, il s'abreuve du lait de la pitié humaine, et il prend cette tendance à partager les misères humaines qui font le fond de la conscience médicale.

Il faut le dire bien haut : le meilleur médecin n'est pas toujours celui qui sait le plus, le meilleur médecin est celui qui aime ses malades et qui en a véritablement pitié, pitié non pas passive certes, ni timide, ni découragée, mais se traduisant par un secours actif, confiant dans les procédés de la Science et dans les ressources de la Nature.

De cette formation morale, faite aussi bien de pitié que de force, le médecin a besoin pour exercer sur les malades cette autorité, cette influence psychique, qui contribue puissamment à l'effet des médications, qui suffit souvent à elle seule à réveiller l'énergie vitale défaillante des patients et à déterminer chez eux des réactions salvatrices. Cette force d'âme, le chirurgien surtout doit la posséder pour être capable de prendre sans faiblir de redoutables décisions qui peuvent mettre gravement en jeu et la vie du malade et la sécurité matérielle ou morale de l'opérateur.

Sans nul doute à cette formation du caractère, l'éducation classique contribue d'une façon puissante. L'énergie romaine n'a pas cessé, au cours des âges, d'éveiller, dans les générations qui prennent contact avec elle, de nouvelles impulsions de volonté et d'action. Comme l'a dit excellemment un bon latiniste moderne, S. Reinach : « *Avec leur langue précise, concise, frappant des formules comme des médailles, les moralistes et les poètes latins ont parlé pour tous les hommes et pour tous les siècles. Ils ont jeté les plis de la toge sur des maximes d'action et d'endurance qu'il faut recevoir d'eux sous ce vêtement; aucune éducation esthétique ou littéraire ne tient lieu de celle que donne la sagesse romaine.* »

* * *

En résumé, si nous voulons fixer les différents traits du médecin, tel que le conçoit la tradition hippocratique et française, nous dirons qu'il doit être à la fois savant, philosophe, artiste, homme de cœur, homme de caractère.

La tâche indiquée par un tel programme à ceux qui se destinent à la Médecine paraît donc singulièrement vaste : littérature, philosophie, art, mathématiques, physique, chimie, sans parler des sciences purement biologiques et médicales, quelle formidable besogne!

Cela est vrai, mais la profession du médecin n'est pas une profession quelconque : chaque jour les progrès scientifiques et les modifications sociales lui imposent une responsabilité de plus en plus vaste et de plus en plus lourde : N'est-il pas devenu dans les pays sauvages l'agent le plus puissant de la pénétration civilisatrice? et dans les pays civilisés un des facteurs les plus efficaces de la prospérité nationale et de la justice sociale?

De toute nécessité le médecin doit être digne de la mission élevée que la société lui confie. La Médecine ne peut être apprise, ne peut être exercée sans que soient mis en tension tous les ressorts de l'âme humaine.

* * *

Il appartient aux maîtres chargés de l'enseignement de tracer pour les études prémédicales un curriculum pratique qui se rapproche autant que faire se peut de l'idéal qui nous paraît indispensable au futur étudiant en médecine : formation par les humanités gréco-latines, formation par les sciences mathématiques et biologiques.

Puisque les jeunes gens se présentent en foule à la porte des Facultés de Médecine, la société est aujourd'hui en bonne posture, d'après la loi de l'offre et de la demande, pour se montrer exigeante à l'égard des candidats et leur imposer les programmes nécessaires; qu'elle le fasse, c'est son devoir, mais alors qu'elle sache aussi fournir aux élus les compensations pécuniaires en rapport avec l'effort demandé et avec le temps que devront durer les études médicales.

Il ne s'agit plus alors d'un simple remaniement de programme de baccalauréat, tout l'ensemble de la Médecine réclame de nouveaux statuts si on désire faire une œuvre véritablement utile à notre pays. Dans ce cas, la corporation médicale, tout entière, doit être appelée à donner son avis.

P. Desfosses.

L'ENSEIGNEMENT CLASSIQUE ET LA MEDECINE(1)

Montréal, le 11 novembre, 1919.

Mon cher Parrain,

Vous demandez si je suis d'accord sur tout le fond de votre important travail, croyez-vous que je puisse répondre par un non ou un oui? A mon âge on enregistre les opinions; dans la discussion comme dans les investigations personnelles, on considère les témoignages des gens qui nous semblent autorisés et l'on s'en tient provisoirement à celui dont les raisons paraissent les plus péremptoires. Sur cette question de l'enseignement, comme sur beaucoup d'autres, si j'ouvre la bouche, c'est pour dire, non: je pense, mais: on pense ainsi, et pour telles et telles raisons, auxquelles j'adhère jusqu'à réfutation.

Or, mon cher Parrain, votre travail sur notre enseignement, l'importance de votre adhésion à notre système, les compétences que vous invoquez en appui, tout cela fait que, plus que jamais, je suis convaincu du bien fondé de notre éducation classique. Car c'est elle qui se trouve en cause, principalement; le monde pense de même le plus souvent quant à l'enseignement primaire et à l'enseignement supérieur.

Et tout ce débat ne consisterait-il pas en ceci que certaines personnes indignées du nombre d'années qu'on emploie à des langues mortes, à moitié apprises, confusément retenues, finalement oubliées, voudraient qu'on s'ins-

---

(1) Cette lettre fut adressée d'un endroit isolé et éloigné par Paul Dubé, décédé et ancien élève en médecine, à son parrain, le Professeur Albert LeSage, à l'occasion de son discours prononcé à l'ouverture solennelle des cours de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal en septembre 1919 et publié dans l'Union Médicale du Canada en octobre 1919. Ce témoignage confirme très heureusement les idées exprimées par M. Desfosses.

truisît tout de suite des choses nécessaires pour son gagne-pain; tandis que d'autres s'appuyant sur la tradition et sur ses fruits, ne voient pas que ce soit là trop de temps de mis à notre formation intellectuelle et morale, n'est-ce pas?

"Patience et longueur de temps font plus que force ni courage"! Dans votre travail vous êtes de cet avis-là. Vous considérez l'éducation comme la mise en oeuvre de nos facultés afin que toutes harmonieusement se développent, dans le sens de notre nature, et au plus haut degré de perfection compatible avec les aptitudes particulières. Donc pas d'automatisme ni de contrainte, mais un libre-essor encouragé et dirigé. Et vous croyez notre éducation classique et chrétienne tout à fait propre à nous rendre ce service.

Vous souvenant tout à coup que vous n'êtes pas un imbécile, que dans votre profession vous marchez au premier rang, que ceux de vos compatriotes doués et travailleurs ne se distinguent pas moins, et que tous ensemble vous n'avez pas à rougir devant les catégories similaires anglaises et américaines, votre satisfaction de vous-même vous porte à être satisfait pour le fond de notre système d'éducation. Et je ne vois pas pourquoi vous ne le seriez pas.

Il ne semble pas qu'on puisse le nier, s'il s'agit de former une élite, hommes de profession, hommes de politique et de finance, et nos prêtres et nos religieux, l'éducation classique et chrétienne de nos collèges y pourvoit très bien, et elle y pourvoirait encore mieux avec plus de perfection dans les méthodes, plus de précision dans les visées, enfin un renouvellement d'enthousiasme; mais enfin elle y pourvoit. Alors?

Mais tous ne doivent pas devenir des intellecuels, non plus qu'ils le peuvent, et si tant de cris s'élèvent contre l'éducation classique, ne proviendraient-ils pas de ce que beaucoup de jeunes gens s'y soumettent qui perdent leur temps en ignorant leur véritable voie. On rencontre des avocats, des médecins, des prêtres qui ne sont pas des intellectuels, qui n'ont jamais eu le goût de l'étude proprement dite, et qui ne sont devenus médecins, avocats, prêtres que pour faire comme tout le monde: ce sont ceux-là qui jettent du discrédit sur nos collèges, et, n'en ayant pas profité eux-mêmes, ils sont les premiers à les dénaturer. Aujourd'hui que des Ecoles diverses s'établissent, Hautes Etudes Commerciales, Ecole Technique, Institut Agricole etc., les éducateurs ont toutes chances de trier la jeunesse et de ne garder pour le collège classique que les intellectuels. A partir de ce jour, nous verrons sortir de nos collèges l'élite impatiemment attendue, l'élite studieuse par amour, l'élite agissante par amour: hommes de sciences, de lettres, d'arts *qui produiront.*

Etc., etc., etc., car il semble que je pense plus à moi qu'à votre travail: mais ce sont là les pensées, du moins quelques-unes, où vous m'avez jeté. Je ne pouvais faire autrement que de me redire un peu ce que je pense, afin de me corriger au besoin.

Pour donner un peu plus de vie à ma lettre et l'unir davantage à votre travail, je vais me payer ce luxe de vous contredire sur un petit point. Tenez-vous bien!

