
L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

Comité de Direction

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

Président: L. de L. Harwood; Vice Président: B.-G. Bourgeois;
Secrétaire-Trésorier: J.-A. Vidal. Membre d'honneur: Professeur Pierre Masson.

Comité de Rédaction

MM. Amyot, Roma; Badeaux, François; Bellerose, Antonio; Bertrand, Albert; Brault, Jules; Deguise, Albert; Desloges, Alfred; Doré, Réal; Dubé, Edmond; Fauteux, Mercier; Fontaine, Rosario; Lapiere, Gaston; Legrand, Emile; Letondal, Paul; Magnan, Arthur; Mathieu, Emile; Pepin, Roméo; Rivard, Jos.; Saucier, Jean; Simard, Charles; Trottier, Ernest.

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

ONT COLLABORE AU VOLUME DE 1933:

Amyot, (R.), Archambault, (P.-A.), Archambault, (P.-R.), Barbeau, (A.), Baril, (Geo.), Barry, (Gé-
tan), Baril, (H.), Bellerose, (A.), Bernier, (M.), Bertrand, (A.), Blagdon, (L.), Boucher, (R.), Bourgeois, (P.), Boutin, (P.), Brault, (J.), Brisebois, (M.), Champeau, (J.), Cholette, (A.), Comtois, (A.), Corrigan, (J.-A.), D'Allaines, (F.), D'Anna, (A.), Deland, (Garde A.), Deguise, (A.), De Bellefeuille, (G.-L.), Desfosses, (P.), Desforges, (A.), Derome, (H.-R.), Doré, (R.), Dubé, (J.-E.), Dumontier, (A.), Dufresne, (E.), Fauteux, (M.), Favreau, (J.-C.), Fontaine, (R.), Fortier, (L.-E.), Fortier, (L.), Fortier, (J.), Gariépy, (U.), Gariépy, (L.-H.), Gélinas, (L.), Gélinas, (H.), Gérin-Lajoie, (L.), Gibeault, (A.), Gibeault, (H.), Godin, (A.), Gratton, (A.), Hoen, (T.-J.), Jarry, (J.-A.), Kennedy, (E. J. C.), Knopf, (S.A.), La-

belle, (A.), Lacharité, (H.), Lafrenière, (G.), Lapiere, (G.), Lapointe, (J.), Laquerrière, (A.), Legrand, (E.), Léonard, (D.), LeRoy, (A.), LeSage, (A.), LeSage, (J.), Letondal, (P.), Léveillé, (J.-A.), Longpré, (D.), Magnan, (L.-A.), Mantha, (L.), Mansseau, (J.-A.), Marin, (A.), Marion, (D.), Marsan, (G.-A.), Masson, (P.), Mathieu, (E.), Mercier, (O.), Meyer, (W.), Moline, (R.), Morin, (P.), Morin, (J.-G.), Mousseau, (J.-A.), Ossendorf, (K. W.), Panneton, (J.-E.), Paquette, (J.-P.), Parizeau, (T.), Poirier, (P.), Rhéaume, (P.-Z.), Rivard, (J.-H.), Rosell, (J.-M.), Roussel, (J.-M.), Roy, (J.-N.), Saint-Jacques, (E.), Samson, (J.-E.), Saucier, (J.), Sheehan, (J. E.), Simard, (L.-C.), Smith, (P.), Tétreault, (A.), Trottier, (E.), Vallée, (A.), Vidal, (J.-A.), Vignal, (W.).



SUITE DU SOMMAIRE

FORMULAIRE

| | | |
|------------------------------------|---------------------|-----|
| Les suppurations pulmonaires | Roméo BOUCHER | 709 |
| Les artérites juvéniles | Roméo BOUCHER | 709 |

SOCIÉTÉS

| | | |
|---------------------------------------|---------------------|-----|
| La Société Médicale de Montréal | Louis FORTIER | 721 |
| Société de Phtisiologie | CHOLETTE | 724 |

NOUVELLES

| | |
|---|-----|
| Faculté de Médecine de l'Université de Montréal | 729 |
| Diplômés de 1934 | 729 |
| Le congrès de la colibacillose, des infections et des intoxications d'origine intestinale | 732 |

ANALYSES

MEDECINE

La question des porteurs valides de bacilles de Koch. Porteurs valides ou porteurs sains (p. 710). Diagnostic différentiel de la tuberculose intestinale (p. 710). Cerebrospinal fluid pressure and venous pressure in cardiac failure (p. 711).

