

LA  
SOCIÉTÉ MÉDICALE  
DES  
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE QUÉBEC

---

BUREAU DE DIRECTION :

*Président*.....M. le Professeur A. ROUSSEAU  
Doyen de la Faculté de Médecine.

*Vice-Président*.....M. le Professeur J. GUERARD

*Secrétaire*.....M. le Docteur R. DESMEULES

*Trésorier*.....M. le Docteur G. DESROCHERS

---

REDACTION :

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé au secrétaire, le Dr R. Blanchet, Ecole de Médecine, Université Laval, Québec.

---

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ

Le Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec paraît tous les mois. Il est publiée par "Le Bulletin Médical de Québec Inc." Le prix de l'abonnement annuel est de trois dollars.

Pour ce qui relève de l'administration et de la publicité on doit correspondre avec le Docteur Geo. Racine, 145 Boulevard Langelier, Québec.

## SOMMAIRE

—  
Mai 1933  
—

### — MEMOIRES —

	Pages
Un cas de Dysentérie à Bacille de Y. Hiss.....	
J.-E. MORIN	139
Différents modes d'action du Pneumothorax thérapeutique.....	
LOUIS ROUSSEAU	143
Tuberculose et Syphilis cutanées.....	
E. GAUMOND	153
Physiothérapie du Lupus tuberculeux.....	
JULES GOSSELIN	162
—	
LIVRES REÇUS .....	169

## Un cas de Dysentérie à Bacille de Y. Hiss

J. EDOUARD MORIN

de l'Hôpital du Saint-Sacrement.

Nous avons eu l'occasion, en septembre 1930, d'observer un cas de dysentérie grave. Nous devons à l'obligeance du Dr. Leclerc l'histoire clinique de ce cas pour lequel des recherches bactériologiques ont été faites. La dysentérie bacillaire est une affection très rare chez nous: c'est pourquoi j'ai cru utile de vous signaler cette observation qui me paraît d'une grande importance au point de vue de l'hygiène.

**Histoire Clinique:-** J. L. âgé de 40 ans, habite Québec depuis plusieurs années. Le 30 août 1930, il fait une excursion de pêche aux Trois-Lacs-Plamondon et il y séjourne 24 heures. Pendant cette excursion, il a bu l'eau d'un ruisseau qui se déverse dans ces lacs. Le lendemain de son retour en ville, il a des nausées et des frissons. Dans la nuit, il est pris de violentes coliques suivies de diarrhée. Les selles, liquides au début et au nombre de 5 par heure, deviennent au cours de la journée franchement sanguinolentes; puis, peu à peu, dans les 3 jours qui suivent, les garde-robes changent d'aspect: elles contiennent des glaires et des débris de muqueuse intestinale. A ce moment, le nombre des selles se chiffre à une centaine par 24 heures. L'état du malade est grave, il est complètement épuisé, et ne peut plus aller à la chambre de toilette.

Sa température est de 102°F.

C'est au 3e jour de la maladie que nous recevons des selles et les ensemençons sur gélose, bouillon et gélose lactosée tournesolée. Le lendemain, nous obtenons une culture pure d'un bacille Gram négatif, mobile sur son axe, comme

l'aiguille d'une boussole, ne faisant pas fermenter la gélose lactosée tournesolée.

Ce premier résultat connu, le 4, le Dr. Leclerc fait hospitaliser le malade et lui donne une ampoule de bactérie-intestiphage d'Hérelle et du sérum sous-cutané.

**Diagnostic Bactériologique:-** En présence de ces premières constatations microbiennes et surtout du syndrome clinique, il fallait diriger les recherches vers le groupe dysentérique pour en déterminer le type.

Le diagnostic bactériologique d'une dysentérie de cet ordre est facile. En effet, chez un malade dont le nombre des selles se chiffre à 100, nous sommes à peu près sûr d'isoler du premier coup et à l'état pur le germe en cause. Partant de notre culture pure obtenue à l'ensemencement des selles, nous avons eu sur différents milieux les résultats suivants:

Glycose	×	Lévuiose	×	Lactose	0	Maltose	0
Mannite	×	Saccharose	0	Gélose au plomb	0		
Indol	×	Gélatine:	pas de liquéfaction.				

Lait tournesolé: pas de modifications.

Ces réactions sur les différents milieux nous fournissaient le diagnostic biologique de dysentérie bacillaire du type Y. Hiss.

Nous avons conseillé les sérums antidysentériques et du bactérie-dysentériphage.

Le patient ingéra pendant les deux jours suivants 10 ampoules de 2 c.c. de bactérie-dysentériphage et reçut du sérum physiologique fréquemment.

Si les milieux biologiques nous orientaient vers la variété microbienne, il était nécessaire de faire une preuve plus solide, car il serait téméraire d'étiqueter une bactérie sur ses seules propriétés fermentatives. Nous avons alors pratiqué le séro-diagnostic macroscopique qui s'est montré positif au 1-1000 avec une souche de B. de Hiss de l'Institut Connaught.

Les autres types Shiga, Flexner, et Strong n'étaient pas agglutinés par le sérum du malade. Ce fait indiquait la pré-

sence, dans le sérum de notre malade, d'agglutinine spécifique pour le B. de Hiss.

Il restait à démontrer maintenant que la culture isolée des selles était agglutinable par un sérum expérimental de dysentérie à B. Hiss.

Comme nous n'avions pas en main un tel sérum, nous avons eu recours à un autre laboratoire (Institut Pasteur) pour confirmer ou infirmer les données acquises.

Notre bienveillant ami, M. Dumas, qui a eu l'amabilité de contrôler cette souche et de compléter l'examen nous fit savoir qu'il s'agissait bien d'une dysentérie à bacille de Y. Hiss.

### **La preuve était complète.**

Pour revenir à notre malade, celui-ci n'a heureusement pas attendu le résultat de toutes ces recherches pour guérir sa dysentérie. En effet, après l'administration du sérum et l'ingestion de bactérie-dysentérophage, les troubles intestinaux disparaissent et le patient quitte l'hôpital 6 jours après son admission. La température étant alors de 96. 5F. et le pouls à 82.

Nous avons signalé, au début de cet article, la rareté extrême de la dysentérie chez nous. En effet, d'après les renseignements fournis par M. McGrady(1), "il n'y a aucun cas de dysentérie signalé, pour les 7 années passées, dans les rapports du Laboratoire du Département d'Hygiène d'Ontario". Pour ce qui concerne notre province, on ne trouve aucun cas rapporté.

**Hygiène:-** Nous croyons important d'insister au point de vue hygiène pour plusieurs raisons:

a) En effet, si nous nous reportons à la source contaminée, on remarque que les Trois-Lacs-Plamondon font partie du bassin d'alimentation de notre eau.

b) **La persistance de la contamination** est démontrée

---

(1) M. McGrady: chef des laboratoires du Service Provincial d'Hygiène.

par un autre cas de dysentérie: F.X.D. (1931) survenue après une excursion au même endroit.

c) **Fréquence de la contamination** que nous croyons relative étant donné qu'il y a peu d'examens bactériologiques de faits, dans les cas de diarrhée, pour établir le type microbien en cause.

