

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de médecine et de chirurgie, fondée en 1872

---

---

Vol LIV

JUILLET 1925

No 7

---

---

## SAIGNÉE ET HYPERTENSION

Par CAMILLE LIAN

Professeur agrégé à la Faculté de Paris

Médecin de l'Hôpital Tenon

Faut-il faire des saignées chez les hypertendus ? En réponse à cette question souvent posée, je reproduirai l'opinion que j'ai récemment formulée<sup>1</sup> sur ce point avec mon ami le Dr Finot, et signalerai ensuite un travail de mon collègue Clovis Vincent mettant en relief les dangers des saignées abondantes chez les hypertendus athéromateux.

**I. Indications de la saignée chez les hypertendus.**—“Il est tout à fait illusoire d'espérer faire baisser la pression artérielle par une petite saignée de 200 gr. répétée tous les mois. En somme, les émissions sanguines combattent non pas l'hypertension elle-même, mais ses accidents; en particulier, elles font merveille contre les crises d'étouffement. Que de malades continuent à avoir des crises pénibles parce qu'on n'a pas eu recours chez eux à des émissions sanguines assez fréquentes ou assez abondantes ! En général, une saignée de 200 à 300 gr. suffit pour calmer immédiatement une crise de pseudo-asthme. Enfin, une saignée copieuse de 5 à 600 gr. constitue le remède héroïque des crises terribles de l'œdème pulmonaire aigu. De même on essayera des petites saignées dans la céphalée rebelle de certains hypertendus. Peu importe qu'on saigne par ventouses scarifiées, par incision d'une veine du pli du coude à la lancette ou au bistouri, ou par ponction d'une veine avec une aiguille de gros calibre. L'essentiel est de soustraire une quantité de sang suffisante. Cependant, certaines congestions locales, pulmonaires, hépatiques commandent l'application de ventouses scarifiées *loco dolenti*. De même, on recourt aux sangsues sur les mastoïdes dans certains accidents cérébraux, sur les tempes dans les hémorragies oculaires, etc.

---

1. L'hypertension artérielle, 1924, Flammarion, édit.

“En réservant les saignées pour des indications bien précises, qui procureront à coup sûr chaque fois un soulagement au malade, celui-ci et son entourage seront vite délivrés de leurs chimériques appréhensions; l'une, toute nerveuse, à la vue du sang, l'autre qui consiste à croire que toute saignée, même minime, détermine un affaiblissement sérieux.”

**II. Dangers des saignées abondantes chez les hypertendus athéromateux.**—MM. Clovis Vincent et J. Darquier<sup>2</sup> rapportent deux faits très instructifs observés par eux à l'hospice d'Ivry.

Un homme de 65 ans se plaint d'essoufflement. Pression artérielle Mx 25, Mn 12. Saignée de 800 gr. à 11 heures. Immédiatement après, Mx 21, Mn 12. L'après-midi, coma et hémiplegie gauche.

Femme de 62 ans. Dyspnée d'effort et pesanteur pénible à la nuque. Mx 28, Mn 12. Saignée de 800 gr. à 11 heures. Immédiatement après, Mx 21, Mn 12. L'après-midi, perte de connaissance totale mais passagère, suivie d'hémiparésie droite avec aphasie. Mort 5 jours après. Autopsie: athérome généralisé, particulièrement important au cerveau où la sylvienne et ses branches sont réduites à l'état de cordons durs, criant sous le scalpel, à lumière punctiforme. Foyer de ramollissement cérébral.

Il y a lieu de penser avec Cl. Vincent que chez ces malades, en raison de l'étroitesse du chenal artériel, l'hypertension sanguine était en quelque sorte nécessaire pour assurer un débit sanguin suffisant à l'entretien de la vie des parenchymes. Aussi une chute brutale de la pression sanguine a pu avoir comme conséquence une réduction trop grande de l'irrigation sanguine dans un territoire cérébral.

*Ainsi donc les saignées abondantes sont dangereuses chez les hypertendus athéromateux.* Je souscris d'autant plus volontiers à cette conclusion de Cl. Vincent que, comme cela découle de mon opinion exprimée ci-dessus, les saignées abondantes chez les hypertendus n'ont guère que l'œdème pulmonaire aigu comme indication formelle.

Je vois encore un autre enseignement dans les faits de Cl. Vincent. Lorsqu'une hémiplegie survient chez un grand hypertendu, même sans perte de connaissance, le médecin qui redoute l'hémorragie

2. *Les Sciences méd.*, 15 déc. 1923.

cérébrale s'empresse, en général, de faire d'urgence une copieuse saignée. Dans deux cas récents, où j'ai vu ultérieurement le malade,

l'installation progressive de l'hémiplégie m'a conduit à conclure que probablement une thrombose cérébrale avait été en cause. Rien n'a permis de penser dans les deux cas en question que la saignée avait pu être nocive. Mais les observations de Vincent montre que celle-ci risque d'aggraver l'ischémie et de favoriser l'accentuation ou l'extension d'un foyer de ramollissement en train de se constituer.

Par conséquent, *chez un hypertendu athéromateux venant d'avoir un ictus avec hémiplégie, le médecin appelé d'urgence fera sagement de ne pas pratiquer de saignée, pour peu que l'ensemble symptomatique incite à penser que l'hémorragie est la conséquence d'une thrombose cérébrale.*

Extrait de l'*Année Médicale Pratique*, volume annuel publié sous la direction du Dr Lian, Agrégé, Méd. des Hôp. 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, exposant les acquisitions nouvelles et pratiques (Méd., Chir. Obst., Spécial, et questions prof.). 25% de réduction aux souscripteurs.

Envoyer avant le 1er avril, 16 f. 50 (pour l'étranger 19 frs) à M. Lépine, éditeur, 3 rue Vezleay, Paris VIIIe.

Comptes Chèques postaux 712-04.

## LA PROPHYLAXIE ANTITUBERCULEUSE PAR L'ENSEIGNEMENT DE L'HYGIENE DANS LA FAMILLE

*Par J. E. DUBE,  
Docteur en Médecine de l'Université de Paris,  
Professeur à l'Université de Montréal.*

Lorsque Villemin en 1865 réalisa l'inoculabilité expérimentale de la tuberculose aux animaux il prouva au monde médical qu'elle était communicable et non héréditaire. Il fallut cependant que Pasteur découvrit le monde des infiniment petits pour que Koch trouvât sur le champ de son microscope le bacille annoncé par Villemin.

La notion d'hérédité en matière de tuberculose était si bien ancrée dans l'opinion que l'on y croit encore dans certains milieux malgré les enseignements contraires de l'observation clinique et de la science expérimentale.

Il faut bien avouer que les preuves en faveur de l'hérédité, telle que la tuberculose familiale, allant de génération en génération, étaient en apparence très convaincantes. Il fallait génie de Villemin pour oser le nier et son obstination, aidée d'une science éclairée, pour le prouver avant même la découverte du bacille.

Lorsque nous examinons maintenant les savantes dissertations de ceux qui croyaient à l'hérédité tuberculeuse nous les expliquons par la contagion des ascendants ou descendants dans une même famille.

Voilà donc un fait bien établi: la tuberculose n'est pas une maladie héréditaire, elle est communicable d'un être humain à un autre puisque d'après Léon Bernard: "la transmission héréditaire du bacille de Koch n'a pu être dûment constatée que dans un nombre de cas tellement minime que, en pratique, le fait peut être négligé et ne joue aucun rôle, on peut le dire, dans la diffusion de la maladie." Tous les phthisiologues s'accordent aujourd'hui sur ce point.

Où se fait cette contagion par le bacille de Koch et à quel moment de l'existence humaine est-elle la plus fréquente ?

Villemin, en découvrant l'inoculabilité de la tuberculose, et Koch, en faisant connaître le germe infectieux, orientèrent forcément la lutte antituberculeuse dans une direction nouvelle. "C'est Behring, ajoute M. Léon Bernard, qui le premier a introduit dans

la science la notion que la tuberculose pénètre l'économie dans le jeune âge; cette notion est aujourd'hui solidement établie. Cette pénétration du bacille de Koch peut se faire dès les premiers mois de la vie, voire même dès les premiers jours; elle peut survenir quelques années plus tard. Et alors l'une des trois éventualités suivantes se produit consécutivement à l'infection: ou d'emblée la tuberculose conduit le petit malade à la mort; on admet aujourd'hui que sur trois décès de nourrissons, un est causé par la tuberculose; ou la tuberculose provoque des affections diverses, des localisations variables qui évoluent un certain temps et s'arrêtent, paraissant guérir; ou enfin la tuberculose n'engendre que des altérations tout à fait cachées, ne se traduisant par aucune manifestation extérieure, et n'en renferme pas moins, dans ces lésions latentes, des bacilles en apparence inoffensifs mais qui sont susceptibles de réveils menaçants dans l'avenir." (La prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant, conférence publique donnée à Lausanne.)

En s'appliquant au diagnostic précoce de cette maladie par une étude plus approfondie des premiers signes cliniques qui la révèlent, en perfectionnant les méthodes d'examen des crachats, le dépistage précoce des malades bacillifères est devenu plus facile.

"Gaucher, s'inspirant des travaux de Pasteur sur la guérison des maladies des vers à soie par le *ségrégation* des graines, conçut pour la première fois la *séparation* de l'enfant du foyer familial où il se contamine comme mode nécessaire et suffisant de préservation de la tuberculose et il réalisa sa conception en créant l'œuvre qui porte justement son nom." (Léon Bernard, conférence à Lausanne.)

Ce fut donc Grancher qui attira le premier l'attention sur la contamination de l'enfant dans la famille. Les données les plus récentes ont confirmé l'opinion de Grancher en prouvant même que la tuberculisation de l'enfant était encore plus précoce qu'il ne l'avait cru. Les phtisiologues d'aujourd'hui enseignent avec Léon Bernard que le nourrisson peut s'infecter dès les premiers jours s'il est laissé au contact de sa mère bacillifère.

Si la tuberculose n'est pas héréditaire, si l'enfant né d'une mère tuberculeuse est aussitôt exposé à l'infection, c'est donc dans la famille qu'il faut organiser une campagne de *prophylaxie* pré et post natale.

L'œuvre Grancher a démontré que l'enfant d'une mère tuberculeuse valait celui d'une mère non bacillifère et qu'il se développait normalement, s'il en était séparé.

M. Léon Bernard a constaté, grâce à l'observation des enfants séparés de leurs mères tuberculeuses à des périodes plus ou moins éloignées de leur naissance que la tuberculisation est d'autant plus précoce que les contacts sont plus intimes, plus fréquents et que les doses de bacilles sont plus massives.

### **Comment faut-il organiser la prophylaxie antituberculeuse dans la famille ?**

Il faut: 1° dépister tous les cas de tuberculose pulmonaire; 2° les isoler afin d'éviter la contagion familiale; 3° apporter une attention toute particulière aux mères tuberculeuses pendant leur grossesse et obtenir qu'elles se séparent de leurs enfants dès leur naissance; 4° fonder l'œuvre Grancher ou placement familial des nourrissons dans nos campagnes; 5° obtenir dans les orphelinats, famille des petits, privés de leur mère, l'isolement des malades; 6° augmenter l'efficacité de l'inspection médicale de la grande famille scolaire; 7° demander plus d'hygiène dans les collèges et les couvents, recommander l'examen médical des professeurs et de leurs élèves au début de chaque année.

### **Par quels moyens pouvons-nous faire l'éducation de la famille ?**

#### *1.—Par le Service d'Hygiène Municipal.*

L'organisation municipale de notre ville est parfaite en principe puisqu'elle comprend un médecin directeur de la Santé entouré d'assistants et d'infirmières. Mais si la compétence de ce personnel est reconnue, le nombre des médecins inspecteurs et des infirmières visiteuses est insuffisant. Montréal, avec sa population d'un million près, devrait posséder, à l'instar des grandes villes américaines, une organisation parfaite pour la prophylaxie et le traitement des maladies contagieuses.

#### *2.—Par les Dispensaires anti-tuberculeux.*

Je me hâte de parler des institutions Bruchési et Royal Edward dont les dispensaires antituberculeux font depuis plusieurs années un bien immense. Le service des consultations, aidé du service local, accomplit une œuvre d'éducation familiale qui porte déjà ses fruits.

#### *3.—Par les "Gouttes de Lait".*

L'alimentation du nourrisson est des plus importantes dans la prophylaxie antituberculeuse. L'alimentation au sein maternel est

le plus naturel et le plus propre au développement normal du nouveau-né. S'il est impossible, il faut s'efforcer de le remplacer par une nourrice avant d'adopter l'élevage au lait de vache. Dans ce dernier cas les chances de survie diminuent considérablement. Les Gouttes de Lait paroissiales et municipales ont réduit notre mortalité infantile d'année en année. Le nourrisson y est pesé à chaque visite, il y reçoit du lait propre, pasteurisé, et la mère apprend à donner à son enfant les soins qu'il requiert.

#### 4.—*Par les infirmières visiteuses.*

L'infirmière, allant au sein même de la famille, donne des bons conseils sur l'hygiène en général et dirige aux dispensaires les malades qu'elle y trouve. Elle fait appel aux sociétés de bienfaisance en faveur des pauvres tuberculeux; elle procure un peu de bonheur aux incurables en leur trouvant un lit dans nos hospices. L'infirmière visiteuse est une aide modeste mais des plus efficaces dans l'éducation de la famille.

Je suis heureux de rappeler ici l'Ecole d'Hygiène Sociale Appliquée fondée récemment par l'Université de Montréal avec le concours de notre Gouvernement Provincial, de la Ligue Antituberculeuse et d'Hygiène Publique, dirigée par M. le Docteur Grant Fleming de la Compagnie d'Assurances "La Métropolitaine" et enfin avec le concours indispensable de notre Conseil de Ville par l'entremise de son médecin directeur, le Docteur S. Boucher. Cette institution, dirigée par le Docteur J. A. Beaudoin, hygiéniste de carrière, est devenue un centre d'éducation dont bénéficieront les familles du quartier urbain placé sous sa surveillance.

S'il convient d'instruire les parents sur les dangers de la contagion tuberculeuse qui menace leurs enfants chez eux, à l'école ou au pensionnat, il faut garantir aux familles des habitations saines.

Le *Casier sanitaire*, en fournissant les indications précises sur les conditions hygiéniques de toutes les habitations, constitue un mode d'éducation idéale.

## PRÉSENTATION DU SIÈGE

Par le Docteur E. A. RENE DE COTRET  
Professeur de Clinique obstétricale

Le fœtus se présente par le siège de deux manières: 1° par le siège complet, lorsque les membres inférieurs sont pelotonnés autour de l'extrémité pelvienne; 2° par le siège décomplété suivant trois modes: mode des fesses, mode des genoux, mode des pieds (ces deux derniers modes sont excessivement rares). Dans le siège décomplété les membres inférieurs ne sont plus repliés au devant du siège.

Le *point de repère* de la présentation du siège est la *crête sacrée* d'où lui vient son nom de présentation *sacro-iliaque*.

La présentation du siège se rencontre assez fréquemment: 1 siège sur 30 accouchements à terme ou avant terme, et 1 sur 60 accouchements à terme. Le siège complet se rencontre plus fréquemment avant l'engagement; mais le siège se décomplète très souvent pendant le mécanisme de l'accouchement.

Les positions gauches antérieures sont relativement plus fréquentes que les droites.

Les causes de la présentation du siège sont: (a) d'ordre maternel; (b) d'ordre fœtal; (c) d'ordre annexiel.

(a) Les causes d'ordre maternel sont les malformations de l'utérus, les tumeurs utérines ou para-utérines, les rétrécissements du bassin, la multiparité, le développement anormal de l'utérus (utérus plus long que large), la mobilité anormale de l'utérus chez les grandes multipares.

(b) Les causes d'ordre fœtal sont: la petitesse du fœtus, sa mort, sa macération, l'hydrocéphalie, la grossesse gémellaire.

(c) Les causes d'ordre annexiel ou ovulaire sont: l'hydramnios, l'oligo-amnios, le placenta praevia, la brièveté du cordon.

Le *diagnostic* de la présentation du siège peut s'établir pendant la grossesse et l'accouchement. L'interrogatoire et l'inspection ne donnent aucun signe certain. A l'interrogatoire le seul signe qui puisse nous faire supposer une présentation du siège c'est une *douleur localisée* à une zone qui répond à la place qu'occupe la tête fœtale, vers le fond de l'utérus, en général sous le foie.

Par l'inspection, l'on constate une présentation longitudinale. Le fond de l'utérus reste élevé. L'axe longitudinal de l'utérus est plus long, et l'axe transversal plus court qu'à l'ordinaire.

Pendant la grossesse, le *palper* nous donne les signes certains de la présentation du siège, à condition toutefois que l'état des parois utérines et abdominales nous permettent les manœuvres nécessaires.

Quand le siège est complet, pendant la grossesse, les mains qui palpent trouvent l'excavation vide, mais elles rencontrent au niveau ou un peu au-dessus du détroit supérieur, une partie fœtale volumineuse, irrégulière, molle, dépressible et accompagnée de petits membres. Pendant le travail de l'accouchement, l'excavation se remplit par la descente du siège et des membres inférieurs.

Quand le siège est décomplété, on peut se tromper facilement et prendre le siège pour la tête à un examen trop rapide. Le siège décomplété, mode des fesses, s'engage très souvent profondément et remplit l'excavation. Les mains qui palpent trouvent une partie fœtale volumineuse, résistante mais irrégulière. Malheureusement, cette dernière particularité passe souvent inaperçue, d'où l'erreur dans le diagnostic.

Que le siège soit complet ou décomplété, l'exploration du fond de l'utérus nous permet de constater, vers l'une des cornes, une masse dure, ronde, régulière, volumineuse et qui *ballotte*, c'est la tête. La palpation de cette tumeur est souvent douloureuse. La tête se cache parfois sous le foie et sous le rebord des fausses côtes. Dans ces cas pour trouver la tête il faut la rendre accessible en mobilisant le fœtus. Dans ce but, on fait coucher la femme sur le côté gauche, ou on lui fait prendre la position genu-pectorale.

Le véritable signe pathognomonique de la présentation du siège est le *sillon du cou* ou l'encoche constatée entre la tête et l'épaule vers le fond de l'utérus.

Le diagnostic des positions et des variétés de positions, par le palper, s'établit par l'orientation du dos et des membres.

L'*auscultation* seule ne peut donner aucun renseignement sur la présentation du siège.

Le *toucher*, pendant la grossesse ou au début du travail, reste à peu près nul dans le diagnostic aussi longtemps que la présentation n'est pas engagée.

A la fin de la grossesse ou au début du travail quand le siège, en mode des fesses, est engagé, le doigt touche, dans le cul-de-sac antérieur ou derrière la symphyse pubienne, une partie fœtale dure

et régulière (région trochantérienne antérieure), qu'on peut confondre assez facilement avec la tête, si l'on ne va pas, avec le doigt, plus en arrière, pour constater des inégalités et des dépressions.

Au début du travail, quand le siège est complet, le doigt touche généralement une poche des eaux volumineuse (*en boudin*). Dans le siège décomplété, la poche des eaux est ordinairement plate ou hémisphérique, d'où facilité de diagnostic. Dans la poche des eaux volumineuse on peut sentir parfois un petit membre.

C'est surtout quand la poche des eaux est rompue que le diagnostic devient aisé par le toucher.

Si *le siège est complet*, le doigt arrive sur une première tumeur arrondie, mollasse et dépressible (fesse antérieure ou postérieure); puis il pénètre dans un sillon, de l'autre côté duquel il sent une tumeur semblable à la première. En parcourant le sillon (interfessier) le doigt reconnaît à l'une des extrémités le crête épineuse du sacrum, la pointe du coccyx, l'anus et enfin les organes génitaux qui ne permettent pas toujours de reconnaître le sexe. On peut confondre les grandes lèvres tuméfiées avec le scrotum. Assez souvent les pieds masquent les organes génitaux.

Si *le siège est décomplété*, mode des fesses, le doigt touche une masse arrondie, et plus dure, parce que la flexion complète des cuisses sur le bassin tend la peau des fesses et leur donne une consistance plus ferme.