A la page 523, tout en haut, vous écrivez que "le bonheur n'est pas la fin première de l'éducation", oh! oh! voilà qui vous a mérité un joli coup de

crayon. Je dis très irrespectueusement que "le bonheur est bien la fin première de l'éducation". J'ajoute que vous en êtes convaincu sans le savoir, autrement vous ne voudriez pas tant d'une éducation classique et chrétienne, vous ne tiendriez point pour si nécessaire une formation humaine complète. Vivre est le métier que vous voulez apprendre à votre enfant, de sorte que la fortune changeant et changeant, il demeure le même, prêt à vivre la vie sous toutes ses formes, c'est-à-dire qu'il n'en sera pas troublé, ni découragé, ni renversé; mais dans la possession de lui-même et de ses moyens, ce qui s'appelle en... ce qui se nomme le bonheur d'ici-bas.

Ecrivant le bonheur vous songiez sans doute au plaisir. Le plaisir c'est une sensation, un sentiment particulier, tandis que le bonheur consiste en une sensation totale de l'être, un sentiment total de l'âme. Il y a des plaisirs déréglés, mais le bonheur n'est que dans la règle, dans le parfait épanouissement de soi, sans que rien ne cloche, sans que ceci l'emporte sur cela, ce qui est le but même de notre éducation.

Tant que non seulement le bonheur est-il la fin première de l'éducation mais encore la fin dernière: éduqués afin de bien vivre, nous devons bien vivre pour être heureux. Aussi rien de plus drôle que d'entendre des gens qui se demandent si le bonheur est de ce monde. Le bonheur est si bien de ce monde que c'est un devoir d'être heureux comme nous avons celui de bien faire, puisque ceci entraîne cela! Et que cela ne va pas sans ceci??...

Ne soyez pas surpris de ma susceptibilité sur le bonheur: si vous songez aux loisirs qui me furent "donnés" pour y réfléchir à en trouver la formule.

Eh bien, mon cher Parrain, puisqu'il faut finir, je veux vous remercier de votre contribution intellectuelle sur le chapitre de l'éducation, je vous assure de toute mon admiration de vous voir traiter la question d'une façon aussi simple et traditionnelle. Pour vous faire remarquer, vous n'avez pas eu besoin de commettre des hérésies non plus que de vous courbaturer en des paradoxes. Il vous suffit de reprendre la matière, de la prendre comme vous la trouvez, constante comme notre nature même et notre fin humaine, puis de penser par vous-même et de vous communiquer. Cela suffit.

Sincèrement,

(Signé) Paul DUBE.

A. M. le Dr. Albert LeSage,
Montréal.

REVUE DES LIVRES

MERGER Robert. — **Contribution à l'étude du chorio-épithéliome malin.** 1 Vol. in-8 178 pages. CHAUMONT, Editeur, PARIS 1932.

A l'aide de 15 observations inédites et d'une documentation bibliographique imposante, MERGER traite dans son entier la question du chorio-épithéliome malin et y apporte des notions originales d'un vaste intérêt.

En résumé: le chorio-épithéliome est une tumeur épithéliale maligne d'origine embryonnaire, presque toujours consécutive à une gestation môlaire, ayant l'utérus pour siège primitif habituel, se présentant en clinique le plus souvent sous une forme typique et offrant des complications locales dues à l'intensité du processus destructif, des complications infectieuses, des complications à distance sous forme de métastases pouvant résulter de la môle comme du choro-épithéliome lui-même.

Les théories, déciduale, ovulaire ou ovarienne ne fournissent pas le principe pathogénique de cette affection.

La môle hydatiforme est suivie de C. E. dans une proportion inférieure au dixième.

Histologiquement, l'on réunit à tort encore aujourd'hui, sous le nom de chorio épithéliome des états néoplasiques dissemblables, conjonctifs ou épithéliaux associés au non à des hyperplasies déciduales. Le chorio-épithéliome pur diffère des carcinomes par son respect des voies lymphatiques; il se dissocie des sarcomes par l'absence de vascularisation propre. Mais sa description microscopique, même dans sa forme typique est fort complexe et le chapitre entier doit être lu.

MERGER reconnaît qu'il n'y a pas de critère histologique qui permette d'affirmer la malignité d'une môle.

Les kystes lutéïniques des ovaires qui sont des formations d'origine folliculaire ne sont spécifiques ni de la môle, ni du chorio-épithéliome, mais participent à une triade. Leur fréquence et le degré de leur développement dans les deux précédentes affections justifient l'importance qu'on leur a attribuée.

A la suite d'un avortement môlaire ou banal, la présence d'hormones dites hypophysaires dans l'urine permet de conclure qu'il existe dans l'organisme du tissu chorial en activité; il serait prématuré de conclure plus avant dans le sens de la malignité.

Il n'existe pas de traitement préventif du chorio-épithéliome. L'ablation de la môle vésiculaire par hystérectomie n'est pas justifiée. Après l'évacuation spontanée ou artificielle d'une môle vésiculaire, le traitement intra-ultérin n'est pas systématiquement indiqué. S'il est indiqué, le curage digital doit être préféré au curettage qui, de toute façon, ne doit être pratiqué qu'après exploration digitale de l'utérus.

L'indication opératoire dans le chorio-épithéliome est formelle. Mais elle ne repose que sur un diagnostic de probabilité, puisque tous les signes de malignité, y compris les signes cliniques, comportent des causes d'erreur.

La méthode de choix c'est l'hystérectomie abdominale sub-totale ou mieux totale. L'hystérectomie élargie n'est pas justifiée. L'hystérectomie vaginale conserve des indications dans les cas extrêmement graves et dans les cas infectieux.

Le curettage, quel que soit son but, est insuffisant et dangereux.

Les résultats de la radiothérapie paraissent intéressants mais leur nombre est aujourd'hui encore insuffisant.

Les résultats éloignés seuls comptent; ils se sont grandement améliorés au cours des dernières années en raison de la précocité de la thérapeutique. La guérison survient actuellement dans les trois quarts des cas environ. Le chorio-épithéliome apparaît aujourd'hui comme une tumeur maligne à pronostic relativement favorable alors que dans les traités, on le dit encore presque irrémédiablement fatal.

Quelques noms de médecins canadiens sont amicalement cités au cours de cet ouvrage. Ce nous fut un plaisir particulier d'y voir figurer les travaux de notre cher collègue le prof. agrégé Chs. Simard.

Albert JUTRAS.

Paris — juillet 1932.

FORMULAIRE

LINIMENTS:

Chloroforme	}	àà
Baume tranquille		
Laudanum Sydenham		

En friction sur les régions douloureuses (névralgies, rhumatisme, etc.)

ou bien:

Chloroforme	}	àà 10 grammes
Laudanum Sydenham		
Extrait Thébaïque		
Extrait belladone	}	àà 20 grammes
Extrait jusquiame		
Baume tranquille		
Menthol		0 gr. 10 centig.
Chloroforme	}	àà 30 grammes
Ether sulfurique		
Alcool éthylique		

Lotions ou compresses: **Urticaire.**

ASTHME (crises)

Chloroforme	1 c.c.
Alcool	8 c.c.
Sirop morphine	50 c.c.
Eau distillée q. s. p.	150 c.c.

Une cuillerée à table (soupe) toutes les ½ heures.

VOMISSEMENTS DITS INCOERCIBLES

Potion no I.

Bicarbonate de potasse	2 grammes
Sirop de sucre	15 grammes
Eau	50 grammes

Potion no II.

Acide citrique	2 grammes
Sirop limons	15 grammes
Eau	50 grammes

Prendre successivement et sans intervalle 1 à 2 cuillerées de potion no I et 1 à 2 cuillerées de la potion no II.

L...

ANALYSES

CHIRURGIE

COFFEY R. C. — **Cancer du rectum et recto-sigmoïde.** — The American Journal of Surgery, vol. XIV, no 1, p. 161-274.

L'A., après avoir rappelé l'évolution anatomique des cancers du rectum, la disposition des vaisseaux lymphatiques et leurs connexions avec le péritoine pelvien, considère indispensable d'extirper le péritoine pelvien en même temps que le néoplasme rectal et de faire une abdomino-périnale.

Etudiant ensuite les résultats opératoires, il conclut qu'ils varient suivant l'expérience de l'opérateur et suivant son audace: les chirurgiens les moins craintifs auraient les statistiques les plus chargées.

Mercier FAUTEUX.

LORIE F. L. — **Du rôle de l'hémorragie dans les plaies abdominales par armes à feu.** — Annals of Surgery, vol. XCVI, no. 2, août 1932.