**Conclusion:-** Cette observation est intéressante à un triple point de vue:

- 1°— Rareté de la dysentérie.
- 2°— Rareté du type Hiss.
- 3°— Hygiène.

— o - o - —

## Différents modes d'action du Pneumothorax Thérapeutique

LOUIS ROUSSEAU

de l'Hôpital Laval.

La méthode de Forlanini, employée avec succès depuis des années dans le traitement des tuberculoses pulmonaires, offre des difficultés d'interprétation pour l'observateur désireux de se rendre compte de son mode d'action.

Au début, on a cru logique de conclure que le refoulement pulmonaire, par une couche d'air intra-pleurale, réalisait le repos de l'organe et que les résultats du traitement étaient proportionnels au degré de compression. Partant de ce principe, les premiers expérimentateurs réalisent des collapsus pulmonaires en maintenant l'air sous fortes pressions dans la plèvre. C'était le pneumothorax compressif, qui devait vaincre les adhérences, et pour ainsi dire exprimer du parenchyme pulmonaire ses produits bacillifères. L'explication de ce mode d'action du pneumothorax, justifiée dans une certaine mesure par des résultats heureux, devenait insuffisante dans les cas non moins nombreux où, de fortes compressions pulmonaires n'étaient pas suivies de mêmes effets.

La physio-pathologie de l'appareil respiratoire attire alors l'attention des médecins qui se rendent compte, que cette première conception sur le mode d'action du pneumothorax, est l'objet d'objections sérieuses. En effet, avec des quantités d'air moins considérables, avec des pressions intra-pleurales négatives, on obtient un collapsus pulmonaire suffisant et l'on remarque que dans ces conditions, les régions malades du poumon sont immobilisées, ont tendance à la rétraction, tandis que le parenchyme pulmonaire sain con-

serve à peu près son activité fonctionnelle grâce à son élasticité. Dès lors, on abandonne la pratique des pressions positives, on réalise des collapsus partiels, électifs, considérant le pneumothorax comme agent de détente plutôt qu'agent compressif.

L'unilatéralité, requise au début pour le pneumothorax, n'est plus un obstacle et puisqu'il suffit d'une détente pour mettre les parties malades du poumon dans des conditions favorables à sa cicatrisation, on institue de légers collapsus bilatéraux sans s'exposer à des accidents sérieux.

Les modifications circulaires, entraînées par ces compressions pulmonaires plus ou moins fortes, ont aussi été invoquées comme facteur important des résultats obtenus; le pneumothorax hémostatique ne le serait qu'en raison de ce ralentissement circulatoire étant sans effet lorsqu'il s'agit d'une ulcération de vaisseau important.

Enfin, un pneumothorax droit pourrait produire une amélioration de localisation pulmonaire siégeant à gauche: cet effet contro-latéral dû aux modifications de l'équilibre pleuro-pulmonaire opposé, transmises par l'intermédiaire du médiastin. On pratique même des insufflations du côté sain lorsqu'il est impossible de les établir du côté opposé.

Que devons-nous penser de ces différentes théories? Devons-nous faire porter notre préférence à l'une d'elles en mettant de côté les autres?

Il faut considérer qu'en tuberculose pulmonaire mille facteurs interviennent qui font que, deux poumons présentant à peu de choses près des altérations semblables auront des réactions variables quoique soumis au même traitement. La situation d'une cavité au sommet, à la base, à la région externe ou interne, n'est pas indifférente dans l'appréciation du mécanisme d'action du pneumo; il en sera de même de la plus ou moins grande fixité du médiastin, du jeu de l'hémi-diaphragme, des adhérences venant faire obstacle à la libération pleurale etc, etc.

Plusieurs mécanismes peuvent intervenir à tour de rôle au cours d'un pneumothorax thérapeutique et il serait de

très mauvaise clinique de nier catégoriquement telle action de détente ou de compression ou même de ne pas considérer la possibilité d'un effet contro-latéral.

Parmi les 15 cas rapportés plus bas, quelques uns ont spécialement été choisis pour illustrer les causes d'échec de la méthode collapsothérapie, tandis que des résultats heureux feront mieux comprendre par comparaison quels ont été les éléments favorables de la guérison par le même traitement.

### Observations

---

#### Obs. A. St-D.

Tuberculose ulcéro-caséuse du poumon droit avec cavernes aux régions supérieure et moyenne. Présence de bacilles dans les crachats.

Après quatre insufflations, il y a une chute de la température, les expectorations diminuent comme quantité et une radiographie, tirée à ce moment, montre que le poumon a libéré la moitié externe de la cage thoracique. Effet de détente.

Trois mois plus tard, apparition de liquide purulent dans la plèvre qui établit un collapsus plus important des deux tiers inférieurs mais le sommet reste adhérent à la cage thoracique.

Les expectorations sont peu abondantes mais contiennent des bacilles. Le pneumothorax laisse une cavité béante et ne peut conduire à la guérison. Une thoracoplastie, en comprimant la région de l'apex, a rendu cette tuberculose inactive. Depuis l'intervention, pas de bacilles dans les crachats.

---

#### Obs. Ls. M. M.

Tuberculose ulcéro-caséuse du poumon droit. Caverne à la région supérieure. Bacilles dans les crachats.

Le pneumothorax est entretenu durant un an et demi mais le collapsus est partiel, gêné par des adhérences qui empêchent la rétractilité de la caverne du sommet. Ici encore, les résultats sont incomplets; il y a amélioration de l'état général, diminution de la quantité des expectorations qui sont cependant toujours bacillifères. L'action de détente est annihilée par les adhérences.

---

**Obs. Adj. Lar.**

Tuberculose ulcéro-caséuse extensive. Cavernes du sommet.

Le pneumothorax réalise une compression incomplète mais élective du lobe supérieur droit. Après huit mois de traitement, on observe une amélioration notable, mais persistance de la cavité et des expectorations bacillifères.

Etat sub-fébrile constant. Augmentation du poids. Action de détente.

---

**Obs. R. Dro.**

Tuberculose ulcéro-caséuse, type lobite supérieure droite. Présence d'une caverne au sommet, bacilles dans les crachats. Dès le premier mois du traitement par pneumothorax, disparition de la toux et des expectorations, malgré la persistance d'une cavité au sommet. La température est toujours normale.

Huit mois après le traitement, le pneumothorax est compliqué d'une pleurésie purulente.

Le pyo-pneumothorax exerce une compression très forte mais les résultats désirés étaient déjà obtenus avec un collapsus moindre. Une thoracoplastie a été substituée au pneumothorax et ce malade est actuellement apparemment guéri.

---

**Obs. Melle A. Lag.**

Cortico-pleurite de la base droite. Forme hémorragi-

que. Quelques jours après son admission à l'Hôpital, fait une hémoptysie abondante à la suite de laquelle se produit un ensemencement rapide de tout le poumon droit. En l'espace de 17 jours, huit insufflations sont faites avec des pressions terminales positives. Trois jours après la dernière insufflation, elle meurt d'une hémorragie foudroyante.

Dans ce cas, le collapsus a résisté aux fortes pressions surtout à la région de la base, tandis qu'une compression suffisante était exercée sur le sommet. L'état congestif du poumon, une ulcération d'un vaisseau important, se sont opposés à l'action du pneumothorax quelque soit le mécanisme qui puisse être invoqué.