Dans le *siège décomplété, mode des pieds*, il faut établir un diagnostic différentiel entre le membre thoracique et le membre pelvien. On peut confondre le pied avec le coude ou la main. Le pied offre trois grosses tubérosités: une plus forte, le talon, et deux moins prononcées, les deux malléoles. Les trois saillies du coude, l'épicondyle, l'épitrôchlée et l'olécrâne, sont moins prononcées et plus rapprochées les unes des autres.

Le pied se distingue de la main par les caractères suivants: les orteils, appliqués les uns contre les autres, sont plus courts que les doigts facilement séparables. Le pouce est plus ou moins écarté des autres doigts. Le pied est plus long que large, et forme avec la jambe un angle droit ou obtus plus ou moins prononcé, tandis que la main se continue directement avec l'axe de l'avant-bras.

Au toucher, une bosse séro-sanguine volumineuse sur la tête peut nous faire croire à une présentation du siège; il faut rechercher soigneusement les sutures et les fontanelles et même parfois faire un toucher manuel pour trouver l'oreille.

On peut confondre facilement la présentation du siège et celle de la face. Les joues tuméfiées et le sillon interjugal simulent les fesses et le sillon interfessier. Il faut rechercher le nez avec ses caractères particuliers, ou la crête sacrée et le coccyx. La bouche avec ses rebords alvéolaires ressemble à l'anus avec les deux ischions de chaque côté; mais ici on retrouve un troisième point: la pointe du coccyx. Si les membranes sont rompues le doigt revient, de l'anus, taché de méconium. Le doigt introduit dans la bouche percevra parfois les suctions exercées par le fœtus. On peut encore confondre l'anus, la cavité orbitaire et l'orifice vulvaire, aussi ne faut-il jamais chercher à pénétrer dans la cavité qu'on touche.

Il ne faut pas oublier non plus qu'il peut y avoir procidence d'un membre inférieur avec présentation du sommet, de la face ou de l'épaule.

Le *mécanisme de l'accouchement* dans la présentation du siège comprend les six temps comme dans la présentation du sommet.

1er temps.—Accommodation au détroit supérieur ou amoindrissement.

2e temps.—Engagement et descente.

3e temps.—Rotation interne du siège.

4e temps.—Dégagement du tronc.

5e temps.—Rotation interne de la tête.

6e temps.—Dégagement de la tête.

Que le siège soit complet ou décomplété, le mécanisme est le même sauf de légères différences.

Les *anomalies du mécanisme* sont plus fréquentes dans la présentation du siège que dans celle du sommet; elles sont plus fréquentes aussi dans le siège décomplété, mode des fesses, que dans le siège complet. Ainsi pendant le premier temps, l'amoindrissement du siège peut faire défaut ou être insuffisant parce que le pelotonnement est rendu impossible ou difficile par l'éparpillement des membres inférieurs. L'engagement peut faire défaut par suite de cette anomalie ou parce que le siège offre un volume trop considérable. La descente est toujours très lente. Dans le siège décomplété, mode des fesses, la descente se fait aisément dans la partie supérieure de l'excavation, puis elle devient pénible jusque sur le plancher pelvien, parce que les membres inférieurs, relevés en attelles, ne permettent pas à la colonne vertébrale de se fléchir suffisamment. Le tronc rigide s'adapte mal à la courbure de l'excavation, et souvent le siège reste enclavé dans l'excavation. Dans le siège décomplété, le relève-

ment des membres inférieurs, en empêchant l'incurvation latérale de la colonne vertébrale, peut mettre obstacle à la sortie du fœtus. Le redressement des bras de chaque côté ou en arrière de la tête peut mettre obstacle à l'engagement et à la sortie des épaules. La déflexion de la tête peut empêcher son engagement au détroit supérieur.

Dans le cinquième temps, la rotation interne de la tête peut ne pas se faire ou se faire en arrière.

Enfin le dégagement spontané de la tête dernière même bien orientée peut être difficile ou même impossible; aussi l'accoucheur est-il obligé d'intervenir très souvent pendant ce sixième temps.

**Marche du travail.**—Dans la présentation du siège, la marche du travail est généralement plus lente que dans la présentation du sommet, surtout chez la primipare. La dilatation du col est très lente et se fait mal parce que le siège complet reste longtemps élevé; parce qu'il est plus volumineux que la tête; parce qu'il est moins résistant et ne s'applique pas également sur le col comme le fait la tête. Souvent la rupture précoce des eaux retarde encore la dilatation. Avec le siège complet, la descente ne s'opère ordinairement qu'après la dilatation complète. Par contre, le siège décomplété, mode des fesses, s'engage plus facilement, mais la descente complète ne se fait pas toujours aussi facilement à cause des tiges rigides représentées par les jambes en attelles. Le siège complet dilate mieux le vagin et le périnée, et les prépare mieux à la sortie de la tête; il fait une dilatation pré-céphalique du vagin et de la vulve. Le siège décomplété n'ouvre pas aussi bien les voies pour le passage de la tête; aussi, dans le cas de siège décomplété, l'expulsion de la tête est-elle plus difficile, plus longue et plus dangereuse pour l'enfant et la mère.

Le redressement des bras le long de la tête, la déflexion de celle-ci ou sa mauvaise rotation créent des difficultés qui prolongent la durée de l'expulsion.

**Pronostic maternel.**—Le *pronostic maternel* est à peu près le même que dans la présentation du sommet, quand l'accouchement se termine spontanément avec une présentation du siège. Mais comme les interventions sont excessivement fréquentes dans la présentation du siège, que l'accouchement est plus long, plus difficile, que les examens sont plus répétés, que la rupture des membranes est plus précoce, le pronostic est généralement plus sérieux.

Les effractions du périnée sont plus fréquentes et plus graves par suite de la sortie ou de l'extraction brusques de la tête dernière à travers un orifice vulvaire insuffisamment préparé. Les déchirures sont souvent commencées ou continuées par la main de l'accoucheur pendant les interventions.

Les *interventions trop rapides, maladroites, brutales* sont souvent la cause d'accidents graves pour la mère. Les hémorragies post-partum sont un peu plus fréquentes que dans la présentation du sommet. Cependant on peut éviter la plupart des dangers et les accidents ou au moins en atténuer la gravité par la pratique bien comprise de l'art obstétrical.

**Pronostic foetal.**—Le pronostic foetal est certainement beaucoup plus grave et la mortalité foetale varie de 6 à 15%. Avec un traitement approprié, la mortalité ne devrait pas dépasser 5% dans les cas où il n'y a pas de complications. La mortalité dépend de la parité de la femme, du volume de l'enfant, de la variété de la présentation du siège, du mode et du moment de l'intervention, etc. La mortalité est plus fréquente chez les primipares. Elle est plus élevée avec le siège décompleté, mode des fesses.

La cause la plus commune de la mort du fœtus est l'asphyxie qui est due soit à la compression du cordon entre le corps du fœtus et le col, ou entre la tête fœtale et la paroi pelvienne; soit au décollement prématuré du placenta; soit à la compression du placenta entre la tête et la paroi utérine rétractée; soit au tiraillement du cordon placé entre les jambes du fœtus; soit aux mouvements respiratoires prématurés quand la tête est retenue longtemps par les parties molles rigides. Ces mouvements respiratoires favorisent l'aspiration dans la trachée des liquides vaginaux. La mort peut être due à une syncope réflexe, résultant de la compression de l'abdomen et du thorax.

Le relèvement des bras, la déflexion de la tête ou sa rotation en arrière aggravent le pronostic foetal.

Des accidents multiples peuvent être le résultat des difficultés de l'extraction: fracture du fémur, des décollements épiphysaires, fracture du bassin, déchirure du colon, du foie, fracture de l'humérus, de la clavicule, élongation de la moëlle épinière, fracture de la colonne vertébrale, luxation des vertèbres cervicales, fractures et enfoncements des os du crâne, déchirure du muscle sterno-mastoïdien, épanchements sanguins sous-cutanés ou profonds, lésions du plexus

brachial, blessures de la langue ou du plancher buccal, déchirures des lèvres, fracture ou disjonction du maxillaire inférieur; des hémorragies intra-crâniennes, des hémorragies dans le testicule et la tunique vaginale, des déchirures du scrotum.

La broncho-pneumonie tardive peut être la conséquence de l'aspiration des mucosités au cours des mouvements respiratoires prématurés.

Les déchirures du muscle sterno-mastoïdien peuvent être suivies de ce qu'on appelle improprement le *torticolis congénital*. On évitera cette déformation tardive en faisant du massage local et des mouvements de redressement. D'après Couvelaire, on ne saurait, *a priori*, rendre responsable, d'un torticolis de naissance le médecin qui, plus ou moins péniblement, a procédé à l'extraction artificielle de l'enfant atteint de cette difformité. D'après Couvelaire, il est probable que les hématômes du sterno-mastoïdien ne laissent de déviation permanente que lorsqu'ils existent dans le muscle congénitalement altéré (syphilis, saturnisme, tuberculose, etc.).

**Phénomènes plastiques.**—La bosse séro-sanguine, qui siège d'habitude sur la fesse antérieure, peut s'étendre aux parties génitales.

Les déformations de la tête, quand elles existent, sont dues à la compression que le muscle utérin a exercée pendant la grossesse.

### Conduite à tenir dans la présentation du siège

A.—*Pendant la grossesse.*—Comme le pronostic pour l'enfant est plus sérieux que dans l'accouchement par le sommet, il faut tenter, pendant la grossesse de transformer la présentation du siège en présentation du sommet. La version céphalique par manœuvres externes est surtout indiquée chez les primipares, parce que le pronostic est plus grave chez elles; mais c'est surtout chez elles que la version est plus difficile et échoue le plus souvent à cause de la tonicité des parois utérines.

La version externe, qui trouverait une indication toute particulière dans le siège décomplété, mode des fesses, à cause des difficultés et des dangers plus grands au moment de l'accouchement, est impossible à pratiquer le plus souvent par suite de la résistance des parois utérines, de la faible quantité de liquide amniotique, du relèvement des membres inférieurs le long du corps, relèvement qui enlève toute souplesse au tronc du fœtus. Il faut être très prudent

dans les manœuvres de transformation; il ne faut pas insister lorsqu'on rencontre une difficulté un peu sérieuse. Après quelques tentatives répétées patiemment à plusieurs jours d'intervalles, si l'on constate l'impossibilité de transformer la présentation, il faut accepter la présentation du siège, et se rappeler cette phrase de Charpentier: "Pour nous, les dangers pour la mère et pour l'enfant tiennent moins à la présentation elle-même qu'à l'inexpérience et à l'intervention intempestive de l'accoucheur." On ne doit jamais anesthésier la patiente pour pratiquer la version externe. Sous l'anesthésie, la version serait plus facile, mais aussi plus dangereuse, à cause des décollements du placenta.

La version par manœuvres externes, qui est plus facile chez la multipare, est moins utile chez elle, parce que l'accouchement se fait d'ordinaire rapidement en présentation du siège; de plus la transformation obtenue, la tête se maintient plus difficilement en bas. Il est inutile de faire évoluer le fœtus trop tôt parce que généralement chez la multipare la mutation se produit d'elle-même dans le neuvième mois.

Le temps d'élection pour pratiquer la version par manœuvres externes est la fin du huitième mois chez la primipare; à huit mois et demi chez la multipare.

La version externe est impossible à réaliser, sauf de rares cas, avec un engagement prononcé du siège décompleté, mode des fesses, et dans les cas d'oligo-amnios, d'utérus double à cloison ou à éperon, d'utérus aplasié. Elle est contre-indiquée dans certaines variétés de rétrécissement du bassin et dans les cas de grossesse gémellaire; elle est illusoire dans les cas d'hydramnios; elle est dangereuse quand il y a brièveté du cordon, naturelle ou accidentelle.

B.—*Pendant le travail.*—Si le médecin constate, au début du travail, une présentation du siège, il pourra tenter la version par manœuvres externes, si les membranes ne sont pas rompues, si le col est peu dilaté, si la présentation n'est pas engagée. Il faut être très prudent dans les manœuvres de transformation parce qu'on risque de substituer une présentation de l'épaule à celle du siège.

On ne réussira à bien conduire un accouchement par le siège qu'après une étude soigneuse et une appréciation juste du mécanisme particulier de l'accouchement et des conditions qui peuvent mettre en danger la vie du fœtus. En face d'une présentation du siège il faut toujours se rappeler: 1° que le travail est long et ennuyeux, parce que le siège constitue un dilatateur lent et impropre du col,

du vagin et de la vulve; 2° que le tronc compressible dilate mal le canal génital et n'ouvre pas suffisamment les voies à la tête incompressible; 3° que les dangers ne commencent réellement que lorsque l'ombilic pénètre dans le bassin et que les dangers sont plus graves quand la tête et le cordon se trouvent en même temps dans le bassin. Les principes du traitement de la présentation du siège seraient donc: 1° de prolonger la première période du travail, afin d'obtenir une dilatation complète du passage. Nous arriverons à ce but en empêchant les efforts expulsifs de la femme, et s'il le faut en donnant du chloroforme; 2° de conserver les membranes intactes aussi longtemps que possible, toujours dans le but d'obtenir une dilatation plus complète; 3° de surveiller attentivement le cœur fœtal; 4° de suivre la descente de l'utérus et de le maintenir bien appliqué sur le fœtus pour empêcher le redressement des bras et la déflexion de la tête; 5° de protéger le périnée; 6° de faire un anse à la tige funiculaire, et de placer celle-ci vis-à-vis la symphyse sacro-iliaque; 7° de bien envelopper l'enfant avec des serviettes chaudes pour empêcher les mouvements respiratoires prématurés provoqués par le contact de l'air froid; 8° de bien exécuter et assez promptement les mouvements de dégagement de la tête dernière.

La première chose à faire quand on a constaté une présentation du siège au moment de l'accouchement est de tenir la femme couchée, de pratiquer rarement le toucher, et de conserver la poche des eaux intacte aussi longtemps que possible. L'on prépare tout ce qui est nécessaire pour ranimer l'enfant qui vient souvent en état de mort apparente. Les forceps seront désinfectés et tenus dans un bassin à la disposition du médecin.

Si tout va bien, si rien ne presse, on n'a plus qu'à agir comme simple spectateur; il ne faut jamais intervenir pendant la période de dilatation et le temps de dégagement du siège. Ayons toujours présent à la mémoire que la lenteur avec laquelle progresse le siège complet est favorable à l'heureuse issue de l'accouchement.

Quand le col est complètement dilaté, s'il est nécessaire, on rompt la poche des eaux, et l'on *abandonne aux seules forces de la nature l'expulsion du tronc*. On ausculte l'enfant fréquemment. On engage la femme à bien pousser et on l'aide même par *l'expression utérine* (méthode de Kristeller).

Il faut bien se garder de céder au *prurigo trahendi*, ce désir ardent de tirer prématurément sur le pied ou le membre inférieur tendus dans le vagin ou à la vulve. En défléchissant un membre

inférieur, on diminue le volume du siège, et par conséquent la dilatation de la vulve ne sera pas aussi considérable, ce qui peut nuire à la sortie rapide de la tête. En plus les tractions prématurées et surtout exercées dans l'intervalle des contractions exposent au redressement des bras et à la déflexion de la tête.

Quand le siège apparaît à la vulve, on place la femme dans la position obstétricale en travers et au bord du lit. L'accoucheur surveille le périnée pendant la sortie du siège et il soutient ce dernier au fur et à mesure qu'il se dégage. Si le muscle utérin paraît fatigué et que les douleurs expulsives ne sont pas suffisantes pour terminer l'expulsion du siège ou si l'enfant présente des symptômes de souffrance à l'auscultation, l'accoucheur peut exercer des tractions sur un pied et le membre inférieur correspondant.

Quand le siège est sorti, on le soutient avec la main placée sous lui, mais *on n'exerce aucune traction sur lui*, afin de permettre au fond de l'utérus de se maintenir en contact direct avec la tête fléchie. Aussitôt que l'ombilic apparaît à la vulve, on va à la recherche du cordon; on l'attire au dehors de manière à former une anse flottante. Cette précaution a pour but d'éviter ou d'indiquer les tiraillements du cordon. Ces tiraillements peuvent produire la désinsertion du cordon au niveau de l'ombilic, la rupture du cordon, un décollement prématuré du placenta ou un commencement d'inversion utérine.

Pendant que le tronc continue à se dégager sous la poussée des contractions utérines, on le soutient et on favorise son mouvement d'incurvation latérale. Puis les épaules se dégagent l'une après l'autre, tantôt l'antérieure la première, tantôt la postérieure. Il est bon que pendant la sortie du tronc un aide fasse de *l'expression utérine* pour maintenir la tête fléchie et les bras accolés au tronc.

Quand le dégagement des épaules tarde quelque peu, on peut recourir à la méthode de Deventer qui consiste à tirer énergiquement sur les membres inférieurs, dans l'axe du fœtus, *directement en bas*, de manière à amener l'épaule antérieure sous la symphyse pubienne; on tire alors *directement en haut*, de manière à amener l'épaule postérieure à la fourchette. Les bras sortent seuls de la vulve; ou bien il suffit d'attirer avec le doigt le coude qui est déjà dégagé de la vulve.

Si les épaules ou même les membres supérieurs non défléchis sont retenus plus ou moins haut dans la filière pelvi-génitale, on

n'a qu'à introduire la main dans le vagin et à aller chercher la main ou le coude du fœtus et abaisser tout le membre.

Si la tête a un volume moyen elle est expulsée spontanément et rapidement; mais d'habitude on est obligé d'intervenir pour le dégagement de la tête. Ce dégagement s'opère par la *manœuvre de Mauriceau*. Cette manœuvre a pour but de compléter la flexion de la tête, de produire sa rotation et enfin d'amener son dégagement.

Le *manœuvre de Mauriceau* s'exécute comme suit: on place le fœtus à cheval sur la face antérieure de l'avant-bras qui répond au plan antérieur du fœtus; la main qui correspond à cet avant-bras pénètre dans les parties génitales de la mère et va à la recherche de la bouche de l'enfant dans laquelle on introduit l'index et le médus. La bouche de l'enfant peut être placée directement en arrière dans la concavité sacrée; mais généralement elle regarde à droite ou à gauche. On place l'autre main à cheval sur les épaules de l'enfant, l'index d'un côté du cou, le médus de l'autre côté.

Puis il s'agit d'exécuter les différents mouvements qui vont produire la flexion de la tête, sa rotation et son dégagement. Les deux doigts, qui ont pénétré dans la bouche de l'enfant, exercent des tractions sur le maxillaire inférieur, fléchissent la tête et la font descendre. Dès lors, les deux mains, agissant de concert, opèrent la rotation interne en amenant le menton dans la concavité sacrée et l'occiput derrière la symphyse pubienne. La rotation faite, on exerce des tractions sur le maxillaire inférieur et les épaules pour bien placer la nuque sous la symphyse pubienne; on relève le fœtus avec l'avant-bras et on dégage peu à peu la tête en la fléchissant. La tête se dégage par ses diamètres sous-occipitaux: le sous occipito-mentonnier, le sous occipito-nasal, le sous occipito-frontal, c'est-à-dire que l'on a vu apparaître successivement à la vulve: le menton, le nez, le front.

Le dégagement de la tête ne doit pas être trop brusque, car il pourrait produire une rupture étendue du périnée; d'un autre côté, la lenteur de la manœuvre ne doit pas être exagérée, car elle peut être préjudiciable à l'enfant, par suite de la compression du cordon. C'est surtout au moment du passage de la circonférence sous-occipito-frontale qu'il faut prêter une plus grande attention au périnée.

Pendant les tractions sur les épaules du fœtus, *il faut éviter soigneusement d'appuyer sur les clavicules avec l'extrémité des doigts*, car on risquerait de les fracturer, ou de blesser les filets nerveux du plexus brachial.

La manœuvre de Mauriceau réussit mieux quand on la pratique pendant les contractions. Cette manœuvre est appelée à tort par certains accoucheurs allemands *manœuvre de Veit* ou *manœuvre de Smellie-Veit*.

Jusqu'ici j'ai supposé un accouchement spontané, eutocique en présentation du siège, que le siège soit complet ou décompleté; malheureusement il n'en est pas toujours ainsi et souvent des difficultés surviennent qui nous obligent à intervenir: c'est le col qui se dilate mal; le travail qui traîne en longueur; le siège qui ne s'engage pas; la mère ou l'enfant qui donnent des signes d'épuisement ou de souffrance. L'accouchement devient dystocique.