CHIRURGIE

Tuberculose du sein (p. 712). A propos de la cure opératoire des éventrations post-appendiculaires. Contribution à la Technique (p. 713). Les périododénites clinique et radiologique (p. 714). Ligature des gros vaisseaux du cou (p. 715).

OBSTETRIQUE

Le rapport entre le métabolisme de la mère et le poids du bébé à la naissance (p. 715). La détermination du poids et de l'âge du foetus in utero par les Rayons X (p. 716).

PEDIATRIE

Mort par tuberculose d'un enfant de dix-huit mois vacciné au B. C. G. (p. 716). Manifestations tuberculeuses multiples chez un enfant vacciné à la naissance par le B. C. G. Décès à l'âge de vingt-deux mois par méningite (p. 717).

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Etude pathogénique de la stomatite bismuthique (p. 717). L'acétate de Thallium dans le traitement des teignes à l'école Lallier (p. 718). Du traitement biologique de certaines tuberculoses cutanées par un extrait glycéro-alcoolique total de sang de mouton (p. 718).

PHTISIOLOGIE

Tuberculose pulmonaire de l'enfance (p. 719).

IN MEMORIAM

LE DOCTEUR ALFRED-NAPOLÉON RIVET

Monsieur l'abbé Elie Auclair a fait de son vieil ami le docteur Rivet, un éloge qui pourrait presque nous dispenser d'écrire les quelques lignes qui vont suivre. Il est cependant un fait qui, nous semble-t-il, n'a pas été suffisamment mis en lumière, c'est que le docteur Rivet fait partie de cette génération de médecins généreux et remplis d'idéal dont les *sacrifices* ont rendu possible l'existence de l'Université de Montréal actuelle.

Ce fait, aucun médecin canadien-français ne doit l'oublier; et, le mot de "sacrifices" n'est pas exagéré. C'en fut d'abord un pour lui, nous n'en doutons pas, de permuter du prosectorat d'anatomie, qu'il faisait par goût et dans lequel il excellait, à l'enseignement si ingrat de la chimie qu'il accepta par devoir. C'en fut un autre, et tant qu'il enseigna cette dernière science, de travailler dans les conditions misérables où il était placé.

Les jeunes confrères de moins de quinze ans de pratique ignorent tout de ces conditions pénibles dans lesquelles le docteur Rivet devait professer ses cours de chimie. Sans aide compétent, sans démonstrateur qualifié, sans garçon de laboratoire ni technicien pendant plus de dix ans; avec des crédits encore plus l'imités que ceux que nous trouvons aujourd'hui trop rétreints; prenant sur ses veillées au chevet des malades le seul temps dont il pouvait disposer pour préparer et revoir ses leçons; ne recevant, comme beaucoup de ses collègues et par la force des circonstances, qu'une rétribution infime compensant à peine l'heure de conférence qu'il donnait; privé de l'ambiance scientifique que, plus fortunés que lui nous commençons de connaître, il n'en fut pas moins assidu, jusqu'à son départ pour la guerre, à faire le mieux qu'il pouvait, rêvant toujours d'une installation et de conditions de travail qui lui permettraient un jour de donner à son ensei-

gnement ce complément indispensable que sont les travaux pratiques de chimie et la recherche.

Aussi bien, si le titre de "bon médecin de famille à l'ancienne mode... attentif, zélé, consolant et réconfortant pour ses malades," suffit déjà à mériter à notre prédécesseur une place d'honneur dans l'histoire de la médecine canadienne-française, le rôle courageux et ingrat qu'il joua dans notre enseignement universitaire, à une heure difficile de l'existence de la Faculté de Médecine, doit lui assurer un rang honorable dans la galerie des anciens professeurs.

On connaît, par ailleurs, sa vie si méritante et pleine de beaux traits: l'affection touchante qu'il conservait à ses anciens maîtres du collège Sainte-Marie; son assiduité aux réunions de l'association des anciens élèves de cette institution dont il fut un jour le président; son attachement à ses professeurs de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal (ancienne École Victoria); le dévouement qu'il apportait à faire son service à l'Hôtel-Dieu quand, de 1890 à 1922, son tour de rôle l'y appelait; la part qu'il prit aux œuvres sociales et de charité de sa paroisse natale; enfin, le magnifique exemple de générosité qu'il donna en offrant, à l'âge de 50 ans, ses services à l'Hôpital Laval et en partant pour la guerre, en 1916.