---

#### **Obs. Melle A. Cot.**

Tuberculose ulcéro-caséuse extensive avec grosse cavité du sommet droit. Compression élective du tissu pulmonaire malade maintenue depuis trois ans. Malgré un collapsus complet, l'amélioration observée au début, ne s'est pas accentuée. Il existe un état sub-fébrile constant, présence de B. K. dans les crachats, le poids est stationnaire. Après deux ans de traitement, une légère infiltration du sommet gauche nous fait abandonner l'espoir d'obtenir un résultat satisfaisant par un pneumothorax unilatéral.

Dans ce cas, des pressions positives substituées aux pressions négatives ont été sans action. Cet affaissement pulmonaire qui paraît évident sur un cliché qui n'est qu'une image antéro-postérieure, ne le serait peut-être pas s'il était possible de voir le poumon sur un autre angle. Nous ne pouvons affirmer ici qu'il y a affaissement de la cavité, mais il est permis de conclure que la seule action de détente n'a pas donné les résultats espérés.

---

#### **Obs. Madame L. Vig.**

Tuberculose ulcéro-caséuse extensive. Forme hémorragique.

Début d'un pneumothorax gauche le 28 mai 1932. Une radiographie, tirée quatre mois plus tard, montre un décolle-

ment latéral externe du poumon au sein duquel se trouvent trois ombres annulaires. Des adhérences empêchent l'affaissement de ces cavités. Les hémorragies ne sont pas réapparues depuis le début du traitement malgré une compression insuffisante, mais la tuberculose évolue graduellement. Présence de bacilles dans les crachats qui sont abondants. Mauvais état général.

---

**Obs. A. G. 30 ans,**

Tuberculose ulcéro-caséuse extensive. Petites hémorragies, en août 1931, qui sont suivies d'un ensemencement de tout le poumon droit. Pneumothorax institué le 15 août 1931. La compression est lente et difficile à s'établir; il crache du sang durant quatre mois. Ce n'est que six mois plus tard que s'amorce le processus de guérison. La compression n'est cependant pas complète, l'ombre annulaire existe au sommet.

En novembre 1932, il est impossible de retrouver des signes radiologiques ou cliniques cavitaires. Cependant, bien avant la disparition de cette caverne, les expectorations étaient à peu près nulles, non bacillifères, ce qui semble indiquer que l'action du pneumothorax n'agit pas seulement par compression.

---

**Obs. Olivette B.**

Tuberculose ulcéro-caséuse extensive intéressant le tiers inférieur du poumon droit. Présence d'une caverne à l'union des deux-tiers supérieurs et du tiers inférieur.

Institution d'un pneumothorax en juin 1931, qui réalise un collapsus important de tout le poumon avec prédilection sur les parties saines. Depuis 20 mois, le collapsus est entretenu sans donner les résultats que l'on devrait espérer d'une compression semblable. Les expectorations peu abondantes, contiennent toujours des bacilles.

L'immobilisation des bases pulmonaires est plus difficile à réaliser que celle du sommet et il est facile de constater, devant l'écran, la plus grande amplitude des régions inférieures du poumon pendant les mouvements respiratoires.

L'attraction, exercée par le balancement diaphragmatique, semble intervenir comme facteur important dans ce défaut de stabilisation.

Cependant, tout dernièrement les résultats semblent plus satisfaisants avec des pressions plus fortes et sur un dernier cliché, on entrevoit la possibilité d'obtenir par compression ce que n'a pu réaliser le pneumothorax de détente.

---

### Obs. G. Bl.

Tuberculose ulcéro-caséuse intéressant le tiers inférieur du poumon droit. Bacilles dans les crachats. Pneumothorax institué le 28 août 1932.

Dès les premières insufflations, on constate une amélioration: les crachats existent à peine, le poids augmente, la température atteint graduellement la normale, il y a arrêt apparent de l'activité bacillaire. Comme dans le cas précédent, l'excavation siège à la base mais est de dimension moindre. Les expectorations persistent bacillifères quoique l'état général s'améliore graduellement.

Sur le 2ième cliché, il est impossible de retrouver la petite ombre annulaire constatable sur celui qui précède. A remarquer aussi sur cette dernière radiographie un collapsus plus important.

---

### Obs. F. N.

Début d'un pneumothorax gauche en septembre 1932. Deux mois plus tard, il existe qu'un léger collapsus latéral du poumon gauche. Les localisations pulmonaires siègent à la région interne. Cette détente pleurale n'a aucune action; l'état fébrile persiste, le malade emplit trois crachoirs par jour (150 c.c.)

Le 8 décembre 1932, vient s'ajouter un pneumothorax spontané.

La pression intra-pleurale est fortement positive. Depuis cet accident, la quantité des expectorations est réduite au sixième de ce qu'elle était.

Effet compressif.

---

**Obs. Ber. T.**

Tuberculose ulcéro-caséuse extensive. Caverne au sommet droit. Le pneumothorax réalise une compression complète. La fièvre, les expectorations disparaissent complètement, il y a suppression de l'activité bacillaire qui permet un nettoyage du côté opposé. Devons-nous dans ce cas, invoquer l'effet contro-latéral du pneumothorax ou attribuer la guérison d'une tuberculose intertitielle à la suppression du foyer bacillaire en activité? Le refoulement considérable du médiastin vers la droite peut avoir exercé une action. Ce qui paraît plus certain, c'est qu'il s'est agi, dans ce cas, d'un pneumothorax compressif.

---

**Obs. Ern. Les.**

Tuberculose ulcéro-caséuse, extensive, intéressant le poumon gauche avec caverne au sommet.

Début d'un pneumothorax le 12 juillet 1932. L'état fébrile persiste durant trois mois ainsi que la toux et les expectorations. La compression s'établit graduellement et sur un cliché, tiré trois mois après le début du traitement, on aperçoit une ombre annulaire au sommet gauche. Du 15 octobre à aujourd'hui, la température a toujours été normale mais ce n'est que depuis décembre qu'il est permis de dire qu'il y a arrêt de la tuberculose. Comme dans plusieurs cas précédents, le pneumothorax a exercé son action bienfaisante par un effet de détente mais ce n'est qu'ultérieurement qu'un effet compressif important vient compléter cette première action du pneumo en faisant disparaître la caverne et les expectorations bacillifères.

---

**Obs. M. A.**

Tuberculose ulcéro-caséuse extensive intéressant le tiers supérieur du poumon droit. Présence d'une petite image annulaire suspecte dans le lobe supérieur. Établissement d'un pneumothorax le 8 juillet 1932. La compression est surtout élective sur le lobe supérieur qui est réduit au volume

d'une prune accolée à la région moyenne et interne de l'hémi-thorax droit. Après trois mois de traitement, les expectorations sont à peu près nulles, ne contiennent pas de bacilles. Le rôle compressif du pneumothorax apparaît comme facteur principal de l'arrêt de la tuberculose.

