

LE PROFESSEUR LOUIS DANIEL MIGNAULT

1856 - 1929

*Hier soir, à la séance du
Conseil de la Faculté de Mé-
decine, tous les regards se
tournaient vers une place
vide.*

*Toutes les âmes étaient
émues, dans le deuil.*

Le docteur Louis Daniel Mignault, chevalier de Saint Grégoire le Grand, membre du Sénat de l'Université de Montréal, membre du Conseil et professeur à la Faculté de Médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu, s'est éteint tranquillement, le samedi 24 août, après une longue et pénible maladie.

La profession médicale ne saurait rester muette devant la tombe qui vient de se refermer sur l'un des hommes qu'elle est le plus honorée d'avoir compté parmi ses membres.

Nous ne voulons point laisser partir sans un adieu le maître qu'il nous a été donné pendant de longues années de connaître et de vénérer.

Le docteur Mignault a été l'une des belles et sympathiques figures de notre temps.

Il aura sa place non seulement dans la longue série de nos praticiens distingués, mais il aura aussi une place unique parmi nos universitaires de carrière.

*

* *

Le docteur Mignault avait les qualités nécessaires pour se créer une clientèle de choix: grand talent, beau caractère, manières distinguées.

Issu d'une famille où l'on cultivait les choses de l'esprit, où l'amour de l'étude était dans l'atmosphère, il avait eu l'avantage d'une forte éducation puisée au foyer; il avait reçu, chez les Jésuites, une sérieuse formation littéraire et philosophique. Ses études médicales, qu'il avait terminées à l'Université McGill, avec tous les honneurs, puis poursuivies en Allemagne, lui avaient donné, dès son retour au pays, un prestige considérable.

Dès ses débuts, il fut le médecin des milieux cultivés. Diverses institutions d'enseignement supérieur se l'attachèrent et l'Hôtel-Dieu le chargea d'un service important. Sa science, son amour scrupuleux de la vérité le faisaient rechercher. Pendant trente ans, il fut un de nos médecins en vue; il y eut même une heure, — avant qu'il n'eut consacré une trop grande partie de son temps aux choses universitaires — où notre regretté maître était souvent consulté par ses confrères, sur les questions pathologiques difficiles.

Les caractères saillants de sa pratique ont été, croyons-nous, le respect du malade et l'honnêteté scrupuleuse à ne rien négliger dans le traitement qui pût être utile.

Le professeur Mignault a vécu à une époque de nihilisme thérapeutique. On faisait alors un diagnostic soigné, on établissait un pronostic sérieux, puis, sous prétexte que l'on ne pouvait s'attaquer à la cause de la maladie ou que le mal était incurable, on prescrivait un traitement quelconque et on laissait à la nature, le soin de guérir le malade.

Mais si l'on ne peut toujours atteindre directement la cause, ne peut-on pas, au moins, pallier les désordres qu'elle produit? En réduisant la douleur, en modérant la fièvre, en calmant le délire; en attaquant les symptômes, n'est-il pas possible de faire reposer l'organisme et de mettre ainsi le malade sur une voie qui le conduira à la guérison.

En même quand la maladie est incurable, n'est-il pas toujours indiqué de chercher à rendre moins sombres les heures de la souffrance?

Sur toutes ces questions, il n'hésitait jamais: guérir, en autant qu'on le peut humainement, mais soulager toujours: tel était son principe. Combien nous aurions à apprendre sous ce rapport, nous qui trop souvent nous laissons aller à des désespérances nuisibles.

Faut-il insister sur une autre qualité? Qualité banale, qu'on

rencontre beaucoup, dans la profession, que nombre de médecins pratiquent dans le silence et laissent ignorer au monde: c'est la charité et le dévouement aux déshérités de la fortune.

Le docteur Mignault recevait les pauvres comme s'ils lui faisaient une faveur en le venant consulter.

A l'hôpital, dans ces salles qu'il aimait tant, les malades guettaient sa visite.

Pour ces loques humaines, elle était toujours l'occasion d'une espérance nouvelle.

*

* *

Mais ses goûts l'entraînaient peu à peu vers les choses universitaires.

C'est à la Faculté de Médecine, soit dans l'enseignement de l'anatomie et de la physiologie, soit dans les responsabilités de secrétaire et de membre du Conseil, qu'il a véritablement donné toute la mesure de son talent.

Il y a près de cinquante ans que le docteur Mignault appartient à la Faculté de Médecine, et au delà de quarante ans qu'il en est le secrétaire. Durant cette période, jamais il n'a interrompu son enseignement très solide de la physiologie d'abord, puis de l'anatomie du corps humain.

Professeur d'une rare érudition, clair et élégant, il eût fait belle figure même dans les chaires européennes les plus réputées. La précision et l'étendue de ses connaissances; l'exposition brillante qu'il en faisait; la note personnelle qu'il donnait à son enseignement, les aperçus nouveaux dans les applications cliniques, tout contribuait à faire de son cours l'un des plus intéressants et des mieux suivis.

Pour lui, la science anatomique n'était pas simplement la nomenclature et la description des organes et des tissus de l'être humain, c'était l'explication du mécanisme même de la vie.

Ses leçons, toujours parfaitement conçues et préparées avec soin, étaient pleines de démonstrations originales et de considérations philosophiques, saisissantes, bien faites pour émouvoir la jeunesse qui cherche si avidement et de si bonne foi à rattacher la vie à ses causes. Il n'avait du reste aucune peine à s'élever aux choses philosophiques: son esprit vif et profond s'y prêtait naturellement;

peu d'hommes, parmi ses contemporains, ont possédé au même degré le don de la démonstration scientifique.

Ne croyons pas, cependant, que ses leçons fussent surtout des propos philosophiques. Le docteur Mignault exposait avec méthode et précision et savait faire comprendre les connaissances actuelles, mais il s'appliquait surtout à en tirer des indications: "La vérité, disait-il, qu'elle nous vienne du laboratoire ou de la clinique, mérite toujours bon accueil. Ayons soin seulement que le malade en profite, car chez le médecin, l'amour de la vérité doit toujours être ennobli par l'amour de l'humanité."

*

* *

Au Conseil de la Faculté de Médecine, il était une personnalité. Jeune encore, il a siégé avec les maîtres de l'époque qui nous a précédés: d'Orsonnens, Coderre, Rottot, Hingston, Desjardins, Laramée, Lachapelle...

Dès le début, il s'était fait remarquer par son jugement et sa droiture. Il parlait peu, mais toujours avec dignité et pondération.

Les membres du Conseil actuel l'ont tous eu comme collègue. Dans ce corps délibératif, où des différences de caractères et d'idées peuvent exister, il y avait pour le secrétaire unanimité de sentiments: tous le respectaient et le traitaient avec affection. Son expérience, sa mémoire, qui était vraiment remarquable, en faisaient un guide éclairé. A l'occasion, chacun s'adressait à lui comme au plus sûr des conseillers.

Pendant sa longue carrière, il a été mêlé à bien des questions et a été le témoin de bien des vicissitudes dans les destinées de nos Facultés de Médecine. Les rapports des Universités avec le Collège des Médecins; les rapports des Facultés de Médecine avec les hôpitaux de la métropole, mais surtout les négociations qui devaient se terminer par la fusion de l'Ecole de Médecine avec l'Université Laval, ont tour à tour été l'objet de ses activités.

Dans l'étude de toutes ces questions, il a fait sa part de travail avec un zèle, et une honnêteté remarquables.

Certaines solutions lui ont donné les joies du succès, d'autres, les tristesses de la défaite. La fin de la lutte universitaire lui avait été particulièrement sensible. C'était apparemment le renoncement à un rêve que nous caressions tous: l'indépendance de notre Uni-

versité. Cette tristesse fut bientôt amoindrie, lorsque l'ancienne Ecole se fut bien rendu compte de la science et de la noblesse d'esprit des nouveaux éléments que la succursale de Laval nous apportait; et elle disparut complètement lorsque fut promulgué le décret papal établissant d'une façon définitive l'Université de Montréal, catholique et indépendante.

C'était la victoire de la cause pour laquelle il avait été un des lutteurs. *Nunc dimittis.*

Sa vie universitaire, si longue, si diverse, si mêlée aux gens et aux choses, lui donnait le droit de recueillir ses souvenirs et de les exposer.

De ses Mémoires, il a recueilli les principaux faits qui se rapportaient à l'ancienne Ecole Victoria; il en a fait un petit volume qu'il a publié sous le titre modeste de "Notes pour servir à l'histoire de l'Ecole de Médecine". Ces notes, écrites simplement, sans prétention comme sans animosité, parfois avec une certaine mélancolie, conserveront le souvenir de l'Ecole Victoria et feront connaître aux médecins de demain le travail des pionniers de l'éducation médicale à Montréal et les épreuves par lesquelles ils ont passé.

*

* *

Chez Mignault, l'homme valait le médecin et le chercheur: c'était un profond chrétien. Il a honoré son nom, non seulement par son travail et ses talents, mais par une noble vie.

Dans le monde, on citait son exemple. Les élèves des Jésuites se rappelleront toujours ces belles figures: Desjardins, Merrill et Mignault, qui fréquentaient si régulièrement le Gesù, et que nos professeurs d'alors nous donnaient comme exemple.

Dans la société montréalaise, le docteur Mignault avait une place marquée, qui n'était jamais gênante, ni pour lui, ni pour les autres.

Son langage, dans la conversation, était simple, spirituel, d'une finesse parfois savoureuse, qui n'excluait cependant jamais la charité dont son âme était empreinte. Quand il causait, il avait toujours quelque chose d'aimable pour son interlocuteur, et sa bienveillance, qui pouvait quelquefois paraître un peu naïve, avait néanmoins du charme, car on sentait qu'elle partait du cœur.

Sa connaissance des classiques, sa mémoire des choses de l'histoire donnaient à sa parole un cachet d'élégance et d'intérêt.

Il se plaisait aux réminiscences grecques ou latines et il maniait avec une égale facilité les prosodies française et anglaise.

Dans ses appréciations il avait une rare sûreté de tact et une mesure attentive. Jamais, à notre connaissance, il n'a prononcé un mot, nous ne dirons pas blessant, mais capable d'effleurer la sensibilité la plus délicate.

*

* *

Malgré les souffrances d'une affection grave, qui devait le conduire au tombeau, jusqu'au dernier mois de sa vie il remplit ses fonctions avec la probité, l'exactitude et la conscience qui ont marqué tout le cours de son existence universitaire et professionnelle.

Quand il eut subi le fatal décret, il vécut au milieu de cruelles douleurs, qu'il cherchait à adoucir par la rédaction de ses mémoires.

Dans l'évolution si cruelle de sa maladie, il ne se démentit pas. Il a supporté cette épreuve avec héroïsme. Elle ne l'a pas aigri ; elle ne lui a causé ni révolte, ni impatience ; elle n'a fait que développer en lui le sens de la pitié et le respect de la souffrance chez les autres.

Il est mort en sage et en chrétien, uni de cœur à ses anciens collègues, entouré des soins que lui prodiguaient depuis plusieurs mois, en cachant leurs larmes, la meilleure et la plus dévouée des épouses et ses enfants dignes de lui.

Avant de mourir, il eut une grande joie.

L'Eglise, dont il était si fier de se proclamer le fils soumis et qu'il ne négligeait aucune occasion de défendre, voulut reconnaître la droiture de sa vie, et elle le créa Chevalier de l'Ordre de Saint Grégoire le Grand. Ce fut la dernière et la plus grande de ses joies humaines.

L. E. FORTIER.

MÉMOIRES

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LA SPONDYLOSE RHYZOMELIQUE PYORRHÉE ALVÉOLO-DENTAIRE ET POIDS LOURDS

Par **Albert LeSAGE**,
Professeur de clinique médicale,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

J'ai eu l'occasion d'observer, il y a quelques semaines, un malade venant d'un centre industriel de cette province, qui m'était adressé par son médecin.

Depuis plusieurs mois, ce brave homme, ouvrier manœuvre, employé dans des fabriques de papier, souffrait de douleurs généralisées aux membres, surtout dans les jambes, au bassin et à l'abdomen. Le siège de sa douleur semblait être localisé en un point de l'épine dorsale, situé à la région dorso-lombaire. Les douleurs irradiaient dans le dos, de la nuque jusqu'à la région lombaire, accompagnées de fourmillements dans les membres et de crises paroxystiques qui empêchaient le malade de vaquer à aucune occupation. A certains jours, il semblait qu'il fût empalé, puis peu à peu il reprenait ses mouvements et graduellement ses occupations. Les crises se répétaient à des intervalles plus ou moins rapprochés, selon les activités plus ou moins grandes du malade.

L'examen général de cet ouvrier ne révéla aucun trouble fonctionnel des organes, si ce n'est une légère hypotension, due probablement à un repos prolongé depuis quelques mois. Les urines sont normales, les réflexes sont exagérés, rotuliens et oléocraniens. La démarche est normale. Son histoire antérieure ne révèle rien d'important: aucune maladie grave. Son histoire de famille est indemne de toute maladie chronique: rhumatisme ou tuberculose. Cet

homme est sobre, mais il fume beaucoup. *Les dents sont cariées* et il y a trace de *pyorrhée alvéolo-dentaire*. Pas de syphilis.

En résumé: douleurs lombaires, fourmillements dans les membres, crises paroxystiques immobilisant le malade, exagération des réflexes, légère incurvation de la colonne vertébrale, pas de cyphose pyorrhée.

Ces symptômes attirèrent notre attention sur l'épine dorsale. Nous avons pensé qu'il pouvait s'agir d'une lésion siégeant dans le voisinage des corps vertébraux. Une radiographie nous permit de constater au niveau des dernières dorsales et des premières lombaires, des lésions importantes des apophyses transverses, sous forme de bandes fibreuses les réunissant les unes aux autres et les immobilisant partiellement. Au-dessus et au-dessous de ce point d'élection il est possible de distinguer un processus inflammatoire récent qui menace de progresser et de s'étendre.

En présence de cette lésion, nous avons pensé à une affection tuberculéuse.

En effet, le processus de lésion inflammatoire tuberculéuse ressemble singulièrement à ce que nous apercevions sur l'image radiographique: une sclérose lente, envahissante, réunissant des corps vertébraux et les immobilisant définitivement. Nous étions enclins à nous rattacher à cette opinion, en tenant compte d'un séjour de quelques mois dans un sanatorium, fait par le malade, sur les conseils de son médecin, dans le but d'améliorer sa santé.

Mais un examen attentif de ses poumons, nous permit de constater qu'il n'y avait là aucun signe, ni fonctionnel, ni pathologique de tuberculose pulmonaire, même ancienne. D'ailleurs, le malade affirme positivement qu'il n'a jamais toussé et qu'il appartient à une famille de gens qui jouissent d'une excellente santé. Néanmoins, il fallait trouver une cause à un processus inflammatoire envahisseur, qui menace de se généraliser.

— Avez-vous, déjà, lui dis-je, porté des poids lourds dans le passé ?

— Oui, monsieur, du matin jusqu'au soir, bien souvent je portais sur mes épaules du ciment, du fer, etc., en un mot des poids lourds. J'étais exténué à la fin de la journée, et souvent j'avais de la peine à me redresser le matin, lorsque je voulais reprendre mes occupations. Peu à peu ces douleurs s'aggravèrent, et je fus obligé de changer de métier. C'est à partir de ce moment que j'éprouvai ces malaises pour lesquels je suis venu vous consulter.

Il semble qu'il s'agisse, ici, d'un fait nouveau, du moins pour moi. J'ai souvent constaté dans le passé des faits qui se rapprochent de celui-ci, mais il a toujours été possible de les rattacher à une lésion plus ou moins spécifique: syphilis, blennorrhagie ou tuberculose. Il importe, dans la plupart de ces cas, de classer les malades, si on tient compte de leur histoire ou de l'évolution clinique de la maladie.

Mais chez notre malade, nous ne pouvions invoquer rien de la sorte.

Si l'on tient compte de ses occupations et du traumatisme occasionné par le port quotidien et prolongé de poids lourds, il est possible de comprendre la genèse de ces processus pathologiques.

La colonne vertébrale, en effet, supporte, à elle seule, tout le poids du corps. Si l'on cherche à apprécier l'effort exigé dans la pratique de certains métiers, tel que celui exercé par notre malade, il est possible de trouver, là, la cause réelle de cette lésion inflammatoire dite idiopathique.

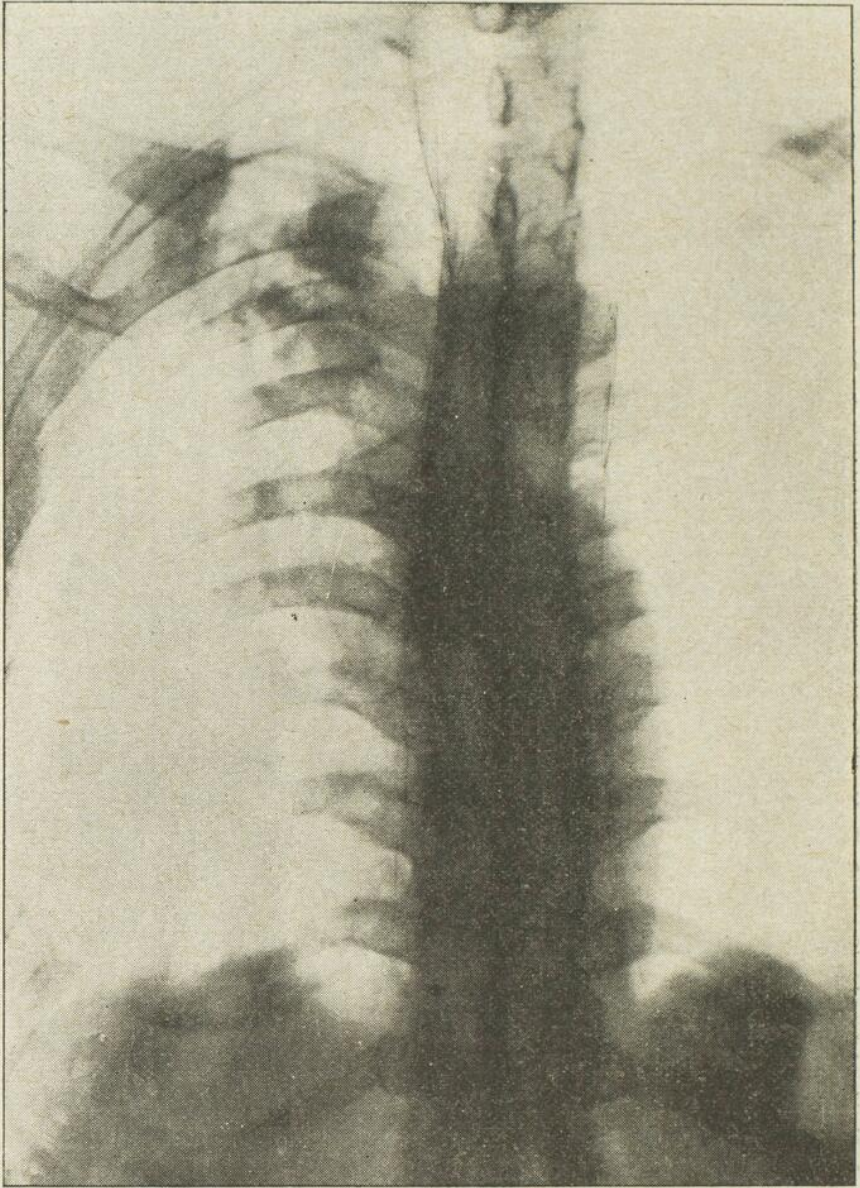
Les pressions répétées jointes aux tiraillements exercés sur les ligaments provoquent des lésions inflammatoires qui évoluent vers un processus lent de spondylose définitive.

La question, aujourd'hui, se présente sous un aspect nouveau. Ce malade est, sans contredit, un accidenté du travail. Nous devons donc tenir compte, à l'avenir, de l'action traumatique exercée par ces poids lourds sur les corps vertébraux, et en prévenir les mauvais effets, en attirant l'attention des patrons sur les conséquences ultérieures de ces pratiques désastreuses.

Voici un homme qui ne pourra plus travailler, si ce n'est dans un emploi facile et qui n'exigera de sa part aucun autre effort que celui de supporter le poids de son corps.