### Conduite à tenir dans l'accouchement dystocique.

Tout d'abord si la dilatation traîne trop en longueur, il faudra l'activer par les injections vaginales chaudes, les bains chauds, le sulfate de quinine, un ballon de Champetier, ou la compléter avec la main, l'écarteur de Tarnier, le dilatateur de Bossi.

Les difficultés qui peuvent survenir pendant l'accouchement par le siège tiennent: 1° au siège, 2° aux épaules, 3° à la tête.

1° *Les difficultés tiennent au siège.*—Lorsque les difficultés tiennent au siège, deux cas peuvent se présenter: (A) *le siège est complet* ou (B) *il est décompleté*, mode des fesses.

(A) Si *le siège est complet*, il peut se trouver au détroit supérieur, dans l'excavation ou à la vulve. Peu importe l'élévation du siège par rapport au petit bassin, le traitement est toujours le même: aller à la recherche du pied qui correspond au membre antérieur, l'abaisser et s'en servir comme d'un tracteur. Quand l'extraction est trop difficile ou impossible après l'abaissement d'un pied, il faut attirer le deuxième pied.

L'abaissement du pied, en diminuant le volume de la partie fœtale, donne quelquefois un nouveau ressort au muscle utérin qui devient suffisant pour terminer l'accouchement sans plus de secours de la part de l'accoucheur.

Il est préférable de n'abaisser qu'un seul pied, parce que l'autre membre inférieur restant accolé au siège forme avec lui une tumeur plus considérable, qui dilatera mieux les parties molles. De plus, le membre inférieur qui n'est pas abaissé protège le cordon.

J'ai dit: on va à la recherche du pied correspondant au membre antérieur, parce qu'il vaut mieux abaisser le membre antérieur. La

plupart des auteurs se servent de l'expression: *ped antérieur*. L'idée est bonne, mais n'est pas juste; ils entendent par pied antérieur non pas le pied qui est véritablement situé en avant, mais le pied qui correspond au membre antérieur.

L'abaissement du membre antérieur permet de mieux tirer dans l'axe du détroit supérieur. Si l'on a abaissé le membre postérieur, on tire trop en avant, lorsque le siège est au détroit supérieur; la fesse antérieure vient s'arc-bouter contre la symphyse pubienne et la descente du siège ne progresse pas, à moins qu'on tire fortement en bas, en arrière. Si l'on éprouve trop de difficulté à opérer l'engagement et la descente quand on a abaissé le membre postérieur, on peut accrocher du doigt l'aîne antérieure et exercer des tractions simultanées dans l'aîne et sur le membre abaissé ou l'on cherche à transformer le pied postérieur en pied antérieur par un mouvement de circumduction, ou mieux encore on abaisse le membre relevé. Il vaut mieux, d'après certains accoucheurs, abandonner le mauvais pied et aller chercher le bon. En effet, la manœuvre, qui consiste à transformer le pied postérieur en pied antérieur par un mouvement de torsion ou de circumduction peut déterminer des traumatismes graves, surtout si la cavité utérine est vide de liquide.

Les tractions devront être faites pendant les contractions. Pour maintenir la tête fléchie et les bras accolés au tronc, il sera bon de pratiquer en même temps l'expression utérine.

(B) *Les difficultés tiennent au siège décompleté, mode des fesses.*—Dans ces cas, l'extrémité pelvienne peut être arrêtée: (a) au détroit supérieur; (b) dans l'excavation; (c) à la vulve.

(a) *Le siège est retenu au détroit supérieur.*—Lorsqu'il y a nécessité de terminer l'accouchement, le siège étant au détroit supérieur; si l'on a déjà pratiqué l'*abaissement prophylactique du pied*, il n'y a plus qu'à achever l'extraction, en se servant du membre abaissé comme d'un tracteur. En dehors de ce cas il faut pratiquer l'*abaissement curatif du pied* et terminer la grande extraction.

L'abaissement du pied peut se faire de différentes manières. Il va sans dire qu'il faut que le col soit complètement dilaté si l'on veut pratiquer cette manœuvre et terminer en même temps l'extraction. En effet un col incomplètement dilaté peut se resserrer sous les bras ou sur le cou de l'enfant et créer de nouvelles difficultés.

Pour abaisser le pied, on peut aller à la recherche directe du pied, comme l'a conseillé Barnes. La main, poussée jusqu'au fond de l'utérus, va saisir le pied antérieur et l'abaisse. Cette manœuvre

n'est pas toujours facile et sans danger, parce qu'il y a souvent une tension exagérée du segment inférieur et même de tout l'utérus, tension qui empêche la main d'arriver jusqu'au fond. La manœuvre expose alors à la rupture utérine.

Les manœuvres de Tarnier et de Pinard sont moins difficiles et sont sans danger. Pour l'une et l'autre méthode, il faut tout d'abord introduire la main dans l'utérus et se servir de l'une ou de l'autre main suivant qu'on emploie la méthode de Tarnier ou de Pinard.

*Méthode de Tarnier.*—On se sert de la main homonyme à la position: main gauche, dans les sacro-gauches; main droite, dans les sacro-droites. La main, réduite en cône, est introduite dans le vagin, puis dans le col et elle glisse ensuite à plat entre l'arc antérieur du bassin et le membre pelvien antérieur du fœtus, la pulpe des doigts regardant en arrière. La main est poussée jusqu'au-dessus du genou. La jambe antérieure est saisie avec quatre doigts appliqués le long de la face antérieure du tibia, pendant que le pouce est appliqué dans le creux poplité. On porte la cuisse en adduction et on fléchit la jambe, puis on défléchit la cuisse.

*Méthode de Pinard-Mantel.*—La main dont la face palmaire regarde le plan ventral de l'enfant (main gauche dans les sacro-gauches, main droite dans les sacro-droites) est introduite dans les voies génitales. Elle remonte le long de la cuisse antérieure du fœtus, jusqu'à ce que l'index et le médius atteignent le creux poplité. La cuisse est portée en abduction et fléchie au maximum par une pression assez forte dans le creux poplité. La flexion-abduction exagérée de la cuisse a pour résultat de produire la flexion de la jambe qui peut alors être saisie entre l'index et le médius. La jambe ainsi saisie sera abaissée.

La manœuvre de Pinard-Mantel est difficile et même impossible quand l'utérus est vide d'eau ou quand l'anneau de Bandl est rétracté. Dans ces cas la manœuvre de Tarnier réussit mieux.

Fabre, Demaroux et d'autres ajoutent, à la manœuvre de Pinard-Mantel, la *manœuvre de refoulement du genou*. Par des manœuvres externes, ils rapprochent le pied de la main qui cherche à la saisir.

Le pied étant abaissé si rien ne presse on peut attendre; autrement on exerce des tractions sur le membre abaissé et on termine l'accouchement.

Si on ne pouvait pas abaisser un pied, ce qui peut arriver, on aurait recours au lacs ou au forceps, tous deux excessivement dangereux. De Lee, de Chicago, prétend n'avoir jamais rencontré un

seul cas où il n'a pu abaisser un pied. *L'anesthésie profonde et la position de Trendelenburg* lui ont toujours permis d'atteindre le pied, quelque profond que fût l'engagement du siège. Je n'ai jamais appliqué le forceps sur le siège, car je pense qu'on court toujours au-devant d'un désastre avec cet instrument. J'ai vu souvent des fractures du bassin occasionnées par l'instrument.

(b) *Le siège décomplété, mode des fesses, est retenu dans l'excavation.*—Ici encore il faut pratiquer l'abaissement d'un membre inférieur par les différentes méthodes que je viens d'indiquer. On y réussit toujours. Les cas où il est impossible d'abaisser un pied doivent être excessivement rares, car je n'en ai pas encore rencontré un seul. Avec du chloroforme, et la position de Trendelenburg, il n'y a pas d'insuccès.

Il faut rejeter complètement l'emploi *des différents crochets*. Ils sont excessivement dangereux et produisent des délabrements considérables: perforation de la paroi abdominale (j'en ai vu des cas), fracture du fémur et du bassin du fœtus, plaies cutanées; blessures du côté de la mère.

Si l'on ne pouvait réussir une des manœuvres d'abaissement du pied, (je le répète, avec un peu d'habileté on parvient toujours à abaisser un pied), quand le siège est enclavé dans l'excavation, il nous reste un des trois moyens suivants pour accomplir l'extraction du siège: l'intervention manuelle par tractions inguinales, le lacs, le forceps. Si je parle de forceps ici, c'est pour avoir l'avantage d'en démontrer les inconvénients et les dangers.

*Tractions manuelles.*—On introduit profondément un ou deux doigts recourbés en crochet dans le pli de l'aîne antérieure, et l'on exerce des tractions pour abaisser la hanche antérieure. Il ne faut pas exercer de pression sur le fémur dans la crainte de le fracturer; la pression doit porter sur la crête iliaque.

La hanche antérieure étant abaissée sous la symphyse pubienne, on porte les doigts en arrière dans l'aîne postérieure et par des tractions on abaisse la hanche correspondante. Dans la crainte de voir remonter la hanche antérieure, on peut y laisser le doigt, pendant que l'autre main va abaisser la hanche postérieure. Quand le siège est rendu à la vulve, on en fait l'extraction en tirant en même temps avec les deux mains.

Underhill introduit toute la main dans le vagin et il exerce des tractions avec le bout des doigts sur les crêtes iliaques. L'intro-

duction de la main toute entière n'est pas toujours facile, mais surtout la prise n'est pas solide.

*Lacs.*—L'emploi du lacs a rencontré des adversaires acharnés; beaucoup ne veulent pas user de ce moyen parce qu'il est dangereux et produit souvent des fractures du fémur, des décollements du cartilage de conjugaison et des lésions graves des parties molles.

Les accoucheurs qui ont recours au lacs ne s'en servent que lorsque le dos du fœtus est en avant (dans les sacro-antérieures) parce qu'alors les tractions sont exercées sur les os larges du bassin. Même dans ces les lésions des téguments peuvent être considérables.

Les tractions sur le lacs doivent être faits pendant les contractions. Un aide pratique en même temps des *pressions* sur le fond de l'utérus. Les tractions sont d'abord dirigées par en bas et en arrière, puis au fur et à mesure que le siège s'abaisse et contourne le bord inférieur de la symphyse pubienne, on tire vers l'horizon, d'arrière en avant et enfin de bas en haut.

Le lacs est fait d'une mèche de coton assez large et épaisse, d'un tube en caoutchouc dans lequel on a passé un cordonnet en soie. Le lacs doit être stérilisé.

On tient le lacs entre le médius et l'index qu'on glisse derrière la symphyse pubienne, jusque par dessus le pli de l'aîne; on le fait descendre entre les cuisses du fœtus où on le saisit avec les doigts ou une longue pince à mors striés. Maygrier conseille de l'insinuer profondément dans le sillon intercrural et d'aller le chercher avec l'index et le médius glissés entre la symphyse et la hanche antérieure.

On a inventé plusieurs porte-lacs en métal. On peut se servir comme porte-lacs d'une simple bougie urétrale en gomme. On y glisse un mandrin qu'on recourbe en crochet. On accroche le lacs au mandrin à travers l'œil de la sonde.

Le tracteur du siège de Narich, composé d'un crochet métallique et d'un lacs, offre moins de dangers dans son emploi que le lacs seul.

*Forceps.*—Comme le lacs, le forceps appliqué sur le siège a trouvé, et non sans raison, des adversaires acharnés qui le trouvent trop dangereux.

Par contre d'autres l'emploient dans les positions postérieures du siège décomplété. Pour avoir une prise solide et non exempte de dangers, il faut l'appliquer sur les cuisses et non sur le bassin. En effet, si le forceps est appliqué sur le bassin, ou les cuillers débordent les crêtes iliaques et blessent les viscères abdominaux et occasionnent des fractures du bassin, ou les cuillers ne dépassent pas

les crêtes iliaques et alors l'instrument dérape avec la plus grande facilité, au moment des tractions.

Lorsque l'enfant est mort, on peut employer le forceps, le lacs, le basiotribe ou le cranioclaste.

(c) *Le siège est retenu au détroit inférieur.*—Dans ce dernier cas, on aura recours surtout et principalement aux tractions inguinales; cependant l'abaissement du pied et du membre antérieur est encore possible dans la majorité des cas. J'ai réussi souvent à abaisser le membre alors que le siège était au détroit inférieur. Lepage cite trois cas où il a accompli cette manœuvre avec des fœtus volumineux à terme, alors que le siège était suffisamment descendu pour que les organes génitaux externes de ces trois fœtus mâles fussent visibles au dehors.

Quand on veut exercer des tractions inguinales, on introduit d'abord le médius et l'index dans l'aîne antérieure; on abaisse bien la hanche correspondante puis on va à la recherche de l'aîne postérieure et on abaisse la hanche postérieure. Enfin par des tractions combinées sur les deux aînes on fait le dégagement du siège.

Puech, de Montpellier, pratique l'accrochement bi-digital de l'aîne antérieure. Il glisse l'index d'une main entre le pubis et la fesse antérieure jusque dans le pli de l'aîne, et l'index de l'autre main dans le sillon intercrural jusque dans l'aîne antérieure. Les deux doigts se rencontrent, s'accolent et font une anse digitale qui embrasse la racine de la cuisse. Puech tire alors pendant les contractions.

On peut essayer aussi la manœuvre de Underhill. Ritgen introduit un ou deux doigts dans l'anus de la mère, et, à travers la cloison recto-vaginale, il cherche à repousser le siège du fœtus vers l'orifice vulvaire. Cette manœuvre est dangereuse, parce qu'elle expose à la perforation de la cloison distendue.

Bitot et Olivier pratiquent la *manœuvre dite bi-rectale*. Cette manœuvre consiste à introduire un ou deux doigts dans le rectum de la mère, comme dans le manœuvre de Ritgen, et un doigt de l'autre main dans l'anus du fœtus pour amener le siège au dehors. Cette manœuvre est très dangereuse et ne doit être employée que si le fœtus est mort.

2° *Les difficultés tiennent aux épaules.*—Lorsqu'on a exercé sur le siège du fœtus des tractions intempestives ou maladroitement, dans l'intervalle des contractions les deux membres supérieurs se déflé-

chissent, c'est-à-dire qu'ils se relèvent le long de la tête. Les bras peuvent se relever soit en avant de la poitrine, soit en arrière.

Pour dégager les bras on commence par relever fortement le tronc en arrière du fœtus puis on introduit profondément dans le vagin la main dont la face palmaire regarde le plan dorsal du fœtus et l'on va à la recherche de l'épaule qui paraît la plus accessible (le plus souvent la postérieure). Quand les bras se sont relevés en avant en passant devant la face, les doigts de l'accoucheur contournent l'épaule d'arrière en avant et abaissent les bras du fœtus dans le sens de la flexion en passant au devant de la face et du thorax (on fait moucher le fœtus, selon l'expression de Pajot). Quand les bras se sont relevés en arrière, les doigts de l'accoucheur contournent l'épaule d'avant en arrière et abaissent les bras le long de la nuque et du dos (on leur fait gratter l'occiput).

3° *Les difficultés tiennent à la tête dernière.*—L'extraction de la tête dernière peut être rendue difficile: (a) *par la résistance des parties molles*, le spasme de l'anneau de Bandl ou la rétraction du col, les contractions des muscles releveurs de l'anus, ou la résistance du périnée et de la vulve. Il faudra alors prudemment, sous chloroforme, dilater l'anneau de Bandl ou le col pour pratiquer la manœuvre de Mauriceau aidée de la manœuvre de Champetier de Ribes, c'est-à-dire l'expression utérine. Quand ces deux manœuvres ne réussissent point il faut avoir recours au forceps si l'enfant est vivant ou au basiotribe s'il est mort. (b) *La difficulté tient à l'anomalie du mécanisme de l'accouchement.*—Au détroit supérieur la tête peut se défléchir et se placera en directe antérieure ou postérieure; dans ce cas le premier mouvement de la manœuvre de Mauriceau sera de placer la tête en position transversale et puis à la fléchir. Dans l'excavation si la tête tourne son menton directement en avant, on fait la manœuvre de Mauriceau à l'envers.

En terminant cette leçon, je cite Puech et Lequeux: "Rappelons que les grosses dystocies sont le plus souvent créés par l'accoucheur, dont l'intervention maladroite ou intempestive déplace les parties fœtales ou sollicite la rétraction utérine. N'intervenir qu'à la dilatation complète et intervenir le moins possible, tel doit être le principe directeur de la conduite à tenir dans la présentation du siège."

Edgar a dit: "La première période du travail doit être complètement terminée avant que la seconde ne commence. On ne doit pas intervenir sans une indication formelle."

## EXPERTISE TOXICOLOGIQUE

*Par le Docteur WILFRID DEROME,*

*Médecin-légiste et directeur du laboratoire provincial de médecine  
légale et de police technique.*

Il y a quelques mois, trois personnes, dont le Dr L. . . , le dentiste P. . . et un guide du nom de Xavier Fortin, partaient pour une excursion dans la région du Lac Saint-Jean. Ils s'étaient munis de quelques bouteilles de liqueurs alcooliques et en particulier d'un vin médicamenteux tonique.

Après avoir bu la presque totalité de ces liqueurs dans l'espace de trois ou quatre jours, il arriva que Fortin se sentit malade, perdit la vue et mourut le lendemain, le Dr L. . . devint complètement aveugle et le dentiste P. . . perdit la vision d'un œil.

L'autopsie de la victime Fortin, faite après exhumation par M. le Dr Marois<sup>1</sup> exactement dix-neuf jours après la mort, n'a révélé aucune affection susceptible d'expliquer la mort; de plus, vu l'état avancé de la putréfaction, elle n'a pu mettre nettement en évidence les modifications organiques (congestions, hémorragies, dégénérescence, etc.) qui d'ordinaire caractérisent l'empoisonnement par l'alcool méthylique.

Les viscères, déposés dans des bocaux bien scellés, nous sont expédiés pour analyse, le 27 octobre. Notre intention est de fournir un bref exposé de la méthode qui nous a permis d'arriver à un résultat positif, c'est-à-dire, de caractériser dans des organes se putréfiant depuis vingt jours, un poison aussi volatil que l'alcool méthylique, et ce, en présence de l'alcool éthylique qui en même temps avait été ingurgité.

*Première étape.*—Distillation d'un poids de 500 à 1000 grammes de viscères finement divisés, comprenant une portion du cerveau, du foie, des poumons, des reins, ainsi que tout le liquide sanguinolent qui baignait les organes. A la masse, on ajoute un peu d'eau si nécessaire, puis on acidifie avec de l'acide sulfurique, enfin on ajoute une petite quantité d'huile de paraffine pour empêcher la mousse.

La distillation se fait au bain-marie, à l'aide d'un courant de vapeurs d'eau.

---

1. Professeur de médecine légale à l'Université Laval (Québec).

Après avoir recueilli environ 400 c.c. de distillat, on neutralise si nécessaire et alors il vaut mieux redistiller de nouveau — cette fois sans courant de vapeurs d'eau — afin d'obtenir une plus grande concentration de l'alcool.

*Deuxième étape.*—Oxydation du dernier distillat au moyen de l'acide sulfurique concentré (5 à 8 c.c.) et du bichromate de potassium (0gr1 ou 0gr2) afin de transformer les alcools présents en aldéhydes correspondants.

Il est à noter que la quantité du mélange oxydant doit autant que possible correspondre à la proportion d'alcool à oxyder. Une trop forte quantité du mélange oxydant pour une faible proportion d'alcool aurait pour résultat de transformer l'alcool méthylique en acide formique au lieu d'en aldéhyde formique.

*Troisième étape.*—Distillation nouvelle du mélange oxydé, laquelle faite lentement laisse passer en premier lieu la formaldéhyde et en second lieu l'acétaldéhyde.

*Quatrième étape.*—Réactions sur les 40 ou 50 premiers c.c. du distillat qui sont de nature à caractériser la présence d'aldéhyde formique et partant d'alcool méthylique.

Ces réactions sont nombreuses. D'après Alexander O. Gettler, du laboratoire de l'hôpital Bellevue, New-York, qui les a étudiées et publiées dans un excellent article du *Journal of Biological Chemistry*, vol. XLII, no 2, juin 1920, il y en avait à cette époque, pas moins de 58 publiées dans la littérature.