### Obs. Melle Bl. R.

Tuberculose ulcéro-caséuse extensive avec présence de cavernes dans le lobe supérieur droit. Début d'un pneumothorax le 5 mai 1931. On observe une baisse graduelle de l'état thermique parallèle au degré de compression du poumon. La toux, les expectorations sont à peu près nulles cinq mois après le début du traitement. En octobre 1931, c'est-à-dire après six mois, on ne retrouve plus de cavernes, il n'y a plus de bacilles dans les crachats. Depuis cette date, la tuberculose pulmonaire est arrêtée. L'amélioration s'est amorcée par le pneumothorax de détente mais la guérison est maintenue par le pneumothorax compressif. Cette malade a quitté l'hôpital en septembre 1932 et continue le traitement par pneumothorax.

De l'observation de ces faits, la difficulté est d'établir la limite du pneumothorax comme agent de détente et aussi de préciser la quantité d'air variable dans chaque cas pour obtenir un état compressif du poumon.

A ce sujet, l'étude des pressions intra-pleurales est plus démonstrative que les théories. La moindre insufflation d'air dans la cavité pleurale, nous rend compte que durant l'expiration, la pression est plus négative que durant l'inspiration; ces pressions sont d'ailleurs excessivement variables, plus prononcées dans les grands mouvements respiratoires; le simple effort de toux rend positive une pression qui était négative. Les actes ordinaires de la vie d'un tuberculeux, même au repos, tels que les changements de positions, le fait de se pencher, de monter un escalier, en résumé, tout déplacement léger ne nécessitant pas un effort important, sont autant de causes qui feront varier les pressions intra-pleurales, de sorte que l'on peut dire que le poumon est tantôt soumis à des pressions négatives tantôt à des pressions positives. L'effet

compresif sera plus marqué si le médiastin est fixe, si le plancher diaphragmatique est immobile.

Quoiqu'il en soit, le collapsus doit être assez important pour obtenir des résultats satisfaisants. Un décollement léger des deux feuillets pleuraux peut être suivi rapidement d'une amélioration notable, d'une guérison apparente, mais dans le cas où il n'y a pas affaissement complet d'une caverne, il y a danger tôt ou tard d'une nouvelle éruption bacillaire.

Dans presque tous les cas rapportés plus haut, il est remarquable de constater dès les premières insufflations une baisse de la température, une diminution de la moitié environ des expectorations et dans quelques cas la disparition des bacilles de Koch. Cependant, dans la majorité des cas, les bacilles disparaissent lorsque la caverne ou les régions malades ont suffisamment été comprimées.

Deux de nos malades ont été traités au cours d'hémorragies pulmonaires: dans un cas, la mort a été foudroyante malgré les pressions fortement positives, et dans l'autre les hémoptysies n'ont réellement disparu qu'après quatre mois de traitement. L'action hémostatique lorsqu'elle se produit, est sûrement due à des modifications circulatoires et non aux pressions positives, étant donné que pour avoir une action, elles devraient être supérieures à celles qui existent dans les vaisseaux, condition irréalisable.

Je laisse de côté l'explication de l'effet contro-latéral, me considérant satisfait des résultats obtenus sur le poumon traité, lorsque mes manœuvres ne sont pas responsables d'une localisation du côté opposé.

Notre technique dans cet hôpital consiste à instituer des collapsus pulmonaires en pressions négatives puis lorsque le refoulement paraît satisfaisant nous maintenons les pressions, autant que faire se peut, à une moyenne de zéro.

Par ce procédé nous évitons les dangers de pressions fortement positives tout en dépassant le rendement obtenu par le pneumothorax de détente.

## Tuberculose et Syphilis cutanées

E. GAUMOND

de l'Hôtel-Dieu.

Les deux malades que nous avons le plaisir de vous présenter offrent bien quelques points communs de ressemblance, dont le plus manifeste est sans doute l'état de déchéance physique ou les a conduites la maladie. Leur histoire est toute différente, et pour en arriver là, deux processus morbides, également mutilants, ont évolué de façon particulière à chaque cas. L'une est atteinte de tuberculose cutanée, l'autre de syphilis cutanée. Nous avons cru intéressant de présenter ces deux cas ensemble pour en faire mieux ressortir les caractères différentiels.

Mademoiselle Marie-Blanche G., est âgée de 30 ans. Elle a été admise à l'Hôpital Laval le 3 juillet 1926, à l'âge de 23 ans, pour une tuberculose du genou et des lésions de la face.

Son père est mort accidentellement: noyé, sa mère est morte subitement d'une affection cardiaque. La malade est le seul membre vivant de la famille, tous ses frères et sœurs, dix étant morts en bas âge.

Sauf une rougeole, rien de particulier à noter jusqu'à l'âge de 14 ans. La malade remarque à ce moment l'apparition d'un petit bouton, à tête noire, sur le bout du nez. Ce bouton traité par la malade elle-même s'infecte et suppure abondamment pendant un an. L'année suivante, 1918, la malade avait 15 ans, le nez puis la figure se recouvrent progressivement de croutes reposant sur un fond rouge et tuméfié. Les traitements mis en œuvre à cette époque restèrent sans

résultat. En même temps que cette généralisation à la peau apparut une tuméfaction du genou gauche diagnostiquée: tumeur blanche. Progressivement les lésions cutanées s'étendirent, des fistules sur cette tumeur du genou apparurent et la malade fut conduite par son médecin à l'Hôpital.

De son entrée en 1926 jusqu'en 1928, nous possédons peu de renseignements, du moins en ce qui concerne l'état et l'étendue des lésions cutanées. Un examen clinique et radiologique de l'appareil respiratoire pratiqué le 8 juillet 1926 est complètement négatif, et l'on note qu'il n'y a pas d'expectoration.

Un B. W. fait le 16 juillet 1926, répété le 29 avril 1927, de même que ceux faits le 16 décembre 1927 et le 9 février 1933 sont tous négatifs. Une réaction de Vernes pour la tuberculose indique une floculation de 40 le 26 avril 1927, qui a monté à 65 le 13 décembre 1927. L'examen des urines ne révèle rien d'anormal. A son entrée le poids de la malade est de 155 livres. La température est à 99° F. le pouls à 90.

Durant les six années que la malade a passées à l'Hôpital il y eut peu de changements dans ses lésions cutanées, comme on peut le constater par les photographies qui datent de 1928. Sa tumeur du genou gauche, toutefois, a bénéficié des traitements qu'on lui a fait subir et son membre est actuellement dans un état satisfaisant, malgré une fracture accidentelle le 18 octobre 1930, qui nécessita le port d'un appareil plâtré.

Actuellement nous sommes en présence d'une malade plutôt forte comme constitution, son poids était le 25 octobre dernier de 162 livres et ne semble pas avoir diminué depuis. L'aspect de la figure de cette malade, blonde, très blonde même, rappelle un peu le faciès léonin des porteurs de bacilles Hansen. L'appareil respiratoire est absolument normal et rien de particulier n'est à noter en dehors de ses lésions cutanées et de son arthrite. Ces lésions cutanées sont diffuses mais prédominent à la face, où elles ont débuté et sont encore en activité. La figure est entièrement prise sauf la partie supérieure du front et la région mentonnière médiane. La peau est épaissie, infiltrée, rouge avec tendance à former des squames — croutes épaisses n'était le traitement émollient employé. Il n'existe pas actuellement d'ulcération, propre-

ment dite mais une congestion et une infiltration qui masquent les abcès miliaires-lupiques encore en activité. Le processus en cause a toutefois été ulcérant à un moment puisque nous pouvons voir une perte de substance assez importante au nez, perte de substance qui s'est arrêtée aux os propres de cet organe. La malade réside en plus un Ectropion de ses paupières.