Les lésions que nous avons constatées sont indestructibles. Il s'agit d'un cas de spondylose dorso-lombaire incurable. Non seulement les corps vertébraux sont affectés, d'une façon définitive, mais leur tassement et leur incurvation anormale, comprimant les racines qui s'échappent des trous de conjugaison, exercent à leur tour un nouveau traumatisme sur celles-ci et provoquent les sensations de fourmillements et de douleurs paroxystiques accusées par le malade.

Non seulement nous avons affaire à une spondylose, mais cette lésion se complique d'une radiculite, qui à son tour peut engendrer des troubles ultérieurs d'innervation et de tropho-névrose.



Les radiographies pratiquées par le Dr Panneton, à l'hôpital Notre-Dame, laissent voir: spondylite ossifiante des 12ième vertèbre dorsale, et 2ième vertèbre lombaire.

Il est probable qu'un processus analogue se développe dans certaines autres vertèbres, mais on ne le distingue pas sur les radiographies.

L'on pourrait soutenir que la pyorrhée a pu préparer le terrain, grâce à une infection lente et prolongée: une dose préparante pour ce processus, et que le traumatisme a agi comme une dose déchaî-nante. C'est possible, mais le fait, nu, vaut la peine d'être signalé.

Le but de cette courte note est de diriger de ce côté l'attention des médecins qui vivent dans les centres industriels, et de prévenir, si possible, les accidents de la sorte, par des conseils appropriés.

D'autre part, ces malades pourront être classés parmi les accidentés du travail, et ils auront le droit de réclamer au même titre que les autres.

CONCEPTION MODERNE DE LA DERMATOLOGIE ET DE LA SYPHILIGRAPHIE (1)

Par **Gustave ARCHAMBAULT** et **Albérie MARIN**

La Dermatologie et la Syphiligraphie sont deux spécialités intimement liées. Vouloir les séparer, c'est se condamner à les méconnaître. Elles demandent les mêmes recherches. L'étude de l'une exige impérieusement l'étude approfondie de l'autre.

Nous savons que la syphilis affectionne tout particulièrement le tégument. Nombreux et variés sont les accidents cutanés que nous rencontrons au cours de la période primaire, secondaire et tertiaire. Fréquemment les syphilides simulent certaines maladies de la peau. Le diagnostic ne peut être établi si l'on ne connaît à fond la Dermatologie. D'autre part, le dermatologiste ne peut s'occuper que des affections cutanées. Il est forcé d'étudier également la syphilis qu'il rencontrera à chaque pas, qu'il le veuille ou non.

Or, en certains milieux, non seulement la dermatologie et la Syphiligraphie ne constituent pas une seule et même spécialité, mais ce qui est plus grave, le soin des syphilitiques est confié à des urologistes.

Pourquoi ! quel lien rattache l'urologie à la syphiligraphie ? Les études et les connaissances de l'urologiste et du syphiligraphe sont totalement différentes. Autant celui-ci doit s'orienter vers la pathologie interne, le laboratoire, autant celui-là doit s'efforcer de devenir un chirurgien accompli.

Le véritable urologiste, absorbé par les vastes problèmes de sa spécialité, ne peut en aucune façon faire face à ceux que présente l'infection tréponémique. S'il tente de traiter ces deux catégories de malades, l'une ou l'autre sera mal traitée, peut-être les deux.

Ce serait une profonde erreur, à notre avis, que de continuer cette association: syphiligraphie et urologie, parce qu'elle est essentiellement préjudiciable aux malades. La syphilis est une maladie grave, les recherches qu'elle impose sont vastes et variées. Elle

(1) Communication faite au Congrès de la Canadian Medical Association à Montréal, juin 1929.

mérite qu'on lui consacre tout son temps et ses études, sans s'égarer dans d'autres voies qui lui sont tout à fait étrangères.

*

* *

De toutes les spécialités, la dermato-syphiligraphie est, sans aucun doute, la plus importante. Sa connaissance permet de reconnaître et de traiter convenablement les dermatoses les plus communes, l'eczéma, le psoriasis, l'urticaire, l'impétigo, etc. Elle fournit de plus l'arme la plus puissante que nous ayons pour lutter contre les trois maladies les plus graves de l'humanité, la tuberculose, la syphilis, le cancer, dont les premières manifestations cliniques sont le plus souvent des lésions cutanées. Ces affections débutent fréquemment sous forme de lésions d'apparence insignifiante. Reconnues au début, leurs ravages peuvent être enrayés dans la plupart des cas. Ainsi un traitement énergique de la syphilis à la période préhumorale peut guérir un grand nombre de malades et prévenir les complications si redoutables des systèmes nerveux et cardio-vasculaire. Quantité de cancers de la peau traités dès leur apparition sont éminemment curables. Or, seul, celui qui est au courant de la dermatologie et de la syphiligraphie peut les reconnaître à cette période et prendre d'emblée les mesures nécessaires. Nombre de cancéreux et de syphilitiques sont morts parce que le diagnostic a été fait trop tard, lorsque les dégâts étaient irréparables, non par négligence, mais bien plutôt par ignorance.

Tous les médecins praticiens devraient avoir de solides notions générales en dermato-syphiligraphie. Ils devraient savoir ce qu'on peut en attendre, les bénéfices que les malades peuvent en retirer. Pour cela il faut des études sérieuses et un enseignement éclairé. On doit désormais, au cours des études médicales, attacher infiniment plus d'importance qu'on ne l'a fait jusqu'ici à cette spécialité.

Le temps n'est plus en effet où le dermatologiste se contentait de prescrire une pommade ou une lotion, où les maladies de la peau se divisaient en deux grandes classes: celles qui guérissaient par l'onguent de zinc et celles qui ne guérissaient pas.

Depuis vingt-cinq ans, grâce aux travaux de Besnier, Hebra, Brocq, Unna, Darier, Fox, McKee, pour ne citer que les principaux, des acquisitions nouvelles ont révolutionné nos conceptions touchant l'étiologie, la pathogénie et la thérapeutique des dermatoses.

Le tégument n'est plus considéré comme une simple enveloppe, sorte de reliure de l'organisme, ayant comme unique fonction de protéger notre corps contre les agents extérieurs. C'est un système complexe, doué d'une très grande activité, comme en témoignent sa vascularisation énorme, le nombre incalculable de glandes qu'il loge, les organes du sens, du tact, la sensibilité dont il est le siège. La peau remplit vis-à-vis l'organisme, où tout est solidaire, un rôle multiple. Ce n'est pas un tout, mais une partie d'un tout. Une fonction étant rarement troublée isolément, les lésions cutanées ont leur point de départ dans d'autres organes ou leur répercussion dans d'autres systèmes.

En dehors des maladies de la peau à étiologie nettement définie, bien différenciées, causées par des agents de l'extérieur, traumatiques, toxiques, parasitaires ou microbiens, il existe un nombre considérable de dermatoses, eczémas, prurigos, urticaires, psoriasis, etc., dont les manifestations à la peau ne sont que l'expression à l'extérieur du mauvais fonctionnement d'un organe ou d'un système, du foie, de la rate, du tube digestif, du filtre rénal, des glandes endocrines et du système nerveux sympathique dont on commence à peine à soupçonner le rôle et l'importance capitale dans l'équilibre normal de l'organisme. Derrière les manifestations cutanées il y a le malade chez lequel se produit cette réaction à la peau. Il faut derrière cette façade dépister les troubles profonds.

*

* *

Ceci nous amène à parler des qualifications du dermatologiste qui sont des plus nombreuses et variées.

1.—*Il doit être clinicien :*

Le dermatologiste doit avant tout être en mesure de faire le diagnostic clinique des affections de la peau, reconnaître un psoriasis d'une syphilide secondaire, un eczéma d'un lichen, etc.

Ce n'est que par la pratique assidue des malades et la connaissance approfondie des lésions élémentaires qu'il arrivera à ce résultat. L'étude des éléments éruptifs qui constituent par leur répétition à l'état pur ou leur combinaison entre elles toutes les dermatoses, est capitale. Ils sont en quelque sorte l'alphabet de la dermatologie. Il

faut apprendre à lire sur la peau les multiples signes qu'y trace un organisme malade.

2.—*Il doit être pathologiste général :*

Le dermatologiste doit être un médecin. Il doit après avoir fait le diagnostic clinique de l'affection cutanée, rechercher soigneusement dans les antécédents et dans l'état actuel du malade, dans l'examen de tous les organes et de toutes les fonctions, les renseignements dont peuvent bénéficier le diagnostic et le traitement.

Multiplés sont les causes qui peuvent modifier l'allure d'une dermatose. Le *terrain* d'abord. Un même agent peut avoir des effets très dissemblables selon l'état général du sujet sur lequel il agit. *Les états infectieux généraux ou locaux.* L'influence des foyers d'infection locale sur l'éclosion et l'évolution du nombre de dermatoses est parfois des plus évidents, foyers dont le siège est varié, alvéoles dentaires, amygdales, fosses nasales, sinus, appendice, organes génito-urinaires, etc. Fréquemment nous voyons guérir des prurits et prurigos, des pelades, des eczémats tenaces, des urticaires chroniques, avec la disparition de ces foyers d'infection. Le rôle des *troubles de la nutrition générale* est aussi important, en particulier des appareils excréteur, digestif, circulatoire, hématopoïétique, endocrinien, neuro-sympathique. Mentionnons l'intérêt de la recherche du métabolisme, les phénomènes de sensibilisation, d'allergie, d'anaphylaxie et de colloïdoclasie, dont l'influence est de plus en plus manifeste dans quantité d'affections de la peau.

3.—*Il doit être physiothérapeute :*

La physiothérapie a accompli d'étonnants progrès au cours de ces dernières années. Dans tous les domaines de la médecine on utilise maintenant de plus en plus les agents physiques. Mais c'est, croyons-nous, en dermatologie qu'ils sont appelés à rendre les plus grands services.

La neige carbonique, l'électrolyse, l'ionisation, les rayons ultraviolets, les rayons X, le radium, les courants de haute-fréquence remportent tous les jours d'éclatants succès là où le traitement médicamenteux interne était inopérant. Le rôle des rayons X est particulièrement important. Il existe environ 80 dermatoses qui peuvent être traitées par rayonnement et plusieurs d'entre elles ne peuvent être guéries que par eux.

En passant, nous tenons à déclarer que ces affections cutanées, lorsqu'elles relèvent de la physiothérapie, doivent être traitées par un dermatologiste et non par un physiothérapeute général (radiologiste ou électrologiste de carrière). Celui-ci, à notre avis, ne connaît pas suffisamment les affections dermatologiques pour pouvoir les traiter convenablement.

Nous désirons aussi attirer particulièrement l'attention sur ce point que le cancer cutané et les affections précancéreuses doivent être attaquées par des agents physiques appropriés. Ici le traitement médicamenteux est inexistant. Autrefois ces lésions étaient du ressort de la chirurgie. Nous croyons que l'exérèse chirurgicale, loin d'être la méthode de choix, peut au contraire dans les cas de cancers métastatiques devenir un moyen de disséminer le mal plus rapidement. Du reste, hormis quelques cas spéciaux, bien peu de chirurgiens pratiquent encore l'exérèse depuis qu'ils ont reconnu la supériorité de la physiothérapie.

4.—*Il doit connaître les recherches de laboratoire :*

Le dermatologiste doit être au courant de la bactériologie et de la mycologie. Grâce à celles-ci nous savons que quantité de réactions eczématoïdes sont dues à des bactéries ou à des champignons. Un chapitre nouveau de nos connaissances s'est bâti sur ce sujet depuis quelques années.

Les recherches biochimiques portant sur les urines, sur le sang, le liquide céphalo-rachidien, permettent parfois de déceler un trouble fonctionnel et nous éclairent quant à la pathogénie d'une réaction cutanée.

L'anatomie pathologique enfin peut rendre tous les jours d'éminents services puisque la biopsie est toujours possible en dermatologie. L'étude histologique permet de connaître la structure intime d'une lésion, de confirmer un diagnostic clinique, de le redresser souvent. Dans certains cas où l'affection est devenue méconnaissable spontanément ou du fait d'interventions il n'existe que ce seul moyen d'en reconnaître la nature.

Faire une biopsie, c'est faire une sorte d'autopsie sur le vivant (Darier), regarder au microscope, c'est voir à une fort grossissement ce que l'œil nu nous a montré à un faible.

*

* *

Tout ce que nous venons de dire au sujet de la dermatologie s'applique également à la syphiligraphie. Celle-ci n'est plus ce qu'elle était autrefois, les récentes acquisitions de la science en ont révolutionné la pathogénie et la thérapeutique.

La découverte du "Treponema Pallidum" par Schaudinn et Hoffman nous a rendu possible, par l'ultramicroscope, le diagnostic précoce de la vérole. Ce nouveau procédé de laboratoire peut rendre d'immenses services au syphilitique puisqu'il permet de reconnaître l'existence de l'infection bien avant l'apparition des signes cliniques et sérologiques.

La séro-réaction de Bordet-Wassermann nous fournit un moyen de diagnostic et un guide des plus précieux pour le traitement. Grâce à elle la nature spécifique de nombreuses affections à étiologie jusqu'alors obscure a pu être reconnue. Nous savons maintenant que tous les cas de paralysie générale et de tabès, les deux tiers des cas d'angine de poitrine, la moitié des anévrysmes et des affections artérielles, le tiers des hémorragies cérébrales et de toutes les affections du cœur, le cinquième des cirrhoses du foie et des maladies du rein, presque tous les cancers de la langue, etc., etc., sont bien dus à la syphilis et peuvent bénéficier du traitement antisiphilitique, pourvu qu'il soit institué à temps.

Des problèmes de la plus haute importance dans la syphilis héréditaire ont été éclaircis, des erreurs qu'on croyait des vérités indestructibles ont été détruites. Les fameuses lois de Colles et Propheta ont été sapées à leur base depuis que l'examen du sang a révélé que les mères et enfants indemnes cliniquement étaient syphilitiques sérologiquement.

La syphilis latente est disparue, remplacée par cette période si justement dénommée par Hazen: endosyphilis. Pendant longtemps on a cru que le tréponème ne travaillait que par à coups, avec des périodes de repos plus ou moins longues. La ponction lombaire chez ces malades qui ne présentent aucun signe clinique, avec même une séro-réaction négative dans le sang, a bien vite montré l'erreur profonde et le danger de cette théorie. Les altérations du liquide céphalo-rachidien mettent en évidence son activité continue, longtemps avant l'apparition des signes cliniques extérieurs, alors que les dégâts ne sont pas irréparables.

La parasymphilis n'existe plus depuis qu'on a trouvé le tréponème vivant dans le cerveau des paralytiques généraux et qu'on a réussi

à inoculer des animaux avec le liquide céphalo-rachidien des tabétiques.

Enfin notre arsenal thérapeutique s'est enrichi depuis quelques années de nouveaux médicaments, les dérivés arsenicaux, les sels de bismuth, la malariathérapie, qui dépassent en activité tous ceux que nous possédions jusqu'alors et dont l'emploi a amoindri considérablement le pronostic de la syphilis. Nous devons au passage souligner l'influence particulièrement heureuse de la malariathérapie sur la syphilis nerveuse, surtout sur la paralysie générale. L'évolution de cette méningo-encéphalite syphilitique, jusqu'à ces dernières années considérée comme implacable, est maintenant arrêtée dans 40% des cas. L'impaludation thérapeutique doit aussi s'appliquer aux cas de séro-réaction irréductible afin d'empêcher ces malades de s'acheminer vers la syphilis nerveuse. La méthode de Von Jauregg est d'un prix inestimable et nous aimerions la voir plus communément employée dans nos services de syphiligraphie.

*

* *

Le syphiligraphe, tout comme le dermatologistes, doit être au courant des recherches de laboratoire et s'efforcer de devenir un thérapeute accompli.

En face d'une éruption cutanée, il ne se contentera pas de faire une prise de sang et d'attendre la réponse du laboratoire avant de prendre une décision. Il doit être rompu aux finesses du diagnostic clinique, savoir distinguer un eczéma d'une syphilide secondaire, une gomme tuberculeuse, d'un tubercule syphilitique, etc.

Ceci n'empêche qu'il doive être en état de se servir et d'interpréter les rapports des différents laboratoires — anatomie pathologique, sérologie, bactériologie, radiologie, si importants en syphiligraphie.

Il doit être un pathologiste général et savoir dépister les lésions viscérales causées par le tréponème, reconnaître une insuffisance aortique, un anévrysme au début, une atteinte du système nerveux central, un trouble endocrinien, etc., etc.

Avant de commencer le traitement, il devra examiner tous les organes de son malade et s'assurer de leur bon fonctionnement. Il faut toujours tenir compte des particularités individuelles que chaque malade apporte avec lui et qui peuvent réagir sur la maladie principale.

En résumé, pour bien traiter la syphilis il faut d'abord être un vrai médecin. C'est encore lui qui traitera le mieux cette maladie et guérira le plus grand nombre de vérolés.

CONCLUSIONS

Les conclusions sont faciles à tirer de l'exposé que nous venons de faire.

1° La dermatologie et la syphiligraphie sont indissolublement liées. Elles forment une seule et même spécialité: la dermatosyphiligraphie.

2° L'urologie et la syphiligraphie sont deux spécialités totalement différentes. Leur mariage a duré assez longtemps. Le plus tôt elles divorceront, le mieux ce sera tant pour les spécialistes que pour les malades.

3° La dermatosyphiligraphie ne doit pas être reléguée au second plan, sous la dépendance de la médecine ou de la chirurgie. Elle doit être reconnue et traitée comme une des spécialités des plus importantes de la médecine, tel qu'on le comprend dans la plupart des universités de l'Europe.

4° L'enseignement de la dermatosyphiligraphie doit être organisé de telle façon que les étudiants, qui doivent faire un stage obligatoire dans des services spécialisés, et les médecins praticiens, auxquels on doit donner des cours de perfectionnement, reçoivent les notions indispensables pour traiter convenablement les dermatoses les plus communes et surtout pour reconnaître à leur début la tuberculose, la syphilis et les cancers de la peau.

5° L'organisation idéale d'une clinique dermatosyphiligraphique, dans un hôpital universitaire, est sans aucun doute celle du "*Complete Unit*" ayant son autonomie complète, possédant des laboratoires d'anatomie pathologique, de sérologie, de mycologie, de bactériologie, de chimie biologique et de physiothérapie, ainsi qu'un personnel qui permette de pouvoir reconnaître et traiter tous les cas de syphilis et de maladies de la peau.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de formuler le vœu que toutes les universités du Dominion suivent l'exemple de l'Université de Montréal et de l'hôpital Notre-Dame qui ont réalisé cet idéal depuis plus d'un an, et contribuent ainsi à former un plus grand nombre de médecins praticiens qui deviendront un aide précieux dans la lutte entreprise dans tous les pays contre le cancer, la syphilis et la tuberculose, trois fléaux qui menacent l'individu, la famille, la race.

DEUX CAS DE PARASITOSE INTESTINALE A SYNDROME GASTRO-ENTÉRALGIQUE ÉQUIVOQUE

Par **J. Alfred MOUSSEAU**,
De la Faculté de Paris,
Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Un malade vient d'expulser soit par vomissements soit par défécation des némathelminthes ou des anneaux de tœnia, et le diagnostic de l'infection parasitaire, grâce à ce hasard heureux, n'offre aucune difficulté.

Il n'en est pas toujours ainsi.

La symptomatologie de l'helminthiase est si difficile à préciser, et les méthodes de prélèvement et de recherches coprologiques sont parfois tellement en désaccord avec certaines règles parasitologiques simples, qu'il est commun de passer à côté du diagnostic de ces infections parasitaires cliniquement présumées.

Je n'en veux pour preuve que les deux cas que je viens d'observer récemment, étiquetés, à cause de légitimes raisons cliniques, l'un, tuberculose intestinale, l'autre, cancer de l'intestin.

Dans l'étiologie des maladies des voies digestives, le rôle des parasites est très important.

Dans une statistique portant sur 2,000 malades gastro-entéropathes de l'hôpital Saint-Antoine, à Paris (1923-24), M. le docteur Lenoir, mon ancien maître, et R. Deschiens ont établi, que "chez de tels malades, des parasites intestinaux sont notés dans 60% des cas, et que ces parasites ont un rôle pathogène dans 17% des cas. Cette fréquence mérite donc que le clinicien s'applique à les dépister.