Le docteur Rivet était en outre un esprit cultivé. Ceux qui l'ont connu dans l'intimité aiment à se rappeler l'homme de beaucoup de lecture qu'il était. L'Histoire naturelle l'intéressait au plus haut point, et l'Histoire tout court le passionnait. Et, comme il ne lisait pas pour le simple plaisir de passer le temps, la partie de ses cours qui lui permettait de faire preuve de son érudition historique n'était pas la moins intéressante.

A l'universitaire et au médecin de l'Hôtel-Dieu, il convenait qu'un universitaire-médecin de l'Hôtel-Dieu rendît un dernier hommage. Puisse l'abnégation dont il fit preuve, et qui est la grande leçon de sa vie, trouver toujours de nombreux imitateurs dans la profession médicale, dont il fut un des membres distingués, et dans la famille universitaire à laquelle il a, pendant plus de trente ans, consacré les moments de loisir que lui laissait sa clientèle.

Georges BARIL.

LE PROFESSEUR LOUIS DE LOTBINIÈRE-HARWOOD

UN HOMMAGE

De bien peu d'hommes peut-on dire, que quiconque l'approche, lui cause ou le consulte, le quitte ensuite avec un sentiment plus élevé d'admiration pour la personnalité de son interlocuteur, et une certaine satisfaction d'avoir fait un pas de plus vers le but poursuivi. Louis de Lotbinière Harwood était un de ceux-là. Il avait le mot juste, qui répondait au besoin de la cause, et satisfaisait les plus difficiles.

Il se mêlait à tous; sa souplesse de caractère le faisait se pencher sur un grabat dans une mansarde ou sur un lit de salle publique avec une bonté et une pitié qui n'avait d'égale que sa dignité et sa délicatesse pour la clientèle recherchée. Sa science et son savoir-faire se déversaient avec une égale complaisance et une satisfaction toujours assurée aux deux endroits.

Dans les deux groupements ethniques qui constituent la nation canadienne, son nom était mentionné avec aisance et plaisir. De fait, par ses ascendants, il mariait avec une rare discipline les caractères des deux peuples, Français et Anglais. Il était l'intermédiaire constant des relations professionnelles des deux éléments que composent le pays. Son nom avait franchi le Canada et s'étendait au-delà des mers. Il était officier de la Légion d'Honneur.

Son prestige a été rarement égalé. Son charme et ses manières distinguées lui avaient valu le respect de tous ceux qui le rencontraient. Sa haute stature, la dignité de son attitude, la distinction de son geste en imposaient au plus hardi.

Ses relations sociales étaient nombreuses, et aucun événement mondain n'aurait été complet sans le nom de de Lotbinière Harwood inscrit sur la liste des invités.

Sa probité professionnelle, sa connaissance de la médecine, sa facilité diagnostique, son habileté opératoire, l'avaient placé, chez les Canadiens français, au sommet de sa spécialité, et comme l'avait surnommé un collègue admirateur, il était véritablement le "père de la gynécologie" chez nous, ayant succédé à Brennan à un âge encore très peu avancé.

Toutes ces qualités l'avaient fait élire au doyennat de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, il y a 16 ans, bien qu'il ne fût pas l'aîné des professeurs, loin de là. Il fut réélu tous les ans depuis, à l'unanimité, par ses collègues du Conseil.

L'Hôpital Notre-Dame, où il servait, l'avait élu son Président.

Il a contribué dans une très large mesure au développement de ces deux institutions qui l'avaient choisi pour être l'un de leurs artisans. Les oeuvres qu'il honorait de son patronage utilisait le prestige de son nom avec avantage; il savait leur ménager son encouragement par ses paroles, ses écrits et son aide pécuniaire.

Avec la disparition de Harwood, l'Hôpital Notre-Dame perd un Président habile, la Faculté de Médecine un doyen averti, la profession médicale un gynécologue réputé, la Société canadienne, et celle du Québec en particulier, un gentilhomme dans toute l'acception de ce mot.

Léon GERIN-LAJOIE.

A MON MAITRE

LE

PROFESSEUR LOUIS DE LOTBINIÈRE-HARWOOD

“Etre celui qui lui doit le plus, avoir été un des plus affligés du malheur de sa mort...”, tels sont les titres qu’invoquait le docteur Henri Mondor, de Paris, prononçant le discours d’inauguration d’un monument élevé à la gloire de son regretté Maître, le professeur Paul Lecène.