La face n'est pas le seul endroit touché par le germe tuberculeux, car la malade présente un grand placard couvrant l'épaule, l'aisselle et une partie du bras gauche. Sur l'épaule une petite plaque de la grandeur d'un cinq sous. Une plaque un peu plus grande à la partie interne du coude droit et à la nuque. Enfin des lésions de dimensions moindres sur le ventre, dans le dos, sur l'avant-bras droit et sur la cuisse droite. Il s'agit en somme de la généralisation d'un même processus morbide, car partout les caractères morphologiques sont identiques, sauf peut-être une tendance à la formation descroûtes plus épaisses et plus adhérentes aux endroits atteints en dehors de la face.

Le diagnostic à porter en face de telles lésions ne saurait être autre que celui de lupus tuberculeux. La longue durée de la maladie, ces lésions en nappes, diffuses et encore congestionnées n'offrant pas de cicatrices souples, une tuberculose articulaire révélée à l'examen radiologique par la disparition de l'interligne articulaire, de petits points de décalcification dans les deux extrémités osseuses formant l'articulation avec érosion des contours, tout cet ensemble permet de dire tuberculose.

La présence de lupomes dermiques que l'on peut encore constater et un examen anatomo-pathologique donnant comme résultat: tuberculose folliculaire typique, permettent de dire, lupus. Il s'agit donc bien d'un lupus tuberculeux.

Les seules maladies ou dermatoses avec lesquelles il pourrait y avoir confusion, c'est la syphilis et les mycoses. Nous verrons par l'étude de l'autre malade les caractères différentiels d'avec la syphilis, et nous éliminerons les mycoses en disant qu'elles donnent rarement des lésions en nappes aussi étendues, et surtout pas de lupomes. Un examen bactériologique des croûtes épidermiques n'a d'ailleurs révélé aucune trace de mycose.

Il serait sans doute intéressant de pouvoir préciser la pathogénie de cette tuberculose cutanée quasi généralisée, mais si nous ne pouvons expliquer tous les faits, il en est de singuliers à constater.

Cette malade admise à l'Hôpital, en 1926, était à cette époque exempte de tout signe clinique et radiologique de tuberculose pulmonaire et en 1933, sept ans après, elle l'est encore. S'agit-il ici d'un bacille tuberculeux particulier comme agent causal, le bacille bovin par exemple, rien ne nous autorise à l'affirmer quoique la chose soit possible. Des recherches récentes, en effet, ayant porté sur de nombreux cas de lupus, ont montré à Rothe et Bierotte que si dans 1-7 des cas ils ont pu trouver du bacille bovin, dans tous les autres cas il s'agissait de bacille de type humain.

Autre fait à noter: la malade peu de temps après l'apparition du petit bouton sur le nez voit apparaître sa tumeur blanche du genou. Ce petit accident tuberculeux initial a-t-il été le point de départ des lésions tuberculeuses que la malade a présentées dans la suite? La chose est possible, mais difficile à démontrer avec certitude. Cette malade touchée sans doute comme tout le monde par le bacille tuberculeux, dans son jeune âge s'est trouvée au moment de sa seconde rencontre avec le même bacille en état d'immunité partielle, état allergique ce qui lui a peut-être évité de faire une tuberculose plus grave. L'on s'imagine en effet difficilement que des lésions pulmonaires de même intensité que ces lésions cutanées auraient pu permettre une survie aussi longue à cette malade.

Cette malade depuis bientôt sept ans à l'Hôpital, n'est pas encore guérie de son lupus, mais depuis 1928 toutefois les lésions ont peu augmenté, restant stationnaires, seul bon effet attribuable au traitement.

De son entrée à l'Hôpital jusqu'à aujourd'hui la malade a reçu des soins aussi nombreux que variés. Une série d'injections sous-cutanées d'antigène méthylique tuberculeux dilué, suivie d'antigène pur fut administrée à la malade sans grands bénéfices sur le lupus. Dans la suite elle reçut deux séries d'injections de sanocrynine, suivies de trois séries d'in-

jections de solgonal B et A, et de quelques injections de crysalbine.

Le dernier traitement interne mis en œuvre fut un traitement au bismuth dont la malade reçut trois séries d'injections.

Malgré cette thérapeutique interne aucune amélioration des lésions cutanées ne fut constatée et à la fin de l'année dernière on note que ses lésions lupiques sont de même étendue et de même apparence.

En plus de ces différents traitements internes, la malade fut soumise à de nombreuses séances de radiation à l'ultraviolet, et à quelques séances de radiothérapie superficielle, sans résultat appréciable. Le traitement par les scarifications qui avait été proposé par le Docteur Mayrand n'a pu être encore mis en œuvre.

Pour déterger ces lésions crouteuses, on emploie actuellement de l'huile de chaulmaugra à 10%. Depuis peu de temps quelques séances d'électrocoagulation ont été faites, sur l'avant-bras droit, et il semble que ce soit ce dernier moyen qui doit donner les meilleurs résultats.

### **Deuxième observation.**

L'autre malade, Mme L. M. est âgée de 56 ans. Elle s'est présentée à l'Hôpital Laval, le 28 novembre 1932, pour un ulcère de la région postérieure et latérale de la jambe droite. Son médecin l'a adressée ici pour tuberculose de la peau et des muqueuses en faisant remarquer que la maladie a débuté par la muqueuse du larynx il y a près de vingt ans. Cette malade se présentait dès son arrivée comme intéressante par le mode de début de son affection, qui n'est pas très fréquent, mais son histoire le fut davantage.

Dans ses antécédents personnels, on note une rougeole, coqueluche et oreillons dans le bas âge. Mariée à 19 ans, elle est mère de quinze enfants dont cinq seulement sont vivants: quatre garçons et une fille qui jouissent d'une bonne santé. Une de ses filles est morte à 26 ans de tuberculose pulmonaire, un garçon est mort à neuf mois d'infection pulmonaire aiguë. Cinq autres enfants sont morts en bas âge

de cause inconnue. Les trois derniers accouchements de la malade aboutirent à trois mort-nés, accouchements suivis de trois fausses couches. Sur ses quinze enfants, la malade n'en a que cinq de vivants, ce qui fait le tiers. Il n'y a aucun doute qu'il faut rapporter les trois derniers accouchements de mort-nés et les trois fausses couches à la maladie dont la malade a subi les premières atteintes à cette époque.

Le mari, sur lequel on ne possède pas de renseignements, est mort d'appendicite aiguë.

Il y a 29 ans, la malade fait un érysipèle d'allure très grave qui dure environ 15 jours. Guérie de cette affection, elle se porte très bien pendant les neuf années qui suivent.