A propos des deux observations que je rapporte, je dirai comment je suis arrivé à dépister la parasitose, sans recherches de laboratoire, et ceci volontairement, voulant, pour un moment me mettre à la place du praticien installé loin de tout centre de recherche et obligé, en face d'un malade atteint d'une diarrhée chronique à allure grave, de porter un diagnostic étiologique précoce et d'instituer rapidement une thérapeutique effective.

Voici ces deux observations, recueillies en dehors de notre service hospitalier; elles empruntent la physionomie clinique d'affections apparemment graves, avec pronostic plutôt sombre.

Observation I.—Madame D..., âgée de 31 ans, mariée et mère d'une enfant de 5 ans, se présente à notre consultation pour de la diarrhée, apparue insidieusement il y a trois mois et rebelle à tout traitement, tant médicamenteux que diététique.

Dans ses antécédents, aucune maladie sérieuse. Ses parents sont vivants et ont belle santé; plusieurs soeurs en bonne santé, mais présentant, toutes, une constitution délicate; elle-même est plutôt frêle. Son mari a fait un assez long séjour dans un sanatorium du Nord, pour une poussée, dit-elle, de tuberculose pulmonaire.

Arrivé à ce point des renseignements, je m'aperçois, avant même que je n'aie procédé à l'examen clinique, que la malade est dans une telle faiblesse que je la juge incapable de subir l'examen complet à mon bureau, et je la fais immédiatement transporter chez elle.

Le lendemain, je la trouve assise dans un fauteuil; elle me paraît aussi fatiguée que la veille; ses traits sont tirés, son teint blafard; ses conjonctives palpébrales sont décolorées et ses conjonctives oculaires présentent du sub-ictère; quelques petits ganglions cervicaux du côté gauche; un corps thyroïde légèrement hypertrophié; pas de tremblement ni tachycardie. Le pouls bat à 88, très dépressible; la température: 99.5. Système pulmonaire: dépression sus et sous-claviculaire. La malade présente une toux sèche, assez fréquente et qui nous paraît une toux réflexe; pas d'expectoration importante; légère transpiration nocturne, douleurs dans le dos entre les omoplates; la respiration dans la région apicale droite est soufflante; l'expiration est prolongée; sub-matité aux parties antéro-postérieures du même sommet; on ne perçoit, par ailleurs, aucun râle.

Appareil cardio-vasculaire.—Les bruits du coeur sont normaux, quoiqu'un peu assourdis. La pression artérielle, 115/90.

Le foie et la rate sont impalpables.

Système génito-urinaire.—Rein droit flottant, du fait d'un amaigrissement d'une quinzaine de livres. Pas d'albumine ni sucre. Pollakiurie diurne et nocturne d'ordre apparemment réflexe. L'utérus est souple, les culs-de-sac sont libres; aucune douleur annexielle; leucorrhée assez abondante suppléant à une menstruation de deux jours de durée et peu abondante.

Système nerveux.—Bizarrerie de caractère; insomnie; grande émotive. Les réflexes tendineux sont plutôt exagérés. Pas d'Argyll; mydriase à droite.

Système digestif.—Langue saburrale, bonne dentition; pâleur remarquable du voile du palais; pharynx net. Le ventre est en bateau; la peau est sèche et manque d'élasticité; la paroi abdominale amincie laisse voir le péristaltisme intestinal; on rencontre une certaine défense musculaire généralisée, associée à une hyperesthésie cutanée, qui ne répond à aucun point particulièrement douloureux. Il y a du clapotage

gastrique et bruit de flot; le signe de la sangle est positif; pas d'hé-rhoïdes; le toucher rectal est négatif.

Subjectivement: La malade a perdu l'appétit; elle a, de jour en jour, diminué sa ration alimentaire (et de ce fait a maigri d'une quinzaine de livres) parce que, toutes les fois qu'elle prend la moindre nourriture solide ou même liquide, elle éprouve presque immédiatement après, des douleurs épigastriques violentes, des nausées, du pyrosis: le tout, peu calmé par les médicaments usuels qu'elle prend déjà depuis deux mois. Ces douleurs épigastriques semblent, après une couple d'heures, déclancher le spasme intestinal ainsi que trois à quatre selles en moyenne entre chaque repas, selles séreuses, glaireuses et parfois sanguinolentes, accompagnées de ténésme; des débris alimentaires et de muqueuse intestinale sont reconnus dans la plupart des selles.

Cette gastralgie, toujours suivie d'entéralgie et de selles nombreuses, n'est calmée que par d'assez fortes doses d'opium; les applications chaudes, compresses humides, semblent n'avoir eu aucune action sur l'élément spasmodique, pas plus que la belladone et le charbon; un régime alimentaire susceptible pourtant de ne pas irriter l'intestin et anti-diarrhéique n'a apporté aucune modification aux troubles gastro-intestinaux; les troubles tant locaux qu'é généraux, apparus il y a déjà deux mois ne font que s'accroître.

Nous soumettons alors cette malade à une observation rigoureuse pendant cinq jours. Voyant qu'aucun résultat n'avait été obtenu par la médication antérieure, qui, dans les circonstances, avait toute sa raison d'être, l'idée me vint, en pareille occurrence, d'essayer mon "traitement test". Ce traitement: association de bismuth et de stovarsol, dont l'action physiologique respective est de lutter contre l'hypermotricité, le spasme, l'hypersécrétion et l'infection en général; avec cela un régime alimentaire assez généreux, mais anti-diarrhéique, susceptible de relever le tonus de notre malade nous a donné d'excellents résultats.

Ces deux médicaments qui possèdent, en plus, une action parasiticide particulière et dont l'un (stovarsol) est en même temps un tonique général précieux, ont fait faire le diagnostic et institué du même coup le traitement curatif.

Après quatre jours de ce "traitement test" des anneaux de taenia apparurent dans les selles; un taenifuge administré immédiatement après cette constatation délivrait la malade d'un "taenia saginata" de 22 pieds de longueur, cause de tant de mal et embrouilleur de diagnostic.

C'est ainsi qu'après avoir été étiquetée "tuberculeuse de l'intestin", à cause de l'ensemble symptomatique équivoque qu'elle présentait, et délivrée de ce parasite exploiteur par la médication que nous savons, cette jeune femme reprit sa vie ordinaire de mondaine; après sa guérison elle avait repris son poids normal; et un peu plus tard, effrayée par l'embonpoint qui la menaçait, elle se mit à danser et à faire de longues promenades dans le but de maigrir.

Observation II.—M. B..., âgé de 53 ans, cultivateur, présente depuis trois mois environ des selles séro-muco-sanguinolentes au nombre de 7 à 8 par jour. Il accuse un amaigrissement d'une vingtaine de livres depuis les six derniers mois.

Sa mère est morte de cancer d'estomac à l'âge de 55 ans. Sa famille se compose de quinze enfants, tous vivants; sa femme n'a pas fait de fausse-couche. En 1908, une diarrhée, pas aussi forte que la présente, l'a ennuyé pendant quelques semaines. Aucune autre maladie reconnue. Gros fumeur, grand chiqueur de tabac; sobre par ailleurs. L'appétit est conservé, mais craint de manger; les aliments ne sont pas digérés.

Maladie actuelle.—Depuis environ trois mois, malgré une purgation et la diète, va à la selle 7 à 8 fois par jour. Les selles n'ont pas toujours les mêmes caractères macroscopiques. Elles apparaissent à des heures variables chaque jour, et sont accompagnées, précédées ou suivies de douleurs gastro-intestinales tellement violentes, qu'il fut obligé, se trouvant un jour à son travail des champs, de se coucher par terre, recroquevillé sur lui-même, pour laisser passer la crise. On fit à cette époque le diagnostic d'appendicite grave, et un peu plus tard, celui de cancer d'intestin.

En le voyant pour la première fois à notre consultation, il me déclara qu'il était atteint d'un cancer de l'intestin et qu'il n'avait plus aucune espérance de guérir. Il voulait quand même savoir ce que je pensais de son cas.

Je fus presque tenté, à première vue, d'opiner dans le même sens. Je trouvais un homme amaigri, pâle, l'air fatigué, la figure souffreteuse, avec du sub-ictère conjonctival.

Aucun trouble pupillaire; pas d'adénopathie sus-claviculaire.

L'examen des poumons, du coeur, du foie, de la rate et des reins reste négatif; la P. A. plutôt basse: 135/80; le pouls est lent, 64, facilement dépressible, régulier. Pas de température. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. Le toucher rectal reste négatif; pas d'hémorrhoides. A l'examen de l'abdomen, on ne trouve aucune masse susceptible de faire penser à un néoplasme, ni aucun point particulièrement douloureux au niveau de l'appendice, de la vésicule, du pylore ou des plexus hypogastriques; les douleurs qu'il présente lors des crises se font sentir d'abord dans les petits intestins et s'irradient vers la portion terminale du gros intestin. En même temps, il lui arrive d'éprouver des crampes d'estomac, avec nausées et pyrosis.

Je pratique une rectoscopie; le rectoscope pénètre assez facilement jusqu'à 27 centimètres: aucun rétrécissement de l'intestin; la muqueuse est extrêmement congestionnée; pas de suintement sanguin, ni ulcérations.

En présence d'une symptomatologie aussi équivoque, nous pensons, étant donné l'âge du malade, à un cancer, haut situé; le diagnostic de tuberculose intestinale à forme sténosante retient un moment mon attention; mais avant de me reposer davantage sur l'un ou l'autre de ces diagnostics étiologiques, j'institue, dans le doute, un "traitement test" par le bismuth, le charbon et le stovarsol: triple association

médicamenteuse qui permet, six jours plus tard, de poser un diagnostic de certitude. En effet, le malade expulsa plusieurs "ascaris" que le stovarsol et le bismuth avaient tués, dans l'intestin même, puisqu'ils ne présentèrent aucun mouvement lors des déjections successives. Pour plus de sûreté, j'administrai un vermifuge plus puissant qui en fit rejeter encore plusieurs.

*

* *

En résumé: Voici deux malades de sexe et d'âge différents, présentant une symptomatologie difficile à préciser, étiquetés, l'une, tuberculeuse de l'intestin, l'autre, cancéreux de l'intestin. Pendant plusieurs semaines, les maladies évoluent sans qu'on pense à l'existence d'une parasitose.

Après quelques jours d'observation, l'allure générale de la maladie nous fait soupçonner une parasitose; nous instituons le traitement que j'appellerai "traitement test" et qui nous permet de poser dans les cinq jours qui suivirent un diagnostic, cette fois, de certitude.

Si le traitement que nous avons appliqué suffit par lui-même pour poser le diagnostic, on peut dire, du moins pour ces deux cas, qu'il se suffit à lui-même quant à son action curative, puisqu'il a non seulement favorisé l'expulsion des ascaris, mais aussi provoqué leur mort *in situ*.

On connaît déjà l'action du stovarsol dans les crises aiguës de la dysenterie amibienne, la lambliose et autres parasitoses intestinales. Encouragé par les bons résultats que tant de médecins gastro-entérologues avaient déjà obtenus, nous pouvons dire, après l'emploi du stovarsol, qu'en plus de l'avantage qu'il possède d'être bien toléré et d'agir comme un tonique général, il possède une action parasiticide indiscutable.

Quant au bismuth, qui est un calmant de la douleur, un anti-spasmodique et un anti-parasitaire, il ne fit que renforcer l'action du stovarsol. Dans le doute, et pour être sûr de débarrasser le malade de son infection parasitaire, il est toujours permis d'administrer un vermifuge encore plus puissant.

On peut noter que, dans nos deux observations, chacun des malades a présenté de l'ictère conjonctival. C'est un symptôme que l'on peut rencontrer en dehors de toute parasitose; d'autre part, nous savons qu'au cours de l'ascaridiase, cause d'entérite grave avec diarrhée intense, on voit apparaître de l'ictère catarrhal. Dans ces

cas, la parasitose a dû évoluer depuis plus longtemps et causer l'ictère non seulement des muqueuses, mais de la peau. C'est là, en pareille occurrence, une réaction hépatique dont le rôle indéniable appartient à la parasitose.

On peut encore se demander par l'intermédiaire de quelle lésion anatomique l'ictère est déterminé. L'infestation du cholédoque par les parasites est susceptible de produire ce symptôme; mais on peut plus vraisemblablement croire que, à la faveur des troubles intestinaux graves déterminés par les parasites, s'établit soit une hépatite microbienne ou toxique, soit une angiocholite.

Si l'éosinophilie constitue un signe de grande valeur dans le diagnostic des affections parasitaires, la présence d'un ictère avec troubles gastro-intestinaux sans cause déterminante connue doit faire penser à l'existence possible d'une parasitose intestinale.

A PROPOS DE DEUX CAS D'APPENDICITE CHRONIQUE

Par **Mercier FAUTEUX**

La fréquence des lésions inflammatoires chroniques de l'appendice est un fait admis depuis longtemps. Organe lymphoïde, au même titre que l'amygdale, opposant une barrière solide aux germes pathogènes de l'intestin, sa lutte continuelle n'est pas sans amener à la longue des réactions inflammatoires, preuves en somme de son rôle physiologique.

Ces réactions inflammatoires chroniques que laisse soupçonner la fonction immunisante de l'appendice ont été d'ailleurs bien mises en lumière par les anatomo-pathologistes.

Parfois à peine ébauchées, n'intéressant que les follicules lymphatiques du segment inférieur, elles sont, dans d'autres cas, plus accentuées, plus sérieuses, déterminant des oblitérations partielles, des sténoses, des ulcérations, voire même des petits abcès minuscules, qui, à eux seuls, justifient pleinement l'intervention chirurgicale.

L'appendicite chronique d'emblée, non consécutive à une ou plusieurs crises aiguës, existe donc.

Entité anatomo-pathologique bien définie, elle est loin cependant de présenter toujours une physionomie clinique, nette, tranchée, ne laissant aucune équivoque; la plupart de ses symptômes étant des signes d'emprunt ou tout au moins propres à bien d'autres affections gastro-intestinales n'intéressant aucunement l'appendice.

Ce manque d'individualité de ses formes cliniques explique les difficultés que présente le diagnostic et démontre bien qu'il ne peut être et ne doit être qu'un diagnostic d'élimination.

Et cependant si l'on s'en rapporte aux nombreux cas opérés annuellement pour cette affection, avec quelle facilité on fait un diagnostic d'appendicite chronique !

L'appendice n'est-il pas trop souvent, et à tort, incriminé chez ces malades, présentant un état douloureux de la fosse iliaque droite s'accompagnant de troubles gastro-intestinaux à peine dessinés, sans température ?

Les appendicectomisés qui continuent à souffrir n'en sont-ils pas

une preuve ? Les nombreux appendices trouvés indemnes à l'examen histologique n'en sont-ils pas une autre ? Ce problème est singulièrement intrigant et mériterait une étude approfondie; quoi qu'il en soit, il est certain que le nombre de malades supposés souffrir d'appendicite chronique diminuera sensiblement le jour où, systématiquement, tous ces malades seront examinés, non pas à bout de doigt, mais par tous les moyens mis à notre disposition pour explorer à fond le tractus gastro-intestinal.

Voici à ce propos deux observations récentes où un diagnostic d'appendicite chronique dirigeait ces malades vers l'hôpital, afin d'y subir une intervention inutile et laisser évoluer, chose encore beaucoup plus grave, des troubles éminemment sérieux.

1er cas.—M. H., 29 ans, se présente à l'hôpital pour des douleurs vagues au niveau de la fosse iliaque droite, sans température, sans vomissements. Dans le passé aucune crise appendiculaire aiguë. Il a maigri sensiblement depuis quatre mois. L'appétit est presque nul. Les intestins fonctionnent difficilement sans l'aide de laxatifs. Les douleurs sont plus marquées si l'intestin n'a pas été exonéré depuis quelques jours. Examiné quelque temps auparavant, on lui conseille de se faire enlever l'appendice, raison pour laquelle il vient à l'hôpital.

A l'examen de la fosse iliaque droite, aucune défense musculaire; le caecum apparaît gros, distendu et douloureux. Il nous inspire de pratiquer un toucher rectal. Le doigt passe difficilement dans une filière étroite, dure, ligneuse. Une biopsie confirme l'idée de cancer du rectum.

2ième cas.—M. L., 39 ans, se présente à l'hôpital pour troubles digestifs caractérisés par de l'inappétence, des douleurs vagues au point de McBurney et de la constipation chronique. Le malade a maigri à la suite d'un régime sévère qu'il s'est imposé lui-même afin de faire cesser ses malaises. Par ailleurs, rien à noter dans l'interrogatoire.

A l'examen clinique, rien de bien défini, sauf une douleur bien nette que provoque la palpation à deux travers de doigt de l'ombilic, à droite de la ligne médiane. C'était cette constatation clinique qui avait fait porter le diagnostic d'appendicite chronique.

Non satisfait des éléments fournis par l'examen, une radiographie est demandée. L'estomac n'est pas ptosé, se vide bien, présente des contours nets sauf au pylore, où apparaît une petite encoche suspecte, d'autant plus suspecte que le bulbe duodénal n'apparaît point.

En face de ces signes radiologiques, nous décidons d'intervenir par une incision médiane sus-ombilicale. Le pylore exploré laisse voir sur son versant antérieur un ulcère typique avec zone inflammatoire assez étendue. Gastrectomie partielle. Gastro-entérostomie. Suites opératoires sans le moindre incident. Depuis, le malade ne se plaint plus de son appendice; plus de douleurs, il digère bien et gagne du poids.

REVUE GÉNÉRALE

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA CATARACTE

Par **Jules BRAULT**,
Ophthalmologiste à l'Hôpital Notre-Dame.

On appelle *cataracte* une opacité plus ou moins complète de l'appareil cristallinien.

Le cristallin à l'état normal est enfermé dans la cristalloïde, capsule transparente, vitreuse, très élastique sans structure appréciable au microscope. La partie antérieure de la capsule s'appelle *cristalloïde antérieure*, et la partie postérieure, *cristalloïde postérieure*. Sa périphérie se rattache à la zonule de Zinn qui constitue le ligament suspenseur du cristallin.

Le cristallin a la forme d'une lentille biconvexe dont la face postérieure est beaucoup plus bombée que la face antérieure. Sa substance propre se compose d'une partie corticale et d'un noyau central; cette substance à l'état normal est tout à fait transparente, et c'est à la perte de cette transparence qu'est donné le nom de cataracte.

La consistance du cristallin a une évolution progressive depuis le bas âge jusqu'à la sénilité. Chez le jeune enfant le cristallin a une consistance molle, il durcit sensiblement, pour devenir semi-mou entre trente et cinquante ans, et prendre une consistance presque solide chez le vieillard.

Consistance et transparence sont deux états bien différents du cristallin: le premier évolue exclusivement avec l'âge tandis que le second, s'il est influencé par la sénilité, est plutôt sous la dépendance des plus ou moins bons échanges nutritifs de l'œil et de tout le système.

Examen du cristallin et de la cristalloïde

L'examen à l'œil nu est insuffisant, mais il rendra cependant de grands services. La pupille à l'état normal nous apparaît uniformément noire. Dans les cas d'opacification du cristallin ou de la cristalloïde, la pupille paraîtra grisâtre ou blanchâtre suivant le degré d'opacification.

Tout médecin doit être en état de faire un diagnostic de cataracte dans la grande majorité des cas. Pour cela il doit savoir examiner un œil à l'éclairage oblique et à l'éclairage avec ophthalmoscope.

Je résume ici brièvement la technique de ces deux examens :

Eclairage oblique.—Tout ce qui est nécessaire pour l'éclairage oblique, c'est une source lumineuse placée à 30 ou 50 centimètres de l'œil à examiner et deux petites loupes de 13 dioptries. L'examineur prend une loupe de chaque main et place la première entre le foyer lumineux et l'œil du patient de façon à faire converger les rayons lumineux en un point fixe sur l'œil, tandis qu'il se sert de l'autre loupe pour grossir les détails à examiner. Un cristallin examiné de cette façon, après dilatation de la pupille avec un collyre à la cocaïne, laisse assez bien voir les plus légères altérations de sa cristalloïde antérieure et des premières couches de son tissu propre.