Notre intention n'est pas de rapporter toutes ces réactions, ni avons-nous le temps de faire de toutes, au point de vue de leur valeur identificatrice, une étude critique. Nous ne décrivons que celles qui, nettement positives, nous ont servi à formuler notre conclusion dans le présent cas.

1° A 2 c.c. du mélange oxydé, ajouter 10 gouttes d'une solution à 5% de chlorhydrate de phénylhydrazine, puis une goutte d'une solution à 0.5% de nitro-prussiate de sodium, enfin 10 gouttes d'une solution à 10% d'hydrate de sodium. En présence d'une proportion de formaldéhyde aussi faible que 1 pour 200,000 (Gettler) on obtient une coloration bleue qui tourne au vert puis au jaune; alors que l'acétaldéhyde donne une couleur rouge.

2° A 2 c.c. du mélange oxydé, ajouter 5 c.c. d'acide sulfurique concentré, puis quelques milligrammes de morphine (Marquis). En

présence de formaldéhyde, il se développe une coloration violette tournant au bleu indigo.

3° Même réaction et même coloration caractéristique en substituant l'apomorphine à la morphine.

4° A 2 c.c. du mélange oxydé, ajouter 1 c.c. d'acide sulfurique concentré, laisser refroidir, puis ajouter 5 c.c. de solution fuchsine réduite par le bisulfite de soude (Schiff). Il se développe lentement en présence de formaldéhyde une coloration rouge violet.

5° Les réactions en anneaux colorés sur l'acide sulfurique en présence soit du phénol, soit de la résorcine, etc., sont positives dans la majorité des cas mais elles ne le sont pas toujours. Ce sont des réactions dont on ne peut dépendre absolument.

La conclusion à tirer de cet exposé est:

Qu'il est parfois possible de caractériser dans des viscères putréfiés, la présence d'un poison aussi volatil que l'alcool méthylique.

Une leçon en outre se dégage: c'est qu'il importe de faire un choix judicieux des liqueurs alcooliques que l'on consomme et surtout d'éviter l'usage de toutes ces liqueurs domestiques insuffisamment fermentées et incomplètement distillées; car toutes elles contiennent soit des alcools supérieurs, soit des corps aldéhyques qui les rendent très dangereuses.

## LE GOUNDOU (1)

*Par le Docteur J.-N. ROY,  
Professeur agrégé 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 France.*

De toutes les maladies tropicales observées en Afrique, le goundou est certainement l'une des plus étranges. En effet, cette affection, de cause encore inconnue, qui se rencontre surtout à la Côte d'Ivoire, chez les indigènes riverains de la partie basse du fleuve Comoë, et à la Côte d'Or, semble avoir une prédilection marquée pour certaines races. Notre dernier voyage d'études au continent noir, dont nous avons fait le tour, et visité vingt-deux différentes colonies, nous ayant permis de nous occuper de la question, en nous livrant à des recherches et à des expériences personnelles, nous avons pensé que le moment était arrivé de refaire entièrement le chapitre du goundou, afin de le rendre plus moderne et par conséquent plus scientifique.

**Définition.** — Jadis, les auteurs définissaient le goundou comme étant une maladie acquise, caractérisée par la formation d'une tumeur osseuse localisée à la région paranasale. La tumeur, qui la plupart du temps est bilatérale, se développe aux dépens des os propres du nez, de la branche montante du maxillaire supérieur, et quelquefois de l'unguis, peut même envahir ces trois os simultanément. Cette affection, de nos jours, ayant été mieux étudiée, nous devons ajouter en plus qu'elle peut se généraliser, et former des exostoses sur presque tous les os du squelette. Elle s'observe surtout durant la première enfance, mais peut aussi se manifester chez l'adulte, et même être congénitale (Strachan). Elle est beaucoup plus fréquente chez le sexe masculin que chez le sexe féminin, et peut aussi se rencontrer chez les singes.

**Synonymes.** — Le goundou devrait être plus proprement écrit: "n'goundou", mot appartenant à la langue de la tribu des Agnis, de la Côte d'Ivoire; toutefois, dans ce mémoire, nous continuerons à

---

1. Communication faite au Congrès français d'oto-rhino-laryngologie. Paris, octobre 1924.

donner à cette affection notre première appellation, qui est maintenant employée par presque tous les auteurs. Dans cette même colonie, l'expression "anakhré", qui veut dire "gros nez", est aussi en usage.

A la Côte d'Or, les indigènes se servent du terme "henpuye", de l'idiome des Apolloniens, dont la signification est "nez de chien", et à Zanzibar, de celui de "mti".

Les Bantous emploient le mot "uyulue".

Nous nous arrêterons dans cette nomenclature, car chaque race où le goundou se rencontre peut avoir naturellement sa désignation spéciale.

**Historique.** — En décembre 1882, Macalister faisait, à l'Académie royale Irlandaise, une communication sur le goundou intitulée: "Les hommes cornus de l'Afrique"; et en 1883, il revenait sur le même sujet devant la même académie.

En 1887, Lamprey publiait un travail sur trois noirs atteints d'exostoses paranasales, qu'il avait examinées à la Côte d'Or, dès 1877.

Strachan, en 1894, relatait l'histoire d'un enfant nègre habitant les Indes Occidentales, né avec cette affection.

Maclaud, en 1895, décrivait la même maladie, qu'il avait rencontrée chez quelques tribus riveraines du Haut-Niger, sous le nom de "goundou" ou "anakhré", expressions en usage chez certains indigènes de la Côte d'Ivoire. C'est donc Maclaud qui a été le premier à se servir du terme goundou, pour désigner ces tumeurs nasales.

En 1900, Chalmers, Renner, Graham et Maxwell publiaient ce qu'ils avaient observé respectivement à la Côte d'Or, à Sierra-Leone, à Sumatra et en Chine.

Mendes, Braddon et Jeanselme, en 1901, rapportaient également un certain nombre de cas de goundou, ainsi que Nell et Friedrichsen, en 1903.

Depuis ces vingt dernières années, plusieurs auteurs ont aussi fourni à la science leurs contributions, sans toutefois jeter beaucoup de jour sur cette maladie, car la plupart d'entre eux n'ont pas eu l'avantage de pratiquer l'ablation de ces tumeurs, et ceux qui sont intervenus n'ont pas suffisamment exposé le résultat de leurs recherches anatomo-pathologiques, ou ont entièrement négligé de le faire.

**Distribution géographique.** — Le goundou étant de mieux en mieux connu, son diagnostic est devenu plus facile, et on a trouvé qu'il ne se rencontrait pas uniquement chez les Agnis et les Attiés, de la Côte d'Ivoire, et chez les Fantis et les Achantis de la Côte d'Or. En effet, suivant les travaux que nous avons eu l'occasion de parcourir, et d'après nos observations personnelles, cette affection peut également se constater chez les indigènes du Sierra-Leone, du Togo, du Dahomey, de la Nigérie, du Cameroun, des Congo Français et Belge, de l'Angola Portugaise, de Zanzibar, de l'Afrique Orientale Anglaise, de l'Ouganda, de la Péninsule Malaise, de Sumatra et autres îles de l'Océanie, de la Chine Méridionale, des Indes Occidentales, du Honduras, du Mexique et du Brésil.

Un européen, ayant séjourné à la Côte Occidentale de l'Afrique pendant douze ans, a souffert aussi de goundou.

Letulle a présenté le crâne d'un enfant de sept ans environ, trouvé au Pérou dans une nécropole des anciens Incas, ayant l'aspect caractéristique du goundou.

**Etiologie.** — 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, Mendes, 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.

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, pour ne mentionner que quelques races asiatiques et africaines, pourtant si infectées 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.

Bradson 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 auquel il veut faire illusion.

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 pas 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 les 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 à 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 le singe, 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 crânienne 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 inoculés du pian, ne sont jamais atteintes de cette maladie spontanément.

Lors de notre passage à Paris, en 1913, nous avons remis au professeur Wurtz, pour examen bactériologique, deux pièces de goundou que nous avons 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 pièces, 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.

Dans le chapitre suivant, nous verrons que Durante a observé dans les pièces que nous lui avons confiées, trois corps presque ronds, de 25 à 30  $\mu$  de diamètre non encore décrits. Avec lui nous nous demandons si ces corps pourraient bien être les parasites spécifiques du goundou. Après d'autres recherches de laboratoire, l'avenir seul pourra nous le dire.

**Anatomie pathologique.** — A part Mendes qui considère le goundou comme étant un ostéome, tous les autres auteurs qui ont

émis leur opinion sont d'avis que cette affection est de nature inflammatoire, et avec Chalmers, croient qu'il s'agit d'une *périostite ostéoplastique à évolution lente*; avec Nattan-Larrier, d'une *ostéite déformante progressive et généralisée*; et enfin avec Botreau-Roussel, d'une *ostéite hypertrophiante systématisée*. L'examen anatomo-pathologique a révélé, chez les deux sujets que nous avons opérés, que nous étions en présence d'une *ostéite chronique, spongieuse, vraie, exubérante*. D'ailleurs voici le rapport si complet que le Dr Durante a bien voulu nous fournir, et dont nous lui sommes extrêmement reconnaissant.

“Les deux pièces, provenant de deux sujets différents, de forme pyramidale à peu près identique, à sommet arrondi, avaient environ 1 centimètre et demi de base sur 1 centimètre de hauteur. Très dures, elles étaient difficiles à diviser et comportaient une proportion suffisante de tissu osseux pour nécessiter une décalcification.

“Au point de vue histologique, elles sont essentiellement formées par un *tissu fibreux* dense, entremêlé de minces *lamelles osseuses*.

“Le *tissu fibreux* constitue à lui seul les trois quarts de ces masses. Il est généralement très dense, disposé soit en tourbillons, soit en faisceaux parallèles plus ou moins épais et moyennement chargés en noyaux. Dans d'autres points plus rares, il est moins dense, plus délicat, formé de fibrilles déliées et affectant un aspect réticulé qui rappelle un tissu lymphoïde, ou plutôt médullaire, en voie de sclérose.

“Il est relativement très vasculaire. Les veines surtout y sont très nombreuses et volumineuses, les unes béantes et vides, les autres remplies de sang. Leurs parois sont normales par opposition aux vaisseaux artériels.

“Les artérioles, par contre, présentent pour la plupart des *manchons inflammatoires* qui s'épaississent par place, particulièrement aux points de bifurcation, en des amas ayant absolument l'aspect de *gommes* périvasculaires. Cette péri-artérite intéresse parfois la tunique musculaire du vaisseau qui, cependant, est le plus souvent respectée. L'endothélium semble par places, gonflé, mais cette altération est incertaine et nous n'avons pas constaté d'endarterite oblitérante même au niveau des amas gommeux. C'est donc essentiellement une inflammation périvasculaire.

On retrouve, du reste, d'autres foyers inflammatoires en plein tissu fibreux et indépendants de tout vaisseau.

“Dans les divers foyers on constate toutes les formes de passage de la cellule de défense, depuis les petites cellules à noyau rond et presque sans protoplasma, caractérisant une réaction vive (cette forme est plus rare), jusqu'aux cellules épithélioïdes plus volumineuses, caractérisant les réactions plus torpides. La forme intermédiaire est plus fréquente. Nous n'avons trouvé nulle part de cellules géantes.

“Dans les points où le tissu interstitiel affecte un aspect aréolaire, les éléments inflammatoires y sont peu accusés, et marqués seulement par quelques traînées, alignées entre les fibrilles de cellules fusiformes et de cellules rondes, tendant à devenir cubiques par pression réciproque.

“Au sein du tissu fibreux sont disséminées des *lamelles osseuses* minces, rubanées, irrégulièrement dispersées, largement espacées, et ne représentant qu'à peine le quart de la masse totale. C'est de l'os vrai, car elles contiennent des ostéoblastes ramifiés, disposés en séries linéaires parallèles à la surface de la lamelle. La disposition en cercles concentriques est exceptionnelle. Les canaux de Havers font généralement défaut. La substance fondamentale n'est pas homogène, mais finement grenue, avec tendance fibrillaire très nette. Il n'y a pas enfin de revêtement périostal. La surface de la lamelle est directement en contact avec le tissu fibreux voisin, dont on peut voir, en certains points favorables, les fibrilles se prolonger dans le tissu osseux sous forme de fibres de Sharpey.

“Ces lamelles, un peu plus nombreuses à la périphérie qu'au centre, ne paraissent cependant pas en rapport direct avec les os sous-jacents, dont elles semblent séparées par une épaisse coque fibreuse (aponévrose) qui limite exactement la néoformation.

“En résumé, ces coupes de goundou nous montrent un substratum fibreux, au sein duquel on trouve de minces lamelles osseuses, et les signes d'une réaction inflammatoire très nette, mais de moyenne ou faible intensité.

“Les éléments osseux n'en constituent qu'une faible partie et semblent formés sur place par métaplasie du tissu fibreux, processus actuellement bien connu.

“Les *îlots inflammatoires* qui marquent les points où la lésion est la plus active, ont rarement l'aspect de l'inflammation franche aiguë. Les cellules ont un protoplasma mieux marqué, tendent à l'aspect épithélioïde, sont en voie de différenciation, et il n'y a pas d'éléments en dégénérescence. Ces amas gommeux peuvent cependant

se ramollir, et Roy a observé une bouillie sanieuse au centre de deux de ses tumeurs.

“Le *tissu fibreux*, enfin, richement vasculaire et bien nucléé, ne présente pas une cicatrice. Ce n'est pas un processus de guérison, mais un processus encore actif d'*inflammation chronique hyperplasante* à réaction plus torpide, qu'il ne faut pas confondre avec la sclérose cicatricielle. Continuant à proliférer lentement sous l'influence de l'irritant pathologique, il concourt pour une large part à l'augmentation de la néoformation.

“Au point de vue de la terminologie, le goundou est considéré par les uns comme un ostéome, par les autres comme une exostose ou une ostéite hypertrophiante. Nos coupes permettent d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une *tumeur de l'os*, mais d'une lésion de nature franchement *inflammatoire* à évolution chronique, avec poussées aiguës, que marquent les éléments plus jeunes.

“Les pièces que nous avons eues entre les mains ne permettent pas de déterminer avec certitude le point de départ de la lésion, car la coque fibreuse qui l'isole dans la profondeur, sur nos préparations, peut faire défaut ailleurs.

“Si la lésion débute en dehors du périoste, nous nous trouvons en présence d'un simple foyer inflammatoire chronique avec une métaplasie osseuse des éléments conjonctifs, aujourd'hui bien connue.

“Etant donné la disposition en damier que présente le tissu fibreux en certains points, et ailleurs son aspect réticulé, le point de départ osseux nous paraît plus probable. Le tissu séparant les lamelles osseuses prendrait alors la signification de larges espaces médullaires altérés, sclérosés par le travail inflammatoire.

“La relativement faible importance des lamelles osseuses privées de revêtement périostal et leur formation par métaplasie *in situ*, permettent, croyons-nous, d'éliminer le début périostal, la périostite donnant habituellement des exostoses compactes. Il s'agirait plutôt, dans les pièces qui nous occupent, d'une médullite, d'un bourgeonnement inflammatoire des éléments médullaires de l'os sous-jacent, d'une ostéite chronique spongieuse vraie exubérante. Cette opinion est d'ailleurs corroborée par la clinique qui démontre que le goundou est caractérisé par une néoformation formée d'un os spongieux, siégeant à la région nasale ou paranasale, développée aux dépens des os propres du nez, de la branche montante du maxillaire supérieur, de l'unguis, ou de la région sous-orbitaire, et avec lesquels elle fait

corps. Le goundou peut être aussi généralisé, et se rencontrer sur presque tous les os du corps.

“Comme on ignore encore la cause du goundou, nous avons fait quelques recherches au point de vue bactériologique. Les réactions inflammatoires, présentant la forme histologique de cette maladie exotique, relèvent d'irritations faibles, de parasites moins toxiques que le cocci et les bactéries habituels; toutefois les spirilloles 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  $\mu$  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.

“Pour conclure, nous dirons que le goundou n'est pas un ostéome, n'est pas une tumeur osseuse proprement dite, comme quelques auteurs le croyaient. C'est au contraire une *néoformation inflammatoire* caractérisée par une *ostéite chronique spongieuse vraie exubérante*. Quant à la cause, elle est encore inconnue.”

Comme nous n'avons pas eu l'occasion de nous procurer de pièces autres que du goundou paranasal, notre rapport microscopique se limite uniquement à cette variété.

**Symptomatologie.** — Afin de donner plus de clarté à ce chapitre et au suivant, nous décrivons la symptomatologie et les complications du goundou d'après sa localisation à la région paranasale, ou d'après sa généralisation sur les autres parties du squelette.

1° GOUNDOU PARANASAL. — Dans un grand nombre de cas, et presque toujours chez les adultes, la tumeur se développe spontanément, sans aucune réaction de la membrane pituitaire; dans d'autres, au contraire, la muqueuse des fosses nasales semble être la porte d'entrée par où débute l'infection. On peut observer alors de la rhinite, de l'éternuement, des sécrétions muco-purulentes ou séro-

sanguinolentes s'écoulant des narines. Dans d'autres cas il existe même de l'épistaxis. A ces symptômes peuvent s'ajouter en plus un peu de céphalalgie et de douleurs locales, à la dernière période de cette inflammation, qui dure ordinairement de quatre à six mois. Après ce laps de temps l'écoulement nasal disparaît, et la tumeur commence à se développer sur l'un ou sur les deux côtés du nez. Dans la grande majorité des cas l'excroissance est bilatérale. Il peut même y avoir plusieurs mois d'intervalle entre l'apparition de deux tumeurs paranasales.

Au début, ces tumeurs sont légèrement sensibles au toucher, et l'on observe quelquefois des douleurs lancinantes. La progression se manifeste très lentement, et peut être influencée par la puberté. Une maladie éruptive quelconque a aussi pour propriété de les faire grossir. Au bout de quelques années se déclare un arrêt dans leur développement, ou au contraire, elles augmentent toujours jusqu'à atteindre un volume considérable.

Le goundou, qui a une consistance osseuse, s'implante soit sur les os propres du nez, soit sur la branche montante du maxillaire supérieur et de l'unguis, soit sur deux ou trois de ces os à la fois. La forme de cette tumeur est fort variable. Elle peut être ronde et petite, ou encore plus grosse et atteindre même le volume d'une moyenne mandarine. Toutefois, la plupart du temps elle est franchement, ou irrégulièrement ovalaire, semblable à une noix plus ou moins développée, localisée dans le sillon naso-jugal. Dans d'autres cas, son grand axe se trouve dans la direction horizontale, ou supéro-externe, et elle empiète sur la joue si son volume est considérable. Chez certains sujets, la tumeur, située sous le rebord sous-orbitaire, a tout à fait l'apparence d'une corne, ce qui a valu, aux porteurs de goundou, le nom d'homme cornus de l'Afrique, donné par Macalister (V. obs. VIII).

Cette excroissance, qui au début est plus ou moins rénitente, devient très dure avec le temps, et peut même se ramollir au centre, sans toutefois, à cette période, modifier sa résistance extérieure. Sa base d'implantation est toujours très large, et la peau qui la recouvre est parfaitement mobile.

Généralement la percussion de la tumeur donne un son mat; toutefois, chez certains malades, il existe de la sonorité. Ce dernier phénomène s'explique d'ailleurs facilement, puisque l'examen anatomopathologique révèle la présence d'un tissu spongieux, et que

le centre, dans certains cas, a une tendance à se transformer en bouillie sanieuse.

Le goundou paranasal ne suppure jamais.

Après sa période de développement complet, il n'y a plus de douleur, mais lorsque ce symptôme est constaté, c'est qu'il existe encore des poussées d'ostéite. Nous pourrions dire la même chose pour les ganglions sous-maxillaires qui ne sont pas hypertrophiés, à moins que l'ostéite soit encore présente.

A l'examen des fosses nasales, nous trouvons que la muqueuse est presque toujours normale. Dans la majorité des cas, les narines sont absolument perméables, car les indigènes de l'Afrique n'ont presque jamais de déviation de la cloison, comme nous avons eu déjà l'occasion de l'exposer dans deux travaux antérieurs. Dans d'autres cas, au contraire, les cornets inférieurs et moyens sont repoussés par la tumeur jusqu'au point, quelquefois, d'obstruer presque entièrement les fosses nasales. Lorsqu'il existe une pression sur l'émergence du nerf olfactif, on observe alors de l'anosmie, phénomène qui, toutefois, est excessivement rare. Nous pouvons avoir aussi de l'épiphora, si le canal nasal est comprimé.