Les plaies abdominales par armes à feu constituent l'un des plus redoutables problèmes de la chirurgie d'urgence. Les statistiques de l'hôpital New Orleans Charity montrent que dans une période de 32 ans, 1,299 cas furent traités avec une mortalité de 62.3%. Le facteur le plus important à considérer dans ces blessures est l'hémorragie. La quantité de sang épanchée paraît influencer, plus que toute autre cause, le pronostic.

La transfusion serait d'un grand aide dans ces cas, mais c'est encore à l'intervention rapide, précoce, que l'on doit les plus grands succès.

Mercier FAUTEUX.

PEDIATRIE

G. MOURIQUAND, A. LEULIER, M. BERNHEIM et Mlle WEILL. — **Recherches sur les fixateurs du calcium. Uviosensibilité et uviorésistance.** (Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris, Tome CVII, No 22, séance du 7 juin, page 797).

L'observation clinique montre que tous les rachitismes ne réagissent pas également à l'action des fixateurs de calcium (rayons ultra-violets, ergostérine irradiée, huile de foie de morue).

Les uns, les rachitismes florides, sont *uviosensibles*, c'est-à-dire sont très rapidement améliorés par les fixateurs de calcium; ils ont une tendance naturelle à la récalcification et à la guérison spontanée.

Les autres, les rachitismes hypotrophiques, s'accompagnant d'une croissance stationnaire ou retardée, sont au contraire *uviorésistants;* seul un traitement prolongé, intensif, amorce plus ou moins nettement la fixation du calcium.

Jusqu'ici, seule la reproduction expérimentale du rachitisme floride semblait avoir été systématiquement réalisée. En raison de l'intérêt que présente le rachitisme hypotrophique, M. Mouriquand et ses collaborateurs ont cru devoir étudier les conditions de sa réalisation expérimentale.

Ce rachitisme peut être obtenu soit par l'adjonction de strontium, soit par l'adjonction de magnésium ou de calcium au régime 85 de Pappenheimer.

Le rachitisme hypotrophique réalisé par l'adjonction de calcium se comporte comme le rachitisme floride et guérit facilement avec l'huile de foie de morue. Bien plus, on observe en pareil cas un véritable état de surcalcification osseuse, confirmé par la radiographie et le dosage des cendres osseuses.

Par contre, le rachitisme hypotrophique obtenu par l'adjonction de 2 p. 100 de carbonate de strontium au régime 85 résiste à l'action du même fixateur calcique (les doses d'huile de foie de morue étant les mêmes dans les deux cas).

Il existe donc expérimentalement des rachitismes *uviosensibles* et des rachitismes *uviorésistants*, dont le type est le rachitisme hypotrophique lié à l'adjonction de strontium au régime rachitigène de Pappenheimer.

Ces recherches semblent appelées à éclairer le problème encore très obscur de l'uviosensibilité et de l'uviorésistance des rachitismes "cliniques".

Paul LETONDAL.

E. LESNE, ZIZINE et S. B. BRISKAS. — **Contribution à l'étude du métabolisme du phosphore au cours des angines diphtériques.** (Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris, No 2, séance du 16 février 1932, p. 113).

Les auteurs dans cette note apportent les résultats de leurs recherches sur les variations du phosphore salin (phosphore inorganique) dans les angines diphtériques. Ils ont constaté une diminution manifeste du taux du phosphore au cours des angines diphtériques malignes. Dans les angines diphtériques communes, les variations du phosphore inorganique ne s'écartent pas sensiblement de la normale.

Ces recherches sont basées sur 73 observations se rapportant à 30 cas d'angines diphtériques malignes et 43 cas, les uns d'angines diphtériques simples et d'autres d'angines locales graves évoluant soit vers la forme maligne, soit vers la forme simple. Les dosages ont été effectués plusieurs fois au cours de la maladie, de façon à suivre aussi exactement que possible les variations de la phosphatémie. C'est ainsi que chez les 73 malades observés, 350 dosages ont été pratiqués, soit près de 5 examens de sang par sujet.

Les prises de sang ont été faites le matin à jeun, autant que possible par ponction veineuse, et, en cas d'impossibilité, par ventouses scarifiées. Le dosage du phosphore a été fait sur le sérum ou le plasma, séparé aussi précocement que possible des globules. La méthode employée a été celle de

Denigès qui permet d'opérer avec 2 cmc. de sérum. On en trouvera ici un exposé technique suffisamment détaillé, comprenant les formules des réactifs nécessaires et le mode de dosage.

A quoi attribuer cette diminution du taux du phosphore sanguin au cours des angines diphtériques malignes? S'agit-il d'une simple destruction du phosphore salin ou d'une transformation de ce phosphore salin en une autre forme? Faut-il penser à un déséquilibre du métabolisme du phosphore par suite de troubles des fonctions nerveuses ou endocriniennes?

Les auteurs se proposent de répondre à ces questions par des travaux actuellement en cours. Mais, dès maintenant, ils ont voulu souligner un fait qui leur paraît indiscutable *la diminution du phosphore inorganique du sang au cours des angines diphtériques malignes.*

Paul LETONDAL.

A.-B. MARFAN. — **L'hypophosphatémie est-elle le stigmate sanguin essentiel du rachitisme?** (Le Nourrisson, No 4, juillet 1932, p. 214).

I. — Le phosphore inorganique dans le sang des rachitiques. — C'est en 1919, que deux médecins danois Iversen et Lenstrup, avancèrent que, dans le rachitisme, le sang renferme moins de phosphore inorganique qu'à l'état normal. Par la suite, les auteurs américains, Alfred F. Hess en particulier, confirmèrent ces premières recherches. Mais ils allèrent beaucoup plus loin dans leurs assertions que les auteurs danois. Non seulement ils admirent que l'hypophosphatémie est la règle dans le rachitisme, mais ils avancèrent qu'elle précède les déformations osseuses, qu'elle augmente pendant les poussées évolutives de la maladie, qu'elle diminue dans leur intervalle et qu'elle est d'autant plus prononcée que le rachitisme est plus accusé.

A la suite de ces premiers travaux, on conclut que la diminution du phosphore inorganique est le stigmate essentiel du rachitisme et que c'est elle qui détermine les altérations osseuses de cet état. On soutint que le calcium ne se fixe sur l'os qu'à l'aide de l'ion phosphore. Si celui-ci fait défaut dans le sang, l'os ne se calcifie pas.

On rechercha alors quelle pouvait être l'origine de cette hypophosphatémie que l'on considérait comme la condition essentielle des altérations osseuses du rachitisme. On accusa soit, avec les Américains et les Allemands, le séjour prolongé dans l'obscurité, la carence des rayons solaires, soit, avec Léon Blum et Leenhardt en France, un état d'acidose.

Pour juger la valeur de ces théories, il faut en examiner le fondement, c'est-à-dire les assertions suivantes: l'hypophosphatémie est constante dans le rachitisme; elle précède l'apparition des altérations osseuses; elle est d'autant plus marquée qu'elles sont plus actives, et qu'elles ont atteint un plus haut degré.

Or, toute une série de recherches sont venues ébranler ce fondement. Les Américains eux-mêmes ont observé les premiers des cas de rachitisme sans hypophosphatémie. En 1923 et en 1924, Marfan et ses collaborateurs Dorlencourt et Mlle Spanien, dosant le phosphore et le calcium dans le sang d'un assez grand nombre de rachitiques, ont pu constater que le phosphore inorganique y est assez souvent diminué, mais que parfois, il est normal. Au

début, cette diminution fait en général défaut ou elle est peu accusée; c'est surtout dans le rachitisme un peu ancien qu'elle s'observe. Ils n'ont pas trouvé de rapport entre le degré de l'hypophosphatémie et la gravité du rachitisme. A ce propos, ils firent remarquer que, s'il est vrai que le rachitisme évolue par poussées séparées par des périodes de repos, il est parfois très difficile de définir où commencent et où finissent les phases de son activité.

Cette opinion fut confirmée par d'autres auteurs, notamment en Angleterre par Anderson. En 1930, Alfred F. Hess en Amérique revenant sur ses assertions antérieures, publia des résultats qui concordaient avec ceux du professeur Marfan.

A l'heure présente, on peut conclure de ces recherches que, dans le rachitisme, le taux du phosphore inorganique du sang est souvent abaissé. Mais cette diminution peut faire défaut. Au début, l'abaissement de la quantité du phosphore sanguin manque ou il est très léger. Le degré de l'hypophosphatémie n'est nullement proportionnel à celui des déformations osseuses.

On ne peut donc plus considérer l'hypophosphatémie comme le stigmate essentiel du rachitisme. On ne saurait lui faire jouer le rôle primordial dans la pathogénie des lésions osseuses. L'hypophosphatémie apparaît comme la conséquence ou le témoin de ces lésions et non comme leur cause.