Eclairage avec ophthalmoscope.—Pour cet examen peu de chose est nécessaire; tout ce qu'il faut est une source lumineuse placée près de la tête du malade, et un petit miroir troué au centre pour réfléchir les rayons lumineux. L'observateur, placé dans l'obscurité à environ 60 centimètres du malade, réfléchit avec son miroir les rayons lumineux vers l'aire pupillaire, tout en regardant par l'orifice du miroir. A l'état normal la pupille s'éclaire parfaitement bien et laisse voir le pourpre rétinien. Dans les cas de cataracte totale, le fond de l'œil ne se laisse pas voir et la pupille nous apparaît complètement noire. Si le cristallin est cataracté partiellement et irrégulièrement, alors la pupille nous présentera des taches noirâtres correspondant aux opacités et qui auront telle ou telle configuration suivant l'emplacement des opacités et la forme de cataracte en évolution. Et si tout en fixant l'espace pupillaire, l'observateur ordonne au patient de mouvoir l'œil en différents sens, il verra alors ces taches noirâtres se déplacer en sens contraire au mouvement de l'œil et à une vitesse d'autant plus grande qu'elles seront situées plus en arrière. Il n'y aura que les opacifications de la cristalloïde

antérieure qui ne subiront pas de déplacement. De plus, chose importante à noter, les points noirs résultant des opacifications sont fixes et ne bougent pas, l'œil étant au repos. Au contraire. Quand il s'agit de flottants du vitré, les points noirs qu'on aperçoit au moyen du petit miroir, nous apparaissent comme des poussières ou des nuages qui flottent et qui nagent dans un liquide, même lorsque l'œil ne bouge pas.

Si à ces deux modes d'examen de l'œil on ajoute la recherche de la perception et de la projection lumineuse le praticien pourra dans la grande majorité des cas faire un diagnostic certain de la cataracte. Le cristallin qui a perdu sa transparence, s'il enlève à la rétine la vision des objets, ne la prive pas du moins de percevoir la lumière et de distinguer le jour des ténèbres. Même plus, un malade souffrant uniquement de cataracte doit être en mesure de nous dire où est placé un foyer lumineux, s'il est à droite ou à gauche, en haut ou en bas de l'œil qu'il éclaire.

Tout œil malade de la cataracte, qui a perdu la perception ou la urojection lumineuse, est un œil touché dans ses membranes profondes, et à qui l'opération de la cataracte ne saurait rendre service. Cet œil cependant ne doit pas être laissé sans traitement; au contraire, dans ces cas, un examen sérieux s'impose pour faire un diagnostic certain et appliquer le remède qui parfois évitera la cécité.

Variétés et étiologie de la cataracte

Les variétés de cataracte sont multiples et elles sont aussi nombreuses que les formes et les aspects sous lesquels cette dernière se présente et les causes qui les déterminent.

Chez les enfants, les cataractes sont le plus souvent congénitales et sont constatées durant les premiers mois de la vie. Elles sont habituellement bilatérales, elles sont stationnaires et ne sont que très rarement complètes. Dans ce cas, souvent une iridectomie optique est suffisante pour donner une bonne vision.

Les cataractes sont tantôt molles, semi-molles, ou dures suivant l'âge des gens chez qui on les rencontre.

La cataracte traumatique est fréquente chez les ouvriers; toute érosion de la cristalloïde antérieure est suffisante pour déterminer une cataracte qui se complètera de quelques heures à quelques mois.

Les maladies infectieuses, surtout celles qui peuvent toucher le

segment antérieur du globe, peuvent déterminer des cataractes secondaires.

La *syphilis* et le *diabète* sont deux grands facteurs de cataractes prématurées, c'est-à-dire qui se produisent chez des adolescents ou des gens relativement trop jeunes pour que l'on puisse invoquer la sénilité.

Les agents physiques et chimiques : radium, électricité etc., peuvent dans certains cas produire une opacification du cristallin.

La sénilité prédispose à la cataracte, et ceci s'explique assez bien par le fait que les échanges nutritifs se font alors moins bien dans les tissus.

L'hérédité joue certainement un grand rôle et la cataracte s'observe parfois de génération en génération.

Certaines professions doivent être incriminées; ce sont celles qui exposent les yeux à de trop vives lumières et le corps à de trop grandes sueurs: ouvriers fondeurs, verriers, électriciens etc.

La pathogénie de la cataracte a été l'objet de travaux considérables, elle est encore très obscure. La plupart des auteurs la regardent comme une altération de nutrition du cristallin. Est-ce une déshydratation? Est-ce une imbibition? Comment expliquer qu'elle ne touche souvent qu'un seul œil alors que l'autre ne présente aucune altération?

La sclérose du cristallin est une maladie très complexe qu'une foule de circonstances peuvent produire. L'astigmatisme et les fatigues de l'accommodation peuvent dans certains cas amener des changements moléculaires du cristallin et provoquer l'apparition de la cataracte.

Traitement de la cataracte

Je n'insisterai pas sur le traitement de la cataracte. Disons tout de suite qu'il n'existe pas de traitement médical de la cataracte. L'iode et les iodures ont été préconisés comme fondants des opacités cristalliniennes. Quoi que vous fassiez, vous ne pourrez jamais redonner à une fibre cristallinienne la transparence qu'elle a une fois perdue. Les guérisons spontanées de cataracte ne sont qu'apparentes en réalité. Il ne s'agit pas dans ces cas d'une lentille qui reprend sa transparence, mais bien d'un cristallin résorbé, phénomène qui arrive assez souvent dans les cataractes traumatiques avec déchirure de la cristalloïde antérieure.

Le traitement de la cataracte consiste donc uniquement dans une opération qui a pour but soit d'extraire le cristallin opaque (extraction), soit de déchirer la capsule pour permettre aux masses de se résorber, soit d'écarter les débris et les exsudats qui remplissent le champ pupillaire (discision), soit d'agrandir la fente pupillaire dans les cataractes congénitales qui ne sont pas complétées (iridectomie optique).

Je ne veux pas ici décrire toutes les techniques en usage. Résumons en deux lignes les différents temps de l'extraction classique de la cataracte: 1er temps, Section de la cornée; 2ème temps (facultatif), Iridectomie; 3ème temps, Déchirure de la cristalloïde antérieure. 4ème temps, Extraction du cristallin.

De l'opportunité de l'opération

Quand doit-on opérer une cataracte? Chaque fois que le patient peut en tirer profit.

On nous enseignait autrefois qu'il fallait attendre qu'une cataracte soit mûre avant de décider l'intervention. C'est là un conseil d'une grande sagesse et que je crois, avec tous mes confrères, devoir suivre dans la majorité des cas.

Mais la réussite proprement dite de l'acte opératoire ne sera nullement influencée par le degré de maturité de la cataracte. Du reste, nous l'avons dit plus haut, transparence et consistance sont deux qualités différentes du cristallin. Un cristallin peut être opaque et avoir une consistance molle (cataracte molle), de même quoique tout à fait transparent, il peut être durci dans son entier et ne présenter aucune partie ramollie.

Impossible donc de se fier à la maturité apparente de la cataracte pour juger de la grosseur de son noyau. Du reste, la cataracte molle s'opère avec autant de facilité qu'une cataracte dure, et l'extirpation des masses, après la sortie du noyau, ne saurait présenter de difficultés à l'opérateur averti.

Cependant, quand le chirurgien n'est pas pressé par les circonstances, il est sage d'attendre la maturité de la cataracte pour l'opérer. En effet, dans les cas d'échecs opératoires chez les cataractés partiellement, il est certain que le service rendu au malade est mauvais et que du fait la réputation du chirurgien n'est pas rehaussée.

Aussi, en présence d'une cataracte, la conduite à tenir dépend de plusieurs circonstances: 1° De la nature de la cataracte, 2° de la profession du malade, 3° de l'existence d'une cataracte partielle ou complète sur les deux yeux, 4° de la perte antérieure d'un œil par suite d'un traumatisme, d'une maladie des membranes profondes ou d'une opération de cataracte.

En présence d'une cataracte compliquée d'affections de membranes profondes on reculera le plus possible le moment de l'opération, puisque l'on ne peut prévoir si la vision en sera beaucoup améliorée.

Si la cataracte est de bonne nature, on opérera dès que le malade en aura besoin. Ce besoin se fait sentir d'autant plus vite que la profession, ou l'état social du malade, réclame une vision meilleure pour les petits objets, la lecture, l'écriture, etc.

En général, il faut opérer dès que, de son œil le plus cataracté, le patient, le bras allongé, ne peut plus compter distinctement ses doigts.

Le malade a-t-il déjà perdu un œil, il faut en rechercher la cause avec le plus grand soin, et retarder l'opération jusqu'à ce que le dernier œil ne rende presque plus aucun service, car il faut toujours redouter dans ce cas un mauvais résultat post-opératoire.

Si c'est à la suite d'une opération de cataracte, il faut redoubler de prudence; il faut toujours supposer que la première opération a été faite habilement par un chirurgien qualifié, et que l'insuccès tient à une diathèse ou à des circonstances malheureuses auxquelles le malade est encore exposé. Pour toutes ces raisons on retardera le moment de l'opération et l'on mettra tout en œuvre pour éviter un second insuccès. Il sera prudent de faire quelques réserves au sujet du pronostic.

De la cataracte secondaire

C'est à dessein que j'ai passé sous silence la cataracte secondaire dans l'énumération des différentes variétés de cataractes, afin de pouvoir en parler dans un chapitre à part.

On nomme cataracte secondaire les opacités qui surviennent dans le champ pupillaire après une opération de cataracte et qui diminuent considérablement la vision au point de l'abolir parfois complètement. Tantôt ces opacités sont dues à des débris de masses qui ont échappé au nettoyage post-opératoire et se sont opacifiés entre les feuillets

de la capsule (cas rare); tantôt elles proviennent de l'opacification de la cristalloïde postérieure, opacification parfois tardive et pouvant s'effectuer plusieurs mois après l'ablation de cristallin; tantôt elles résultent de produits morbides déposés sur les lambeaux capsulaires provenant d'hémorragies ou d'inflammation consécutives à l'opération.

Quelle que soit la forme et l'étiologie de la cataracte secondaire, cette dernière dépend rarement de l'acte opératoire. Les cataractes secondaires se rencontrent très souvent et l'on doit admettre qu'il y a cataracte secondaire toutes les fois qu'après l'intervention, la vision n'est pas supérieure à un tiers de la vision normale. Je fais exception, bien entendu, dans les cas où il y a lésion du fond de l'œil.

Le meilleur traitement à leur appliquer est une nouvelle intervention, soit par irido-capsulotomie, discision ou arrachement des masses capsulaires qui aura pour but de refaire une nouvelle fente pupillaire et de donner au malade une meilleure vision.

LA PHRÉNICECTOMIE

Par **Jean-Albert JOANNETTE,**

De l'Université de Montréal,

Médecin-assistant, Sanatorium des Alpes-Vaudoises, Leysin, Suisse.

C'est en 1911 que Stuertz (Autriche) préconisait la section du nerf phrénique pour des affections de la base pulmonaire telles que bronchiectasies, lésions tuberculeuses, etc. La méthode, cependant, tomba presque aussitôt en défaveur à la suite de résultats apparemment contradictoires, parce que mal interprétés. Certains affirmaient qu'après section du nerf phrénique le diaphragme reprenait sa fonction, tandis que les physiologistes mettaient en garde contre les dangers que présentait la paralysie provoquée d'un organe aussi important pour la respiration: difficulté de l'expectoration et de la toux, risque d'embolies et de stase endo-bronchiques, etc.

Après une décade, cependant, l'école de Sauerbruch (Allemagne) reprit cette idée de paralysie et d'ascension du diaphragme pour l'associer, comme intervention d'épreuve, à la thoracoplastie. Mais ce sont surtout les recherches anatomiques de Willy Felix qui donnèrent à la phrénicectomie un renouveau d'intérêt d'ordre pratique. Une technique plus logique lui acquit des résultats positifs indiscutablement reconnus et, par la suite, la faveur accordée aux autres méthodes collapsothérapeutiques: la thoracoplastie et surtout le pneumothorax.

La littérature médicale ne comptait alors (en 1922) qu'une quarantaine de phrénicotomies. Depuis, elle s'est répandue dans tous les milieux médicaux où l'on s'occupe du traitement de la tuberculose pulmonaire. La Société des Médecins de Leysin (35 membres), dans une séance consacrée à l'étude de la phrénicectomie, réunissait 150 observations locales pour en discuter les résultats. Récemment, les docteurs Bérard et Guilleminet, de Lyon (France), publiaient devant l'Académie de Médecine de Paris, les enseignements de 240 cas personnels, tandis qu'en Italie, Radaelli intéressait la "Societa Italiana Fascista di studi sulla Tuberculosis" par ses conclusions au sujet de 312 interventions dans les sanatoria qu'il dirige près de Milan.

Cette diffusion exceptionnellement rapide d'une nouvelle méthode de traitement est la conséquence d'une compréhension ingénieuse et pratique du principe de la collapsothérapie : *le relâchement des résistances pariétales* qui modifie l'état de tension élastique du poumon en favorisant les tendances à la rétraction des tissus malades, et secondairement, en procurant à l'organe une immobilité partielle et relative.

En quoi consiste la phrénicectomie ? Stuertz avait préconisé la simple section du nerf phrénique au-dessus de la clavicule, région où il est plus accessible au chirurgien. Les recherches de Felix ont mis en évidence que souvent il y avait un nerf accessoire et, plus souvent encore, des anastomoses assez bas situées et qu'il faut détruire. Il proposa donc l'avulsion du nerf, c'est-à-dire l'arrachement du segment périphérique par traction. Faite sous anesthésie locale et par un chirurgien entraîné, c'est une opération relativement bénigne qui demande dix à quinze minutes. L'incision courte (3 à 4 centimètres) et plutôt horizontale, dite "en collier", ne laisse qu'une cicatrice minime, souvent inaperçue.

La conséquence voulue, c'est la paralysie de l'hémi-diaphragme correspondant dont l'inertie, normalement définitive, reste soumise à deux forces :

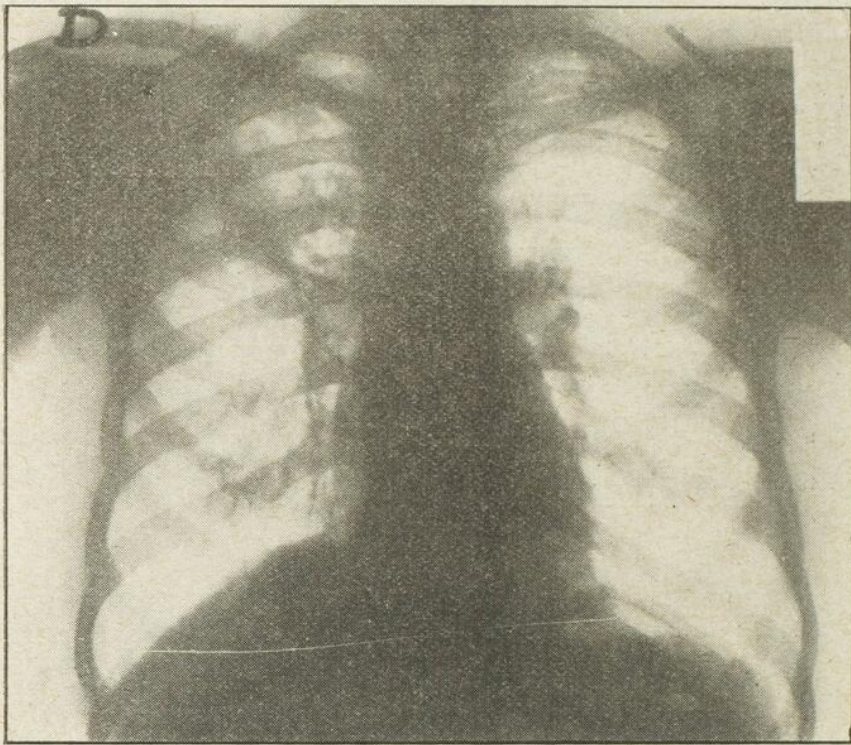
- 1° L'élasticité de rétraction propre au parenchyme pulmonaire, à laquelle s'ajoute la tendance rétractile propre aux tissus malades;
- 2° La poussée des organes sous-jacents, variable selon la position du patient et la tonicité de sa musculature abdominale.

On peut augmenter cette dernière par le port d'une ceinture large au-dessus des crêtes iliaques engageant à la fois le bas du thorax et l'abdomen; mais aussi en soulevant le pied du lit, le malade étant en position déclive latérale sur le côté phrénicectomisé. Le gain en hauteur d'ascension diaphragmatique est ainsi de 3 à 7 centimètres.

La résultante de ces deux forces s'exprimera par l'ascension du diaphragme, à moins que d'autres facteurs anormaux s'interposent. Cette ascension s'établira plus ou moins précocement, et surtout dans les trois mois qui suivront l'intervention; mais les effets cliniques heureux se manifestent dès les premières semaines, sinon dès les premiers jours. La réduction de volume peut dépasser le quart du poumon. L'idéal serait que cette perte de volume se fasse exclusivement par la rétraction élective et aux dépens des parties malades, favorisant ainsi le processus de cicatrisation désirée; mais toujours

la thoracoplastie, opération toujours grave de conséquences. Les 88 opérés des Sanatoria Populaires de Leysin étaient tous atteints de lésions cavitaires nettes aux Rayons.

Chez nos malades, en effet, le pneumothorax était impossible (symphyse pleurale) ou inefficace (âge du malade, forme cirrhotique, symphyse partielle, brides adhérentielles), ou dangereux (large cavité sous pleurale non influencée par le collapse, lésions cardiaques). C'est en effet là la principale indication de la phrénicectomie: impossibilité ou inefficacité du pneumothorax. Il y en a d'autres.



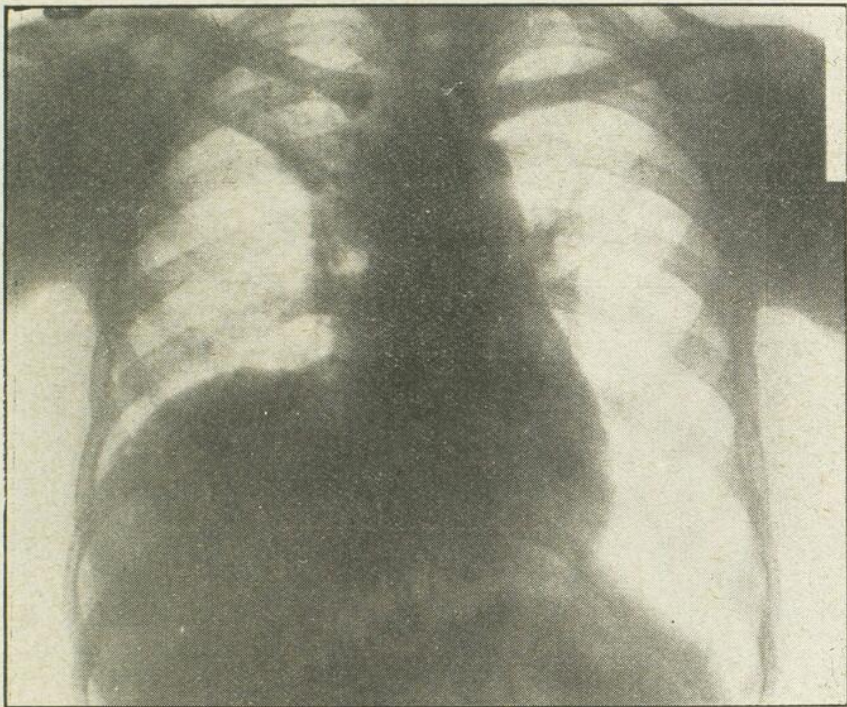
Radiographie 1

Chez certains, elle a évité les risques d'une résection costale; chez d'autres, elle a permis de la limiter à une thoracoplastie partielle. Ailleurs, elle a donné le temps de remonter son état général avant de l'entreprendre. Une autre fois elle a pu amorcer l'accolement de feuillets pleuraux circonscrivant une poche purulente fistulisée, avec amélioration progressive et durable.

Un désavantage conséquent, c'est qu'il est actuellement impos-

sible de prévoir si la phrénicectomie donnera ou non un résultat positif dans un cas déterminé. En effet des malades porteurs de formes tuberculeuses cliniquement et radiologiquement superposables enregistrent les uns, des succès, les autres, des échecs; d'autre part, on est témoin d'amélioration nette chez des personnes auxquelles on avait proposé l'intervention pour faire "quelque chose".