Le goundou n'envahit jamais le cornet inférieur, le cornet moyen et la voûte palatine.

Ordinairement cette affection, par elle-même, n'a pas de retentissement sur l'état général, car l'appétit reste bon, les forces sont conservées, et il n'y a pas d'amaigrissement. Cependant chez certains malades, où presque tous les os de la face sont pris, nous pouvons avoir des troubles assez graves de l'organisme.

2° GOUNDOU GÉNÉRALISÉ. — a) *Ostéite des os courts*. — Un certain nombre d'os courts, tels l'omoplate, l'os iliaque, les vertèbres et l'os malaire, pour n'en mentionner que quelques-uns, peuvent être atteints d'ostéite, dont le résultat final est la formation d'une tumeur solide plus ou moins grosse. A notre connaissance, on n'a pas encore observé de goundou localisé au crâne, contrairement à ce qui a été constaté chez les cynocéphales et les chimpanzés.

b) *Ostéite des épiphyses des os longs*. — Les os longs sont beaucoup plus souvent affectés que les os courts, et la maladie s'attaque indifféremment aux épiphyses ou à la diaphyse.

Quant aux membres supérieurs, c'est l'articulation du coude qui est la plus généralement envahie, et le cubitus et le radius participent aussi bien à l'inflammation que l'humérus. Tous les os qui composent cette articulation, augmentant de volume, se déforment, et

finalement, il en résulte des saillies osseuses internes et externes plus ou moins considérables. La tête de l'humérus peut aussi s'hypertrophier jusqu'à simuler, dans certains cas, une luxation du bras. L'articulation du poignet peut également s'épaissir, et les os de la main sont susceptibles de participer à l'ostéite.

Aux membres inférieurs, c'est plus fréquemment l'articulation du pied qui est prise. Le goundou, produisant de l'arthrite, a pour effet d'augmenter le volume des malléoles internes et externes, ce qui peut, à la suite, entraver les mouvements du pied sur la jambe. Lorsque le genou est affecté, les plateaux des tibias s'hypertrophient, et les condyles internes et externes peuvent devenir très saillants. Tous les os qui forment le pied sont exposés à être envahis.

c) *Ostéite de la diaphyse des os longs.* — Les os longs atteints d'ostéite présentent des modifications soit dans leur épaisseur, soit dans leur longueur, ou leur forme générale; car les lésions peuvent être localisées, ou disséminées sur toute la diaphyse. Le tibia est l'os le plus ordinairement affecté, et sa modification est assez caractéristique; il prend, dans ce cas, une courbure à convexité antérieure, rappelant une lame de sabre, et sa crête devient émoussée. Quant à l'humérus et aux os de l'avant-bras, on observe quelquefois une légère courbure à concavité antérieure. Dans d'autres circonstances on rencontre plutôt des tuméfactions localisées au corps des os longs du membre supérieur et du membre inférieur. Les phalanges des mains et des pieds peuvent être gonflées en fuseau, rappelant le *spina ventosa*, ce qui maintient ces extrémités écartées.

La plupart du temps ces lésions du goundou généralisé sont bilatérales, bien qu'un côté puisse être plus malade que l'autre. On observe toujours un peu d'atrophie du système musculaire, et de l'hypertrophie généralisée du système ganglionnaire, si la poussée d'ostéite, au membre supérieur ou au membre inférieur, est de date récente.

De tout le système osseux, en dehors de l'affection paranasale, l'os le plus fréquemment atteint de goundou est le tibia.

**Complications.** — 1° GOUNDOU PARANASAL. — Lorsque le goundou est assez volumineux, et implanté près de l'arcade sous-orbitaire, il peut devenir un obstacle à la vue jusqu'au point d'obliger le malade à pencher la tête en avant pour augmenter son champ visuel. En général la tumeur n'envahit point la cavité orbitaire, cependant le cas peut se rencontrer, et alors l'œil est repoussé latéralement vers

le haut, le mouvement des paupières est entravé, et le globe peut même être détruit par la compression (Maclaud).

2° GOUNDOU GÉNÉRALISÉ. — L'ostéite des os du coude, amenant une modification dans le rapport des surfaces articulaires, a pour résultat de produire un trouble du côté du mouvement. En effet, la flexion, et surtout l'extension de l'avant-bras peuvent être gênées, ainsi que les mouvements du poignet et des doigts. Si la tête de l'humérus est hypertrophiée, ou le système musculaire atrophié, il peut exister une faiblesse généralisée à tout le bras.

La même chose s'applique également au membre inférieur, qui peut présenter des troubles de toutes sortes, soit à la suite d'atrophie musculaire, soit plutôt comme conséquence de déformations articulaires.

De même que le goundou paranasal, le goundou généralisé ne suppure jamais, contrairement à ce qui a été observé par Friedrichsen chez un de ses malades. Pour nous ce noir, atteint aussi de syphilis, faisait simplement de l'ostéite spécifique.

A notre connaissance aucune fracture influencée par le goundou n'aurait été rapportée.

**Observations.** — Ayant eu l'occasion d'examiner avec beaucoup de soin, 34 cas de goundou représentés par 25 personnes du sexe masculin et 9 du sexe féminin, et d'opérer 2 patients, nous rapporterons très brièvement ces observations. Tout d'abord, nous dirons que ces cas ont été rencontrés à la Côte d'Ivoire, à la Côte d'Or, au Togo, au Dahomey et au Congo Belge, et que près des deux tiers de ces malades appartenaient à la tribu des Achantis de la Côte d'Or. Pendant notre séjour à la Côte Orientale de l'Afrique et à Madagascar, nous n'avons pas eu la bonne fortune, malgré nos investigations, de voir d'autres cas.

Certains auteurs prétendent que le goundou généralisé est plus fréquent que le goundou localisé à la région paranasale. Cependant, à la lecture de leurs travaux, on est frappé du fait que leurs recherches ont été presque uniquement pratiquées chez des sujets ayant souffert antérieurement de pian. De plus, comme ils, sont sous l'impression que le goundou se manifeste à la suite d'une infection pianique — opinion que nous avons tout à l'heure suffisamment discutée — nous avons raison de croire qu'un grand nombre de leurs cas devraient être plutôt diagnostiqués: pseudo-goundou de Brumpt. Personnellement, nous sommes convaincu que le goundou paranasal se rencontre

beaucoup plus souvent que le goundou généralisé, bien que Botreau-Roussel, qui a observé et opéré, à la Côte d'Ivoire, plus de 100 malades après notre passage dans cette colonie soit d'un avis contraire.

## COTE D'IVOIRE

OBS. I. — Cueni, garçon Agni, 11 ans.

N'a jamais eu le pian.

A 8 ans, début du goundou sur le côté droit du nez. Quatre mois plus tard, le côté gauche était envahi à son tour.

Pas d'écoulement nasal, ni de céphalalgie.

Un peu de douleur locale.

La tumeur mate, presque ronde, grosse comme le bout du pouce, est implantée à droite sur les os propres du nez, un peu en bas du cantus interne. A gauche, l'excroissance du volume d'une demi-amande, est localisée sur la branche montante du maxillaire supérieur.

La fosse nasale est normale à droite, et à gauche il existe une légère atrésie par le cornet inférieur qui est repoussé vers la cloison.

La maladie progresse encore.

Hypertrophie des ganglions sous-maxillaires.

Pas de goundou généralisé.

Etat général excellent.

OBS. II. — Bougnou, homme Abbé, 28 ans.

Son père a le goundou.

Le patient ne se rappelle pas avoir eu une autre maladie.

L'affection s'est manifestée à 20 ans.

N'a jamais eu d'écoulement du nez, de douleurs locales et de céphalalgie.

Tumeurs bilatérales, symétriques, sonores, insérées sur les os propres du nez, de la grosseur d'une moyenne noix.

La vision est entravée.

Etat normal des fosses nasales.

Pas d'autres manifestations de goundou, qui est stationnaire.

Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas hypertrophiés.

La santé est bonne.

OBS. III. — Aké homme Ebrié, 27 ans.

A eu le pian à 8 ans.

A l'âge de 24 ans, il a remarqué le début de deux tumeurs paranasales.

Jamais de suppuration du nez, ni de céphalalgie.

Tumeurs bilatérales, symétriques, mates, développées sur la branche montante du maxillaire supérieur, du volume d'une grosse amande.

Les cornets inférieurs sont repoussés en bas.

Ganglions sous-maxillaires légèrement hypertrophiés.

Le goundou, qui n'est pas généralisé, est encore en évolution.

Excellente santé.

Obs. IV. — Anadou, homme Agni, 22 ans.

N'a jamais eu le pian.

Sa famille a constaté le début de sa maladie, à l'âge de 4 ans et demi. Tumeur mate, monolatérale, ronde, de 15 millimètres de diamètre environ, implantée à mi-chemin entre l'aile du nez et la tête du sourcil, du côté droit.

Narine correspondante normale; rhinite hypertrophique à gauche.

Etat stationnaire depuis 8 ans.

A part cette petite tumeur, rien d'intéressant à noter.

Obs. V. — Adigba, fille Ebrié, 15 ans.

A eu le pian à 7 ans.

Le goundou s'est manifesté à l'âge de 9 ans et demi.

Au début, léger écoulement nasal, et un peu de céphalalgie.

Tumeurs paranasales, mates, localisées à la branche montante du maxillaire supérieur et aux os propres du nez, du volume d'une grosse amande à droite et un peu plus petite à gauche.

Hypertrophie des ganglions sous-maxillaires.

Les fosses nasales sont légèrement atrésiées.

Arthrite double de l'articulation du coude qui a augmenté de volume.

Le goundou est encore en évolution.

Pas de syphilis.

Malgré la maladie, l'état général est bon.

Obs. VI. — Akéré, femme Ebrié, 25 ans.

Sa mère a eu le goundou.

Aucune d'elles n'ont souffert du pian.

La maladie a débuté à l'âge de 13 ans par deux petites tumeurs symétriques, implantées sur la branche montante du maxillaire supérieur, au-dessus de l'aile du nez.

Pas de réaction locale, ni de douleurs.

Actuellement, ces excroissances sont de la grosseur d'une demi-amande.

Etat normal des fosses nasales, et des ganglions sous-maxillaires.

Pas de goundou généralisé.

La maladie est stationnaire.

Cette femme a eu trois enfants qui sont en bonne santé et son état général est excellent.

Obs. VII. — Boa, garçon Attié, 12 ans.

L'enfant ne se rappelle pas avoir été malade, à part l'affection présente.

Le goundou a fait son apparition à l'âge de six ans.

La réaction nasale a été peu prononcée, et sans céphalalgie.

Tumeurs bilatérales, mates, implantées sur la branche montante du maxillaire supérieur et des os propres du nez. A droite, cette tumeur a le volume d'une moyenne amande, et à gauche elle est un peu plus petite.

Pas d'hypertrophie des ganglions sous-maxillaires.

Les fosses nasales sont atrésiées, surtout à droite.

Le goundou n'est pas généralisé, et sa croissance est arrêtée.

L'état général est bon.

*Opération.* — Assisté du Dr Botreau-Roussel, nous opérons ce petit malade, à Abidjan, le 30 décembre 1912. L'ablation de la tumeur est pratiquée à la gorge, sous anesthésie générale, et présente peu de difficulté.

L'hémorragie est insignifiante.

Devant ce cas de goundou qui n'offrait rien de sérieux, nous croyons pouvoir nous permettre l'expérience suivante. Du côté gauche nous enlevons l'excroissance en totalité, mais à droite, nous laissons la partie qui forme sa base d'implantation en nous contentant de faire disparaître tout ce qui est proéminent.

Les suites opératoires se passent normalement, et notre malade est rapidement rétabli.

Nous étions anxieux de savoir ce qui résulterait de cette expérience. Aussi, grâce à la correspondance de mon excellent confrère, le Dr Botreau-Roussel, nous avons pu suivre notre patient à distance. Quatre ans et demi après l'intervention, la guérison s'était maintenue même du côté partiellement opéré, ce qui nous porte à croire qu'elle sera, dans l'avenir, définitive.

Le rapport histologique a été donné antérieurement au chapitre anatomo-pathologique.

OBS. VIII. — Opoukou, homme Achanti, 30 ans.

Ce malade, originaire de la Côte d'Or, habite depuis plusieurs années, la Côte d'Ivoire. Il ne peut nous dire s'il a eu le pian.

Toutefois il avoue avoir contracté la syphilis vers l'âge de 20 ans.

Le goundou a débuté à 7 ans.

Pas de céphalalgie, ni d'écoulement nasal.

De temps à autre, il ressent quelques élancements dans ses tumeurs, sans névralgies dans les joues, ou troubles du côté de la sensibilité.

Les excroissances, assez symétriques, sur un plan horizontal, se sont développées aux dépens des os propres du nez et de la branche montante du maxillaire supérieur, dans la région sous-orbitaire. Du côté droit, la tumeur a envahi l'arcade sous-orbitaire; à gauche, elle est localisée un peu plus bas. Ces tumeurs, qui sont sonores, ont tout à fait l'aspect de deux cornes, à large implantation, et mesurent environ deux centimètres de hauteur (V. photographie).

La vision est fortement entravée, et pour bien voir, le malade est obligé de pencher la tête en avant.

Il existe un léger épicanthus.

Etat normal des yeux et de la cavité orbitaire.

La peau qui recouvre le sommet du goundou est amincie.

Les fosses nasales sont un peu atrésiées.

Pas d'hypertrophie des ganglions sous maxillaires.

Les clavicules ont augmenté de volume, et les tibias présentent une courbure à convexité antérieure, avec crêtes émoussées.

La maladie semble être stationnaire, et l'état général est assez bon.

*Opération.* — Nous opérâmes ce patient à Bingerville, le 6 janvier 1913, avec l'assistance de mes excellents collègues, les Drs Lamy et Teste. Comme pour le cas précédent, nous enlevâmes la tumeur radicalement à gauche, et partiellement à droite. Vu l'âge du patient, les tumeurs sont un peu plus dures que chez notre premier opéré.

Les suites se passent sans incidents, et la guérison s'effectue rapidement.



FIG. 1.

Le Dr Lamy a l'amabilité de nous tenir au courant de ce cas pendant son séjour à Bingerville, et quatre ans et demi après l'opération, le Dr Botreau-Roussel nous écrivait que la guérison s'était maintenue aussi bien à droite qu'à gauche.

L'examen microscopique a été donné en détail au chapitre anatomo-pathologique.

OBS. IX. — Kanga, homme Agni, 25 ans.

Ce malade, qui a eu le pian à 8 ans, n'a pas de tumeurs paranasales, mais présente un goundou aux membres supérieurs et inférieurs.

A l'âge de 15 ans, cet homme a souffert d'une arthrite double à l'articulation du coude, et depuis cette époque, l'extension des avant-

bras est incomplète, surtout à gauche. Les épiphyses inférieures humérales sont épaissies et déformées, ainsi que les épiphyses supérieures radiales et cubitales. Les poignets sont gonflés, et leurs mouvements légèrement entravés.

Les tibias sont en lame de sabre, et leurs crêtes atténuées. Les mal-léoles internes sont fortement saillantes.

Le système ganglionnaire général est hypertrophié.

L'affection progresse encore.

Pas de syphilis.

La santé est médiocre.

Obs. X. — Kona, garçon Attié, 17 ans.

A eu le pian à 8 ans.

Le goundou a débuté à 9 ans.

N'a jamais eu d'écoulement nasal, ni de céphalalgie.

Légères douleurs spontanées, et à la pression, après chaque poussée d'ostéite, à la région paranasale.

Tumeurs bilatérales, symétriques, mates, insérées sur les os propres du nez, et la branche montante du maxillaire supérieur, de la grosseur d'une olive.

Pas d'hypertrophie des ganglions sous-maxillaires.

Les fosses nasales sont normales.

La maladie semble être stationnaire.

Pas d'autres manifestations de goundou.

L'état général est excellent.

## COTE D'OR

Obs. XI. — Bépa, femme Achanti, 18 ans.

A souffert du pian à l'âge de 6 ans.

A 7 ans, le goundou a fait son apparition.

Pas d'écoulement nasal, de douleurs locales ni de céphalalgie.

Les tumeurs paranasales sont absolument symétriques, mates, et se trouvent sur un plan horizontal. Elles se sont développées sur les os propres du nez, et la branche montante du maxillaire supérieur, et leur volume est comparable à une moyenne noix. Bientôt ces excroissances gêneront la vision, car elles augmentent encore.

Légère hypertrophie des ganglions sous-maxillaires.

Les fosses nasales sont normales.

Pas d'autres manifestations de goundou.

Cette femme est mère d'un enfant bien portant.

Bon état général.

Obs. XII. — Sombé, garçon Achanti, 15 ans.

N'a jamais eu le pian.

L'affection a débuté à l'âge de 9 ans.

Pas de réactions locales, ni de céphalalgie.

Excroissances paranasales, mates, implantées uniquement sur les os propres du nez, près des cantus internes, de la grosseur du bout du pouce. Ces tumeurs produisent un léger épicanthus.

Pas d'hypertrophie des ganglions sous-maxillaires.

Rien d'intéressant à noter du côté des fosses nasales.

Pas d'autres manifestations de goundou, qui semble être stationnaire.

Etat général excellent.

OBS. XIII. — Duro, garçon Fanti, 18 ans.

A eu le pian à 5 ans.

A 6 ans début du goundou.

Pas de réaction locales ou générales.

Tumeurs symétriques, mates, développées sur les os propres du nez et la branche montante du maxillaire supérieur, de la grosseur d'une moyenne noix.

Etat normal des ganglions sous-maxillaires.

Les fosses nasales sont légèrement atrésiées.

L'affection qui est uniquement localisée à la région paranasale, ne progresse plus depuis deux ans.

L'état général est très bon.

OBS. XIV. — Yawamuah, homme Achanti, 40 ans.

A souffert du pian à 5 ans.

A 9 ans, première manifestation de la maladie.

Avant cette époque, pas de céphalalgie, de douleurs locales ni de sécrétions nasales.

Tumeur unilatérale, sonore, implantée à gauche sur la branche montante du maxillaire supérieur, du volume d'une grosse olive.

Etat normal des ganglions sous-maxillaires.

La fosse nasale gauche est atrésiée. A droite, rhinite hypertrophique et queue de cornet.

Le goundou qui n'est pas généralisé est stationnaire depuis vingt ans.

Etat général excellent.

OBS. XV. — Kopi, garçon Achanti, 10 ans.

A eu le pian à 6 ans.

Le goundou est apparu à l'âge de 8 ans.

Pas de réactions locales ou générales.

Tumeurs bilatérales, parfaitement symétriques, mates, développées dans le sillon naso-jugal, de la grosseur d'une petite amande.

Les ganglions sous-maxillaires ont légèrement augmenté de volume.

Etat normal des fosses nasales.

L'articulation des poignets est hypertrophiée, et les mouvements de la main sont entravés. Toutes les phalanges de chaque doigt des deux mains sont boudinées sur le corps même de l'os, ce qui empêche les phalanges de se rejoindre.

L'affection progresse encore.

La santé est assez bonne.

OBS. XVI. — Belfi, garçon Achanti, 9 ans.

A souffert du pian à 5 ans.

A 6 ans, début de la tumeur nasale.

Un peu de céphalalgie, mais pas de douleurs locales, ni de sécrétions du nez.

Excroissance unilatérale, mate, localisée à la branche montante du maxillaire supérieur, près de l'aile du nez, à droite, du volume d'une grosse olive. La pointe du nez est légèrement repoussée à gauche. L'ouverture de la narine est atrésiée mécaniquement, bien que la fosse nasale par elle-même soit tout à fait perméable. Le côté gauche est normal.

Hypertrophie des ganglions sous-maxillaires.

Le goundou, uniquement localisé à la région nasale, augmente encore.

L'état général est bon.

OBS. XVII. — Kiwako, homme Achanti, 23 ans.

N'a jamais eu le pian.

Le goundou s'est manifesté à 10 ans, sans phénomènes locaux ou généraux.