Mais, ceci établi, deux questions se posent encore. L'hypophosphatémie du rachitisme est-elle en relation avec un état d'acidose? Pourquoi, lorsque le rachitisme se complique de tétanie, l'hypophosphatémie disparaît-elle et est-elle souvent remplacée par de l'hyperphosphatémie?

II. — Phosphatémie et acidose. — C'est une question bien controversée. Les uns, se basant sur l'examen des urines, soutiennent qu'elles renferment en général un excès d'acides et de NH^3. D'autres, se fondant sur l'examen du sang, déclarent que la réserve alcaline est presque toujours abaissée.

Pour Marfan, il n'y aurait pas toujours concordance, dans les travaux publiés à ce sujet, entre les résultats de l'analyse des urines et ceux de la réserve alcaline du sang. Au surplus, même si on fonde le diagnostic d'acidose uniquement sur la réserve alcaline, sur cent cas de rachitisme avec hypophosphatémie cette réserve alcaline a été trouvée normale trente fois. Il y a donc des hypophosphatémies sans acidose comme il y a des acidoses sans hypophosphatémie. Ajoutons que, dans le rachitisme des animaux, certains auteurs n'ont pu constater d'acidose. Bien plus, on a prétendu pouvoir provoquer le rachitisme chez de jeunes chiens en les soumettant à une alimentation suralcalinisante et guérir ces animaux en leur administrant de l'acide chlorhydrique. Concluons. A l'heure présente, il est au moins prématuré d'affirmer que l'hypophosphatémie du rachitisme est toujours en rapport avec un état d'acidose.

III. — Hyperphosphatémie dans le rachitisme compliqué de tétanie. — Dans la première enfance, la tétanie coïncide presque toujours avec le rachitisme. Depuis le début de ce siècle, une série de travaux a montré que dans la tétanie, le taux du calcium sanguin est diminué. Mais dans la tétanie, en même temps que le taux du calcium s'abaisse, celui du phosphore inorganique se relève, atteint et souvent dépasse le chiffre normal. Par contre, le taux du phosphore organique reste à peu près normal.

Cette notion, que la tétanie apparaît chez les rachitiques dont le sang est pauvre en calcium et renferme une proportion presque toujours excessive de phosphore inorganique, a été confirmée par de nombreuses recherches et la plupart des auteurs sont d'accord sur ce point. Toutefois, on n'a pu jusqu'ici trouver l'explication de ce fait actuellement bien établi.

Conclusions: 1° L'hypophosphatémie n'est pas le stigmate sanguin essentiel du rachitisme; 2° elle n'est pas toujours en relations avec un état d'acidose; 3° lorsque le rachitisme se complique de tétanie, l'hypophosphatémie est remplacée par de l'hyperphosphatémie et s'accompagne d'hypocalcémie, mais nous ignorons la signification et la cause de cette hyperphosphatémie.

Paul LETONDAL.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

BERARD, F. — **Arthrodèse de la hanche dans la coxalgie.** — Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie. No. Lvii. 1931.

L'auteur passe en revue et en détail quinze cas de coxalgie opérés de 1929 à 1931, chez les enfants et chez les adultes, pour des lésions complètement cicatrisées chez quelques malades, en évolution active chez d'autres (adultes), et à la période terminale dans deux cas, alors que la cicatrisation retardait.

L'auteur eut recours à trois variétés d'interventions: l'arthrodèse para-articulaire, l'arthrodèse juxta-articulaire et l'arthrodèse intra-articulaire, en utilisant des greffons prélevés au niveau de l'articulation elle-même ou sur le tibia. La technique a une importance capitale et les greffons doivent être appliqués avec un soin particulier.

Avant d'intervenir, il faut s'assurer que le temps de la coagulation sanguine est normale. L'anesthésie générale ou rachidienne peuvent être utilisées. Dès que l'opération est terminée, le membre inférieur est immobilisé dans un appareil plâtré, qui prend le bassin, la cuisse et le pied; au quatrième mois, ce grand appareil est remplacé par un petit qui s'étend jusqu'au mollet, et au sixième mois, la marche est permise. Cependant, même à cette période, le bassin doit être immobilisé, pour protéger autant que possible le greffon.

L'ankylose complète est la règle et s'obtient d'ordinaire au bout de douze à treize mois; la pseudarthrose est possible mais rare (deux fois sur quinze malades).

Chaque cas demande une attention spéciale, et le choix de l'intervention relève de l'état local et de l'évolution de la lésion. L'auteur préfère l'arthrodèse juxta-articulaire, suivant la technique de Mathieu et Wilmoth, qui lui a toujours donné les meilleurs résultats.

Chez l'enfant qui présente une coxalgie en évolution, l'intervention est rarement indiquée; elle peut souvent être complètement inutile pour une lésion qui aurait guéri par des moyens conservateurs, et le danger d'infection est toujours considérable. Si la pseudarthrose est à craindre, l'arthrodèse doit être pratiquée. Chez l'adulte, les indications opératoires sont beaucoup plus fréquentes et les résultats toujours plus encourageants.

Edmond DUBE.

MEDECINE LEGALE

Ch. GERNEZ, HOUCKE et CUVELIER (de Lille). — **Sept cas d'argyrie généralisée.** Ann. de Méd. Lég. avril 1932.

L'emploi de l'argent colloïdal, dans le traitement des tuberculeux pulmonaires peut donner lieu à une complication peu grave, il est vrai, mais qui mérite d'être signalée.

Les auteurs soulignent les caratéristiques de l'intoxication par l'argent colloïdal chez sept malades traités par une médication à base de Collargol.

Les doses absorbées ont été particulièrement élevées: la moyenne est d'environ 250 gms de Collargol, pour une période de 2 ans.

La symptomatologie est la suivante:

Pigmentation cutanée, de coloration bleutée et d'intensité variable avec prédominance au niveau des parties découvertes.

Troubles digestifs presque constants: nausées, vomissements, anorexie, douleurs abdominales avec diarrhée incoercible.

Les signes urinaires sont nuls.

Il est difficile de mettre l'argent en évidence; la recherche dans le sang et les urines a donné des résultats négatifs.

Par contre l'analyse spectrographique de la bile donne les raies caractéristiques de l'argent.

Retenons les considérations terminales.

Il existe de grandes différences de susceptibilité individuelle à l'égard de l'argent.

La coloration des téguments s'est toujours manifestée après une période de latence d'une année environ, il existe donc une véritable imprégnation de l'organisme par le métal.

La pigmentation argyrique est indélibile.

Jean-M. ROUSSEL.

MARCEL LABBE. — **Traumatisme et maladie de Basedow.** Annales de Médecine Légale, janvier 1932.

La question de l'origine traumatique de la maladie de Basedow se pose assez souvent dans les cas d'accidents du travail, ou d'accidents d'automobile.

La relation de cause à effet, entre le traumatisme et l'apparition d'un Basedow est très discutée et l'opinion des auteurs est partagée sur ce point.

Marcel Labbé rapporte l'observation d'une femme de 40 ans qui, victime d'un accident d'automobile lui ayant occasionné des plaies de la face et des contusions, vit se constituer chez elle, deux mois après, une maladie de Basedow typique avec métabolisme basal de + 97.

Elle paraît maintenant en voie de guérison et quinze mois après le début de la maladie le métabolisme n'est plus que + 35.

Il s'agirait là peut-être d'une simple coïncidence, et pour imposer la relation entre le traumatisme et la maladie de Basedow, il faudrait plusieurs exemples de ce genre.

Car suivant Marcel Labbé les syndrômes basedowiformes que l'on observe souvent à la suite des traumatismes ou des émotions ne sont pas de véritables maladies de Basedow. Il s'agirait simplement de troubles du système nerveux végétatif, qui font partie de la maladie de Basedow, mais qui ne s'accompagnent pas d'hyperthyroïdie.

Enfin, dit-il, aucune observation n'a montré la transformation de ce syndrôme nerveux basedowiforme et un syndrome basedowien complet.

Et la question n'est pas encore tranchée. Jean-M. ROUSSEL

NEURO-PSYCHIATRIE

CHARLES WARD ELLIS. — **Le tic douloureux a-t-il une étiologie définie?** Archives of Otolaryngology, vol. 15; no. 2, fév. 1932, p. 218.