Par ailleurs, si la phrénico-exérèse, comme on l'appelle encore, demeure en fait et trop souvent inefficace, elle n'a jamais causé directement, chez nos malades, à notre appréciation, une aggravation de leur état. C'est un point important. On rapporte des accidents

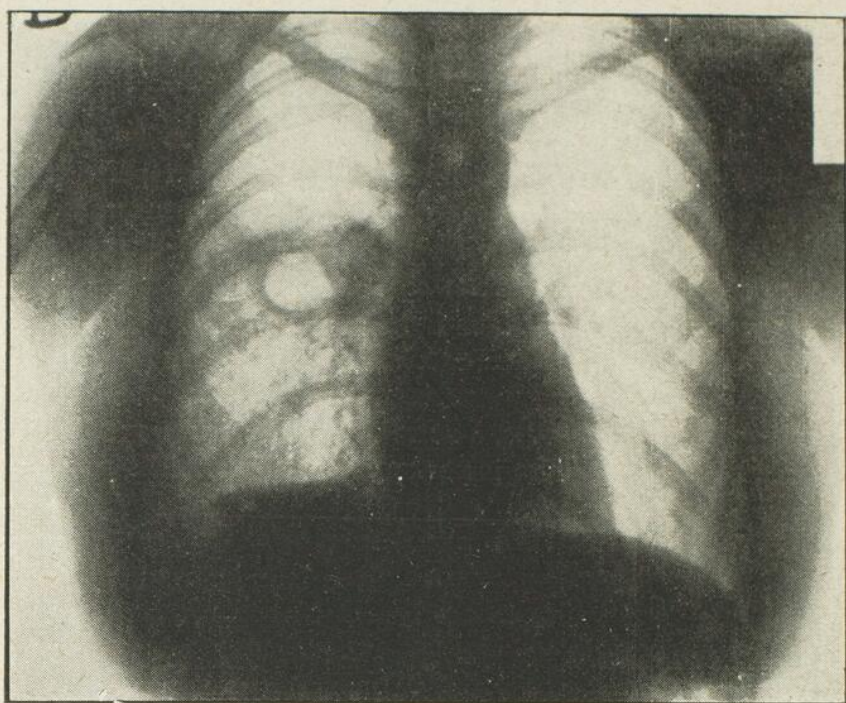


Radiographie 2

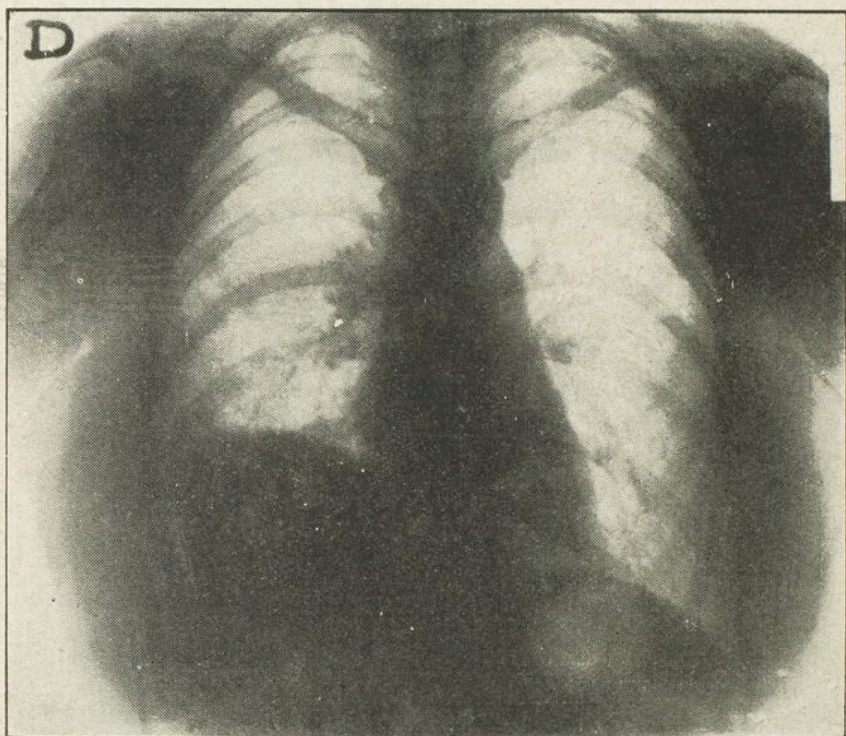
opératoires: section du vague, du récurrent; hémorragies, œdème aigu, etc. En fait, ils sont rares.

Il ressort généralement que la récence des lésions, jointe à une rétraction amorcée, favorise l'action de la phrénicectomie. Les formes rétractiles anciennes aussi bien que les formes fébriles évolutives n'en paraissent point devoir bénéficier: celles-là, parce que la rétractilité aurait déjà agi à sa limite; celles-ci, par manque de tendance à la rétraction.

Radiographies



Radiographie 1



Radiographie 2

La première montre la grande cavité parahilaire droite et les lésions de la base; la seconde, l'ascension du diaphragme (5.5. centimètres) et la disparition de la caverne.

La phrénicectomie offre encore des points de vue intéressants dans la collapsothérapie combinée unie ou bilatérale. Elle y peut intervenir dans des associations heureuses et tout à l'avantage du malade. Sa diffusion et l'analyse des résultats obtenus serviront à en préciser de plus en plus les principales indications, celles qui permettront de reconnaître en quelque sorte dans quelles formes de tuberculose pulmonaire on en peut attendre davantage.

En conclusion, disons que l'importance de la phrénicectomie s'impose à l'attention du monde médical, des milieux phthisiologiques en particulier. Les résultats en sont très encourageants; son application est d'ordre tout pratique et sa technique, relativement simple pour un chirurgien averti. Malgré tous ses insuccès et l'imprévisibilité de son action dans un cas donné, il est certain que sa disparition laisserait un vide dans la thérapeutique active, déjà si limitée, de la tuberculose pulmonaire.

Observations

Cas I.—M. Y., 22 ans, se présente en décembre 1927 pour une tuberculose pulmonaire sub-fébrile ouverte sous forme d'une lobite supérieure droite largement excavée plus un essaimage supra-scissural gauche; début clinique par hémoptysie en septembre 1927. L'état général s'améliore lentement par la cure simple. En août 1928, cependant, il subsiste encore la cavité et une expectoration bacillifère. On tente un pneumothorax, mais sans succès, et l'on fait une phrénicectomie en octobre 1928.

Radiographies

La première montre une lobite supérieure droite cavitaire avec scissure, et lésions supra-scissurales gauches. Dans la seconde, l'on se rend compte de l'ascension du diaphragme (six centimètres) et celle de la scissure droite (deux à trois centimètres).

Cas II.—Mlle T., 23 ans, se présente en septembre 1928 pour une tuberculose cavitaire parahilaire droite unilatérale; début clinique en juin 1928 par pleurésie à la base droite. On tente un pneumothorax sans obtenir un décollement utilisable. L'on recourt alors à la phrénicectomie (janvier 1929). Le résultat est tel que deux mois après, la caverne a totalement disparu. L'amélioration s'est poursuivie depuis. L'expectoration est à peu près nulle et sans bacilles de Koch à l'homogénéisation depuis trois mois.

MOUVEMENT MÉDICAL

LA SITUATION HOSPITALIÈRE À MONTRÉAL L'HOPITAL NOTRE-DAME

Le docteur Dubé, professeur de Clinique Médicale à l'Université de Montréal, a publié il y a quelques mois une plaquette sur la situation hospitalière à Montréal. Nous croyons qu'il est opportun d'en faire une analyse succincte au moment où l'hôpital Notre-Dame sollicite une souscription dans le but d'ériger une aile qui permettra de compléter le plan initial des architectes.

A ceux qui paraissent étonnés de la demande des administrateurs de cette maison, nous fournirons quelques documents puisés dans cette plaquette, écrite et publiée par le docteur Dubé, qui démontrent à l'évidence que les Canadiens-français ne remplissent pas tous leurs devoirs à l'égard de leurs compatriotes indigents.

Après avoir établi un parallèle entre les activités des Anglais et des Canadiens-français, il cite des chiffres qui démontrent d'une façon péremptoire que nos compatriotes anglais contribuent largement à toutes les oeuvres d'assistance publique où il s'agit de leurs co-religionnaires.

D'autre part, nous voyons que les Canadiens-français commencent à peine à réaliser la situation qui leur est faite à Montréal même où ils forment les deux-tiers de la population.

Toutes nos oeuvres d'assistance publique ont été créées et entretenues par les institutions religieuses, grâce à de maigres subventions qui pourvoient à leur subsistance provenant du sou du pauvre ou de sacrifices consentis par la charité publique.

Les temps sont changés: le coût de la vie a augmenté et les oeuvres d'assistance publique doivent envisager la question des hôpitaux sous un autre aspect. Il n'y a pas que l'indigent qui doive y séjourner, il y a aussi une catégorie d'ouvriers dont les salaires suffisent à peine à alimenter de nombreuses familles, qui travaillent, mais qui ont besoin d'être secourus lorsque la maladie frappe à leur porte; ce ne sont pas des indigents, mais ce sont, à l'occasion, des nécessiteux que nous avons le devoir d'hospitaliser gratuitement, afin de permettre à leurs familles de subsister dans l'intervalle.

Cet état de choses exige un plus grand nombre de lits dans nos hôpitaux, et nous ne pouvons pas les leur fournir, car nous ne les avons pas.

Les Anglais semblent avoir compris mieux que nous ce problème et ils ont construit des hôpitaux qui peuvent recevoir tous leurs coreligionnaires malades, et les nôtres aussi en très grand nombre. Est-ce aux Anglais qu'il appartient d'hospitaliser les Canadiens-français ou n'est-ce pas aux Canadiens-français majoritaires qu'il appartient d'hospitaliser leurs compatriotes ?

Le docteur Dubé résout cette question dans l'affirmative et nul citoyen bien pensant ne le contredira.

Il y a aussi d'autres considérations patriotiques ou religieuses sur lesquelles il ne convient pas de s'attarder en ce moment mais qui s'imposent à notre attention.

Ce que nous voulons aujourd'hui mettre devant les yeux du public, ce sont des chiffres qui établissent la nécessité d'augmenter le nombre des lits dans nos hôpitaux à Montréal.

A ce propos, je me permettrai de citer un passage de la plaquette du docteur Dubé où le pourcentage des lits est indiqué en se basant sur les villes qui ont à peu près la même population, aux Etats-Unis.

"Nombre de lits d'hôpitaux que Montréal devrait posséder

Médecine et Chirurgie, 1 lit par 250 de population, soit pour	
Montréal	4,000 lits
Maladies, Contagieuses, 1 lit par 2,000 de population, soit pour	
Montréal	500 lits
Tuberculose, 1 lit pour chaque mortalité annuelle, soit pour	
Montréal	900 lits

(Dr E. Lewinski-Corwin, Secrétaire du Comité Exécutif de l'Académie de Médecine de New-York, cité plus haut par le Dr Louis L. Dublin, dans une lettre du Dr J. A. Baudouin.)

"Le nombre de lits indiqué ci-dessus, s'il convient à la population urbaine de Montréal, devient naturellement insuffisant si l'on considère qu'il doit servir aussi à l'hospitalisation d'une population d'environ 300,000 habitants, contenus dans les environs et tout le district de Montréal, ce qui revient à dire qu'il faudrait véritablement avoir à Montréal, 6,000 lits de médecine et de chirurgie, maladies contagieuses: 750 lits; tuberculose: 1,300. Nous avons d'ailleurs un excellent point de comparaison avec ce que nous avons et ce que nous devrions avoir en consultant le tableau statistique des lits d'hôpitaux pour la ville de Boston, indiqué plus haut dans la lettre du docteur Kline. Boston et Montréal sont deux villes métropolitaines à population égale et il n'y a aucune raison pour que Montréal, qui est, comme Boston, un grand centre universitaire, ne possède pas un nombre égal de lits d'hôpitaux."

Boston possède en médecine, en chirurgie générale et en gynécologie un total de 6,243 lits. D'après les observations du docteur Lewinski-Corwin, Montréal devrait posséder en médecine et chirurgie générales 6,000 lits, pour la ville et ses environs, alors qu'elle en possède tout juste 2,290.

Boston possède en obstétrique 950 lits. Sans pouvoir donner de chiffre exact, Montréal ne possède pas plus de 300 lits comprenant l'Hôpital de la Miséricorde, la Maternité du Royal Victoria et le Women's Hospital.

En pédiatrie, Boston possède 1,075 lits. Avec l'Hôpital Ste-Justine pour enfants malades, le Children Memorial, l'Hôpital des Shriners pour enfants, Montréal ne possède pas la moitié de ce chiffre.

Boston possède 1500 lits pour tuberculeux. Montréal possède exactement 200 lits à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Cartierville, 20 lits à l'Institut Bruchési, 33 lits au Grace Dart Home. Ste-Agathe des Monts a une capacité de 15 lits au Brehmer Rest, 42 lits au Mont-Sinai Sanatorium, et environ 150 lits mis à la disposition de toute la population de la ville de Montréal et de son populeux district. C'est là une des situations les plus humiliantes que nous ayons à subir, quelle qu'en soit la cause et quels que soient ceux qui ne craignent pas de prendre la responsabilité d'une situation semblable. Alors qu'il est reconnu que l'isolement des tuberculeux est absolument nécessaire et une des premières choses à faire pour obtenir des résultats dans la lutte anti-tuberculeuse, nous avons le regret de répéter ici que par négligence et incurie, ou ignorance de nos dirigeants, Montréal occupe en cette matière le bas de l'échelle parmi les grandes villes du monde entier.

— Si l'on veut bien comparer les chiffres que nous venons de citer avec les lits disponibles actuellement dans notre ville, la chose devient facile en consultant le tableau suivant :

Lits à Montréal

Notre-Dame	285	Royal Victoria	350
Hôtel-Dieu	300	Montreal General	375
Ste-Jeanne-d'Arc	150	Western	100
Providence	50	Homeopathic	75
Ste-Justine	180	Women's	150
Maternité	50	Children's Memorial	125
St-Mary's	50	Montreal Children	50
	1,065		1,225

Ce qui fait un total de: 2,290 (1)

Si l'on veut bien comparer avec Montréal une autre ville dont la population se rapproche de la sienne, par exemple Boston, nous voyons que la différence est énorme.

Nombre approximatif de lits d'hôpitaux mis à la disposition de la population de la Ville Métropole Boston.

Médecine	3,200	Infirmes incurables	790
Chirurgie	2,170	Viellards	290
Obstétrique	950	Aveugles	670
Pédiatrie	1,075	Maladies mentales	8,000
Tuberculose	1,500	Arriérés mentaux	1,500
Maladies contagieuses	783	Epileptiques	800
Cancer	485	Non classés	335
Gynécologie	873		
Yeux, oreilles, nez et gorge	398	Ce qui fait un total de	23,819

Naturellement nous n'avons pas compté dans ce tableau les lits affectés aux maladies mentales à Montréal, mais on peut facilement se rendre compte de la distance énorme qui nous sépare de Boston.

Les statistiques sur la ville de Boston ont été fournies au docteur Dubé par le docteur Kline, de Boston, Directeur des Hôpitaux d'aliénés aux Etats-Unis dans l'Etat de Massachusetts.

(1) Au moment de la publication de cette plaquette, l'hôpital Saint-Luc n'avait pas encore jeté ses fondations. Il faut maintenant ajouter à ce total 100 lits de plus. — L.

— D'autre part, le docteur Dubé cité une statistique provenant de nos paroisses de Montréal où il est démontré que sur un nombre déterminé de malades, 10% sont hospitalisés; conséquemment, nous devons être en mesure de les loger s'ils sont malades. D'ailleurs, en comparant le nombre de lits à Montréal et à Boston pour maladies contagieuses, l'on voit que nous avons 350 lits tandis qu'à Boston il y en a 783. Boston possède aussi 485 lits pour cancéreux et 790 pour infirmes incurables, alors qu'à Montréal nous avons 200 lits pour tous les incurables à l'Hôpital du Sacré-Cœur.

— Ces chiffres, que nous indiquons sommairement, nous font toucher du doigt toute la question, et si une élite de citoyens s'impose la tâche d'augmenter le nombre de nos lits à Montréal, elle fait à la fois une œuvre humanitaire et nationale. Il s'agirait de savoir si une loi hospitalière, se rapprochant de la loi des fabriques pour la construction des églises, et de celle de la commission scolaire pour la construction de nos écoles, pourrait donner un bon résultat pour l'entretien et la construction des hôpitaux. Le docteur Dubé pose le problème et demande à des personnes compétentes d'y réfléchir. Nous n'avons pas l'intention, aujourd'hui, de discuter ce point de vue. Mais nous sommes heureux d'attirer l'attention des médecins et du public sur le travail considérable que s'est imposé volontairement le docteur Dubé pour discuter une question de la plus haute importance, et qui intéresse tous les citoyens et tous les gouvernements.

Nous savons gré au docteur Dubé de nous avoir donné les conclusions de son étude, car son travail est une directive précieuse en ce moment. C'est pourquoi nous nous faisons un devoir de mettre ces chiffres devant l'opinion publique, en particulier les médecins, afin qu'ils puissent éclairer leurs amis, leurs clients et leurs compatriotes, lorsqu'une demande leur est faite de souscrire une somme, si minime soit-elle, dans le but d'augmenter le nombre des lits disponibles à l'usage du public en général.

LeSAGE.

FORMULAIRE

CHOLECYSTITE CHRONIQUE NON LITHIASIQUE

- 1° Eau de Vichy, $\frac{1}{2}$ -verre le matin à jeun.
- 2° Huile de Harlem, une capsule avant chaque repas pendant 15 jours.
- 3° Urotropine, 0.50 ctgr., avant chaque principal repas pendant quinze jours.
- 4° Repos pendant 15 jours.

("Presse Médicale", le 13-10-26).

HEPATISME

Sulfate de magnésie desséché	6 grammes
Peptone de Witte	3 grammes
Poudre de réglisse	2 grammes
Lactose	1 gramme

- 1° A prendre le matin à jeun dans un demi-verre d'eau tiède.
- 2° Se coucher dix minutes sur le côté droit et ne pas manger avant trente minutes.

CURE DE DECHOLESTERINISATION

- 1° Instillation rectale de glucose en solution isotonique;
 - 2° Bicarbonate de soude 6 grammes
 - Sulfate de soude 5 grammes
 - Phosphate de soude 4 grammes
 - Salicylate de soude } 3 grammes
 - Benzoate de soude }
 - Uroformine }
 - Eau distillée 1 litre
- A prendre par petit verre à vin.
- 3° Sulfate de soude 30 grammes
- Trois jours de suite.

(Loeper).

REVUE DES LIVRES

LES CONVULSIONS DES MOIGNONS D'AMPUTES

Par Roma AMYOT.

(Thèse de Paris, 1929. Arnette, éditeur.)

L'auteur, élève d'André-Thomas, boursier de la Province, et en plus ami personnel, présente au cours de ce travail bien documenté, l'aspect neurologique d'une question que les chirurgiens débattent depuis longtemps: les complications des moignons d'amputés. Afin de ne pas sortir du domaine strictement neurologique, il s'occupe presque exclusivement du symptôme **convulsions** pour ne s'attacher que secondairement au phénomène **douleur**.

Il fait rapidement l'histoire de la question et critique certaines appellations (spasmes, chorée, etc.) qu'il juge insuffisantes; enfin il rapporte 31 observations — dont trois personnelles — qui établiront le bien-fondé de ses conclusions en même temps que la logique de ses vues sur la pathogénie de ce complexe morbide.

Les convulsions des moignons sont une complication relativement rare des amputations. Elles débutent à un intervalle très variable après l'amputation: quelques jours à plusieurs années. En général, elles apparaissent en même temps que les douleurs. Elles ont le même aspect clinique pendant toute leur durée. Elles sont c'onques, d'amplitude modérée, le plus souvent en flexion-extension et se produisent par salves de plus ou moins longue durée. Au cours de ces crises, la douleur augmente presque toujours. De plus, les muscles du moignon ne sont pour ainsi dire jamais au repos absolu, puisque même dans l'intervalle des paroxysmes, on y décèle un certain degré d'hypertonie. Cette hypertonie rend bien compte de la vivacité des réflexes tendineux avoisinants.