Tumeurs bilatérales, symétriques, mates, développées dans le sillon naso-juga, de la grosseur d'une moyenne noix.

Etat normal des ganglions sous-maxillaires, et des fosses nasales.

Le goundou, qui n'est pas généralisé, est dans un état stationnaire.

La santé est très bonne.

OBS. XVIII. — Mensa, garçon Achanti, 12 ans.

Son père a le goundou.

Cet enfant a été atteint de pian à l'âge de 6 ans.

A 8 ans, la tumeur a fait son apparition.

Pas de céphalalgie, de douleurs locales ni d'écoulement nasal.

Excroissances bilatérales, symétriques, mates, implantées sur la branche montante du maxillaire supérieur, de la grosseur d'une demi-amande.

Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas hypertrophiés.

Etat normal des fosses nasales.

Les tibias présentent une légère courbure à convexité antérieure et les genoux ont augmenté de volume.

La maladie semble progresser encore.

L'état général est bon.

OBS. XIX. — Gonda, homme Achanti, 27 ans.

A eu le pian à 6 ans et demi.

Ce malade n'a pas de tumeurs paranasales.

Il est atteint d'un goundou, localisé aux membres supérieurs et inférieurs, remontant à l'âge de 14 ans.

Le tiers inférieur du corps de l'humérus à droite, présente sur la face postérieure une exostose diffuse. Du côté gauche, épaissement de tout le corps de l'humérus sur la face postérieure, ce qui donne à

cet os l'apparence de courbure légère à concavité antérieure.

Les muscles correspondants sont un peu atrophiés.

Les tibias, régulièrement épaissis dans toute leur longueur, sont en lame de sabre, avec crêtes arrondies. Les malléoles internes ont augmenté de volume.

Il n'y a pas d'hypertrophie du système ganglionnaire.

L'affection semble arrêtée, et l'état général est assez bon.

OBS. XX. — Tema, fille Achanti, 15 ans.

A eu la variole.

Elle a souffert du pian à 5 ans.

Le goundou est apparu à 6 ans.

Au début, léger écoulement nasal, et douleurs locales. Pas de céphalalgie.

Tumeurs bilatérales, parfaitement symétriques, localisées au sommet des os propres du nez, de la grosseur d'une demi-amande. Leurs bases d'implantation se rejoignent, et il existe une dépression qui sépare les deux excroissances.

Pas d'hypertrophie des ganglions sous-maxillaires.

La maladie, qui n'est pas généralisée, ne progresse plus depuis trois ans.

Etat général excellent.

OBS. XXI. — Ochere, garçon Achanti, 10 ans.

Sa mère a eu le goundou.

Le malade a eu le pian à 5 ans.

L'excroissance paranasale est apparue à 8 ans.

L'enfant avait des maux de tête et des éternuements. Légères sécrétions des narines et douleurs locales.

Tumeurs bilatérales, mates, implantées sur les os propres du nez et la branche montante du maxillaire supérieur. L'excroissance gauche, qui est beaucoup plus grosse que celle de droite, envahit l'arcade sous-orbitaire correspondante, sur les deux tiers internes, sans toutefois produire de névralgie dans la joue, ou de troubles du côté de la sensibilité. Cette cavité orbitaire n'est pas rétrécie. Les tumeurs ont la forme d'une demi-noix, et celle de gauche entrave la vision.

Les ganglions sous-maxillaires sont hypertrophiés, et les fosses nasales fortement atrésiées.

Le goundou n'est pas généralisé, et il progresse encore.

La santé est bonne.

OBS. XXII. — Amba, fille Achanti, 18 ans.

A eu le pian à 5 ans et demi.

Le goundou s'est manifesté à 8 ans.

Pas de phénomènes locaux ni généraux.

Tumeur unilatérale, mate, développée à droite dans le sillon nasojugal, de la grosseur d'une amande. La narine droite est atrésiée, et la gauche est normale.

Les ganglions sous-maxillaires n'ont pas augmenté de volume.

Les os formant l'articulation des coudes sont épaissis et déformés et l'olécrâne des deux côtés est hypertrophié. L'extension complète des avant-bras est impossible.

Les muscles de cette partie sont légèrement atrophiés.

L'affection semble stationnaire.

L'état général est excellent.

Obs. XXIII. — Moniba, fille Achanti, 14 ans.

A eu le pian à 5 ans.

L'apparition des tumeurs paranasales s'est faite à 6 ans.

Pas de céphalalgie, de douleurs locales ni d'écoulement nasal.

Tumeurs bilatérales, symétriques, mates, implantées sur les os propres du nez, près des cantus internes, de la grosseur demi-olive.

A gauche léger épiphora.

Pas d'hypertrophie des ganglions sous-maxillaires.

Les fosses nasales sont perméables.

Pas d'autres manifestations de goundou.

L'affection est stationnaire.

Bon état général.

Obs. XXIV. — Kiwabena, homme Achanti, 23 ans.

A part l'affection présente, il ne se rappelle pas avoir été malade.

Le goundou a débuté à 10 ans, avec un peu de réaction locale, et de céphalalgie. Pendant les poussées d'ostéite, les tumeurs devenaient assez sensibles.

Excroissances bilatérales, symétriques, légèrement sonores, à grand axe horizontal, insérées sur les os propres du nez et la branche montante du maxillaire supérieur, de la grosseur d'une moyenne noix.

La vision est entravée.

Pas d'hypertrophie des ganglions sous-maxillaires.

Les cornets inférieurs et moyens sont repoussés vers la cloison; l'air passe à peine, il y a anosmie des deux côtés.

Pas d'autres manifestations de goundou, qui est stationnaire depuis deux ans.

Etat général médiocre.

Obs. XXV. — Simono, garçon Achanti, 18 ans.

Malade ayant eu le pian à 8 ans.

N'a pas de tumeurs paranasales.

Il est atteint d'un goundou aux membres inférieurs depuis l'âge de 15 ans.

Condyles internes épaissis et très saillants, ainsi que les plateaux des tibias. Les malléoles internes ont également augmenté de volume et les mouvements du pied sur la jambe sont légèrement entravés.

Tous les métatarses sont épaissis.

Les ganglions de l'aîne ne sont pas hypertrophiés.

Le goundou, depuis trois ans, semble stationnaire.

Pas de syphilis.

L'état général est assez bon.

OBS. XXVI. — Donko, garçon Achanti, 7 ans.

A eu le pian à 4 ans.

Les tumeurs ont fait leur apparition à 5 ans.

Les parents nous disent qu'au début de l'affection le petit malade avait des étternuements, des sécrétions nasales accompagnées de douleurs locales et de la céphalalgie.

Tumeurs bilatérales, mates à grand axe horizontal, insérées sur les os propres du nez et la branche montante du maxillaire supérieur, se propageant à l'arcade sous-orbitaire, de la grosseur d'une amande à gauche, et légèrement plus petite à droite.

L'orbite n'est pas rétrécie.

Comme l'affection progresse encore, nous croyons que bientôt la vision sera entravée.

Hypertrophie des ganglions sous-maxillaires.

Etat normal des fosses nasales.

Le goundou est uniquement ocalisé à la région paranasale.

L'état général est assez bon.

OBS. XXVII. — Makosso, garçon Apollonien, 16 ans.

A eu le pian à 7 ans.

L'excroissance paranasale a débuté à 10 ans.

Pas de douleurs locales, de sécrétions nasales ni de céphalalgie.

Tumeurs bilatérales, parfaitement symétriques, mates, insérées dans le sillon naso-jugal, de la grosseur d'une moyenne noix.

Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas hypertrophiés.

Légère atrésie des fosses nasales.

L'affection, qui n'est pas généralisée, est stationnaire depuis deux ans.

L'état général est excellent.

OBS. XXVIII. — Abora, fille Achanti, 14 ans.

Une tante paternelle a eu le goundou, ainsi qu'une cousine. Ces deux parentes sont supposées avoir été guéries par un traitement indigène.

Cette fille a eu le pian à 5 ans.

Les tumeurs nasales ont débuté à 7 ans.

Pas de symptômes locaux, ni généraux.

Excroissances bilatérales, mates, insérées sur les os propres du nez, de la grosseur d'une olive à gauche, et légèrement plus petite à droite.

Les ganglions sous-maxillaires ont augmenté de volume.

Rhinite hypertrophique double, et sécrétions nasales.

Légères végétations adénoïdes.

Depuis deux ans, les parents de l'enfant lui font suivre, sans succès, un traitement consistant en une macération de feuilles indigènes dans de l'eau de chaux, appliquée dans les fosses nasales.

Malgré l'usage de cette substance irritante, le goundou, qui n'est pas généralisé, semble stationnaire.

La santé est assez bonne.

OBS. XXIX. — Bouanga, homme Achanti, 36 ans.

A eu le pian à 5 ans.

Le goundou est apparu à 9 ans, sans avoir produit de réactions locales ni générales.

Tumeurs bilatérales, asymétriques, sonores, insérées dans le sillon naso-jugal, du volume d'une grosse noix à droite, et légèrement plus petite à gauche.

La vision est un peu gênée.

Pas d'hypertrophie des ganglions sous-maxillaires.

Les fosses nasales sont fortement atrésiées, surtout à droite.

Les tibias sont en lame de sabre avec crêtes émoussées, et les mal-léoles internes ont augmenté de volume.

L'affection est stationnaire.

L'état général est bon.

OBS. XXX. — Issongo, femme Fanti, 23 ans.

N'a jamais eu le pian.

La maladie a débuté à 6 ans.

Léger écoulement du nez et un peu de douleur locale.

Tumeurs bilatérales, symétriques, mates, à grand axe horizontal, insérées sur les os propres du nez et la branche montante du maxillaire supérieur, de la grosseur d'une amande.

A part ces excroissances, rien d'intéressant à noter.

OBS. XXXI. — Mokando, garçon Wassaw, 11 ans.

A eu le pian à 4 ans  $\frac{1}{2}$ .

Les tumeurs se sont manifestées à 6 ans  $\frac{1}{2}$ .

Pas de douleurs locales, de sécrétions du nez ni de céphalalgie.

Excroissances bilatérales, symétriques, mates, de la grosseur du bout du pouce, insérées uniquement sur les os propres du nez. Comme leurs bases se touchent, il existe une dépression au milieu.

Pas d'hypertrophie des ganglions sous-maxillaires.

Etat normal des fosses nasales.

Les tibias sont en lame de sabre avec crêtes émoussées et les mal-léoles internes et externes ont augmenté de volume. Les mouvements du pied sur la jambe, des deux côtés, sont un peu entravés.

Les métatarsiens des deux pieds sont épaissis.

L'affection progresse encore, et l'état général est médiocre.

## TOGO

OBS. XXXII. — Samba, homme Eveh, 21 ans.

A eu le pian à l'âge de 7 ans.

Le goundou est apparu à 13 ans sur le côté gauche du nez.

Jamais d'écoulement nasal, de douleurs locales ni de céphalalgie.

Tumeur irrégulière, mate, à grand axe supéro-externe, insérée sur les os propres du nez et la branche montante du maxillaire supérieur de la grosseur d'une olive.

Pas d'hypertrophie des ganglions sous-maxillaires.

La fosse nasale gauche est atrésiée et l'aile du nez repoussée vers le septum.

Rhinite hypertrophique à droite.

Pas d'autres manifestations générales

La maladie, depuis deux ans est stationnaire.

La santé est très bonne.

### DAHOMEY

Obs. XXXIII. — Ayaba, femme Minas, 28 ans.

A 6 ans a eu le pian.

Elle dit avoir souffert de céphalalgie et de douleurs locales au début. Pas d'écoulement du nez.

Tumeurs bilatérales, parfaitement symétriques, sonores, localisées dans le sillon naso-jugal, du volume d'une moyenne amande.

Les ganglions sous-maxillaires ne sont pas hypertrophiés.

Les cornets sont repoussés vers la cloison.

Les tibias sont en lame de sabre, avec crêtes émoussées.

L'affection est stationnaire.

Etat général excellent.

### CONGO BELGE

Obs. XXXIV. — Lufungula, homme Batetela, 23 ans.

A eu le pian à 6 ans  $\frac{1}{2}$ .

Les excroissances du nez ont débuté à 10 ans. A cette époque, un peu de céphalalgie, de douleurs locales et de sécrétions des narines.

Tumeurs paranasales, asymétriques, mates, insérées sur les os propres du nez et la branche montante du maxillaire supérieur, de la grosseur d'une moyenne noix, à gauche, et légèrement plus petite à droite.

Pas d'hypertrophie des ganglions sous-maxillaires.

Les fosses nasales sont un peu atrésiées.

Pas d'autres manifestations de goundou qui est stationnaire.

Très bon état général.

De la lecture de nos observations, très sommairement rapportées, se dégagent les faits suivants.

Dans ces 34 cas, nous avons rencontré:

Vingt-trois fois le goundou uniquement paranasal.

Huit fois le goundou paranasal et généralisé; et enfin trois fois le goundou généralisé sans envahissement du nez.

Les tibias étaient en lame de sabre chez 7 de nos malades, et sur notre total, 10 indigènes n'avaient jamais eu le pian.

Dans aucun cas, nous n'avons relevé une histoire de traumatisme à la région sur laquelle le goundou était apparu.

Lorsque la tumeur était localisée à la paroi sous-orbitaire, nous n'avons jamais constaté de névralgie à la joue ou de troubles de la sensibilité.

A l'exception de notre opéré de l'observation VIII, la syphilis a toujours été trouvée absente, ainsi que la tuberculose, la lèpre ou autres infections des narines.

Notre séjour assez long à Coumassie, capitale du pays des Achantis, à la Côte d'Or, explique le fait que près des deux tiers de nos cas ont été vus chez les indigènes de cette contrée.

Nous ne croyons pas devoir reproduire la photographie de nos 34 malades, étant sous l'impression que la plupart de nos lecteurs sont déjà au courant de ce chapitre de pathologie exotique. Nous nous contenterons simplement de donner, sinon la plus caractéristique, du moins la plus étrange d'entre elles. D'ailleurs avec la description que nous avons faite du goundou, il est facile de se former une idée de l'apparence de ces noirs, porteurs de tumeurs dans la région du nez.

**Variétés.** — Bien que le goundou s'observe généralement à la région paranasale, sous la forme de deux excroissances plus ou moins symétriques, il peut aussi envahir seulement un côté du nez. Dans d'autres circonstances, il s'attaque à l'os malaire, au maxillaire inférieur et peut se généraliser sur presque tous les os du corps.

**Diagnostic.** — Lorsque le goundou est localisé à la région paranasale, le diagnostic est facile à faire, et cette maladie ne peut être confondue qu'avec le pseudo-goundou de Brumpt, qui s'observe uniquement à la suite du pian, et qui disparaît avec une médication appropriée. Si au contraire l'affection est généralisée, on doit se rappeler qu'elle est la plupart du temps, bilatérale, et dans le doute, un traitement d'épreuve par l'iodure de potassium, le néosalvarsan ou autre sel arsenical, permet d'arriver à un diagnostic précis.

En présence d'une affection osseuse, aux membres ou ailleurs, il faut toujours penser à la syphilis, qui est particulièrement grave dans les pays tropicaux, et se rappeler que le goundou ne suppure pas.

Cette maladie ne peut être confondue avec le rachitisme, puisque les déformations osseuses ne sont pas les mêmes. En effet, avec le goundou, on ne rencontre pas de déviation de la colonne vertébrale, de malformation des côtes et du sternum et la courbure des tibias n'est jamais concave en dedans.

Depuis quelque temps, certains auteurs prétendent que dans le pian on peut avoir des complications suppurées du côté des os, et même des fractures spontanées consécutives. Ce serait sortir de notre sujet que de discuter ici la valeur de cette opinion; nous nous contenterons simplement de répéter que dans le goundou vrai, il n'y a pas de suppuration osseuse. Nous profiterons de la circonstance pour dire que, suivant nous, un certain nombre de symptômes imputables au goundou, ne sont que des manifestations d'une infection pianique.

**Pronostic.** — Lorsque le goundou paranasal envahit l'arcade sous-orbitaire, il est à craindre des complications du côté de l'œil, et même la destruction de cet organe par compression. Si la tumeur est un peu grosse, ou se développe encore, il peut simplement en résulter une limitation du champ visuel.

Les porteurs de goundou localisé aux épiphyses sont exposés à des troubles définitifs des mouvements articulaires. Lorsque le système musculaire est atrophié, on constate une faiblesse plus ou moins grande des membres atteints.

**Traitement.** — Avant de recourir à la méthode chirurgicale, on a d'abord employé les mercuriaux, l'iodure de potassium et les injections intra-veineuses de néosalvarsan, ou autres produits arsenicaux similaires. Comme aucun de ces remèdes ne procuraient d'amélioration, on est alors arrivé à la conclusion que l'opération était le seul traitement rationnel contre le goundou paranasal.

Contrairement à l'opinion de Bouffard et de Gouzien, qui disent que l'ablation de la tumeur ne peut être que palliative, nous pensons que l'intervention est curative, même partiellement pratiquée. En effet, nos expériences faites à la Côte d'Ivoire, chez deux ingénieurs que nous avons opérés, incomplètement d'un côté et radicalement de l'autre, et chez lesquels aucune récurrence ne s'était manifestée quatre ans et demi après cette intervention, nous permettent de croire à une guérison définitive. D'ailleurs en nous rapportant à la littérature que nous avons parcourue, jamais le goundou ne serai réapparu à

la suite d'une première ablation. Aussi, en nous inspirant de nos propres constatations, nous ne craindrions pas d'opérer *tous* les sujets atteints de goundou à la face, pourvu que leur état général le permette.

Lorsque cette maladie envahit les articulations et les diaphyses des os longs, il n'y a rien à faire, car dans ces cas, l'intervention esthétique n'a plus sa raison d'être, et l'opérations ne procurerait aucune amélioration des mouvements articulaires.

**Prophylaxie.** — Comme nous ne connaissons pas encore la cause du goundou, il est inutile, dans ce chapitre, de parler de prophylaxie.

**Conclusions.** — Bien que le goundou soit assez fréquent chez les indigènes de la Côte d'Ivoire, on l'observe aussi un peu partout en Afrique, chez les noirs de ce continent. Jusqu'à cette date, des cas isolés ont été rencontrés en Asie, dans quelques îles de l'Océanie, au Mexique, au Brésil et dans les Antilles, et aucune race n'est réfractaire à la maladie, puisqu'un européen a déjà souffert du goundou.

La symptomatologie de cette affection permet, au point de vue du diagnostic, d'éliminer la syphilis et le pian, qui a considérablement embrouillé ce chapitre de pathologie exotique.

Lorsque le goundou est paranasal, on peut avoir des complications même très graves du côté des yeux, et s'il est généralisé, on peut observer des troubles musculaires et surtout articulaires.

Le traitement chirurgical est le seul pouvant guérir les tumeurs localisées à la face; il n'y a malheureusement rien à faire lorsque la maladie est généralisée.

Quoique Strachan ait rencontré un cas qui semblait être congénital, la très grande majorité des auteurs pense que cette affection est acquise.

Les recherches bactériologiques de Durante ont permis d'isoler un parasite non encore décrit, qui serait *peut-être* responsable de tous les accidents; toutefois avant de conclure, d'autres travaux de laboratoire devront être poursuivis pour confirmer cette découverte.

En terminant nous dirons donc que le goundou est une *néoformation inflammatoire* caractérisée par une *ostéite chronique spongieuse vraie exubérante*, de cause encore inconnue.