L'auteur rapporte brièvement les observations de 8 malades souffrant de névralgie dite essentielle du trijumeau. Ces malades avaient des accès d'algies dont l'allure, les caractères et l'évolution étaient bien ceux de cette terrible et mystérieuse affection. Chez les 8 malades, il fut constaté une dégénérescence polypoïde de la muqueuse du sinus du maxillaire supérieur correspondant au côté de la névralgie, bien que l'examen intranasal, la transillumination et l'examen radiologique fussent négatifs. L'opération de Caldwell-Luc a amené la disparition de la névralgie dans 6 cas. Toutefois, il ne peut être certifié que cette disparition demeurera permanente. L'auteur croit que l'étude de ces 8 malades présentant le même mal et la même lésion, c'est-à-dire une névralgie du trijumeau à allure essentielle associée à une sinusite asymptomatique du maxillaire supérieur correspondant à une dégénérescence polypoïde de la muqueuse de ce sinus, doit conduire à l'examen du sinus maxillaire chez tous les malades à tic douloureux. Par ailleurs, il émet cette hypothèse que la douleur est peut-être causée soit par une action toxique, soit par la pression sur le nerf maxillaire supérieur en contact anormalement immédiat avec la muqueuse malade, par l'effet d'une déhiscence osseuse. Roma AMYOT.

VULLIET H. — **Le traitement préventif de la méningite dans les fractures du crâne.** — Presse Médicale, (29 juin 1932).

L'observation de 230 fracturés du crâne, soignés de 1923 à 1931 permet à l'auteur d'affirmer que la contusion cérébrale est la cause de mort la plus fréquente chez ces malades: 55.4%.

En second lieu vient la méningite: avant 1927, 15%. L'auteur admet son impuissance devant la contusion et la méningite *déclarée*, mais ses recherches bactériologiques chez les fracturés du crâne l'ont dirigé vers l'emploi systématique de la sérothérapie antistreptococcique et antipneumococcique. En effet, le streptocoque et le pneumocoque sont les agents habituels de l'infection chez les fracturés du crâne. Le staphylocoque et le méningocoque sont très rarement en cause.

La valeur de cette méthode, archisimple, s'appuie sur la statistique suivante: depuis 1927, c'est-à-dire, depuis la sérothérapie systématique, sur 188

cas l'auteur n'eut aucun décès. Outre l'injection classique de sérum antitétanique, il injecte 10 cc. de chacun des sérums antistreptococcique et antipneumococcique de l'I. P. chez tous les fracturés du crâne où il n'existe pas de méningite *déclarée*.

Ce traitement préventif est d'application simple et il est facile d'en vérifier les bons effets. Son importance doit être soulignée plus particulièrement auprès des confrères qui exercent loin des centres urbains.

Jean SAUCIER.

LABORATOIRE

Dr Georges FRANCK. — **Blennorragie gonococcique et non-gonococcique.** (Expérimentation bactériologique). — Annales des Maladies Vénériennes, (janvier 1932, p. 16).

Dans le présent article qui fait suite à deux autres publiés dans les Annales des Maladies Vénériennes, l'auteur expose ses recherches sur les infections dites non-blennorragiques.

Chez l'homme on rencontre souvent de nombreux microbes en diplocoques analogues au gonocoque mais gram positifs. L'injection de vaccin a quelque fois modifié la coloration de ces microbes qui sont devenus gram négatifs; cette modification s'est même produite spontanément.

On rencontre également chez l'homme des microbes d'infection secondaire donnant une coloration douteuse. Enfin il peut se présenter des écoulements sans microbe.

Chez la femme on retrouve le même tableau que chez l'homme mais plus varié; les microbes d'infection secondaire; diplocoques, chaînettes, streptobacilles microgonocoques et macrogonocoques de Asch gram positifs et gram négatifs sont toujours très nombreux.

Des cultures ont été faites sur des milieux différents: gélose sanglante de Besançon et Goiffon modifiée par Pfeiffer, gélose sérum de Marmoceck. Des ensemencements ont été pratiqués sur ces milieux avant et après l'injection de vaccin et les résultats ont été notés.

Dans certains cas ou l'examen et la culture n'avaient donné que des microbes gram positifs, l'injection de vaccin a modifié la coloration et un nouvel examen a donné des microbes gram négatifs présentant les caractères du gonocoque. Bien plus après l'injection de vaccin l'auteur a retrouvé plusieurs fois du gonocoque alors que l'examen et la culture antérieurs avaient été négatifs. La culture a donné dans les cas classiques des résultats positifs dans 10% des cas chez la femme et 13% chez l'homme.

La blennorragie aiguë à gonocoque s'est montrée plus rare chez la femme que chez l'homme; par contre on rencontre plus fréquemment la blennorragie non-gonococcique chez la femme.

Pour l'auteur, il existe des gonocoques gram négatifs, positifs, douteux. Ces deux dernières variétés étant des gonocoques dégénérés mais pouvant revenir au type classique et vice-versa.

En résumé, la discussion est encore ouverte entre bactériologistes, d'une part, qui s'en tiennent au type classique du gonocoque décrit dans les manuels et les cliniciens qui ont observé des modifications de forme et de coloration du gonocoque au cours du traitement. Seule la collaboration intime de la clinique et du laboratoire pourra résoudre le problème. A. BERTRAND.

BULLETIN

LE CONGRÈS MÉDICAL D'OTTAWA-HULL

Nous publions le programme définitif du Congrès d'Ottawa. Les organisateurs ont voulu consacrer tous leurs efforts en vue de répondre aux désirs des médecins au double point de vue scientifique et professionnel.

Le programme scientifique devra susciter beaucoup d'intérêt à cause des questions mises à l'étude et de l'importance de la délégation française.

Le programme professionnel appelle aussi l'attention de tous les médecins à cause d'une question d'actualité qui les intéresse au plus haut degré: **les assurances sociales.**

L'Association Médicale provinciale a mis cette question à l'étude. Un rapport y sera présenté et discuté par tous les membres présents, et des résolutions seront sans doute adoptées en vue d'obtenir une opinion majoritaire sinon unanime sur le chapitre si important de l'**assurance-maladie,** qui seule nous concerne. Il importe que la profession médicale s'unisse afin de protéger ses droits tant en apportant son concours à l'élaboration de lois dites sociales destinées à secourir surtout les indigents ou les nécessiteux.

La Commission spéciale d'enquête nommée par le gouvernement recevra sans doute nos suggestions avec empressement pourvu que l'opinion médicale soit unanime sur les points principaux.

Encore une fois, le Congrès d'Ottawa mérite les encouragements de tous les médecins.

Il y sera question aussi, du Congrès de 1934 à Québec. Il s'agit de décider si nous allons inviter l'Association des Médecins de langue française (de France) de tenir son prochain Congrès à Québec.

L'idée en est lancée; nous croyons dans l'opportunité et le succès d'une telle entreprise surtout avec l'appui du Gouvernement. Notre Association devrait appuyer l'A. D. R. M. et son président M. Dubé dont les activités dans ce sens sont aussi généreuses que profitables.

Voilà donc un programme intéressant qui devrait attirer tous nos médecins, nous les y invitons.

Albert LeSAGE.

NOUVELLES

ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE DE L'AMERIQUE DU NORD

XIIe Congrès Ottawa-Hull, 6 - 7 - 8 septembre 1932

Adresse: Casier postal 833, Ottawa

Le 1er août 1932.

Monsieur et très honoré confrère,

Nos circulaires antérieures et les journaux vous ont déjà appris que le XIIe Congrès de notre Association s'ouvrira dans quelques semaines.

L'importance des questions mises à l'étude et la grande valeur des savants inscrits à ce programme seraient déjà des raisons suffisantes pour que tous les médecins conscients de leur devoir professionnel et désireux de se tenir au courant des méthodes de traitement et des procédés opératoires les plus récents saisissent avec empressement cette occasion unique de perfectionner leur technique ou de rafraîchir leurs connaissances théoriques.

Mais, à côté de ces arguments d'ordre professionnel, la fierté nationale et la fidélité à notre langue et à la science françaises sont mises en jeu d'une façon plus particulière cette année. Le Congrès ayant lieu à Ottawa, capitale du pays, située sur les confins de l'Ontario, château-fort de la science et de l'esprit anglo-saxons au Canada, nos délibérations et nos travaux seront suivis attentivement par une délégation nombreuse de nos confrères les plus distingués de langue anglaise, qui ont mis très gracieusement à la disposition du Congrès toute l'organisation splendide de l'Hôpital Civique d'Ottawa, l'un des mieux outillés et des plus modernes du continent.

Ce Congrès est le vôtre, sa réussite et son succès sont entre vos mains. Le rêve audacieux de tenir en terre ontarienne un congrès de langue française, dont nos confrères anglais seront en même temps les témoins et les juges, deviendra sous peu une réalité. Cette réalité sera glorieuse dans la mesure que les membres de l'Association nous donneront leur coopération par leur adhésion et leur concours.

Parce qu'il sait pouvoir compter sur votre participation active et sur la solidarité de tous ses confrères, l'Exécutif réitère son appel à tous ceux qui n'ont pas encore donné leur adhésion et les prie instamment de remplir la formule de chèque ci-jointe et de l'adresser à son trésorier. Cependant, si la question pécuniaire a son importance, elle n'est pas la plus grande, nous voulons surtout votre présence à Ottawa et votre participation active au Congrès.