Parmi les causes qui déclenchent le plus habituellement des convulsions, il faut signaler: le décubitus horizontal (la nuit); la mobilisation active ou passive du moignon; la marche et la station verticale; les paroxysmes douloureux; la percussion des tendons rapprochés du segment amputé; les excitations sur le tégument du moignon; l'anesthésie générale et enfin les phénomènes de répercussivité d'André-Thomas. Il convient d'ajouter que la préhension ou le maintien du moignon, de même que l'injection de cocaïne dans son sein diminuent l'intensité des mouvements involontaires.

Depuis Colles, on considère les convulsions du moignon comme un phénomène réflexe que l'on pourrait énoncer comme suit: la transformation de l'irritation périphérique du segment amputé réfléchi au niveau de la moelle, en mouvement involontaire du moignon. Ce pouvoir

réflexogène de la moelle est admis par l'auteur, qui est partisan intégral de la pathogénie réflexe.

Etudiant d'une manière spéciale les éléments de ce complexe réflexe, il souligne l'importance de l'inflammation du moignon dans la genèse des douleurs et des clonies. Il passe en revue les théories des névrômes exubérants, de la névrite des nerfs du moignon, de la névrite ascendante de Weir-Mitchell, de la sclérose névritique interstitielle périphérique des névrômes, etc., puis il appuie de nouveau sur l'importance de l'inflammation, condition première des désordres algo-kinétiques. Il insiste tout particulièrement sur l'irritation portée sur les néo-fibrilles amyéliniques, soit au sein des névrômes, soit au sein des tissus du moignon, irritation préparée par un processus inflammatoire anérieur.

Il termine son étude pathogénique en mentionnant trois conditions autres que l'irritation périphérique, susceptible de provoquer les convulsions du moignon. Le tétanos latent en est une. L'état anatomique spécial des moelles d'amputés en est une seconde. Chez ceux-ci, en effet, l'équilibre fonctionnel de la moelle est perturbé du fait de l'exaltation de certains groupes cellulaires voisins. (Brown-Séquad, Vulpian). Enfin, la troisième condition sera la prédisposition à l'éréthisme excitomoteur des hyperémotifs constitutionnels de Dupré.

Le traitement à instituer chez ces malades sera du domaine de la chirurgie. Il visera deux buts. D'abord, éviter l'apparition de l'irritation périphérique au sein du moignon par une bonne asepsie chirurgicale; l'abolir (huile iodée) et empêcher qu'elle parvienne aux centres lorsqu'elle existe. A cet effet, l'auteur recommande que le chirurgien ne se contente pas de la simple résection des troncs nerveux, mais y ajoute la sympathectomie pééri-artérielle. Il va sans dire que le sérum anti-tétanique sera administré quand il y aura lieu. Le deuxième but à viser sera d'abolir l'état d'éréthisme nerveux du sujet et surtout du centre médullaire intéressé quand la chose sera possible.

Bien qu'il ne soit pas de notre ressort de féliciter ici notre collègue, qu'il nous soit permis de lui dire que sa thèse nous paraît excellente. Elle sera consultée avec profit par tous ceux qui s'occuperont de la question, d'autant plus qu'une importante bibliographie accompagne le texte. Il nous est également agréable de mentionner la belle tenue typographique du volume. Il n'en peut être autrement lorsqu'il vient de la maison Arnette.

Jean SAUCIER.

ANALYSES

MEDECINE

Dr VALORY. — **A propos d'un laxatif synthétique** ("Conc. Méd. Paris", No 23, 3 juin 1928).

La pharmacopée est riche en produits laxatifs variés, mais tous les médecins aussi bien que les stomatologistes et les sages-femmes désirent avoir à leur disposition un laxatif doux, non irritant, atoxique, facile à prendre et toujours bien toléré. L'Isacène ou diacétyl-dioxy-phénylisatine, insoluble dans les acides dilués, traverse l'estomac et l'intestin sans altération et exerce une action élective sur le côlon, dont la réaction alcaline peut seule dissocier sa molécule. D'action douce, constante, facile à doser et toujours fidèle, l'Isacène agit à doses minimales, et se présente en granules de 5 milligrammes; 2 à 4 granules pris le soir au coucher procurent un effet suffisant le lendemain matin. On peut d'ailleurs élever la dose largement et aller jusqu'à 8 granules et plus. L'Isacène est atoxique, n'agit que sur le colon, ne congestionne pas le petit bassin et, éliminé totalement par l'intestin, il ne peut léser ni le foie, ni les reins: donc pas de contre-indications, pas de crainte d'accoutumance et possibilité de le donner indifféremment aux femmes enceintes, aux vieillards, aux malades alités comme aux adultes bien portants.

Paul-A. GAGNON.

Dr DESSOUT. — **De l'emploi de l'adonis vernalis dans le traitement des affections cardiaques** ("Gazette des Hôpitaux", Paris, 16 mars 1928).

L'adoverne représente les glucosides cardiotoniques de l'adonis vernalis dans la proportion même où ils se trouvent dans la plante; ces glucosides ont été particulièrement étudiés par MM. L.-J. et F. Mercier, R. Lutembacher, Professeurs Pouchet, Jung, Drs Faguet, Chausset, Fontenailles, etc... Ces auteurs ont prouvé que les principales indications de l'adoverne se trouvent, comme celles de la digitaline, dans l'insuffisance cardiaque avec arythmie complète, telle qu'on l'observe avec une fréquence particulière, dans les cardiopathies mitrales. L'adoverne par son action prépondérante sur le pneumogastrique et la conduction intracardiaque, provoque un ralentissement du rythme ventriculaire. Ce rythme; tout en restant irrégulier, suffit pour amener des systoles plus efficaces. La digitaline détermine ce ralentissement et le maintient plus longtemps que l'adoverne, mais, dans certaines circonstances, la digitaline produit un ralentissement excessif du rythme qui entraîne la dilatation du coeur et la stase: dans ces cas, l'adoverne rend les plus grands services, car, tout

en possédant une action équivalente sur la contractilité, il freine moins brutalement. L'adoverne agit encore parfaitement dans les affections mitrales, dans certains accidents aigus d'insuffisance ventriculaire gauche, dans les œdèmes, dans la dyspnée, dans l'asthme, etc., il possède en effet des propriétés diurétiques particulièrement efficaces chez les cardiaques et les cardiorénaux présentant des œdèmes et il favorise l'élimination des chlorures et surtout de l'urée (F. Mercier).

On sait d'autre part que l'adoverne s'administre sous forme de gouttes et de granules. On prescrit XV gouttes ou 2 granules 2 à 4 fois par jour. Le traitement doit durer 3 à 5 jours. L'application de ce médicament excessivement facile à manier a toujours donné de très bons résultats.

Paul-A. GAGNON.

CHIRURGIE

CLUTE et SMITH. — **Cancer du corps thyroïde** ("Arch. of Surgery", Vol. XVIII, No 1, janvier 1929).

La proportion des cas de cancer de la thyroïde par rapport aux cas de goître est de 1.68 p. 100 à la clinique Lahey de Boston.

Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes; l'âge des malades, au moment de l'apparition de la lésion, est généralement entre 50 ou 65 ans.

Dans 94.4 p. 100 des cas, le cancer a évolué sur une thyroïde déjà touchée par un goître nodulaire.

D'où l'importance de l'ablation des adénomes avant leur transformation maligne.

Une fois reconnu cliniquement, le cancer du corps thyroïde présente peu de chance de guérison. Seul l'adénome malin enlevé chirurgicalement et suivi de radiothérapie post-opératoire a été suivi de résultats heureux. Le cancer à cellules squammeuses, le cancer à cellules géantes, le cancer à petites cellules, n'est pas amélioré par le traitement.

MERCIER-FAUTEUX.

PEDIATRIE

WORINGER. — **Les résultats du traitement de la pleurésie purulente par l'optochine** ("Revue Française de Pédiatrie", février 1929, p. 60).

L'auteur qui depuis 1924 s'est attaché à l'étude du traitement de la pleurésie purulente par l'optochine dispose actuellement de 36 cas traités à la Clinique infantile de Strasbourg. La méthode employée a toujours été, à peu de chose près, celle indiquée par Gralka (de Breslau) en 1922, et que nous rappellerons brièvement: on retire par ponction autant de pus que possible, et on injecte 25 milligrammes de chlorhydrate d'opto-

chine (un demi centimètre cube de la solution à 5 p. 100) par kilogramme de poids de l'enfant, sans dépasser toutefois la dose de 50 centigrammes (10 cc.). L'intervention est répétée trois ou quatre fois de suite, à un ou deux jours d'intervalle, puis on s'arrête. Si la température devient normale, on attend alors la résorption spontanée du reste de l'épanchement; si, au contraire, la fièvre se rallume, on pratique une deuxième série d'injections d'optochine et même une troisième et une quatrième au besoin.

Dans la pleurésie purulente à pneumocoque du jeune enfant au cours des deux premières années de la vie, le traitement par l'optochine a donné à Woringer des résultats supérieurs à ceux obtenus par tous les autres procédés actuellement en usage. Par cette méthode, l'auteur a eu une mortalité de 33% alors que toutes les autres statistiques indiquent des taux qui varient entre 50 et 80%.

Il est très important de savoir, au point de vue pratique, qu'on ne peut s'attendre à une guérison par l'optochine, que dans les pleurésies où le pneumocoque est seul en cause: l'optochine n'agit que sur le pneumocoque, et se montre sans effet sur les autres germes qui peuvent lui être associés.

L'auteur conclut que le traitement de la pleurésie purulente à pneumocoque par l'optochine représente le procédé de choix pour l'enfant du premier âge.

Paul LETONDAL.

A.-B. MARFAN et Mme Elisabeth DOLLFUS-ODIER. — Sur le traitement du rachitisme et de la tétanie par l'ergostérol irradié ("Le Nourrisson", juillet 1929, p. 205).

Depuis 1927 les auteurs ont traité par l'ergostérol irradié une quarantaine de nourrissons rachitiques dont huit avaient en même temps de la tétanie.

La plupart de ces malades ont été étudiés cliniquement et radiologiquement; quelques-uns ont eu un dosage de calcium, du phosphore et même de la cholestérine dans le sang.

L'ergostérol irradié fut administré au début sous forme de pastilles, plus tard en solution huileuse, à la dose de 4 milligrammes par jour. En utilisant la méthode des cures intermittentes, les auteurs n'ont observé aucun accident. Le procédé consiste à faire une cure de vingt jours environ, à laisser reposer le sujet une quinzaine de jours et à recommencer une seconde cure de quinze à vingt jours. Le plus souvent une troisième et dernière cure est nécessaire, après un repos de quinze jours. Cette méthode semble préférable à celle qui consiste à administrer l'ergostérol sans interruption, jusqu'à ce que l'examen radiologique montre que la calcification des os est complète, ce qui exige environ deux mois. Avec ces doses et en procédant par cures interrompues, on se met à l'abri des accidents d'hypercalcémie reprochés à l'ergostérol irradié.

Se basant sur les résultats obtenus, les auteurs avancent que dans le rachitisme et la tétanie l'ergostérol irradié constitue un agent thérapeutique d'une réelle efficacité. Toutefois, l'ergostérol se montrera sans action, s'il existe une infection fébrile concomitante, particulièrement la grippe (rhino-pharyngite, otite, broncho-pneumonie).

Dans le rachitisme l'ergostérol irradié possède une action calcifiante puissante qui se manifeste par la réminéralisation rapide des extrémités diaphysaires des os longs, réminéralisation suivie de leur retour à la forme normale. Le pouvoir calcifiant de l'ergostérol irradié se manifeste aussi par le relèvement du taux du calcium et de la cholestérine du sang, plus précoce et plus marqué que celui de l'acide phosphorique. Mais l'action de l'ergostérol sur les autres troubles du syndrome rachitique est moins évidente: l'hypotonie musculaire, l'intumescence des organes lymphoïdes sont peu modifiées ou le sont très lentement; elles le sont bien moins ou plus tardivement encore que par l'application directe des rayons ultra-violet.

Dans la tétanie l'action du médicament est remarquable: les accidents spasmodiques, laryngospasme, contracture des extrémités, convulsions, disparaissent rapidement. Le taux du calcium sanguin, toujours abaissé dans la tétanie, revient au chiffre normal.

L'ergostérol irradié est donc une acquisition précieuse et son emploi occupera désormais une place de premier plan dans le traitement du rachitisme et de la tétanie.

Paul LETONDAL.

HESS, LEWIS et RIVKIN. — **Valeur thérapeutique de l'ergostérol irradié** ("The Journal of the American Medical Association", 31 août 1929, p. 661).

Pour Alfred F. Hess (de New York) et ses collaborateurs J. M. Lewis et Helen Rivkin, l'ergostérol irradié peut être considéré comme un médicament spécifique du rachitisme, de la tétanie et de l'ostéomalacie; ailleurs, cette substance ne paraît pas douée d'une réelle valeur thérapeutique.

Au Etats-Unis, le dosage de l'ergostérol irradié, au lieu d'être établi en milligrammes, — comme en France par exemple — est basé sur l'expérimentation biologique: la valeur antirachitique de l'ergostérol par rapport à celle de l'huile de foie de morue chez l'animal. La plupart des préparations américaines d'ergostérol, qui se présentent dans le commerce en solution huileuse, sont titrées biologiquement de telle sorte qu'une goutte corresponde à cent gouttes d'huile de foie de morue. En raison des difficultés techniques nombreuses qu'entraîne la préparation de l'ergostérol irradié, les auteurs insistent sur la nécessité d'un contrôle biologique sévère de ce nouvel agent thérapeutique.

Bien que la posologie de l'ergostérol ne soit pas encore parfaitement au point, les auteurs, se basant sur une large expérience personnelle, conseillent les doses suivantes: 1° dans la prophylaxie du rachitisme, 8 à 10 gouttes par jour chez les enfants normaux, 15 gouttes chez les préma-

turés et les débiles; 2° dans le traitement du rachitisme, 15 gouttes par jour dans les formes légères, 20 gouttes dans les formes moyennes, plus de 20 gouttes dans les formes graves, mais en contrôlant l'action de l'ergostérol par des dosages répétés du calcium dans le sang.

Paul LETONDAL.

TUBERCULOSE PULMONAIRE

J. GENEVRIER et H. DESCOMPS. — **Les pressions inutiles dans la conduite du pneumothorax artificiel** ("Presse Médicale").

Lorsque après avoir amorcé un pneumothorax artificiel, on veut obtenir un collapsé plus important du parenchyme pulmonaire, on cherche tout naturellement à augmenter la pression intrapleurale par des insufflations plus abondantes. Cependant si l'on oublie que cette prétendue compression ne rend pas réellement compte des modifications physiques provoquées dans le poumon, on risque de provoquer des fautes de technique. L'auteur en arrive à cette conviction que les pressions fortement positives sont inutiles et même dangereuses. Après avoir étudié au moyen d'orthodiagrammes les modifications de la cavité aérique créée par une insufflation, l'auteur souligne que la poche gazeuse du pneumothorax se constitue par le déplacement de toutes les parties du sac pleural. Il n'y a pas que le poumon qui cède la place au gaz infecté mais aussi le médiastin, le diaphragme et la paroi costale. De là naît la difficulté d'apprécier le collapsé réel du poumon.

J.-A. VIDAL.

P. SANTY et L. PHILIP. — **Le drainage discontinu de la plèvre dans le pyopneumothorax** ("Revue de la Tuberculose", juin 1929).

Le pyopneumothorax est une complication redoutable et des plus tenaces évoluant le plus souvent vers la mort par cachexie progressive. La thoracoplastie est le seul moyen capable de donner la guérison, cependant cette opération devient impraticable pour bon nombre de ces malades qui sont tellement déchéant qu'il leur serait impossible de résister à un tel choc opératoire.

Dans ces cas de pyopneumothorax consécutifs à l'insufflation ou à un pneumothorax spontané les auteurs recommandent le drainage discontinu de la plèvre par un procédé très simple. Après avoir décrit ce procédé qui se fait sous anesthésie locale drainant ainsi à volonté la suppuration pleurale, on démontre avec observations, que les résultats de cette méthode sont des plus encourageants et permettent dans bon nombre de cas une amélioration inespérée, ce qui permet ensuite de faire la thoracoplastie et d'obtenir ainsi des guérisons permanentes et durables.

J.-A. VIDAL.

UROLOGIE

FULLERTON. — **Drainage de la vessie par le périnée après protatectomie sus-pubienne** [Drainage of the bladder through the perineum after supra-pubic prostatectomy] ("The British Journal of Urology", mars 1929, p. 7).

La prostatectomie cause moins de mortalité depuis qu'on a étudié la fonction rénale et les moyens de l'améliorer. L'hémorragie, également, se contrôle bien. Reste le problème de l'infection.

Ce problème se résume en une question de drainage de la vessie et de la cavité prostatique, où s'accumulent urine, pus et débris. C'est pour cette raison que la prostatectomie périnéale avec son drainage post-opératoire donne de si beaux résultats. Mais, comme la prostatectomie sus-pubienne est beaucoup plus simple, l'auteur préconise une méthode qui réunit à la fois la simplicité de la prostatectomie sus-pubienne et l'efficacité du drainage périnéal.

Durant la guerre, l'auteur a mis au point la question du drainage de l'espace péri-vésical et extra-péritonéal dans les cas de blessures avec infiltration d'urine ou collections purulentes dans le voisinage de la vessie. Il décrit sa technique selon laquelle il met en place son tube de drainage par la fosse ischio-rectale. De la même façon il arrive à drainer la vessie et la cavité prostatique.

Voici les points importants. Incisions périnéale de 1¼ pouce, parallèle à la branche ischio-pubienne, croisant une ligne qui va du bulbe à la partie antérieure de la tubérosité de l'ischion. L'incision n'intéresse que la peau. L'index, introduit dans cette incision, s'enfonce jusqu'à la base du ligament triangulaire, passe en arrière et rejoint la prostate. Une mèche de gaze remplace l'index dans ce trajet de 2 à 2½ pouces de longueur, et le malade est placé en position pour la prostatectomie sus-pubienne.

La prostate est enlevée de la façon habituelle. Après quoi une longue pince, engagée dans la plaie périnéale, défonce la cloison prostatique, très mince parfois, et tire en place le tube de drainage.

Ce tube, d'un demi-pouce de diamètre, sera perforé de trous multiples à son extrémité interne afin d'assurer le drainage de la cavité prostatique, qu'il devra dépasser pour bien vider la vessie.

Le lendemain, parfois quelques heures après, on place le malade en position presque assise.

Les lavages se font par ce tube avec une très grande facilité. On cesse le drainage sus-pubien dès la disparition des caillots. On arrive ainsi à hâter la fermeture de la plaie sus-pubienne. On bouche alors de temps en temps le tube périnéal pour favoriser les mictions normales. Celles-ci établies, on enlève le tube, qui ne laisse pas de fistule.

L'auteur rapporte ensuite six observations de malades qui ont été traités selon cette méthode, et qui ont guéri en 24 jours à 6 semaines.

B. DUMAS.

OBSTÉTRIQUE

A. COUVELAIRE. — Progrès réalisés dans la prophylaxie de la mortalité foetale pendant la gestation ("Gynécologie et Obstétrique", juin 1929).

Les statistiques de la clinique Baudelocque donnent pour 1000 naissances, — avortements exclus — 45 enfants morts ou n'ayant pas vécu au delà du 3^{ème} jour, dont 14 morts pendant la gestation, 19 morts pendant la parturition, 12 morts pendant les 3 jours consécutifs à la naissance.

La mortalité foetale pendant la gestation comprend: donc un peu moins du tiers de la mortinatalité globale.

La statistique de Baudelocque, de 1890 à 1919, donnait pour 10,000 naissances, 237 foetus morts avant tout début de travail.

Pour 1920-1927 : 145 sur 10,000.

Durant 1920-1923 : 158 sur 10,000.

Durant 1923-1927 : 132 sur 10,000.

Il y a donc abaissement considérable de la mortalité foetale pendant la gestation.

Sur quelles catégories a surtout porté l'abaissement de la mortalité ?

Surtout sur la mortalité par syphilis.

Abaissement de 77/100 à 35 grâce au traitement plus répandu de la syphilis.