## BIBLIOGRAPHIE

1882. MACALISTER (A.). — Horned men in Africa. *Proc. Royal Irish Academy*.
1883. MACALISTER (A.). — Further evidence as to the existence of horned men in Africa. *Proc. Royal Irish Academy*.
1887. LAMPREY (J.-J.). — Horned men in Africa. Further particulars of their existence. *Brit. Med. Journ.*, déc.
1894. MACLAUD (C.). — Note sur une affection désignée dans la boucle du Niger et le pays de Cong, sous le nom de goundou ou anakhré (gros nez). *Archives de Médecine Navale*, janv.
1900. CHALMERS (A.-J.). — Report on henpuye in the Gold Coast Colony. *Lancet*, janv.
- RENNER (W.). — A case of goundou or anakhré. *Journ of Trop. Med.*, janv.
- GRAHAM (J.-C.). — Goundou or anakhré (gros nez). *Journ of Trop. Med.*, aug.
- MAXWELL (J.-P.). — Goundou and ainhum in South China. *Journ. of Trop. Med.*, déc.
1901. BRADDON (W.). — Note on the occurrence of goundou or gros nez in the Malay Peninsula. *Journ. of Trop. Med.*, may.
- LIM BOON KENG. — Goundou preceeding chronic hydrocephalus in in a Malay child. *Journ. of Trop. Med.*, july.
- MENDES (P.). — A propos d'un cas de goundou ou anakhré. *Revue de Chirurgie*, p. 445.
- JEANSELME. — Note sur le goundou ou anakhré. *Revue de Chirurgie*, p. 453.
1903. FRIEDRICHSEN. — Die doppelseitige Nasengeschwulst der Tropenländer. *Arch. f. Schiffs. u. Tropenhyg.*, Bd. VII, Heft. I.
- NELL (A.). — Goundou. Its relation to yaws. *Journ. of Trop. Med.*, nov.
1904. RENNER (W.). — A case of goundou or anakhré. *Journ. of Trop. Med.*, july.
1905. LOPEZ (F.). — Primer caso en Mexico de una enfermedad exotica llamada goundou o anakhré. *Anales de Oftalmologia de Mexico*, Enero.
- CANNAC. — Notes sur deux cas de goundou. *Arch. de parasit.*, p. 269.
- WELLMAN (F.-C.). — Goundou in South Angola. *Journ. of Trop. Med.*, oct.
- LE DANTEC. — *Traité de pathologie exotique*, Paris (édition épuisée).
1906. WELLMAN (F.-C.). — A creticism of some of the theories regarding the etiology of goundou and ainhum. *Journ. of Americ. Med. Associat.*, march.
1907. MAC LEOD (J.-M.-H.). — Goundou. *A System of Medecine*, vol. II, 2e part., London.

- RADLOFF. — Uber Gundu in Deutsch. Ostafrika. *Inaug. Dissert.*, mai. Leipzig.
1908. BROOKE (G.-E.). — *Tropical Medicine, Hygiene and Parasitology* (manual). Griffin et Co. Ltd. London.
- ROQUES ET BOUFFARD. — Un cas de goundou chez le cynocéphale. *Bull. Soc. de Path. Exot.*, mai.
1909. BRANCH (C.-W.). — Case of goundou in the West Indies. *Journ. of Trop. Med. and Hyg.*, march.
- BOUFFARD (G.). — Autopsie d'un cas de goundou chez le cynocéphale. *Bull. Soc. de Path. Exot.*, avril.
- ORPEN (R.-W.). — An unusual case of goundou. *Annals of Trop. Med. and Parasit.*, p. 289.
1910. SHIRCORE (J.-O.). — Goundou. *Brit. Med. Journ.*, feb.
- REVES. — A case of goundou with coexisting leontiasis. *United States Naval Med. Bulletin*, No. 2.
- BURROWS (W.). — Goundou. An interesting case. *Journ. of Trop. Med. and Hyg.*, oct.
1911. MARCHOUX (E.) ET MESNIL (F.). — Ostéite hypertrophique généralisée des singes avec lésions rappelant le goundou. *Bull. Soc. de Path. Exot.*, mars.
- LÉGER (A.). — Contribution à l'étude de l'histo-pathologie du goundou. *Bull. Soc. de Path. Exot.*, avril.
- LEBER UND S. VON PROWAZEK (A.). — Bericht über medizinisch Beobachtung auf Samoa und Manono (Samoa). *Arch. f. Schiffs. u. Tropenhyg.*, No. 13.
1913. BRUMPT (E.). — *Précis de parasitologie*, Masson et Cie, Paris.
- CASTELLANI (A.) AND CHALMERS (A.-J.). — *Manual of Tropical Medicine*, 2nd. edit. Baillière, Tindall et Cox, London.
1914. MENSE (C.). — *Handbuch der Tropenkrankheiten*, II Band. J. A. Barth., Leipzig.
1915. ROY (J.-N.). — L'ozène chez les différentes races de la terre. *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, p. 733.
1917. BOTREAU-ROUSSEL. — Note sur le n'goundou. *Bull. Soc. de Path. Exot.*, juin.
1918. MC DILL (J.-R.). — *Tropical Surgery and Diseases of the Far East*, C. V. Mosby et Co., Saint-Louis, Mo., U. S. A.
1919. MASON (P.). — *Tropical Diseases* (manual), 6th edit., Wm. Wood et Co., New-York.
- ROY (J.-N.). — De la syphilis chez les noirs de l'Afrique, et de ses manifestations oto-rhino-laryngologiques. *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*, 15 juin.
- ROUSSEAU (L.). — Notes sur la syphilis et le pian au Cameroun. *Bull. Soc. de Path. Exot.*, juillet.
1920. CLAPIER (P.). — Ostéite hypertrophique au cours du pian. *Bull. Soc. de Path. Exot.*, avril.
- DURANTE (G.) ET ROY (J.-N.). — Le goundou. *Bull. Association française pour l'étude du cancer*, p. 308.

- DURANTE (G.) ET ROY (J.-N.). — Le goundou. *Bull Soc. anatomique de Paris*, t. XVII, p. 587.
1922. DE GONZALEZ (J.). — Segundo caso observado en Mexico de la enfermedad exotica denominada anakhré o goundou. *Revista Cubana de Oftalmologia*, Enero.
- JOYEUX (C.). — Goundou. *Nouveau traité de médecine*, fasc. V, Masson et Cie, Paris.

## TRIBUNE LIBRE

### A PROPOS DES DISPENSAIRES

#### Les plaintes — Les faits

Trois-Rivières, 26 mars 1925.

M. le Rédacteur en chef de *l'Union Médicale du Canada*,

Dans le numéro de mars, vous écriviez, sur le dispensaire, un article très modéré, mais juste, dont les praticiens ont été satisfaits. En mars aussi, *l'Action Médicale* s'est exprimée dans les termes suivants sur le même sujet, à l'occasion d'un voyage à Trois-Rivières:

“Au point de vue des dispensaires, cette réunion fut d'autant plus heureuse que le Dr Desjardins, officier de Santé de la ville des Trois-Rivières, assista à la réunion, ainsi que les chargés de dispensaires; cette rencontre valut à l'assemblée des renseignements précieux sur le système employé aux Trois-Rivières, ses avantages et les défauts qui n découlent. On convint généralement que les ennuis dont souffrent les praticiens, en rapport avec les dispensaires trifluviens, dépendent, non pas tant du système en vigueur, que de la *non-observance occasionnelle* de règlement qui, sur beaucoup de points, pourraient être cités comme modèles.”

Touchant les dispensaires, vous ajoutez plus loin:

“Revenant aux dispensaires, les praticiens insistent sur le fait que le chargé de dispensaire devrait se borner à faire le diagnostic, “à renseigner le malade sur le besoin où il est ou non d'aller voir son médecin.” “Voilà, répond le Directeur des dispensaires *de la ville*, quels sont réellement les ordres reçus par les médecins des dispensaires. Le dispensaire doit être un bureau de prévention, et rien autre.”

Certaines précisions s'imposent, je crois, afin que vos lecteurs puissent se former une opinion absolument juste de la situation aux Trois-Rivières.

Ainsi, et sur ce point j'insiste fortement, dans le dernier paragraphe cité, vous dites: le directeur des dispensaires *de la ville*. Le lecteur peu averti entendra peut-être: le directeur des dispensaires municipaux. Or la vérité est toute autre. Pour la centième fois je le répète, j'ai organisé ces dispensaires en vertu de la Loi d'Assistance Publique et l'“Œuvre des Dispensaires” de la Cité des Trois-

Rivières, comprenant un dispensaire anti-tuberculeux et deux dispensaires dits de "Goutte-de-Lait", a été gazettée dans la Gazette Officielle en mars 1923. La Ligue anti-tuberculeuse et de Puériculture, qui soutient l'Œuvre des Dispensaires, reçoit des allocations du Service Provincial d'Hygiène, du Conseil de Ville des Trois-Rivières, des industries locales et de la population en général. Les dispensaires ne sont pas plus municipaux que les communautés religieuses relevant de l'Assistance Publique ne sont gouvernementales. Le Comité de la Ligue a donc le contrôle de ses dispensaires, sujet aux conditions de la loi de l'Assistance Publique.

Cette précision s'imposait afin de comprendre les événements qui ont suivi.

Dans le paragraphe rapporté on fait allusion à la "*non-observance occasionnelle*" de règlement qui, sur beaucoup de points, pourraient être cités comme modèles. En effet, je suis bien convaincu que nos règlements sont les meilleurs à l'heure actuelle. Ce sont les mêmes règlements qui régissent les autres dispensaires d'Hygiène Sociale établis ailleurs. Quant à leur "*non-observance*" occasionnelle, il y aurait beaucoup à dire. J'ai fortement demandé à mes confrères de me rapporter tout cas concret de violation de ces règlements. C'est un point bien chatouilleux. J'ai remarqué avec regret que quelques confrères, qui souffrent de certaines malaises, persistent à en imputer la cause aux dispensaires alors qu'il faudrait voir ailleurs. Ils continuent à voir le dispensaire d'un œil de travers. C'est dommage pour eux et pour l'œuvre entreprise. Pour eux, car ils s'en tiennent volontairement éloignés et se privent, à l'occasion, d'un apport précieux quant aux facilités de diagnostic; pour l'œuvre entreprise, car nous avons besoin du concours de tous les médecins.

Dernièrement, j'ai redemandé de nouveau que l'on cessât de dire que le chargé de dispensaire (médecins et infirmières) violaient, à l'occasion et même d'une manière courante, les instructions reçues mais que l'on citât plutôt des cas concrets de cette violation afin de faire enquête et redresser ce qu'il y aurait de défectueux. Or quelques confrères ont bien voulu satisfaire à cette légitime demande. Je citerai donc quelques cas, et vos lecteurs jugeront.

1—Le Dr A... me rapporte avec beaucoup de délicatesse qu'une infirmière aurait poussé l'audace jusqu'à intervenir chirurgicalement chez un de ses clients. Il me donne loyalement dates et détails précis. Je conduis discrètement une enquête et je reviens convaincu que le médecin avait parfaitement raison. Inutile de dire que l'inculpée a reçu un avis

**LABORATOIRES CLIN**

**SYPHILIS,  
PIAN, PALUDISME,  
TRYPANOSOMIASES :**

**NÉO-TRÉPARSÉNAN****(914 FRANÇAIS)**

(Dioxydiamidoarsénobenzol méthylène sulfoxylate de soude)

1603

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE :

**LABORATOIRES CLIN, COMAR & C<sup>IE</sup>,** *Pharmaciens de 1<sup>re</sup> classe. — Fournisseurs des Hôpitaux*  
20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS

Dépositaires au Canada: MM. G. HERDT &amp; CHARTON, Montréal.

Etablie en 1914

Incorporé en 1925

**AGENCE INTER-URBAINE  
DE RECLAMATIONS LIMITEE**

en affaires depuis 1914

“POURQUOI” ne pas devenir un des nombreux abonnés à qui notre système de collection a rendu service et a donné satisfaction ? Nous faisons une spécialité des honoraires professionnels médicaux en ne demandant que de

**3 --- à --- 15%**

et “POURQUOI” ne pas obtenir des informations nécessaires sur les mauvais clients, informations que nous donnons dans notre bulletin mensuel.

Sur demande nous vous enverrons notre représentant pour vous expliquer ce système unique.

**Agence Inter-Urbaine de Réclamations Ltée**

153, rue Peel, Montréal

Tél. Uptown 3351

QUEBEC — SHERBROOKE — TORONTO — OTTAWA — TROIS-RIVIERES  
CALGARY — ST. JOHN — SYDNEY — HALIFAX

## Diarrhée estivale

La cause en est une infection gastro-intestinale due aux toxines contenues dans le lait.

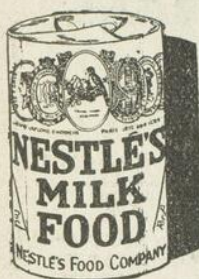
La plupart des médecins de notre pays ne s'en laissent pas imposer par ces infections aiguës dues au lait; ils prescrivent immédiatement

## Le Nestle Milk Food

NOURRITURE DE TOUTE GARANTIE

Le docteur Louis Fischer dans un livre sur les "Maladies du nourrisson et de l'enfant" recommande cette nourriture à tous les bébés âgés de moins de 12 mois.

DIRECTION: Nestlé Milk Food, 2 cuillerées à thé; eau 8 onces. Chauffez jusqu'à ébullition et donnez de trois à 5 onces toutes les quelques heures.



*Envoyez ce coupon aujourd'hui pour recevoir un échantillon gratuit.*

COUPON DU MEDECIN  
COMPAGNIE LIMITEE  
NESTLÉ'S FOOD OF CANADA  
84 St-Antoine, Montréal

Veuillez envoyer, sans aucune charge de ma part, un paquet de Nestlé's Food.

Nom .....

Rue .....

Ville .....

Province .....

# SIROP "ROCHE"

## au THIOCOL

administration prolongée

de  
**GAÏACOL**  
**INODORE**

à hautes doses

sans aucun inconvénient



Echantillon & Librairie Pharm. La Roche & Co  
21 Place des Vosges PARIS

Dépôt général pour le Canada: Rougier Frères, 210, rue Lemoine, à Montréal.

précis et qui ne souffre pas récidive. J'ai chaleureusement remercié le confrère qui m'avait rapporté ce cas.

2—Le Dr L... rapporte qu'ayant une cliente (capable de payer son médecin), chez qui il aurait aimé voir son diagnostic confirmé, lui conseille d'aller au dispensaire pour examen clinique et radioscopique. La cliente se présente à la consultation sans lettre du médecin traitant. On l'examine et on lui dit que l'infirmière passera chez elle pour faire la fiche d'enquête sociale regardant les conditions sanitaires du logis. Le médecin se plaignait qu'on aurait dit à sa cliente de revenir à la consultation sans lui donner une carte à faire signer par son médecin. Enquête faite, il est démontré que cette personne a subi son examen, qu'on lui a donné les conseils appropriés et qu'elle n'avait pas à revenir au dispensaire; d'où non nécessité de lui donner une carte, si elle eut été indigente. Dans ce cas le dispensaire ne pouvait être accusé de non-observance occasionnelle des règlements".

3—Le Dr H... téléphone un jour au médecin du dispensaire qu'il lui envoie sa servante, — donc une indigente, — pour qu'il l'examine et lui fasse ce qu'il y aurait à faire. Effectivement la servante se présente à la consultation; par égard pour le confrère qui l'avait recommandée, on l'examine seule et avant les autres et comme elle avait besoin de remèdes, on lui délivre séance tenante ce qui lui convenait.

Y a-t-il eu faute formelle de la part du dispensaire en ce cas? vu qu'on a donné des remèdes à cette personne avant qu'elle ne rapporte une carte signée par le médecin? Evidemment non, puisqu'en outre elle était servante de son état, ce qui la mettait au rang des indigents, elle était en plus recommandée par le médecin chez qui elle était en service. D'ailleurs, le Dr H..., qui me rapportait ce cas, ne le faisait pas pour critiquer l'observance des règlements, mais bien pour démontrer qu'en pratique il arrive des situations où la règle générale souffre des exceptions, sans qu'on ait motif de censurer.

4.—Le Dr C... me rapporte ce qui suit: une fillette aurait reçu du dispensaire, dès sa première visite, une bouteille de remèdes, et ce, sans avoir de carte signée par un médecin. J'enquête à domicile avec mon confrère et on apprend que la fillette a été une première fois à la consultation, qu'on lui a donné une carte de recommandation à faire signer par le médecin; que cette carte a dûment été signée par un médecin de cette ville, à l'insu du Dr C...; qu'elle est retournée au dispensaire dont elle a reçu les remèdes en question. Le Dr C... admet loyalement que le dispensaire n'est pas en défaut. Il reste un peu perplexé à savoir si l'autre médecin a bien agi en signant la dite carte. Ceci évidemment ne regarde pas le dispensaire.

5—Le Dr C... me rapporte encore que Mme X. aurait reçu des remèdes du dispensaire, qu'elle est sa cliente et qu'il ne lui a jamais donné de carte. Avec le confrère, j'enquête et Mme X. soutient qu'elle

n'a jamais été au dispensaire et qu'elle n'en a jamais reçu de remèdes. Le Dr C... admet en ce cas avoir fait erreur de nom.

Voilà la situation actuelle. Quelques confrères ont cité des cas concrets; — une enquête a eu lieu, — le lecteur peut juger.

Le Directeur médical des dispensaires est bien en droit, je suppose, de demander que les plaintes de "non-observance occasionnelle des règlements" soient bien fondées avant d'intervenir soit pour simple réprimande ou pour renvoi d'office. On ne peut toujours pas nous demander raisonnablement de gourmander ou renvoyer un personnel qui fait son devoir avec zèle et dévouement que sur des à-peu-près. Si l'on veut justice, que l'on donne justice.

Qu'on remarque bien, je ne fais pas un crime à mes confrères de n'avoir pas établi le bien-fondé de leurs rapports. Ils ont été victimes d'erreurs ou de tromperies. Mais ces quelques enquêtes que j'ai pu conduire ont démontré que les chargés de dispensaires ont observé généralement bien les instructions reçues. Ces enquêtes ont aussi démontré, à tout le monde et au Dr C... en particulier, parce qu'il a été à même de voir les certificats et les registres au dispensaire, que "*mon client*", ça n'existe pratiquement plus. Les gens sont libres d'aller d'un bureau de médecin à l'autre, et, grand Dieu, ils y vont sans se gêner. Le Dr C... a pu se rendre compte qu'en 1924 nous avons reçu au dispensaire anti-tuberculeux 120 certificats de recommandation des médecins de cette ville sur près de 300 diagnostics positifs, à un degré quelconque.

On semble croire que le dispensaire est friand de prendre à sa charge le traitement de centaines de tuberculeux. Quelle erreur! Le Dispensaire n'est pas un hôpital, ni même un sanatorium. C'est seulement un lieu de dépistage, d'éducation hygiénique et d'assainissement. Ce n'est que *per accidens* et forcément que l'on fera du traitement et seulement pour ceux que les médecins eux-mêmes nous renvoient avec une carte de recommandation. On est tellement peu enclin à soigner au dispensaire que l'on remet dans les mains des médecins l'arme de la défense professionnelle, en l'espèce la carte de recommandation. Et même plus, s'il arrivait qu'un médecin consente à signer une carte de recommandation par complaisance (ce qui ne devrait pas se faire), s'il veut se protéger quand même qu'il nous avertisse privément et nous lui renverrons son malade, que ce soit un indigent ou non, s'il veut bien prendre la responsabilité de le traiter. Et nous ne prétendons pas soigner pour la bonne raison que le dispensaire n'est pas outillé à cette fin. Et le chargé du

dispensaire ne fait pas de visite à domicile. Non, et le dispensaire n'accepte, et pour un traitement médicamenteux forcément incomplet, que les malades que les médecins rejettent à la voirie en signant les cartes de recommandation. Et c'est uniquement parce qu'ils sont ainsi déjetés que le dispensaire devient *per accidens* un lieu de traitement.

Il faudrait une bonne fois comprendre et apprécier comme il convient, que le dispensaire fait partie de l'outillage dans la grande lutte sociale contre la tuberculose et la mortalité infantile et que son motto est: *Dépister — Eduquer — Assainir*. C'est en fonction seulement de ces trois buts que médecins et infirmières travaillent. Car une fois dépisté, le prétuberculeux, le tuberculeux avéré ou le simple contact est poussé dans les bras du médecin et ce n'est que sur recommandation d'un médecin que le dispensaire le recueillera plutôt que de le laisser à l'abandon semant à droite et à gauche les germes de maladie et se saturant de remèdes brevetés annoncés à grands frais dans la presse.

Et qu'avons-nous fait aux Trois-Rivières en 1924 quant au traitement des tuberculeux? (car il n'est pas question du tout de traitement — sauf hygiénique et diététique aux "Goutte-de-Lait"). Nous avons suivi 157 malades recommandés, dont 120 de la ville; ces personnes sont revenues de temps à autre subir un examen et on leur a donné des fortifiants pour la somme globale de \$350.00, ce qui représente bien \$2.25 per capita. On ne pourra toujours pas prétendre qu'il y a abus. Où est donc en fin de compte la "non-observance occasionnelle des règlements", qui — a-t-on prétendu plus tard ici même — serait de pratique courante?