Il y a vingt ans, la malade souffre de troubles laryngés et pharyngés consistant en dysphonie et dysphagie, de paresse de la langue et même de surditie transitoire. Son médecin — qui le fut pendant ses 20 années de maladie — constate alors des ulcérations au pharynx et dans la bouche, ulcérations qui rappelaient en plus petit, d'après lui, celles que la malade fit plus tard dans la figure et sur le corps. Ces ulcérations laryngées et pharyngées, pratiquement indolores, durèrent un an, durée un peu courte pour un processus supposé tuberculeux.

La malade nous dit encore que ces ulcérations précédées de tuméfaction, se manifestent successivement au nez, à la figure, au bras gauche, à l'avant-bras et à la main gauche. La même chose se répète à la partie supérieure du dos. La malade fait remarquer que l'apparition d'une nouvelle ulcération était précédée de la disparition de la précédente.

A la suite d'un traumatisme sur le genou droit, apparaît une tuméfaction articulaire qui s'abcède, se fistulise puis guérit en laissant une impotence du genou. Cette dernière manifestation dura trois ans.

Il y a trois ans, dix-sept ans par conséquent après le début de ses accidents, une réaction inflammatoire apparaît à son articulation tibio-tarsienne droite qui se fistulise et guérit. Peu après, la malade fait ce qu'elle appelle un abcès dans la région moyenne de la jambe; cet abcès torpide finit par s'ou-

vrir et former une ulcération de dimension d'environ deux paumes de main. Il semble que ce soit ce dernier accident qui décida le médecin à faire traiter sa malade, par crainte de cette ulcération qui creusait toujours et qui aurait pu amener la rupture d'un gros vaisseau.

A son entrée l'état général de la malade est relativement bon; elle ne se plaint que d'un peu de fatigue. L'examen de l'appareil respiratoire est normal et l'examen des urines ne révèle rien de particulier. La malade ne garde le lit que depuis une semaine à la suite de troubles digestifs qui l'ont un peu fatiguée. Température de 97° F. pouls à 80.

Les nombreuses plaies sont cicatrisées, sauf celle qui siège à la partie interne de la jambe droite. Cette dernière qui est de grande dimension a des contours réguliers, taillés à l'emporte-pièce et les bords en sont rouges et minces. La cavité est profonde, le fond est inégal et tapissé d'une matière d'un blanc jaunâtre, sorte de bouillon qui s'éliminera plus tard avec la sécrétion. Cette ulcération est limitée sur les bords par un tissu cicatriciel formé à la suite de l'accident que la malade a présenté près de son articulation tibio-tarsienne.

Sous l'effet de la médication, le fond de l'ulcération s'est relevé, a atteint le niveau des bords, l'épidermisation s'est produite et finalement la perte de substance s'est trouvée comblée.

Toutes les ulcérations actuellement cicatrisées ont sans doute évolué de la même façon, car elles se ressemblent toutes. Elles sont peu nombreuses si l'on considère le temps depuis lequel évolue la maladie.

La figure est loin d'être indemne, et les ailes du nez ont été en parties rongées. Le bras et l'avant-bras gauches ont été plus atteints que toute autre partie, et actuellement toute la peau de la région du coude n'est plus qu'un tissu cicatriciel, cicatrice qui a amené une limitation des mouvements de flexion et d'extension sans qu'aucune lésion osseuse ne soit en cause, comme le prouvent les radiographies prises. Sur ce même membre, le virus syphilitique a produit une atrophie de l'articulation.

La cicatrice la plus caractéristique siège au dos. Il s'agit d'une vaste nappe cicatricielle, occupant toute la région de la nuque et une grande partie du dos. Les contours arciformes sont bien dessinés. A la périphérie pigmentation brunâtre avec centre un peu plus clair. Cette cicatrice qui est lisse et souple, ne renferme aucun élément en activité, caractéristique qui est particulière à la syphilis.

Les réactions sérologiques faites le premier décembre 1932, ont donné un B. W. et un Kahn fortement positifs.

Il n'est pas sans intérêt de remarquer de quelle façon s'est comporté le système nerveux de cette malade qui réagit si souvent et de façon intense à l'action du virus syphilitique.

Cliniquement tout paraît normal puisque tous ses réflexes tendineux sont normaux, qu'il n'a pas d'Argyll-Robertson et pas d'ataxie motrice. Les réactions du liquide céphalo-rachidien faites le 24 février dernier ont été négatives à l'or colloïdal, au benjoin colloïdal. Le B. W. est négatif de même que la réaction de la globuline de Pandy. L'albuminorachie est de 0.18 avec une cytologie de deux éléments par millimètre cube, composée de lymphocytes et de polynucléaires.

Les radiographies prises au niveau des deux genoux et du coude gauche ne décèlent rien d'anormal. L'examen radiologique et clinique des poumons est normal, et le système vasculaire ne présente rien de particulier. Nous sommes donc en présence d'une maladie qui semble bien n'avoir évolué qu'au niveau de la peau. S'agit-il d'une tuberculose cutanée comme l'a cru pendant près de 20 ans son médecin? Nous ne croyons pas qu'il soit raisonnable d'y penser.

Cette malade a des antécédents très chargés: 5 enfants de vivants seulement sur 15, les trois derniers étant venus au monde, morts, ces derniers suivis de trois fausses couches. Début apparent des accidents par le larynx, ce qui ne se produit presque jamais dans la tuberculose, longue durée de l'évolution de la maladie caractérisée par ce fait qu'il y eut succession des ulcérations et non pas similitude dans le temps comme lorsqu'il s'agit de tuberculose, et guérison d'un élément avant que n'en apparaisse un autre. Jointes à ceci les

caractéristiques absolument nettes des cicatrices, un B. W. et un Kahn faits le premier décembre 1932 et le 9 février 1933, qui les deux fois sont fortement positifs, et l'influence quasi miraculeuse du traitement antisyphilitique, il n'en faut pas davantage pour porter un diagnostic sûr de syphilis tertiaire, ignorée pendant de longues années.

Cette malade fut d'abord soumise à la médication arsénicale, mais vu son intolérance il lui fut donné douze injections de benzoate de mercure, et depuis la fin de janvier des injections de cardyl. Ces quelques injections ont fait se cicatrifier rapidement l'immense ulcération qui existait à l'arrivée de la malade.

Enfin il est intéressant de souligner que cette femme, quoique malade depuis 20 ans, ne l'a été que dans son revêtement cutané. Ceci établit un certain rapprochement avec l'autre malade. Il se peut que les lésions cutanées aient vacciné en quelque sorte les autres systèmes contre la même infection, comme cela se voit presque toujours chez les indigènes d'Afrique, qui font des accidents syphilitiques cutanés très sérieux, mais rarement des accidents nerveux.

Un dernier fait est à noter, c'est l'importance d'un bon diagnostic dermatologique lorsqu'on sait que toutes les lésions syphilitiques sont contagieuses, il est raisonnable de se demander si la malade n'a pas transmis à d'autres, l'infection dont elle est atteinte.

Nous avons cru utile de vous présenter ces deux malades, toutes deux grandes mutilées, mais par deux processus très différents.

## Physiothérapie du lupus tuberculeux

JULES GOSSELIN

de l'Hôpital Laval.

Les résultats encourageants obtenus par l'électro-radiothérapie dans le traitement de cette affection placent cette méthode au premier rang dans la thérapeutique de cette tuberculose cutanée, qui est due à une forme atténuée du bacille de Koch.