L'abaissement de la mortalité foetale a aussi porté sur les cas relevant de syndromes de déséquilibre humoral: albuminurie, hypertension, éclampsie.

De 144 au début du siècle, le coefficient de mortalité due à ces syndromes, est tombé à 41.

Le nombre de cas d'éclampsie a diminué constamment: de 50, la proportion pour 10,000 est tombée à 14.

Si les cas d'éclampsie ont notablement diminué en nombre, par contre, la proportion des apoplexies utéro-placentaires n'a pas varié.

Il faut donc attribuer une grande part de la diminution de la mortalité foetale causée par les syndromes de déséquilibre humoral pendant la gestation à l'action des consultations prénatales.

Les efforts de prévention doivent être poursuivis et atteindre toutes les futures mères.

Grâce à l'action individuelle des médecins: grâce à une bonne organisation des services de consultations collectives, grâce au traitement énergique des cas de syphilis, grâce à l'éducation des mères qu'il faut instruire, de l'examen médical et systématique avant et pendant la gestation, il faut attendre de nouveaux progrès dans l'abaissement de la mortalité.

Albert BERTRAND.

GYNECOLOGIE

MAX CUTLER. — **La transillumination pour aider au diagnostic des lésions du sein [Transillumination as an aid in the diagnosis of breast lesions]** ("Surgery, Gynaecology and Obstetrics", juin 1929).

La transillumination est un mode d'exploration courante dans certaines affections, telles les sinusites, mais elle est toute nouvelle dans l'aide qu'elle peut apporter à poser un diagnostic dans les cas de lésions du sein. C. fait une revue des 174 cas examinés par lui suivant une technique qu'il décrit au début de son travail et il la recommande surtout pour permettre de fixer l'opportunité d'une intervention dans les saignements du mamelon, principalement lorsque aucune tumeur n'est palpable. Les cas étudiés lui ont fait voir des épithéliomas, des adéno-fibromes, des papillomes, des cancers des canaux galactophores, des mastites, des kystes, des abcès, des galactocèles et des hématomes. Il conclut en disant que la transillumination est une aide simple, sûre et précieuse dans l'interprétation des conditions pathologiques du sein et la recommande comme méthode de diagnostic utile dans l'examen routinier de cet organe.

Léon GERIN-LAJOIE.

VAN DER ELST et E. GAUTOT. — **Les lipiodols utérins. Leur utilité en gynécologie.** ("Gynécologie et Obstétrique", novembre 1928).

Les auteurs apportent leur contribution à cette question toute d'actualité en analysant les résultats obtenus sur 150 cas dont plus de 50% ont été contrôlés par l'opération. A l'aide de reproduction photographiques de radiographies faites des cas types, de face et de profil, avec contrôle 24 heures après, Van der Elst et Gautot étudient la cavité utérine sous ses aspects normaux et anormaux; les positions vicieuses, les anomalies de forme, les tumeurs et enfin la contractilité utérine. Tous ces aspects sont très nets et permettent des diagnostics précis. Ils s'attachent ensuite à analyser les trompes également sous leurs aspects normaux et anormaux, insistant particulièrement dans cette dernière partie sur la perméabilité et la non perméabilité des trompes qui fera poser le diagnostic de salpingite.

Les Auteurs n'ont jamais eu d'accidents avec la technique très rigoureuse qu'ils ont suivie, et ils concluent toutefois qu'il ne faut pas exiger du lipiodol utérin plus qu'il ne peut dire et n'affirmer que ce qui est nettement visible et confirmer par l'expérience.

Léon GERIN-LAJOIE.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

M. HENRY. — **Ostéomyélite aiguë de la colonne vertébrale. (Acute osteomyelitis of the Spine)** "The Journal of Bone and Joint Surgery," Vol. XI, No 3, juillet 1929).

Le diagnostic de l'ostéomyélite aiguë de la colonne vertébrale présente des difficultés souvent sérieuses et quelquefois même insurmontables.

Henry rapporte un cas où il pratiqua le drainage d'un abcès vertébral évoluant comme une ostéomyélite et où il obtint une guérison remarquable. A la suite du drainage, la régénération osseuse du corps vertébral atteint, se fit assez rapidement et cinq mois après le début de l'infection il y avait commencement de soudure osseuse sans malformation apparente du rachis à la radiographie.

Edouard DUBE.

L. LAMY. — Tuberculose et paralysie infantile. (The antimony of Tuberculosis and infantile paralysis.) ("The Journal of Bone and Joint Surgery", Vol. XI, No 3, Juillet 1929).

A la suite de recherches personnelles nombreuses, Lamy ne croit pas qu'une lésion tuberculeuse puisse apparaître sur un membre ayant déjà été atteint de paralysie infantile. Sans vouloir conclure, Lamy se demande s'il s'agit alors d'immunité locale ou générale et s'il serait possible d'envisager l'injection préventive de sérum pour combattre la production possible d'une lésion tuberculeuse. L'expérimentation seule pourra résoudre la question et c'est dans cette direction que Lamy poursuit ses travaux.

Edouard DUBE.

MARCEL FEVRE. — Intervention par voie sus-ombilicale et soins post-opératoires dans l'invagination intestinale dite du nourrisson ("Journal de Chirurgie", fév. 29).

L'auteur rapporte onze cas d'une statistique personnelle d'opérations pour invagination intestinale. L'auteur a eu dix succès; il est vrai que ces opérations furent faites dans les 48 heures qui suivirent l'invagination.

F. préconise l'incision haute sus-ombilicale :

1° parce qu'elle évite l'éviscération au cours de l'opération et après l'opération;

2° elle facilite la recherche de l'invagination par le repérage du boudin;

3° elle facilite la désinvagination et la fixation du cadre colique.

Comme technique opératoire, F. recommande l'incision haute soit pré-hépatique, soit médiane sus-ombilicale. Après désinvagination, remise en place du cadre colique, examen du mésentère, car il peut être tordu. L'auteur ne fixe pas le cœcum, car cette manœuvre prolonge l'opération, étant d'exécution difficile.

La fermeture de la paroi se fait en trois plans au catgut, crins et agrafes, non pas aux fils de bronze.

Comme soins post-opératoires : Pour combattre l'hyperthermie, lavements froids, enveloppements tièdes, glace sur le ventre. Instillation goutte à goutte de sérum artificiel intra-rectal.

J.-H. RIVARD.

NEURO-PSYCHIATRIE**R. MASSART et R. DUCROQUET. — Le traitement des paraplégies du Mal de Pott dorsal ("Press Médicale", 30 août 1929).**

Le traitement des paraplégies du mal de Pott dorsal apparaît comme une question assez importante pour que les auteurs précisent une technique personnelle, grâce à laquelle ils ont pu réaliser facilement une dé-compression de la moëlle alors que les phénomènes paralytiques ne présentaient depuis de longs mois aucune tendance à la régression.

Dans la grande majorité des cas, l'abcès est la cause première de la paraplégie. Si, ultérieurement, des lésions de pachyméningite viennent prendre le pas sur la compression mécanique, c'est un argument de plus pour traiter de façon précoce la paraplégie, au lieu d'attendre une guérison spontanée souvent très longue à venir. L'idée qui a guidé Calvé lorsqu'il a voulu vider l'abcès par le cathétérisme du trou de conjugaison, l'idée qui a guidé Ménard lorsqu'il a vidé l'abcès par une large incision paravertébrale, c'est de ne pas laisser pendant des mois une moëlle comprimée, une moëlle dont la fonction reste abolie et dont la vascularisation est troublée, sous prétexte qu'un jour la paralysie pourra disparaître. Plus le contact entre l'abcès sous tension et les méninges sera long, plus il y aura à craindre l'envahissement de la dure-mère, créant des lésions de pachyméningite. S'il n'était possible d'y accéder que par laminectomie, on pourrait comprendre certaines obstentions; mais l'abcès est d'accès facile. Il suffit pour l'atteindre, le ponctionner, le vider, d'une intervention chirurgicale minime. Une fois la paraplégie disparue, la partie n'est pas gagnée. Souvent elle disparaît par extension, du processus tuberculeux, par une évacuation malheureuse de l'abcès. C'est justement pour permettre le traitement précoce de la paraplégie, avant que la lésion osseuse ne se soit aggravée, que les auteurs ont imaginé et réalisé, avec succès, la ponction intra-médiastinale de l'abcès.

Le repérage radiographique de l'abcès est le point capital de leur procédé. Ils pratiquent la costo-transversectomie droite ou gauche, au niveau où l'abcès est le plus accessible. La résection de l'apophyse transverse à sa base, permet d'atteindre la ligne médiane. Puis ils ponctionnent l'abcès, au lieu de l'ouvrir, et aspirent jusqu'à ce que la poche soit devenue flasque et molle. Ainsi le chirurgien peut faire disparaître en quelques jours, au prix d'une intervention sans gravité, les paraplégies du mal de Pott dorsal.

Emile LEGRAND.

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE**RAYMOND ANDRE. — Le gros enfant, signe d'hérédo-syphilis (Thèse, 1929).**

Dans cette thèse que le Professeur Marcel Pinard a gracieusement adressée au Professeur Archambault on y tire des leçons très pratiques

que l'élève a reçues et que moi-même j'ai l'avantage d'entendre à la clinique infantile d'hérédosyphilis du mercredi après-midi à l'hôpital Beudelocque. L'auteur cite un très grand nombre d'observations et fixe à 4,500 grammes le poids, estimant que le fœtus atteignant ce poids mérite à juste titre le nom de *gros fœtus*, "petit colosse aux pieds d'argile," comme disait Fournier, inapte à la vie et sentant la vérole. Marcel Pinard et A. Haye ont fait paraître dans la Semaine des Hôpitaux de Paris un article sur "L'avenir des Lauréats des Concours de Bébés" et ils rapportent à l'appui de leur thèse deux observations d'anciens "Lauréats de Concours de Bébés" où les symptômes d'hérédosyphilis sont nombreux.

Et ce n'est que bien rarement et malheureusement trop exceptionnellement que nous trouvons dans l'observation de ces enfants ou de leur famille une réaction sérologique positive, c'est pourquoi il faudra se baser sur une étude clinique approfondie.

Dans un grand nombre de cas où l'on a invoqué l'obésité ou le diabète chez les procréateurs, il semble qu'il s'agisse là encore d'hérédosyphilis. Rapportant le cas d'un de ces gros enfants pesant à la naissance 4,960 gr., Fruhinsholz déclare: "Il avait les apparences les plus séduisantes si l'on admet qu'une face lunaire, un dos et des épaules d'athlète constituent un critérium de beauté infantile. Or cet enfant dissimulait une malformation profonde (aplasie d'aorte abdominale) à laquelle il ne devait pas tarder à succomber." En règle générale, conclut l'auteur de la thèse, en présence d'un enfant dont le poids à la naissance est égal ou dépasse 4,500 gr. soit 9 livres, il faut penser à la syphilis héréditaire, la recherche par les tests biologiques actuellement connus, mais se baser surtout sur un sérieux examen clinique, et dans le doute, traiter le bébé.

Dans notre service de l'Hôpital Notre-Dame, nous avons une cinquantaine d'hérédosyphilitiques actuellement sous traitement. Et comme à Beudelocque nous employons le sulfarsénoi intra-musculaire, 1 injection par semaine pendant 10 semaines.

Nous donnons à la cinquième injection autant de centigrammes que le poids de l'enfant en kilos, commençant par des doses graduellement plus faibles et en finissant par des doses graduellement plus fortes.

Exemple: Enfant pesant dix kilos —

1e — 2 centigrammes	6e — 12 centigrammes
2e — 4 —	7e — 14 —
3e — 6 —	8e — 16 —
4e — 8 —	9e — 18 —
5e — 10 —	10e — 18 —

Paul POIRIER.

J. MONTPELLIER et J. BONOMO. — **Nouveau cas de chancrelle de la langue** ("Annales des maladies vénériennes", août 1929).

Peu de médecins ont vu de chancrelle de la langue et pas plus les dermatologistes.

En 1920, dans un mémoire publié, on ne pouvait en rassembler que huit exemples. Depuis Ravani et Ducourtioux en ont publié un cas.

Le fait est intéressant à noter, surtout si l'on se souvient que le bacille de Ducuy est loin de dédaigner d'autres muqueuses, telles que la muqueuse anale.

Le cas que les auteurs citent est celui d'un homme de quarante-cinq ans porteur d'une chancrelle vraiment typique: des contours nets arrêtés, peu décollés, avec le double liséré rouge vif et jaune, douloureux et suintant. Les caractères sont tellement nets, qu'il faut mettre de côté le diagnostic de chancre induré, de bouquet herpétique ou d'érosion dentaire.

Deux attouchements d'une solution d'acide chromique au dixième eurent raison de la lésion.

Inutile de dire que l'examen microscopique avait été fait.

Et il est intéressant de noter, encore une fois, la rapidité avec laquelle la chancrelle est disparue par deux attouchements avec la solution d'acide chromique au dixième.

Paul POIRIER.

G. A. WILLIAM. — **Vincent's Angina: a case occurring during anti-syphilitic treatment** ("Archives of Dermatology and Syphilology", septembre 1929).

L'auteur publie le cas d'une jeune fille de 21 ans, qui au cours d'un traitement arsénical intensif, présente une Angine de Vincent caractéristique, diagnostiquée au laboratoire.

Et l'auteur considère que l'arsénic est un mauvais médicament à employer dans le cas d'Angine de Vincent. Car d'abord il ne peut empêcher dans bien des cas la marche de la maladie, qu'en plus, il est un médicament dangereux et de prix élevé.

Il y a beaucoup d'autres médicaments qui sont excellents.

L'auteur se sert de pâte de biborate de soude qu'il met en application plusieurs fois par jour.

Dans le cas cité, l'angine a régressé dans trois jours et le quatrième le streptobacille était disparu.

Paul POIRIER.

ELECTRO-RADIOLOGIE

FORESTIER et KUENTZ. — **Le lipiodol. Indications générales; contre-indications, accidents** ("Archives d'Electricité Médicale", mai 1929).

Le lipiodol n'est pas comme on le croit souvent une solution d'iode dans l'huile, mais une combinaison d'iode et d'huile d'oeillette; c'est grâce à l'iode, dont le poids atomique est élevé que le lipiodol doit ses qualités radiologiques.

Son apparence est celle d'une huile jaune ambrée, sans saveur, visqueuse. L'air, l'humidité, une température trop élevée, l'altèrent et lui donne une coloration brunâtre par libération d'iode.

Introduit dans les cavités ou les tissus, il est assimilé et éliminé très lentement; on en retrouve encore des traces dans le canal rachidien 3 ou 4 ans après une injection en cet endroit.

On l'emploie lorsqu'il s'agit de mettre en évidence une cavité organique. Les doses à utiliser sont variables, mais ne doivent pas être excessives. L'emploi du lipiodol est une méthode complémentaire des méthodes simples; c'est quand ces dernières sont insuffisantes qu'elle trouve son indication. Elle doit être déconseillée chez les sujets sensibles, les bacillaires en instance d'hémoptysie ou en pleine poussée et les fébricitants en général.

L'iodisme est le seul accident général à redouter. Le malade présente alors une légère congestion des muqueuses, du larmolement, de l'écoulement nasal et de la salivation.

Quelquefois les accidents sont plus sérieux, les symptômes déjà décrits s'accusent et à ceux-ci viennent s'ajouter une toux fréquente et douloureuse, de l'enrouement, de la céphalée et même des éruptions acnéiformes apparaissent. Habituellement tout rentre dans l'ordre rapidement. D'une manière exceptionnelle on rencontre des accidents pseudo-méningés, de l'œdème glottique ou pulmonaire. Quelques cas de mort, immédiate et tardifs ont été rapportés.

Les accidents locaux sont très rares; pas d'abcès consécutifs aux injections; l'enkystement ne se voit que rarement et simplement dans les cas où le lipiodol a été injecté dans du tissu lâche, le tissu cellulaire sous-cutané; on peut rencontrer des hémorragies.

L'auteur fait ensuite une rapide description de la technique générale et radiologique et conclut que l'emploi du lipiodol devrait être plus général.

Albert COMTOIS.

LABORATOIRE

L. BOEZ et L.-A. ROBIN. — **Sur la destruction du pouvoir bactéricide du sang. Application à l'hémoculture.** ("Comp. Rend. Soc. Biol.", juillet 1929, p. 1009).

L'action bactéricide du sang est un facteur important d'insuccès pour l'identification de certaines septicémies par l'hémoculture.

Ce pouvoir bactéricide du sang est étroitement lié au Ph. sanguin. Marqué dans la zone alcaline, au-dessus de 7.5, il décroît à mesure que l'on s'approche de la neutralité. Au-dessous de 7.2, il disparaît pour la plupart des germes.

La destruction de ce pouvoir bactéricide est rapide par acidification. Le retour à une alcalinité appropriée permet alors la culture des germes.

Ces principes ont été appliqués par Boez et Robin à l'isolement des germes du sang dans les septicémies. B. et R. suivant la technique déjà donnée par l'un deux pour "l'hémoculture anaérobie en milieu solide" en

utilisant ici une solution de citrate acide au lieu d'une solution de citrate neutre. La réaction acide du sang est corrigée immédiatement après par l'emploi d'une gelose glucosée fortement alcaline. Ces quelques modifications apportées à la première technique décrite par Boez en 1924 ont fortement améliorées les chances de succès et ont permis d'obtenir des résultats positifs dans de nombreux cas de septicémies alors que la technique d'hémoculture sur bouillon ordinaire n'a pratiquement rien donné et que la technique initiale de Boez sur milieu solide en utilisant une solution de citrate neutre n'a donné que de rares cas positifs.

A. BERTRAND.

MEDECINE LEGALE

M. BALTHAZARD. — **Les expertises dans lois sociales.** (XIIIe Congrès de Méd. Légale, octobre 1928).

M. Balthazard (Paris) envisage exclusivement les litiges que soulève l'appréciation de l'état de maladie ou du taux d'incapacité pour le travail. Cette recherche impose l'intervention technique d'un médecin expert. L'ouvrier accidenté du travail doit faire la preuve que les manifestations morbides dont il se plaint sont la conséquence de l'accident, preuve que seul un expert est capable d'apporter dans la plupart des cas.

Tout docteur en médecine peut être nommé expert, mais encore convient-il de s'adresser de préférence à un médecin légiste c.-a.-d. spécialisé dans la connaissance des lois susceptibles de susciter les expertises médico-légales.

Il convient donc, dit le rapporteur, de ne choisir les experts que sur une liste établie par l'autorité judiciaire en s'inspirant uniquement des titres techniques médico-légaux et de la moralité. Par dessus tout l'expert doit présenter des garanties d'indépendance de haute moralité et d'impartialité. Il ne doit pas, par exemple, être le médecin soignant habituellement les bénéficiaires de la loi, pas plus que le médecin des compagnies ou des caisses d'assurances.

La loi sur les assurances sociales impose 3 médecins en matière d'expertise, le médecin traitant, le médecin contrôleur de la caisse et un troisième médecin. Il est clair qu'aucun des deux premiers ne jouit de l'indépendance voulue pour une telle mission, mais on peut envisager que leurs opinions réciproques se neutraliseront en pratique et que c'est l'opinion du médecin légiste désigné par le magistrat qui prévaudra dans la plupart des questions en litige. Cette disposition conforme à l'équité donne donc toute garantie aux intéressés.

R. FONTAINE.

NOUVELLES

CONVENTUM D'ANCIENS ELEVES DE LAVAL A MONTREAL 1894-1929

Le 21 septembre dernier, après une séparation de 35 années, un groupe de médecins se réunissait à l'Université de Montréal pour revivre durant quelques heures leur vie d'autrefois.

Trente-cinq années de pratique médicale, c'est tout de même quelque chose qui compte dans la vie d'un homme. Que d'heures d'angoisse, que de nuits sans sommeil se sont écoulées pendant ce tiers de siècle ! C'est la meilleure partie de leur vie que ces hommes ont donnée à l'humanité souffrante; c'est leur jeunesse ardente, c'est leur maturité féconde qui s'est tour à tour penchée sur la misère humaine pour la soulager et la guérir. Ils ont droit à la reconnaissance de leurs patients et à l'estime de leurs confrères. Oui, trente-cinq années de pratique médicale, c'est sûrement quelque chose, mais ce n'est pas tout. Soulager, guérir, c'est déjà beaucoup; préparer des jeunes gens, former une nouvelle génération de médecins, c'est quelque chose de plus. Seuls ceux qui ont fait de l'enseignement théorique ou clinique connaissent la somme considérable de travail que le professeur doit s'imposer pour être et demeurer au niveau de la tâche à accomplir. A ce titre les Drs LeSage, Dulé et Trudeau ont droit à une large part de la gratitude et de l'admiration de tous.