Non, ce qu'il y a c'est une méfiance, c'est une mésintelligence de la situation. Les médecins, je dois le dire, se sont tenus trop éloignés du dispensaire. On a jugé trop vite et sans se donner la peine d'analyser et à la moindre rumeur on a pris feu au lieu d'approfondir la situation réelle dans chaque cas. C'est regrettable. Pour que la campagne intensive contre la tuberculose et la mortalité infantile donne de pleins résultats, il faut entr'autres choses, harmonie parfaite entre les médecins et les dispensaires. Et chez nous, dès le début, je demandais à mes confrères leur coopération bienveillante. En effet, en date du 20 juin 1923, j'écrivais à mes confrères ce qui suit :

"Nous l'attendons cette coopération et si notre œuvre est bien comprise, la profession médicale comprendra qu'elle doit nous la

donner sans réserve. La profession médicale sera heureuse de coopérer à notre œuvre parce que ces dispensaires, loin d'être organisés pour faire dommage à la pratique du médecin ont pour but: 1° la prévention des maladies évitables, et 2° convaincre les gens d'avoir à se présenter chez leur médecin ordinaire sitôt que la maladie fera son apparition, ce qui permettra au médecin de faire œuvre utile plutôt que d'être, par négligence des gens, en face de maladies très avancées dont le dénouement est trop souvent fatal. En somme donc la prévention entreprise par les dispensaires tend à diminuer la mortalité; c'est le but que doit s'efforcer d'atteindre tout médecin consciencieux; nous travaillons donc tous dans le même but. Nous sommes donc en droit de recevoir la coopération de la profession médicale."

Et cette prévention active a déjà donné des résultats encourageants puisque le taux de la mortalité infantile de 0 à 1 an, qui était de 196 par 1,000 naissances durant la période de 1918-1922, est tombé à 149 en 1924, soit un gain de 27 points; puisque aussi le nombre des tuberculeux connus des médecins en mars 1923 était de 70 et qu'après un an et demi de travail nous en avons trouvé près de 300.

Voilà l'œuvre accomplie aux Trois-Rivières. Le lecteur impartial comprendra mieux le milieu où nous évoluons. Il saisira mieux que la méfiance n'a pas sa raison d'être et qu'il faudrait enfin que le médecin se rapprochât davantage du dispensaire.

Et je termine par ce point. Comment le médecin doit-il se rapprocher du dispensaire. En y conduisant lui-même les clients à diagnostic douteux pour bénéficier lui-même des moyens d'investigation mis en œuvre au dispensaire. Ceci m'amène à dire qu'il y a trois catégories de personnes qui viennent au dispensaire :

1° Celles qui viennent d'elles-mêmes. Ce sont des clients libres qui veulent établir, du point de vue tuberculose, leur bilan de santé. A ces personnes le médecin du dispensaire dit en blanc et en noir, suivant son jugement, ce qui en est. C'est le droit des gens et nous le respectons.

2° Celles qui sont envoyées par leur médecin. Dans ces cas, les médecins devraient, s'ils veulent qu'on le sache, donner une lettre d'introduction, afin que le médecin seul soit mis au courant de l'état du malade. C'est une consultation dont une partie seule est présente. L'étiquette des consultations est de mise.

3° Celles qui viendraient accompagnées de leur médecin. Ce serait le moyen idéal de bonne entente et toutes choses se passeraient comme dans des consultations entre confrères qui se respectent.

Je renouvelle donc à mes confrères en général et à ceux des Trois-Rivières en particulier, l'assurance que le dispensaire d'Hygiène sociale doit être vu d'un meilleur œil qu'il ne l'est présentement. C'est à tort que dans l'étude de cette question des dispensaires, ou des abus des dispensaires, l'on s'entête à englober tous les dispensaires, quels qu'ils soient, dans le même ensemble et leur vouer la même méfiance. J'ai déjà dit devant le Collège des Médecins que la cause des dispensaires d'Hygiène Sociale devrait être séparée de la cause des autres dispensaires de traitement: dispensaires des hôpitaux, dispensaires privés, dispensaires anti-vénéériens, etc. J'espère que les lecteurs de *l'Union Médicale* comprendront et admettront cette distinction essentielle qui s'impose et que dans leurs appréciations ils sauront tenir compte des longues explications qui précèdent.

Bien à vous,

Omer E. DESJARDINS, M.D.,  
*Directeur Médical de l'Œuvre des Dispensaires  
de la Cité des Trois-Rivières.*

— o —

## CORRESPONDANCE

Notre ami, le docteur L. F. Dubé, a dit du bien de moi, dans le numéro d'avril de *l'Union Médicale du Canada*. Je l'en remercie.

Le sujet soulevé me rappelle des souvenirs. Le quatre mai 1914, le Conseil de la Faculté de Médecine me nommait professeur agrégé et le secrétaire, le professeur L. D. Mignault m'en envoyait avis officiel le sept du même mois. J'étais alors en voyage aux Etats-Unis. A mon retour, en descendant au bureau, je n'avais pas encore ouvert ma correspondance, quand le professeur Villeneuve me téléphona la bonne nouvelle. Ignorant tout, je suis surpris, je le remercie, il me félicite et nous prenons engagement pour le dimanche suivant, surlendemain, à sa résidence.

"La Faculté vient de vous nommer en reconnaissance du grand travail que vous avez accompli à l'Institut Bruchési", me dit-il. — "Je suis très sensible à cette marque d'estime, je vous réitère mes remerciements et, docteur, vous me permettrez, sans doute, de mentionner le fait que je n'ai pas fait ce travail seul, je n'aurais jamais pu. J'ai des aides dévoués, ayant fort peiné aussi. Puis-je prendre pour moi l'honneur et leur laisser le labeur?" Le docteur Villeneuve comprend. De mon côté, je me rends bien compte qu'une Faculté de Médecine ne peut pas faire une nomination additionnelle quand les rangs sont remplis. J'hésite. Nous nous rencontrerons de nouveau à trois ou quatre reprises. Entre

temps, je fais part de mon trouble à Gustave Archambault, à Bousquet. Mais, cela ne le résout pas.

Nous sommes maintenant au commencement du mois de juin 1914. Depuis plusieurs mois déjà, les affaires n'ont pas bien été, dans le moment elles vont encore moins bien. Le temps marche, il faut se soutenir. En août, quand la guerre éclate, il faut en plus porter ceux qui vous culbutent sur le dos. Il faut sauver ce qui m'a permis de me donner pendant quelques années, à une institution philanthropique. Un dispensaire antituberculeux, à sa période d'organisation surtout, vit de quelqu'un, de plusieurs, ne fait pas vivre quelqu'un. Dans le doute, de ce que j'avance, on pourrait s'informer auprès du docteur E. M. A. Savard qui en a appris quelque chose au dispensaire antituberculeux de Québec, auprès de l'estimé Doyen de la Faculté de Laval, le professeur Arthur Rousseau, aujourd'hui président de l'Association canadienne antituberculeuse et, même auprès des quelques médecins des dispensaires qu'organise le Service d'hygiène provincial. Les temps donc ne me permettent pas de grossir une contribution, au contraire, ils exigent un retranchement. Je décline l'honneur.

La Faculté de Médecine a ma plus grande estime et ma reconnaissance. Plusieurs de ses membres, dans des leçons, dans des cliniques aux étudiants, dans des circonstances de la vie professionnelle et de la vie privée, m'ont témoigné beaucoup de confiance et de considération.

Je puis assurer le jeune médecin intelligent, studieux, ambitieux et de conduite honorable, que ses efforts ne seront pas vains, ne passeront pas inaperçus. Il pourrait même lui arriver que le hasard, ou des indiscrets, ou un clan, qui sait, envoient au téléphone, un professeur de la Faculté, au moment précis de son retour d'un voyage... de noces.

Dr Eugène GRENIER.

— O —

## Notes sur l'injection endo-veineuse de Somnifène en pratique psychiâtrique

Par M. Levet,

Annales Médico-Psycholog., Paris, 1924, novembre, page 325.

Dans l'asile d'aliénés dont il est le médecin en chef, M. LEVET utilise depuis déjà longtemps le Somnifène, non seulement par voie buccale, mais encore par voie intra-musculaire, et par voie endo-veineuse. Cette dernière utilisation a été signalée également par M. le Prof. agrégé LAIGNEL-LAVASTINE, et M. le Dr Gilbert ROBIN (Société de Psychiâtrie, Paris, 20 Novembre 1924), et M. le Prof. agrégé CROUZON (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 12-19 Décembre 1924) et M. ANGLADE, médecin chef de l'asile de Château-Picon (Soc. de Méd. de Bordeaux, Séance du 28 novembre 1924).

M. LEVET, après avoir fait d'abord des injections de scopo-morphine préalable, n'utilise plus actuellement que le somnifène pur, sans toute-

fois dépasser la dose de 4 à 6 cc. Pour lui, une seule ampoule de 2 cc. suffit à produire la sédation nécessaire pour conduire et maintenir au bain de thérapeutique les malades indociles, pour assurer le repos et la tranquillité dans une salle troublée par l'agitation des malades.

D'autre part, il fait remarquer combien dans les services d'aliénés la ponction lombaire est parfois mouvementée par l'état d'excitation des malades: ils fuient devant l'aiguille... se raidissent en opposition, contracturés parfois autant que des cérébro-spinaux, et rendent impossible la tâche de l'infirmier qui s'efforce en vain de rapprocher tête et genoux et d'obtenir le "gros dos". Comme on le sait, la méthode de l'anesthésie progressive des plans par la novocaïne si utile chez les sujets pusillanimes, ne sert à rien ici, sinon à prolonger la manoeuvre opératoire au bénéfice des réactions négatives du sujet. En plus des aiguilles faussées, tordues, ces ponctions, faites dans de mauvaises conditions, ne fournissent souvent qu'un liquide mélangé de sang et inutilisable pour le laboratoire. L'injection endo-veineuse préalable de somnifène à toujours permis à M. LEVET des ponctions lombaires faciles et simples, si bien qu'il la considère désormais comme un temps préliminaire de la ponction lombaire chez les agités.

De même, il a utilisé le somnifène pour toutes les petites interventions chirurgicales auxquelles sont obligés la plupart des médecins d'asiles de Province, et bien plus, il considère que le triomphe de cette narcose, c'est son emploi dans certains cas difficiles d'alimentation par la sonde oesophagienne, car avec une endoveineuse préalable de somnifène, nul besoin de camisole, aucune lutte, la sonde oesophagienne est introduite tout simplement et proprement: peut-être seulement, par crainte des fausses routes sous narcose, serait-il prudent de n'utiliser en ce cas que de grosses sondes.

En résumé, il semble bien que le somnifène, en dehors des services très importants qu'il peut rendre comme sédatif et hypnotique lorsqu'il est administré par voie buccale, est appelé à être utilisé de plus en plus dans tous les services de psychiatrie, soit dans les transports d'aliénés, soit chez les grands agités de toute nature, soit dans la vie journalière des asiles, comme le fait remarquer si excellemment M. LEVET, et dans ce cas il vaut mieux employer la voie endo-veineuse, soit que l'on préfère la technique de M. FREDET — à l'exemple de M. CROUZON, soit qu'on supprime la scopo-morphine, comme le fait M. LEVET.

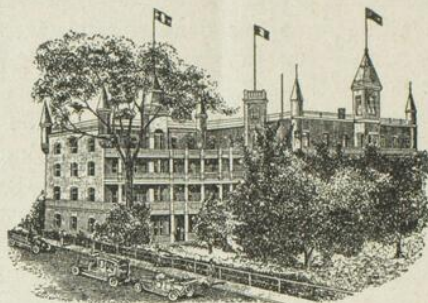
---

# SANATORIUM DU DR DE BLOIS

TROIS-RIVIERES, P. Q.

L'une des meilleures institutions de ce genre en Amérique.

A  
3 HEURES  
DE  
MONTREAL.



A  
2½ HEURES  
DE  
QUEBEC.

On y traite les maladies nerveuses et les affections chroniques (non contagieuses) même celles réputées incurables par la médecine ordinaire. **Maladies du cerveau, de la moëlle et des nerfs, NEURASTHENIE, Faiblesse, RHUMATISME, Névralgie, Dyspepsie, Paralyse, Constipation, Perte de Sommeil, Hémorrhoides, Maladies des reins, de la PROSTATE et de la vessie, Inflammation chronique de la matrice, Artério-sclérose, etc.**

On ne reçoit pas cependant, les malades **TUBERCULEUX, CONTAGIEUX** ou **ALIENES**.

**LES PERSONNES FAIBLES, FATIGUEES, NEURASTHENIQUES**, qui souffrent depuis longtemps sont spécialement invitées à venir faire une cure.

Cabinets de consultation et de traitement outillés d'un façon incomparable, renfermant toutes les améliorations modernes des grands Sanatoriums d'Europe et des Etats-Unis.

Traitement par les agents physiques: Cures d'air, de soleil et de repos. Au besoin, le patient aura le traitement électrique sous toutes ses formes, les bains d'eau minérale, les douches chaudes et froides, le massage, les bains de lumière et d'air chaud et tous les soins voulus, sous la direction de deux médecins experts spécialistes, assistés de plusieurs médecins consultants.

AU-DELA DE VINGT-CINQ ANNEES DE SUCCES.

PRIX TRES MODERES.

Une réduction spéciale est accordée aux médecins et à Messieurs les membres du clergé.

Consultations gratuites pour les pauvres.

Pour prospectus illustré (GRATIS) s'adresser au directeur:

**Dr C. N. de BLOIS**

TEL. BELL 161

BOITE D.

TROIS-RIVIERES, P.Q.

### Résultats

De plus en plus les spécialistes constatent que les malades se présentent aux différents centres de traitement dès le début de leur infection. Les accidents graves sont beaucoup moins fréquents.

Le traitement des maladies vénériennes est long et coûteux. Quantité d'infectés, gagnant de petits salaires ou ayant charge de famille, ne se faisaient pas traiter ou discontinuaient leur traitement, parce qu'ils étaient incapables d'encourir les frais d'un traitement chez leur médecin personnel. Si nous sommes arrivés aux résultats mentionnés par les médecins de service, c'est que par nos dispensaires, le traitement antivénérien a été mis à la portée de toutes les bourses.

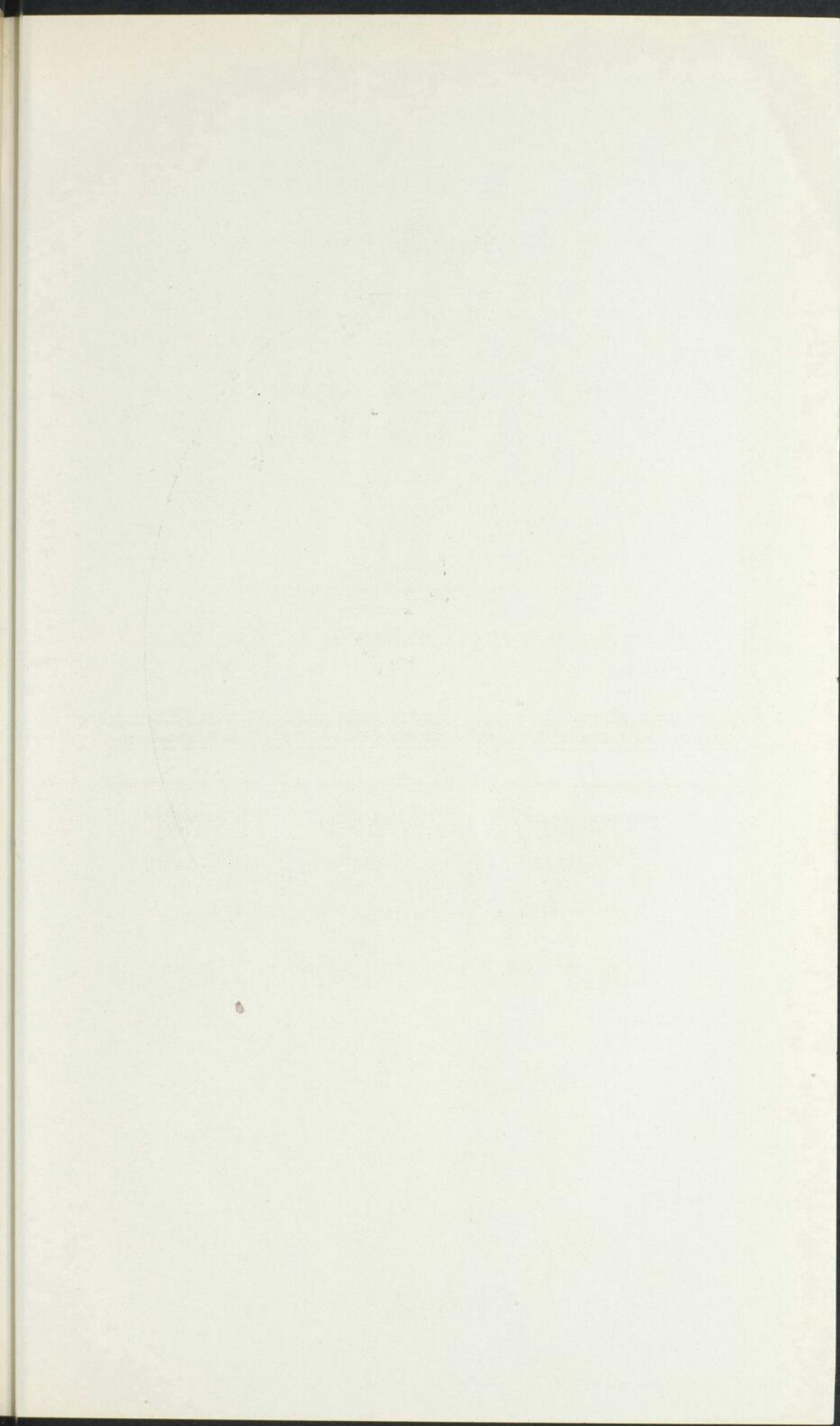
Les conditions économiques de la Province sont sans doute meilleures que dans certains pays d'Europe où le traitement des maladies vénériennes est gratuit pour tous les malades, sans distinction de leurs moyens de fortune. Il n'en est pas moins vrai qu'ici comme ailleurs, le seul moyen d'enrayer les maladies vénériennes, *mal éminemment social*, c'est de rendre le traitement aussi facile d'accès que possible aux malades, quoique par là, certains intérêts particuliers puissent être lésés. Comme dans bien des cas, *l'intérêt général doit primer l'intérêt particulier*.

Il est à propos, plus que jamais, de continuer l'éducation populaire et scientifique ainsi que de faciliter les moyens de diagnostic et de traitement des maladies vénériennes. Nous ne pouvons dans ce rapport qu'indiquer les traits essentiels. Si l'on voit que l'œuvre accomplie par la Division des maladies vénériennes est considérable, celle qui s'offre à son activité l'est davantage encore.

Durant l'été de 1924, le directeur de la Division des maladies vénériennes fut délégué par le Canada et la province de Québec à un Echange médical tenu en Suisse sous les auspices de la Société des Nations, alors qu'il eut l'opportunité d'être en contact avec les représentants de différents pays et de discuter avec eux des moyens employés dans leurs pays respectifs pour combattre les maladies vénériennes. A différentes reprises il eut l'occasion d'observer en Suisse les moyens de diagnostic et de traitement employés à Genève, Berne, Zurich, Lausanne, Bale, etc. Il fut à même de constater que nulle part dans le monde entier l'on n'emploie des moyens plus précis et plus efficaces dans le diagnostic et le traitement des maladies vénériennes que ceux employés dans la province de Québec. Notre province n'a donc rien à envier aux autres pays en ce qui regarde sa campagne antivénérienne. Tous les représentants des différents



HOMMAGE  
DE  
**LA BANQUE D'ÉPARGNE**  
DE LA VILLE ET DU DISTRICT DE MONTREAL  
SECURITE ASSUREE PAR LE TRÉSOR





Le Professeur OMBREDANNE  
de la Faculté de Médecine de Paris  
Professeur à la Chaire de Clinique Chirurgicale Infantile  
et d'Orthopédie de Paris