Tous les auteurs proclament 85% de guérison des cas traités et les insuccès seraient dûs aux vieux cas à extension considérable en profondeur et en surface. L'action bactéricide du lupus ne paraît jouer qu'un rôle secondaire dans la guérison du lupus. Un diagnostic précoce est essentiel et détermine un traitement et une guérison plus rapides; le siège habituel à la face doit demander un traitement méthodique et bien suivi au point de vue esthétique.

Les examens réguliers microscopiques des fragments de la lésion nous renseignent sur les changements effectués par les traitements et nous donnent la preuve histologique d'une guérison.

A tout l'arsenal physiothérapique, il faut associer une hygiène générale conforme à tout tuberculeux.

Cette présentation clinique d'un lupus tuberculeux par mon confrère dermatologiste a été le point de départ de nos recherches bibliographiques nombreuses et fructueuses sur la physiothérapie de cette affection. Il s'agit de connaître par quels moyens attaquer une atteinte aussi considérable en surface; le problème est un peu difficile à résoudre car cette malade a vu augmenter son affection graduellement depuis

des années; les seuls traitements physiothérapeutiques employés jusqu'ici ont été constitués par plusieurs séances d'ultra-violet général et il n'y a aucun moyen de vérifier la qualité et la quantité d'ultra-violet reçu vu que cette malade a été abandonnée au traitement général depuis des années.

Depuis un mois, sur la demande de son chef de service, nous avons entrepris le traitement physiothérapeutique de cette malade et quelques séances de diathermo-coagulation ont été faites avec succès; nous avons ajouté à ces traitements locaux, des bains généraux de lumière. Par l'énuméré que je vous donnerai dans quelques instants, vous pourrez déterminer que la malade sera soumise à des séances de radiothérapie et de finsenthérapie en supplément aux nombreuses séances nécessaires de diathermo-coagulation.

Les différents traitements physiques ont chacun leur emploi justifiable selon l'aspect clinique et tous les auteurs consultés en viennent aux mêmes conclusions; le pourcentage élevé de guérison, conforme pour tous, nous incite à suivre les mêmes méthodes qui sont maintenant universellement connues.

L'orientation nouvelle de cette thérapeutique depuis quelques années est due à une conception plus précise de sa pathogénie, à un emploi plus facile des moyens physiques thérapeutiques, à la meilleure connaissance des différentes radiations et au perfectionnement de l'outillage.

Avant de faire le choix d'une thérapeutique physique, il faut considérer le siège, la forme clinique et l'étendue des lésions. Le lupus ayant son siège préféré à la face, nous devons essayer d'obtenir au point de vue esthétique une conservation des tissus sains et des cicatrices souples.

Il faut tout de suite mettre de côté l'excision chirurgicale même si le lupus est petit car quoiqu'elle soit radicale, elle nous fournit souvent des récidives très difficiles à traiter; le scalpel peut nous aider beaucoup en procurant des scarifications qui sont utiles, si adjointes à un traitement physiothérapeutique.

N'oublions pas l'intérêt primordial du traitement général qui doit fournir chez le malade une résistance à l'infection;

ce traitement général n'a donné aucune amélioration dans ce vieux cas et voici l'expression assurée de la nécessité d'un traitement physiothérapique local associé.

Les actions chimiques de certains caustiques peuvent nous être utiles comme adjuvants.

Énumérons brièvement les agents physiothérapiques usuellement employés dans ces cas.

### 1°—**La cryothérapie:-**

La cryothérapie fournie par l'application de neige carbonique est une énergique méthode d'attaque dans certains lupus fongueux, et remplace, par une seule séance, plusieurs séances de scarifications.

### 2°—**L'air chaud:-**

L'air chaud projeté avec violence sous forme de douche est un procédé douloureux qui donne des cicatrices inesthétiques et chéloïdiennes.

### 3°—**L'électrothérapie:-**

L'électrolyse négative et les effluves de haute fréquence peuvent donner certains résultats de destruction des nodules lupiques et de désinfection locale mais la diathermo-coagulation est le meilleur agent électrothérapique dans ces cas; employée surtout dans les lupus végétants, les lupus de petite étendue et les échecs des autres méthodes, elle fournit une destruction rapide d'une grande sécurité; elle est, en surplus la méthode qui cause le moins de récidives, car, par une élévation de température profonde dans les tissus, elle coagule la surface attaquée et tue le bacille de koch par la chaleur.

Cette diathermo-coagulation se fait sous anesthésie locale ou générale; l'anesthésie locale à la cocaïne doit être faite dans les tissus sains environnants car elle est inefficace dans les tissus malades; l'anesthésie générale sera faite au chloroforme ou au chlorure d'éthyle et non à l'éther afin d'éviter les explosions possibles par l'étincelage diathermique.

#### 4°—**La radiothérapie:-**

La radiothérapie a été préconisée dès l'avènement de la découverte des Rayons X; certains auteurs ont eu des succès, d'autres, des échecs complets; ils rapportent des doses différentes, mais ils se groupent sous deux classes: les uns préconisent les fortes doses, les autres les petites doses.

Les fortes doses doivent être abandonnées car il y a des dangers de radio-nécrose et de radio-dermite dans le futur des lésions guéries; en plus, les cicatrices obtenues sont scléreuses, pigmentées et télangiectasiques.

Comme les cicatrices lupiques sont susceptibles de développer des épithélimas, les auteurs diffèrent d'opinion sur l'effet provocateur ou préventif de cancérisation de la radiothérapie appliquée à cette affection.

La radiothérapie est cependant à conseiller dans les lupus végétants ou ulcérés en étendue comme complément de la diathermo-coagulation, mais toujours en combinaison avec la photothérapie; elle n'a pas d'action directe sur le bacille de Koch mais elle modifie la constitution des tissus et diminue la durée du traitement par la finsenthérapie.

Les doses faibles et espacées constitueraient la meilleure ligne de conduite afin de prévenir les chéloïdes, les radiodermites et les épithéliomas, car ces derniers présentent toujours des caractères de forte malignité et des métastases.

#### 5°—**La radiumthérapie:-**

Les résultats obtenus par les centres radiumthérapiques sont absolument avantageux mais nullement comparables aux résultats de la finsenthérapie. Les rayons bêta du radium ont une propriété fortement bactéricide et les cicatrices obtenues par ce mode de traitement sont blanches et lisses.

#### 6°—**L'actinothérapie localisée:-**

Elle est aussi appelée finsenthérapie du nom de l'auteur qui a su nous en donner la technique précise; elle peut être appliquée au moyen de l'arc de Finsen, de la lampe de Kromayer, ou de l'arc polymétallique de Saidman. Tous ces arcs

produisent de la lumière et de l'ultra-violet appliqués sur la lésion au moyen d'un compresseur en quartz à refroidissement hydrique continu.

Les cicatrices obtenues sont lisses, roses, non rétractiles et exemptes de télangiectasies; à peine visibles pour les petits lupus, elles sont un gros appoint à l'esthétique.

Les applications doivent être nombreuses, progressives vu la diminution de sensibilité, répétées et peuvent être faites durant des mois et des années; les ultra-violets ont une action locale caustique et destructive; les réactions cutanées produites, détruisent les nodules lupiques superficiels, font disparaître l'infiltration et laissent finalement une cicatrice rosée.