A. BERTRAND.

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LES GRANDS SYNDROMES CARDIAQUES

(Insuffisance cardiaque — Angines de poitrine — Douleurs
précordiales — Syncopes)

Ce cours, qui aura lieu du 11 au 21 novembre 1929, sera fait par M. Camille Lian, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de ses élèves MM. Haguenaux, médecin des hôpitaux; A. Blondel, ancien interne lauréat des hôpitaux, 1er assistant du service; H. Welti, prosecteur, chef de clinique chirurgicale; Viau, Vidrasco et Me Barras, assistants du service; Gilbert Dreyfus, P. Puech, Alibert et Thoyer, anciens internes du service; Bréant, chef du laboratoire du service; Frain, chargé de la radiologie du service.

Tous les matins, à 10 h., conférence clinique avec projections; à 11 h., exercices cliniques. Le mardi et le vendredi matin sont consacrés entièrement à l'examen des malades de la consultation spéciale du service (un télécardiophone permet à tous les élèves d'ausculter simultanément un même malade).

Tous les après-midi à 15 h., démonstrations pratiques; à 17 h. et à 17 h. $\frac{3}{4}$, 2 conférences cliniques avec projections.

Programme.—Lundi 11 nov., 10 h. M. Lian, Considérations générales sur l'insuffisance cardiaque. 11 h., M. Lian, Examens cliniques. 15 h., Me Barras, Epreuves cliniques d'insuffisance cardiaque. 17 h., M. Blondel, Dyssystolie et Hyposystolie. 17 h. $\frac{3}{4}$, M. Gilbert Dreyfus, la Toux cardiaque.

Mardi 12 nov.—10 h., M. Lian, Consultation clinique. 15 h., M. Blondel, Démonstration de sphygmomanométrie. 17 h., M. Blondel, Asystolie. 17 h. $\frac{3}{4}$, M. Thoyer, Encombrement aigu de la circulation pulmonaire.

Mercredi 13 nov.—10 h., M. Lian, Le bruit de Galop. 11 h., M. Lian, Exercices cliniques. 15 h., M. Frain, Démonstration de Radiologie. 17 h., M. Blondel, Encombrement ventriculaire gauche. 17 h. $\frac{3}{4}$, M. Haguenu, L'insuffisance cardiaque dans les Néphrites.

Jeudi 14 nov.—10 h., M. Lian, Le pou's alternant. 11 h., M. Frain, Examens radiologiques. 15 h., M. Blondel, Démonstration de sphygmomanométrie. 17 h., M. Blondel, Encombrement ventriculaire droit. 17 h. $\frac{3}{4}$, M. Thoyer, L'insuffisance cardiaque des maladies infectieuses aiguës.

Vendredi 15 nov.—10 h., M. Lian, Consultation clinique. 15 h., M. Viau, Démonstration d'Electrocardiographie. 17 h., M. Blondel, Diagnostic et Causes de l'Insuffisance cardiaque. 17 h. $\frac{3}{4}$, M. Bréant, les Troubles du métabolisme dans l'insuffisance cardiaque.

Samedi 16 nov.—10 h., M. Lian, Traitement de l'Insuffisance cardiaque. 11 h., M. Lian, Exercices cliniques. 15 h., M. Viau, Démonstration d'Electrocardiographie. 17 h., M. Alibert, Accidents gravido-cardiaques. 17 h. $\frac{3}{4}$, M. Vidrasco, Electrocardiographie et Insuffisance cardiaque.

Lundi 18 nov.—10 h., M. Lian, Considérations générales sur les Angines de Poitrine. 11 h., M. Lian, Interprétation des électrocardiogrammes de la semaine. 15 h., M. Frain, Démonstration de Radiologie. 17 h., M. Blondel, Force commune de l'Angine de Poitrine. 17 h. $\frac{3}{4}$, M. Viau, l'Angor aigu coronarien fébrile.

Mardi 19 nov.—10 h., M. Lian, Consultation Clinique. 15 h., M. Puech, Examen du cœur à l'autopsie. 17 h., M. Vidrasco, Electrocardiographie et Angine de poitrine. 17 h. $\frac{3}{4}$, M. Blondel Angors réflexes et névropathiques.

Mercredi 20 nov.—10 h., M. Lian, Traitement médical des angines de poitrine. 11 h., M. Lian, Exercices cliniques. 15 h., M. Viau, Démonstration d'Electrocardiographie. 17 h., M. Welti, Traitement chirurgical des Angines de poitrine. 17 h. $\frac{3}{4}$, M. Frain, Radiothérapie des Angines de Poitrine.

Jeudi 21 nov.—10 h., M. Blondel, Douleurs précordiales. 11 h., M. Frain, Exercices radiologiques. 15 h., M. Viau, Démonstration de méthode graphiques. 17 h., M. Blondel, Les Syncopes. 17 h. $\frac{3}{4}$, M. Lian, Traitement des syncopes.

Un certificat sera délivré aux médecins inscrits au cours; ils pourront ensuite être attachés au service comme médecins stagiaires, et éventuellement comme assistants.

Chaque année, au début de juin et de novembre, est fait dans le service un cours de perfectionnement sur les affections cardio-vasculaires. Tout le programme est réparti en 4 cours: 1) Arythmies, 2) Grands syndromes cardiaques; 3) Endocarde, Péricarde, Myocarde et Aorte; 4) Artères, Veines et Capillaires. Le Cours de juin 1930 portera donc sur les maladies de l'Endocarde, du Péricarde, du Myocarde et de l'Aorte.

S'inscrire auprès du Dr Blondel, 1er Assistant du service, à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du Cours. Droit d'inscription: 250 francs.

— 0 —

COURS DE REVISION D'UNE SEMAINE SUR LES ACQUISITIONS MÉDICALES PRATIQUES DE L'ANNEE EN PATHOLOGIE INTERNE

Ce cours aura lieu du 4 au 9 novembre 1929 sous la direction du Professeur Emile Sergent et du Dr Camille Lian, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Duvoir, Harvier, agrégés, médecins des hôpitaux; Faroy, P. Pruvost, Weissenbach, médecins des hôpitaux, Joannon, agrégé, Blechmann, Gaston Durand, Henri Durand, Fernet, Périssou, anciens internes des hôpitaux.

Programme du Cours.—I. Chaque matin dans un hôpital différent.

9 h. $\frac{1}{2}$ à midi, Exercices et démonstrations pratiques du lit des malades. Lundi 4: M. Lian, hôpital Tenon; mardi 5: M. Aubertin, hôpital de la Pitié. Mercredi 6: professeur Sergent, hôpital de la Charité. Jeudi 7: M. Fernet, hôpital Saint-Louis (service de M. Lortat-Jacob). Vendredi 8: M. Faroy, hôpital Andral. Samedi 9: M. Périssou, hospice de la Salpêtrière (service du professeur Guillain).

II.—L'après-midi à l'hôpital de la Charité:

3 h. à 4 h., démonstration pratique (service du laboratoire du professeur Sergent); 4 h. $\frac{1}{4}$ à 5 h. $\frac{1}{4}$, 5 h. $\frac{1}{2}$ à 6 h. $\frac{1}{2}$, conférences cliniques (amphithéâtre de la Clinique du professeur Sergent).

La leçon d'ouverture du cours sera faite par le professeur Sergent.

Lundi 4, 3 à 4 h., M. Henri Durand (tuberculose); 4 h. $\frac{1}{4}$ à 5 h. $\frac{1}{4}$, M. le professeur Sergent (appareil respiratoire); 5 h. $\frac{1}{2}$ à 6 h. $\frac{1}{2}$, M. Pruvost (app. respiratoire).

Mardi 5, 3 h. à 4 h., M. C. Lian (cœur, vaisseaux); 4 h. $\frac{1}{4}$ à 5 h. $\frac{1}{4}$, M. Périssou (neurologie); 5 h. $\frac{1}{2}$ à 6 h. $\frac{1}{2}$, M. Chabrol (foie, nutrition).

Mercredi 6, 3 h. à 4 h., M. Périssou (neurologie); 4 h. $\frac{1}{4}$ à 5 h. $\frac{1}{4}$, M. Faroy (estomac); 5 h. $\frac{1}{2}$ à 6 h., M. Harvier (endocrinologie); 6 h. à 6 h. $\frac{1}{2}$, M. Abrami (pathologie générale).

Jeudi 7: 3 h. à 4 h., M. Fernet (peau et syphilis); 4 h. $\frac{1}{4}$ à 5 h. $\frac{1}{4}$, M. Fernet (peau et syphilis); 5 h. $\frac{1}{2}$ à 6 h., M. Joannon (hygiène); 6 h. à 6 h. $\frac{1}{2}$, M. Aubertin (sang).

Vendredi 8: 3 h. à 4 h., M. Weissenbach (médecine générale); 4 h. $\frac{1}{4}$ à 5 h. $\frac{1}{4}$, M. Duvoir (médecine légale); 5 h. $\frac{1}{2}$ à 6 h. $\frac{1}{2}$, M. Gaston Durand (intestin).

Samedi 9: 3 h. à 4 h., M. Blechmann (pédiatrie); 4¼ à 5 h. ¼, M. Blechmann (pédiatrie); 5 h. ½ à 6 h. ½, M. Lian (cœur, vaisseaux).

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours.

Seuls sont admis aux exercices et démonstrations pratiques (le matin, 9 h. ½ à midi, l'après-midi, 3 h. à 4 h.) les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 250 francs.

S'inscrire auprès du Dr Blondel, assistant du Dr Lian, à l'hôpital Tenon, soit à l'avance, soit le jour de l'ouverture du cours. Droit d'inscription: 250 francs.

o

LE PROFESSEUR BENOIT, SECRETAIRE DE LA FACULTE DE MEDECINE

Nous sommes heureux d'annoncer que le professeur Benoit a été élu secrétaire de la Faculté de Médecine en remplacement du professeur Mignault, décédé. Nous félicitons le titulaire du poste important que ses collègues lui ont confié.

o

SANATORIUM ANTI-TUBERCULEUX A MONTREAL

Le professeur Dubé nous communique la bonne nouvelle que le gouvernement de Québec — c'est l'honorable Athanase David qui l'annonce — offre une somme de \$100,000 pour agrandir le camp Saint-Hippolyte où sont réunis un grand nombre d'enfants chaque été sous la surveillance de garde-malades diplômées.

De plus, le ministre annonce que son gouvernement garantira 60%: intérêt et fonds d'amortissement — d'une somme suffisante pour construire un hôpital antituberculeux de 400 lits. Cette nouvelle mérite d'être soulignée.

o

VIIIe CONGRES INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Copenhague, 5-9 août 1930

Le Comité d'Organisation

C. Rasch, E. Ehlers, O. Jersild, A. Reyn, H. Boas, H. Haxthausen,
A. Kissmeyer, S. Lomholt.

Questions mises à l'ordre du jour du Congrès

Question 1—Etiologie et Pathogénie de l'Eczéma

Rapporteurs: M. Darier (Paris), M. Jodassohn (Breslau).

Co-rapporteurs: M. Bloch (Zurich), M. Krzystalowicz (Varsovie), M. Oppenheim (Vienne), M. Pusey (Chicago), M. Sabouraud (Paris), M. Samberger (Prague), M. Whitfield (Londres).

Question 2—Immunité, Réinfection et Superinfection dans la Syphilis.

Rapporteurs: M. Truffi (Padoue), M. Wade Brown (New-York).

Co-rapporteurs: M. Arzt (Vienne), M. Hoffmann (Bonn), M. Matsu-moto (Kycto), M. Stokes (Philadelphie), M. Nekam (Buda-Pesth), M. Mestscherski (Moscou).

L'Union Médicale du Canada

Comité de Direction

MM. Archambault, Benoît, Boulet, Bourgeois, Bruneau, DeCotret, Derome, (Wilfrid), Desloges, Dubé, Harwood, Lassalle, Leduc, LeSage, Marien, Masson (D.), Mercier, Parizeau (T.), Rhéaume, Roy, Saint-Jacques.

Président: O. F. Mercier; Secrétaire-trésorier: G. Archambault.

Comité de Rédaction

MM. Badeaux, François; Bellerose, A.; Bertrand, A.; Boucher, R.; Brault, Jules; Comtois, A.; Dubé, E.; DeGuise, A.; Fontaine, R.; Gérin-Lajoie, L.; Lapiere, G.; Legrand, E.; Letondal, P.; Marin, A.; Marion, D.; Mercier, Oscar; Mercier-Fauteux; Mousseau, J. Alfred; Pepin, R.; Rivard, J.; Simard, Ls C.; Trottier, E.; Vidal, J. A.

Président: A. LeSage; Vice-Président: A. Marin;
Secrétaire: O. Mercier.

Prix de l'abonnement pour 1928

Canada et Etats-Unis	\$3.00
Etranger (pays faisant partie de l'Union Postale)	4.00
Etudiants	1.50
Prix du numéro	0.25

Conditions de Publication

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

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

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé franco

Pour la médecine: au Dr Roméo Boucher, 312 square St-Louis.
Tél. Lancaster 9837.

Pour la Chirurgie: au Dr Oscar Mercier, 934 rue Cherrier. Tél.:
Frontenac 1033.

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

SUITE DU SOMMAIRE

ANALYSES

MEDECINE

F. Gallart Mones, *Encore quelques cas d'ulcus gastrisue, en apparence chirurgicaux, guéris par le traitement médical* (p. 711). — Prof. Pouchet, *Les dérivés barbituriques et les uréides. Contribution à l'étude de la médication hypnotique* (p. 712). — Laederich et Poumeau-Delille, *Un cas d'abcès du poumon guéri par l'émétine* (p. 712).

CHIRURGIE

Roland, *Etude sur l'adénome thyroïdien toxique* (p. 713). — Akaiwa et Sugano, *Incidence de l'hypoacidité dans la lithiase biliaire et la cholécystite* (p. 713). — Deroide et Petel, *A propos d'un cas de péritonite traumatique* (p. 714).

PEDIATRIE

Cathala et Boegner, *Traitement du syndrome secondaire de la diphtérie maligne chez l'enfant par les injections intraveineuses d'ouabaine* (p. 715). — Maillet, *Notes cliniques à propos des régimes de réduction et de suppression de lait chez les nourrissons dyspeptiques hypotrophiques* (p. 715). — Shaw et Thelander, *Les injections intramusculaires de sérum de convalescent dans le traitement de la poliomyélite* (p. 716). — Seymour et Bell, *Le sérum de convalescent dans la poliomyélite épidémique* (p. 716).

TUBERCULOSE

Paisseau et Oumansky, *Rhumatisme tuberculeux* (p. 716). — Bonafé, *Le traitement chirurgical de la tuberculose intestinale chez le tuberculeux pulmonaire chronique* (p. 717). — Burnand, *Pneumothorax thérapeutique né en caverne pleuro-pulmonaire géante. Considérations sur les fistules pleuro-pulmonaires borgnes* (p. 718). — Kindberg et de Véricourt,

La sanocrysrine par voie intrapleurale au cours du pneumothorax thérapeutique, en particulier au cours d'un cas de pleurésie purulente tuberculeuse (p. 718).

UROLOGIE

MacMahon et Zwerner, *Anatomie pathologique de chats surrénalectomisés* (719). — Vinciti et Laroche, *Hémorragies de la prostate et hémorragie chez les prostatiques* (p. 718). — Mathé, *L'embolie gazeuse au cours d'une intervention chirurgicale sur la vessie* (p. 720).

OBSTETRIQUE

Fruhinsholz et Cadore, *Notre conception de la grossesse dite "prolongée" ou retardée* (p. 720).

GYNECOLOGIE

Jeff Miller, *Considération générale sur la césarienne* (p. 721). — Davis, *Le curetage avant l'hystérectomie* (p. 721).

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

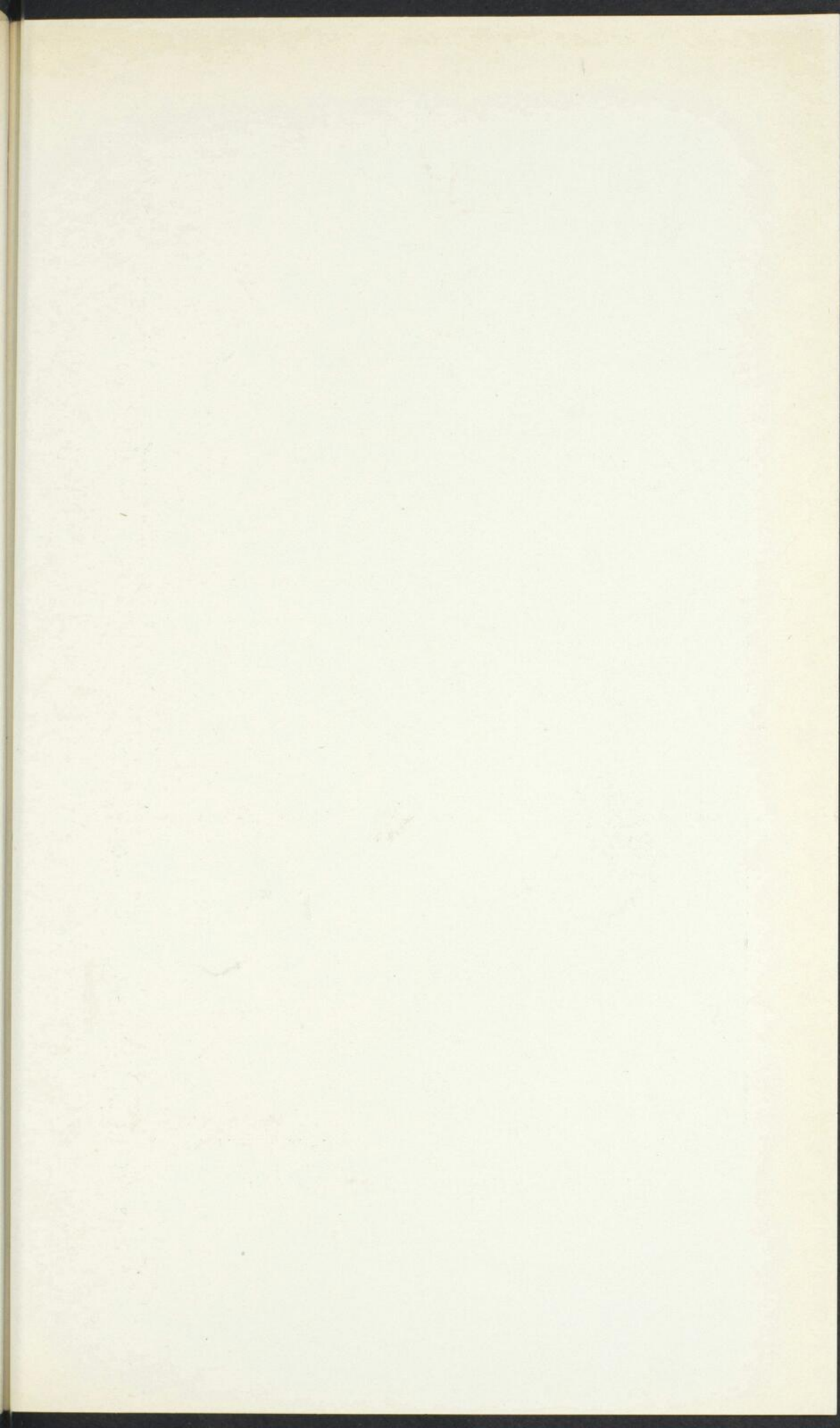
Conwell, *Les fractures du fémur chez l'enfant* (p. 722).

ELECTRO-RADIOLOGIE

Nemours, *Le traitement radiothérapeutique de l'angine de poitrine* (p. 722).

LABORATOIRE

Zoeller, *Un sujet en cours d'immunisation par l'anatoxine traverse-t-il une phase hyperréceptivité à la diphtérie?* (p. 723).





(La Photographie Larose)

M. le Professeur GEORGES MOURIQUAND