Je pourrais faire miennes ces paroles, à l’heure où, après tant d’autres, je viens déposer sur la tombe de mon vénéré Maître et ami, le professeur Louis de Lotbinière-Harwood, un suprême hommage de reconnaissance et un douloureux adieu...

Encore atterré par la disparition soudaine de celui qui, avec tant de sollicitude, a guidé mes pas dans la voie chirurgicale, dont il a été une des plus pures lumières, je me sens anéanti par l’immense disproportion entre mes faibles moyens et l’éminente personnalité de celui dont je désire honorer la mémoire. De toutes parts, depuis le jour où il fut ravi à notre admiration, des voies émues se sont élevées. On a consacré les plus beaux éloges à son intelligence, sa science médicale et chirurgicale, ses qualités de chef, son affabilité, sa générosité, sa distinction innée de gentilhomme. L’humble voix du disciple qu’il a aimé et, surtout, beaucoup protégé, pourra-t-elle, sans en troubler l’harmonie, s’associer à ce concert élevé à la louange du Maître? C’est la note douloureuse, la note qui voudrait se faire éloquente et ne sait qu’être triste...

Disciple privilégié du Maître, ayant vécu à ses côtés, partagé ses labeurs, l’ayant suivi presque pas à pas dans la carrière féconde qui restera l’une des gloires de la science gynécologique, j’ai pu, mieux que personne, apprécier les richesses de son esprit et de son cœur.

Après les magnifiques éloges que lui ont consacrés des voix plus autorisées, j'ai cru ne pouvoir rendre à sa mémoire un hommage plus digne de lui qu'en évoquant ici les grandes leçons de charité, de dévouement, de conscience professionnelle, de devoir, en un mot, qu'il m'a données tant au chevet des malades qu'à la clinique, dans sa vie sociale et dans sa vie professionnelle, à chaque étape de ses journées laborieuses.

Le matin, d'abord, au chevet de nos malades de l'hôpital Notre-Dame, au chevet des pauvres, surtout. C'est là que je l'ai vu prodiguer les plus beaux dons de sa nature généreuse, répandre son cœur tout entier. Avec cette simplicité souveraine, qui était l'un de ses plus grands charmes, il savait se pencher sur les plus humbles d'entre eux, les plus déshérités, les plus désespérés. Doué d'un tact inné, il possédait l'art d'interroger sans heurter, d'attirer la confiance des souffrances intimes qui répugnent parfois à s'avouer... Subjuguées par tant de délicatesse, tant de doigté, les susceptibilités les plus farouches, les orgueils les plus meurtris se fondaient, et le professeur Harwood pénétrait discrètement le secret des cœurs afin de soulager les âmes en même temps que les corps.

Mais c'est surtout à la salle d'opération qu'il fallait suivre le brillant élève de Pozzi et de Brennan. C'était l'harmonie parfaite de la pensée et de l'action, l'accord complet entre la théorie et la pratique. La main qui maniait le bistouri ne connaissait pas de défaillance : on sentait la sûreté d'une technique longuement mûrie, d'un sens chirurgical achevé. Aucun mouvement inutile. Pas un geste qui ne fût l'expression d'un principe opératoire qui connaît ses voies. Il avait ce souci des détails, cette recherche constante de la perfection qui font les maîtres.