#### 7°—L'actinothérapie générale:-

Elle est nécessaire et doit être associée obligatoirement; ce traitement général peut nous être fourni par la lampe à vapeur de mercure ou tout arc producteur d'ultra-violet.

L'actinothérapie générale diminue de moitié le temps nécessaire à la guérison par la finsenthérapie.

#### 8°—L'héliothérapie:-

Elle est aussi très utile quoique certains pays comme la Belgique ne recommandent pas cette utilisation vu des échecs complets.

Chacune de ces méthodes présente individuellement des succès individuels complets, mais leur association nous fournit les meilleures statistiques.

Différents facteurs d'ordre particulier, tels que le siège de la lésion, la durée nécessaire du traitement, la profession du malade et l'outillage peuvent différencier l'ordre du traitement mais toujours vers le même but, la guérison.

La malade qui vient de vous être présentée, a déjà subi avec succès depuis un mois quelques séances de diathermo-coagulation sur des petites plaques aux membres; elle sera soumise à la finsenthérapie, aux bains généraux et à la radiothérapie, si nécessaire. Nous la soumettrons à votre examen dans quelques mois.

Pour terminer ce travail, laissez-moi vous présenter un autre malade atteint de lupus nasal et complètement guéri depuis 6 mois après quelques séances de scarifications, de diathermo-coagulation et d'ultra-violet général.

Nous avons aussi dans notre département d'électroradiologie de l'Hôpital du Saint-Sacrement plusieurs autres cas de guérison du lupus; en ce moment, nous traitons un lupus complètement localisé au membre inférieur droit; tous les traitements d'ultra-violet ont été inefficaces au contraire des radiations infra-rouges qui ont complètement guéri la lésion à l'exception de quelques bourgeons qui seront soumis à la diathermo-coagulation.

### - BIBLIOGRAPHIE -

#### Précis:-

- Aimard et Dausset, (Expansion Scientifique, Paris, 1928)  
Delherm et Laquerrière, (Maloine, Paris, 1927).  
Dufestal, (Legrand, Paris, 1928).  
Gougerot, (Maloine, Paris, 1927).  
Guilleminot, (Masson, Paris, 1922).  
Mac-Kee, (Lea & Febiger, Philadelphia, 1927).  
Piot, (Doin, Paris, 1927).  
Saidman, (Doin, Paris, 1928).  
Vignal, (Doin, Paris, 1927).

#### Mémoires originaux:-

- Christensen, (Acta Radiologica, IV, 1925).  
Ducourtioux, (La Presse Médicale, octobre, 1932).  
François, Dekeyser et Halkin, (Journal de Radiologie, janvier, 1927).  
Haxthausen, (Acta Radiologica, III, 1924).  
Heiberg et Strandberg, (Acta Radiologica, I, 1921).  
Novak, (Acta Radiologica, V, 1926).  
Reyn, (Journal de Radiologie, août, 1924).  
Reyn, (Journal Belge de Radiologie, 2, 1930).

Reyn et Collin, (*Acta Radiologica*, IV, 1925).

Schiller, (*Radiology*, June, 1930).

**Thèse:-**

Durin, (*Legrand*, Paris, 1929).

**Extraits:-**

Brandt, (*American Journal of Roentgenology*, September, 1930).

Haxthausen, (*American Journal of Roentgenology*, August, 1927).

Herberg et Carlwith, (*Journal de Radiologie*, novembre, 1922).

Rost, (*Journal de Radiologie*, février, 1923).

Saidman, Biancani, Charbonnier, et Marceron, (*Bulletin de la Société de Radiologie*, novembre, 1925).

Stranberg, (*Journal de Radiologie*, septembre, 1931).

Thedering, (*American Journal of Roentgenology*, March, 1928).

— x x x —

## LIVRES REÇUS

---

**Eléments de Pharmacodynamie Spéciale**, Étude sur l'action des divers médicaments, par Edgar Zunz, professeur à l'Université de Bruxelles..

Chez **Masson et Cie**, Éditeurs, Libraires de l'Académie de Médecine, 120, Blvd Saint-Germain, Paris.

Deux volumes grand in-8° formant ensemble 1272 pages avec 167 figures et 181 tableaux et ne pouvant être vendus séparément .....**190** fr.

LES progrès incessants de nos connaissances en thérapeutique ainsi que l'essor considérable pris au cours de ces dernières années par la chimie synthétique ont incité l'auteur à publier à côté de son précédent ouvrage **Eléments de Pharmacodynamie spéciale** un livre destiné à faciliter l'étude des pharmacologiques des produits employés en clinique.

Comme le précédent ouvrage c'est une œuvre fondamentale qui sera aussi bien accueillie par les médecins et les étudiants que par les chimistes, les physiologistes, ainsi que par tous les laboratoires de produits pharmaceutiques et par les pharmaciens.

La pharmacodynamie spéciale a pour but l'étude des effets exercés sur l'organisme sain ou malade par les divers médicaments, c'est-à-dire par les substances ou produits employés dans le but de guérir, d'aider à la guérison ou de concourir à la réparation de l'organisme malade.

D'innombrables drogues, d'origine minérale, animale et végétale, ont été conseillées dans ce but. On a retiré de nombreux principes actifs des préparations végétales, parfois déjà employées dès les temps très reculés dans un but

thérapeutique. Depuis qu'on a mis en évidence des relations entre la constitution chimique et l'action pharmacologique, l'industrie s'est efforcée d'obvier aux inconvénients de beaucoup de substances chimiques employées dans le traitement des maladies, tout en maintenant ou même en renforçant leurs propriétés pharmacologiques.

Il importe que le médecin connaisse non seulement les effets pharmacologiques susceptibles d'être utiles en thérapeutique, mais aussi toutes les répercussions qui résultent de l'introduction dans l'organisme d'une substance ou d'un produit étrangers. Certains phénomènes ainsi obtenus peuvent, en effet, être nocifs pour l'organisme et s'opposent, par conséquent, à l'emploi des drogues qui les provoquent, à moins qu'ils n'apparaissent que pour une concentration ou une dose notablement supérieure à la quantité nécessaire pour réaliser l'effet thérapeutique désiré.

Bien qu'il soit impossible d'établir une classification parfaitement rationnelle des agents pharmacologiques, le Professeur Zung adopte dans cet ouvrage la division par chapitres en se basant à la fois sur les propriétés pharmacologiques et sur le but thérapeutique. Il y envisage des agents pharmacologiques, tels divers hyperthermisants, sans rôle thérapeutique, mais dont il importe de connaître les effets dans l'organisme. Il expose les théories émises à propos du mode d'action des narcotiques, des antiseptiques, des agents chimiothérapiques. Il fait un exposé des principales indications thérapeutiques et fournit des renseignements à propos du mode d'administration et des doses à conseiller.

Bien que l'étude des méthodes d'immunisation active ou passive ainsi que des agents vivants intervenant comme antagonistes de divers germes pathogènes ne fasse pas partie à proprement parler de la pharmacodynamie spéciale; pour des raisons d'utilité pratique l'auteur leur consacre un chapitre.