Nous lançons encore une fois le cri de ralliement: Ottawa-Hull et le XIIe Congrès de l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord.

LE COMITE EXECUTIF.

Renseignements généraux

SIEGE DU CONGRES

Le Comité Exécutif a réservé les salles du Château Laurier pour toutes les activités scientifiques et sociales du Congrès.

SECRETARIAT

Le Secrétariat aura son bureau dans la grande salle de bal du Château Laurier, qui servira en même temps de salle d'exposition des produits pharmaceutiques et des appareils médicaux et chirurgicaux.

Dès leur arrivée, les Congressistes voudront bien s'inscrire, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent. Des personnes compétentes se tiendront en permanence au Secrétariat pour répondre à toutes les demandes de renseignements.

Au moment de leur inscription, il sera remis aux Congressistes une pochette contenant leur insigne, un collant portant la Croix verte et qui servira de marque d'identification pour leur voiture, le programme-souvenir du Congrès et divers autres renseignements utiles.

COMITE DES DAMES

Un Comité s'occupera spécialement des Dames accompagnant les Congressistes et inscrites régulièrement. Des réceptions, des visites au Parlement, aux Archives et aux autres endroits pouvant particulièrement intéresser les dames seront organisées. Tous les renseignements à ce sujet seront fournis au Secrétariat.

EXPOSITIONS

Dans la salle de bal du Château Laurier, il y aura une exposition de produits pharmaceutiques et d'instruments et d'appareils médicaux et chirurgicaux des plus intéressantes.

Aux Archives Canadiennes, le docteur Léo Pariseau exposera sa magnifique collection de livres anciens et d'ouvrages sur l'histoire de la médecine à travers les âges. On ne devra pas oublier la visite de cette superbe exposition et du véritable musée que sont les Archives canadiennes.

FILMS

Le Comité exécutif s'est procuré toute une série de films cinématographiques parlants sur des sujets médicaux, para-médicaux et panoramiques qui seront déroulés à plusieurs reprises durant le Congrès.

AMUSEMENTS

Le Comité exécutif s'est entendu avec plusieurs clubs de golf situés à proximité d'Ottawa qui admettront les Congressistes, moyennant la contribution ordinaire, sur présentation de la carte de membre de notre association.

Concert, visites intéressantes, banquet.

PRIX REDUITS SUR LES CHEMINS DE FER.

A l'occasion du Congrès, les Compagnies de transport ont consenti un rabais sur le prix de passage de retour. Pour bénéficier de cette réduction, il faut payer le prix complet du billet d'aller et se munir d'un certificat de congrès (Convention Certificate) qui sera fourni par l'agent au point de départ. Le certificat devra ensuite être présenté au Secrétariat du Congrès où un représentant des Compagnies de transport l'endossera, permettant ainsi d'obtenir le taux réduit pour le retour.

AUTOMOBILES

Nos visiteurs, ayant leur voiture, pourront obtenir une marque d'identification au Secrétariat, ce qui leur donnera droit à des privilèges spéciaux quant au stationnement et à une plus grande considération de la part des Agents du Trafic.

Le GARAGE CENTRAL (M. Landreville, propriétaire), 85, rue Slater, à cinq minutes de marche du Château Laurier, a consenti un prix de faveur de 75c. par jour pour le remisage des voitures des Congressistes.

PRINCIPAUX HOTELS

PLAN EUROPEEN

	Chambre simple		Chambre double	
	Sans bain	Avec bain	Sans bain	Avec bain
Ottawa				
Château Laurier (prix minimum)	$3.00	$4.50	$5.00	$7.00
Alexandra	$2.50	$3.00	$4.50	$5.50
King Edward	$2.00	$3.00	$3.00	$4.00
Hull				
Chez Henri	$2.00	$2.50	$3.50	$5.00
Standish Hall	$3.00	$3.50	$4.00	$5.00
Windsor	$2.00	$3.00	$3.50	$5.00

IL EST DE LA PLUS HAUTE IMPORTANCE QUE LES ADHESIONS NOUS PARVIENNENT LE PLUS TOT POSSIBLE, AFIN DE NOUS PERMETTRE DE PROCURER AUX CONGRESSISTES LE MAXIMUM D'AVANTAGES TANT POUR LEUR VOYAGE QUE POUR LEUR SEJOUR A OTTAWA.

Programme définitif

LUNDI SOIR, 5 Septembre.

Inscription au Château Laurier.

Visite de l'exposition d'appareils médicaux et de produits pharmaceutiques.

Distribution des cartes pour les cliniques et les séances opératoires aux hôpitaux.

MARDI, 6 Septembre.

9 heures à 11 h. A.M.

Inscription au Château Laurier.

Expositions: appareils médicaux et produits pharmaceutiques, au Château Laurier; section historique de l'Association, aux Archives.

Distribution des cartes pour cliniques et séances opératoires.

Cliniques opératoires et médicales aux hôpitaux:

HOPITAL GENERAL:

Clinique urologique par le docteur Maurice CHEVASSU, assisté par les docteurs Eugène GAULIN, Oscar MERCIER, William HUTCHINSON

11 h. A.M.

Assemblée du Conseil de l'Association au Château Laurier.

12 h. 30 P.M.

Déjeuner offert par la ville d'Ottawa, au Château Laurier.

2 h. P.M.

Ouverture solennelle du XIIe Congrès en séance plénière par le Très Honorable Premier Ministre du Canada.

Discours du Président, M. le docteur R. E. VALIN.

Discours par le doyen de la profession médicale d'Ottawa, M. le docteur Rodolphe CHEVRIER.

M. le docteur Antonin CLERC, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, représentant officiel du gouvernement de France au Congrès: *Formes cliniques de l'infarctus myocardique.*

M. le docteur Georges BARIL, professeur à l'Université de Montréal, médecin à l'Hôtel-Dieu: *Causes d'erreurs dans la recherche du sucre urinaire.*

M. le docteur Albert CHARLEBOIS, pédiatre de l'Hôpital Général d'Ottawa: *Observations personnelles sur* 200 *cas de paralysie infantile...*

M. le docteur Robert DUCROQUET: *Orthopédie corrective et curatrice des séquelles de la paralysie infantile.*

M. le docteur Roma AMYOT, neurologiste à l'hôpital Notre-Dame: *La céphalée en neuro-psychiatrie.*

8 h. P.M.

M. le docteur Charles VEZINA, professeur à l'Université Laval de Québec. *Des abcès pulmonaires.*

M. le docteur A. TETREAULT, Trois-Rivières: *La pression moyenne.*

M. le docteur René CHARPENTIER, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris: *Les constitutions psychopathiques* (partie I).

M. le docteur Albert LESAGE, professeur de la clinique médicale à l'Université de Montréal et Médecin de l'Hôpital Notre-Dame: *Myocardite aiguë, séquelle de la typhoïde.*

M. le docteur Léo LALONDE, chirurgien à l'Hôpital du Sacré-Coeur, Hull: *Les Fractures en général.*

MERCREDI, 7 Septembre.

8 h. à 10 h. A.M.

Cliniques opératoires et médicales aux hôpitaux:

HOPITAL CIVIQUE:

Clinique chirurgicale et opératoire par le docteur Gaudard D'ALLAINES, chirurgien des hôpitaux de Paris, délégué de l'Institut scientifique Franco-canadien, assisté par les docteurs Philippe BELANGER, C.-T.-FINK, William LEBEL, H.-P. MOFFATT, F.-P. QUINN, G. HOOPER.

Clinique médicale par le professeur Antonin CLERC, assisté par les docteurs J.-H. LAPOINTE, W.-S. LYMAN, W.-S. BARNHART, A. McNABB.

HOPITAL GENERAL:

Clinique orthopédique par le docteur Robert DUCROQUET, assisté par les docteurs J.-E. SAMSON, J.-M. MURRAY, C.-A. YOUNG, Wm. ARMSTRONG.

Clinique neurologique par le docteur CHARPENTIER, assisté par les docteurs Jean SAUCIER, Roma AMYOT, Edgar LANGLOIS.

10 h. A.M.

Séance plénière. — Château Laurier.

M. le docteur L.-P. MANTHA, médecin de l'Hôpital Général d'Ottawa, et chargé du service de Physiothérapie: *Diagnostic différentiel entre le Coma diabétique et une réaction aiguë d'hypoglycémie insulinique.*

M. le docteur Gaudard D'ALLAINES, chirurgien des Hôpitaux de Paris, conférencier de l'Institut scientifique Franco-Canadien: *Indications et résultats de l'hystérectomie conservatrice.*

M. le docteur Benjamin BOURGEOIS, chirurgien en chef de l'Hôpital Notre-Dame: *A propos d'appendicite chronique.*

M. le docteur J.-L. LAMY, chirurgien de l'Hôpital Gnéneral d'Ottawa: *La Rachi-Anesthésie.*

M. le docteur Eugène GAULIN, chef du service d'Urologie à l'Hôpital Général d'Ottawa: *Observation personnelle de* 100 *prostatectomies.*

12 h. 30 P.M.