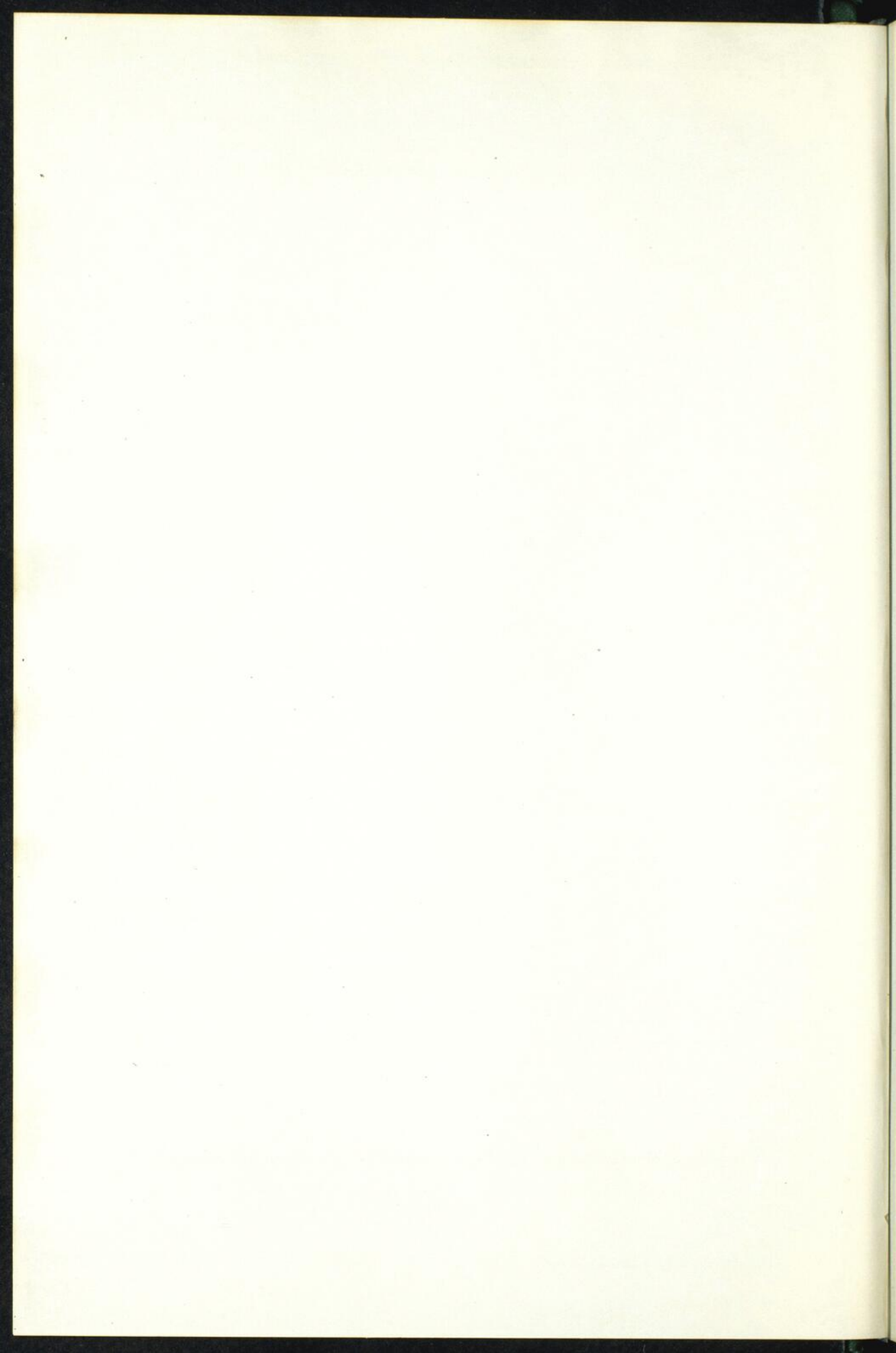
Puis, l'intervention terminée, il mettait à suivre la convalescence de ses malades, la même sollicitude, le même souci qu'il avait déployés au cours de l'opération. On le voyait passer auprès des lits de souffrance, où il distribuait, avec la sérénité que répandait sa seule présence, les paroles réconfortantes, les conseils judicieux. Il passait ! Et, tel le semeur qui répand le bon grain, sur ses pas fleurissait l'espoir, renaissait la confiance. Nos malades l'adoraient. Ils atten-



LOUIS DE LOTBINIERE-HARWOOD

doyen

1866 - 1934



daient tout de ses lumières, de sa rayonnante bonté. Jamais une parole brusque, jamais une attitude qui eût trahi quelque impatience, ou encore, les préoccupations intimes, les angoisses même, qui lui venaient parfois de l'extérieur.

Car, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, président du bureau d'administration de l'hôpital Notre-Dame, directeur de nombre d'autres institutions, les soucis ne lui étaient pas épargnés! S'il quittait le chevet de ses malades, c'était souvent pour rencontrer, sur le seuil, un collègue qui recourait à son jugement pour quelque problème administratif, question de finance, de discipline, etc. Avec cette sérénité, cet accent de douce autorité qui subjuguait, le professeur Harwood donnait alors les conseils éclairés que lui dictaient la conscience de ses responsabilités et le meilleur intérêt de l'Institution qu'il dirigeait avec tant de maîtrise. Aucune difficulté ne le rebutait, aucun problème, si troublant fût-il, ne paralysait son énergie et sa foi dans le succès final. Je ne puis que le répéter après tant d'autres, c'était un chef dans toute l'acception du terme. Le seul prestige de sa personnalité suffisait pour imprimer à un mouvement l'essor qui ne s'arrête qu'au sommet. Chef par l'intelligence, chef par le cœur, il avait le don de se faire obéir sans jamais imposer son autorité, que personne, d'ailleurs, n'eût songé à contester, tant était grand l'ascendant qu'il exerçait autour de lui.

Pourtant, il ne craignait pas de manifester ses inquiétudes, d'exprimer ses craintes, ou ses regrets, lorsque sa conscience lui commandait de parler haut et ferme. Chaque fois que les circonstances exigeaient une action décisive, énergique, on trouvait le professeur Harwood sur la brèche, défendant la cause qu'il croyait bonne avec autant de dignité que de fermeté.

On a dit, ici même, ce que lui doivent l'Université de Montréal, l'Hôpital Notre-Dame, l'Institut du Radium, enfin toutes les institutions d'ordre médical où son sens éclairé de la direction trouvait à s'exercer. Cela eût suffi à remplir admirablement une carrière. Cependant, le professeur Louis de Lotbinière-Harwood ne borna pas là son inlassable activité. On l'a vu prendre part à nombre de mouvements d'ordre social ou intellectuel, ou médico-social, qui doivent à son prestige une grande part de leur succès. Je mentionnerai, dans

ce dernier ordre d'idées: le "Royal College of Physicians and Surgeons", dont il était le vice-président; "L'Union Médicale du Canada", dont il était le président en 1934, œuvre qui lui était chère et à laquelle il prodigua sans compter son dévouement et ses conseils; "l'Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord", à laquelle il prenait une part prépondérante et dont il était le vice-président.

Ecrasé tout le jour sous une immense tâche professionnelle, le professeur Louis de Lotbinière-Harwood n'hésitait pas, le soir venu, à accorder sa présence à quelque œuvre de bienfaisance, ou à mettre au service d'une cause humanitaire le merveilleux don d'élocution qui a fait l'admiration de tous ceux qui ont approché ce charmeur. C'est qu'il possédait comme personne cet art d'improviser, à l'occasion, un bijou d'allocution finement ciselé, toujours plein d'esprit et d'à-propos.

Puis enfin, lorsque après s'être ainsi prodigué tout le jour à l'Hôpital, à l'Université, à la clinique, aux œuvres de toutes sortes qui réclamaient son dévouement et sa générosité, lorsque enfin, dis-je, le professeur Harwood pouvait regagner la paix de son foyer, c'était pour consacrer à la lecture et à l'étude les quelques moments dont il pouvait encore disposer. Intelligence ouverte à tous les problèmes qui intéressent l'humanité, attiré par l'histoire, par la littérature — les œuvres des maîtres surtout — il pouvait enfin oublier, dans la détente des heures solitaires, les soucis d'une tâche professionnelle accablante. Et bien que sa vie ait été, avant tout, une vie d'action, on peut dire du professeur Louis de Lotbinière-Harwood qu'il a passé

Du calme de l'étude au calme de la mort...

Devant la tombe du Maître vénéré, il fait bon se rappeler les réconfortantes paroles qu'écrivit Jean-Louis Faure, dans les pages émouvantes qu'il a consacrées à "L'âme du chirurgien":

"La vie du chirurgien est une belle vie! Et quand vient l'heure de la mort, nul ne peut, avec plus de calme et de sérénité, s'endormir dans la nuit suprême. Il lui suffit d'entendre la voix de sa conscience

murmurer à son âme apaisée, qu'il a fait, en ce monde, plus de bien que de mal et que, sur cette terre de joie et de misère, ses mains ensanglantées ont soulagé plus de souffrances qu'elles n'ont causé de douleurs."

Louis de Lotbinière-Harwood pouvait "s'endormir dans la nuit suprême" avec ce calme, cette sérénité d'une "âme apaisée"... Il ne craignait pas la mort. Elle l'a surpris en pleine activité professionnelle, tel un soldat sous le drapeau, tel, plutôt, un capitaine au post avancé du devoir et de l'honneur. Mais elle n'a pas brisé son œuvre : celle-ci demeure et continuera de grandir parce que, édifiée sur des assises solides, elle défie le temps et les orages ; elle appelle les jeunes énergies, les jeunes intelligences, qu'entraîna l'exemple du Maître et que stimulera son souvenir...