Déjeuner au Standish Hall, Hull, sous les auspices de l'Association Médicale de la province de Québec et de l'Association des Médecins de Langue Française.

2 h. P.M.

Séance plénière au Château Laurier.

M. le docteur Stephen LANGEVIN, chef du service d'obstétrique à la maternité de Montréal, professeur d'obstétrique à l'Université de Montréal: *Les Hémorragies de la Délivrance.*

M. le docteur E. ARCHIBALD, professeur de chirurgie à l'Université McGill, Montréal, chirurgien en chef de l'Hôpital Royal Victoria: *Les Complications pulmonaires post-opératoires.*

M. le docteur Joseph VAILLANCOURT, professeur d'oto-rhino-laryngologie à l'Université Laval: *Les Céphalées d'origine nasale.*

M. le docteur E. PERRAS, radiologiste et chef du département de physiothérapie à l'hôpital du Sacré-Coeur, Hull: *La Cholécystographie.*

M. le docteur Maurice CHEVASSU, Urologiste de l'hôpital Cochin: *Diagnostic des pyuries.*

M. le docteur J.-C. WOODS, chirurgien de l'Hôpital Général d'Ottawa: *Les Occlusions intestinales.*

M. le docteur Charles SIMARD, assistant anatomo-pathologiste à l'Hôpital Notre-Dame: *Etude anatomo-pathologique post-opératoire de 500 appendices.*

Visite de l'exposition d'appareils et de produits pharmaceutiques, films cinématographiques parlants.

2 h. P.M.

A l'hôtel Standish Hall, à Hull.

Réunion annuelle de l'Association Médicale de la province de Québec, sous la présidence de M. le docteur J.-R. BELISLE, Hull.

Conférenciers:

M. le docteur René CHARPENTIER: *Les constitutions psychopatiques* (partie II).

M. le docteur E. GABY, de l'Université de Toronto: *Burns in general including Electrical Burns.*

M. le docteur R. PEPIN, professeur agrégé de l'Université de Montréal, médecin de l'Hôtel-Dieu: *Les maladies de la nutrition.*

Rapport du Comité sur l'Etude des *Assurances Sociales*: MM. A. T. Bazin, Albert LeSage.

Représentation cinématographique de films parlants et silencieux.

8 h. P.M.

Assemblée plénière.

M. le docteur Oscar MERCIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, chef du service d'urologie à l'Hôtel-Dieu: *Les caculs de l'urétère: considérations sur les cas traités dans le service d'urologie de l'Hôtel-Dieu de Montréal, de* 1927 *à* 1932.

M. le docteur A. LAQUERRIERE, radiologiste à l'Hôpital Notre-Dame de Montréal: *Discussion de quelques méthodes de la radiothérapie (paralysie infantile, troubles circulatoires, périviscérites.)*

M. le professeur Antonin CLERC: *Diagnostic et sémiologie des tachycardies.*

M. le docteur C. DAGNEAU, professeur de l'Université Laval, Québec: *Les Thoracoplasties dans le traitement de la tuberculose.*

M. le docteur Ernest PLANTE, oto-rhino-laryngologiste, de Sherbrooke, ancien assistant de Chevalier JACKSON: *Application de la bronchoscopie aux maladies infectieuses des poumons.*

JEUDI, 8 Septembre.

8 h. à 10 h. A.M.

Cliniques opératoires et médicales aux hôpitaux.

HOPITAL CIVIQUE:

Clinique urologique par le docteur Maurice CHEVASSU, assisté par les docteurs Eugène GAULIN, Oscar MERCIER, William HUTCHINSON.

Clinique orthopédique par le docteur Robert DUCROQUET, assisté par les docteurs J.-E. SAMSON, J.-M. MURRAY, C.-A. YOUNG, Wm. ARMSTRONG.

HOPITAL GENERAL:

Clinique chirurgicale et opératoire par le docteur Gaudard D'ALLAINES, assisté par les docteurs J.-L. LAMY, J.-C. WOODS, J.-E. DeHAITRE.

Clinique médicale par le professeur Antonin CLERC, assisté par les docteurs J.-H. LAPOINTE, L. MANTHA, H. PILON.

10 h. A.M.

Séance plénière au Château Laurier.

M. le docteur François DEMARTIGNY, chirurgien en chef de l'hôpital Sainte-Jeanne d'Arc: *Des indications de l'hystérectomie vaginale.*

M. le docteur W. VIGNAL, médecin électro-radiologiste des hôpitaux de Paris, chef du service d'électro-radiologie de l'Hôpital St-Luc, Montréal: *Diagnostic radiologique des affections du duodénum.* (En collaboration avec le docteur Grondin).

M. le docteur P.-Z. RHEAUME, professeur de chirurgie opératoire à l'Université de Montréal, directeur médical et chirurgien en chef de l'Hôpital St-Luc: *Diagnostic et traitement des affections chirurgicales de l'estomac et du duodénum.*

M. le docteur A. MARIN, chef du service de dermatologie à l'Hôpital Notre-Dame: *Les Epithéliomas cutanés.*

12 h. 30 P.M.

Déjeuner au Château Laurier.

2 h. P.M.

M. le docteur Réal DORE, chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame: *Les Goitres.*

M. le docteur H. LACHARITE, radiologiste: *La radiothérapie du goître.*

M. le docteur Edouard TETREAULT, médecin cardiologiste de l'Hôtel-Dieu: *Diagnostic positif et différentiel des algies cardiaques.*

M .le docteur Robert DUCROQUET: *La Luxation congénitale de la hanche.*

M. le docteur Eugène ST-JACQUES, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Montréal: *Le traitement de la gastroptose par la gastro-suspension de Lambert et ses résultats.*

M. le docteur Léon GERIN-LAJOIE: *Les données physiologiques et thérapeutiques sur l'hormone ovarienne dans la ménopause post-opératoire.*

M. le docteur Gaudard D'ALLAINES: *Appendicite pelvienne: diagnostic et traitement.*

M. le docteur Maurice CHEVASSU: *Les infections urinaires à colibacilles.*

Assemblée générale de l'Association et élection des officiers.

8 h. 30 P.M.

Banquet au Château Laurier, suivi d'un bal dans la salle des Totems Indiens.

AVIS

La division des maladies vénériennes du Service Provincial d'Hygiène, 515 rue St-Gabriel, Montréal, continuera de fournir aux dispensaires antivénériens des hôpitaux de la province, les médicaments pour le traitement des indigents.

Le Laboratoire Provincial, 89, rue Notre-Dame est, Montréal, est toujours à la disposition gratuite des institutions et de tous les médecins de la province. Sur demande, l'on peut s'y procurer gratuitement les nécessaires voulus pour l'envoi des échantillons au laboratoire. Le rapport des examens et analyses est envoyé sans délai aux institutions, dispensaires et médecins.

COURS DE PERFECTIONNEMENT A L'HOPITAL ST-LUC

Radio-diagnostic clinique médico-chirurgical

Le Professeur Rhéaume nous communique le programme suivant en nous priant de le publier.

Le docteur William Vignal médecin Electro Radiologiste des Hôpitaux de Paris, chef du service d'Electro-radiologie de l'Hôpital St-Luc, et le docteur Roméo Grondin radiologiste-adjoint, commenceront le mercredi 14 septembre à 4 heures 30 p.m. dans la radiothèque de l'Hôpital St-Luc, et continueront les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure, une série de leçons consacrées à l'exposé des notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétation des clichés.

Programme des leçons.

Le 14 septembre — L'image radiologique, sa production. Comment on doit demander un examen radiologique. Notion générale d'interprétation du squelette.
Le 16 septembre — os et articulations
Le 19 septembre — os et articulations
Le 21 septembre — Appareil digestif
Le 23 septembre — Appareil digestif
Le 26 septembre — Appareil digestif
Le 28 septembre — Foie, voie biliaire
Le 30 septembre — Appareil respiratoire
Le 3 octobre — Appareil respiratoire
Le 5 octobre — Coeur et vaisseaux
Le 7 octobre — Appareil urinaire
Le 10 octobre — Appareil urinaire.

Ces leçons seront accompagnées de présentations de clichés au négastoscope et de projections. Les auditeurs seront à la suite de chacune d'elles exercés individuellement à l'interprétation des radiogrammes.

A cet enseignement destiné aux internes de l'Hôpital St-Luc, les médecins désireux de perfectionner leurs notions pratiques d'interprétations des images et des examens radiologiques sont cordialement invités.

TABLE ALPHABETIQUE DES ANNONCES

Abbott Laboratories Ltd, (*Haliver Oil*) XII

Anglo-French Drug Cie., (*Le Laboratoire du Bactériophage*) XXII

Ayerst, McKenna & Harrison, Limited, (*"Calcium A"*) XLVI

Bailly, A., Spécialités, ... XVIII

Boulet R. & Brault Jules, (*Maladies des yeux, etc.*) . . L

Breitenbach Co., M. J., (*Gude's Pepto-Mangan*) I

Bristol-Myers Co., (*Sal Hepatica*) XXIV

Canada Drug Company, (*Paveral*) I

Canada Pond Tampon Co., (*Les Tampons Pond*) XLVIII

Cardinaux. Paul, (*Gaiffe, Gallot & Pilon et Ropiquet, Hazard & Roycourt*). *Diathermie, Rayons X, Electrologie* XI

Casgrain & Charbonneau Ltée, (*Hormocrine "F"-C. & C.*), (*Ovacrine C. & C.*) XVI

Chapman Ltée, La Cie J. H., (*Instruments de Chirurgie*) XXIV

Ciba, Compagnie Limitée, (*La Nupercaïne "Ciba"*) . . . VII

Denver Chemical Manufacturing Co., (*Antiphlogistine*) IX

de Passillé, H. B., (*Bronchodermine*) XXVIII

de Passillé, H. B., (*Charbon Tissot*) XXVIII

de Passillé, H. B., (*Sirop Guilliermond*) XXVIII

de Passillé, H. B., (*"Yse"*) XXVIII

de Passillé, H. B., (*Ludin*) XXXIII

de Passillé, H. B., (*Seroma Rey*) XXXIII

Dow, (*Le Tonique idéal*) XXVI

Duckett J. A., (*Orthopédie*) XLIV

Eddé, J., Limitée, (*Proveinase Midy*) IV

Eddé, J., Limitée, (*Iodogénol Pépin*) XIX

Eddé, J., Limitée, (*Hémostyl*) XXIX

Eddé, J., Limitée, (*Epilepsie*) XXXII

Eddé, J., Limitée, (*Bismuthoïdol*) XXXIV
Eddé, J., Limitée, (*Ocreïne Gremy*) XXXVI
Eddé, J., Limitée, (*Strychnal Longuet*) XXXVI
Eddé, J., Limitée, (*Vulcase Brisson*) XXXVI
Eddé, J., Limitée, (*"Radio-Magnésium"*) XLIX
Eddé, J., Limitée, (*Iodone Robin*) LI
Frosst, Charles E. & Co. (*Urosine*)
Deuxième page intérieure de la couverture.
Gatine, Fernand, (*Masseur Expert*) XLII
Harris, J. A., (*Peptone iodée Lery*) LII
Harris, J. A., (*Tussiva*) LVIII
Harris, J. A., (*Hypocardine*) LVIII
Herdt & Charton, Inc., (*Colivaclydun*) XLI
Herdt & Charton, Inc., (*Thalassol*) XLI
Herdt & Charton, Inc., (*Serodausse*) XLIX
Herdt & Charton, Inc., (*Peptalmine*) LI
Hoffmann-La Roche Limitée, (*Tonikum "Roche"*) . . . XLII
Horner, Frank W., Limitée, (*Maltlevol*) LVII
Imperial Tobacco Co. of Canada, (*Sweet Caporal*) XLIII
John Wyeth & Brother, Inc., ... III
Joubert, J. J., Limitée, (*Santéine*) IV
Jouot, C., (*Pansuline Fornet* XXIV
Laboratoire du Bismol, (*Bismol*) VI
Laboratoires Poulenc Frères du Canada, Ltée, (*Novarsenozenzol Billon*) XIII
Laboratoires Rhemda, (*Radio-Magnésium"*) XLIX
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Les Lithinés du Dr Gustin*) L
La Cie Canadienne des Agences Modernes, (*Magnésie du Dr Gustin*) L
Lejeune, A., (Laboratoire)- (*Indhameline Lejeune*) . . LII
Listers Limited, (*Listers*) II
Lyman Agencies, Limited, (*Pineoleum*) XXXII
Merck & Co. Limited, (*Pyridium*) LIII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Iodaseptine*) XXX
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Septicemine*) XXX

Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Codoforme Bottu*) XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Archemapectol*) XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Digibaïne*) XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Solucamphre Delalande*) . . XLVII
Millet, Roux & Lafon, Ltée, (*Opocalcium*) LII
Ouimet J. Alfred, (*Vittel*) II
Parke, Davis & Cie., (*Haliver Oil*)
Quatrième page de la couverture.
Rougier Frères, (*Hepathemo*) XVII
Rougier Frères, (*Spectrol*) XXI
Rougier Frères, (*Ouabaïne Arnaud*) XXI
Rougier Frères, (*Lortocarbol*) XXIII
Rougier Frères, (*Le "Laurtogil"*) XXV
Rougier Frères, (*Rami*) XXVI
Rougier Frères, (*Riodine*) XXVII
Rougier Frères, (*Néo-Riodine*) XXVII
Rougier Frères, (*Hémoglobine Deschiens*) XXXI
Rougier Frères, (*Carnine Lefrancq*) XXXIV
Rougier Frères, (*Dragées Gelineau*) XXXV
Rougier Frères, (*Le Sirop Gelineau*) XXXV
Rougier Frères, (*Elixir Ducro*) XXXV
Rougier Frères, (*Chloral Bromure du Dr Dubois*) XXXV
Rougier Frères, (*Quinoïd*) XXXV
Rougier Frères, (*Seidlitz Chanteaud*) XLI
Rougier Frères, (*Stenol Chanteaud*) XLI
Rougier Frères, (*Ureol Chanteaud*) XLI
Rougier Frères, (*Sulphydral Chanteaud*) XLI
Rougier Frères, (*Granules Antinausiques Chanteaud*) . . XLI
Rougier Frères, (*Sirop Famel*) XLIV
Rougier Frères, (*Uraseptine Rogier*) XLV
Rougier Frères, (*Lactolaxine Fydau*) XLV
Rougier Frères, (*Nitium Buisson*) LIV
Rougier Frères, (*Névrosthenine Freyssinge*) LIV
Rougier Frères, (*Chloramine Freyssinge*) LIV
Rougier Frères, (*Capsules Dartois*) LIV

Rougier Frères, (*Iodalose Galbrun*) LVII
Rougier Frères, (*Prosthénase*) LVII
Sanatorium de Blois VIII
Sanatorium du Lac Edouard X
Sanatorium Prévost XIV
Sanatorium Prévost XV
Schering (Canada), Ltd., (*Veramon*) V
Sorignet, Aug., (*Iodure de Caféine*) XXX
Sorignet, Aug., (*L'eau précieuse*) XXX
Wander, A., Limited, (*Ovaltine*) XX

BUREAU DE MEDECIN A LOUER

Bureau à louer à des conditions avantageuses. S'adresser au Dr. R. Doré, 320, Carré St. Louis. Lancaster 9698.

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

Comité de Direction

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

Président: 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

SOCIETES

L'Association Médicale de la Province de Québec . . . . . L. G. L. 1182

IN MEMORIAM

Le professeur A. A. Foucher 1191

NOUVELLES

Les leçons cliniques de l'Hôpital Notre-Dame 1192

Institut Scientifique Franco-Canadien 1197

Nominations 1197

Rectifications, Déplacement 1198

ANALYSES

MEDECINE

Valeur séméiologique des battements épigastriques de l'aorte abdominale (p. 1173).

CHIRURGIE

Les tumeurs de l'intestin grêle (p. 1173). Résultats éloignés du traitement chirurgical dans le cancer du sein (1174).

OBSTETRIQUE

Observations d'infections graves en rapport avec la puerpéralité, traitées par des transfusions de sang préparé (p. 1174).

GYNECOLOGIE

Récentes recherches sur les hormones dites sexuelles et leur production cyclique (p. 1175). Les acroparesthésies de la ménopause (p. 1175).

PEDIATRIE

La rachianesthésie chez les enfants (p. 1176). Oto-rhino-laryngologie et pédiatrie (p. 1177).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

Fractures de Dupuytren vicieusement consolidées (p. 1178).

PHTISIOLOGIE.

Regards sur une statistique ancienne de phrénicectomies (p. 1178).

MEDECINE LEGALE

Un nouveau signe précoce de la mort (p. 1179). Sur un cas d'intoxication par teinture de chaussures (p. 1179).

LABORATOIRE

Effet de l'ingestion d'alcool sur les réactions de Bordet-Wassermann, Kahn et Hinton (p. 1180). Cancer du poumon chez les mineurs de Jachymov (1181).