Louis-Arthur MAGNAN.

MÉMOIRES

PSORIASIS ET SELS D'OR⁽¹⁾

Par MM. Albéric MARIN et F.-L. BOULAIS,
Hôpital Notre-Dame, Montréal.

La chrysothérapie du psoriasis a été tentée dès 1925 avec des résultats variables. La littérature médicale à ce sujet est encore assez restreinte et montre des rapports contradictoires.

Certains ont obtenu des résultats brillants mais inconstants. Nicolas, Mollard, Lebeuf, Hufschmidt, Toomey, Ritter ont relaté des disparitions rapides et prolongées de cette dermatose. Gougerot, Carteaud, Pieltain, Throne ont observé des améliorations. Simon, Burnier, Lotte, Andrews, Kingsbury, Myers, Pusey, etc., ont signalé les dangers de l'emploi des sels d'or et leur peu d'efficacité dans le traitement du psoriasis.

*
* *

Nous désirons apporter notre modeste contribution en exposant sommairement les résultats obtenus à notre Clinique de Dermato-Syphiligraphie à l'Hôpital Notre-Dame où nous avons soumis un certain nombre de psoriasisiques à la crysalbine (thiosulfate double d'or et de sodium contenant environ 37% d'or).

Ce sel, dissous au moment de l'injection dans de l'eau distillée et stérilisée, fut donné en injections intraveineuses hebdomadaires.

La dose initiale fut de 0 gr. 05. Chez l'adulte on ne dépassa jamais 0 gr. 20 par semaine. Chez l'enfant on alla jusqu'à 0 gr. 10 et 0 gr. 15.

Seize malades furent pris au hasard de la clinique: dix femmes et 6 hommes dont l'âge allait de 10 à 49 ans. La durée de leur dermatose variait de 1 an $\frac{1}{2}$ à 28 ans. Tous avaient eu des rémissions plus ou moins longues ou des améliorations plus ou moins notables.

(1) Ce travail a été adressé également à la Société Française de Dermato'logie et de Syphiligraphie.

| Nos | Nom, Age | Distribution | Evolution | Nombre d'injections | Dose totale | Réactions | Résultat |
|----------------|--------------------------|--------------|-----------|---------------------|-------------|--------------------------|---------------------------------|
| I (3937) | Mme Lionel R. 35 ans | Généralisé | 7 ans | 10 | 1,48 gr. | Nil | Nil |
| II (2761) | Evangeline R. 32 ans | Localisé | 23 " | 10 | 1,48 " | Nil | Nil |
| III (3838) | Mme Alex. T. 35 ans | Localisé | 28 " | 7 | 0,83 ctg. | Erythrodermie | Nil |
| IV (3930) | Mme Gilbert L. 49 ans | Généralisé | 25 " | 10 | 1,21 gr. | Nausées. Lassitude | Nil |
| V (3822) | Mme Eva P. 40 ans | Localisé | 4 " | 18 | 2,48 " | Nil | Améliorée |
| VI (2349) | Laurette G. 10 ans | Généralisé | 2 " | 12 | 1,50 " | Nil | Améliorée |
| VII (2070) | Yvette L. 14 ans | Généralisé | 3 " | 10 | 1,40 " | Nausées | Nil |
| VIII (3888) | Phil. B. 25 ans | Localisé | 1½ | 17 | 1,95 " | Rash. Scarlatiniforme | Amélioré |
| IX (3966) | René M. 25 ans | Localisé | 5 " | 10 | 1,50 " | Nil | Apparition de nouveaux éléments |
| X (4013) | Emile B. 20 ans | Localisé | 10 " | 10 | 1,50 " | Nil | Nil |
| XI (4038) | Colombe L. 28 ans | Localisé | 12 " | 10 | 1,60 " | Nil | Nil |
| XII (4045) | Laurette N. 22 ans | Généralisé | 3 " | 10 | 1,50 " | Nil | Blanchie. Récidive 3 mois après |
| XIII (4098) | Bernard G. 26 ans | Localisé | 14 " | 16 | 2,75 " | Nil | Légèrement amélioré |
| XIV (4089) | Charles L. 21 ans | Localisé | 8 " | 15 | 2,55 " | Rash. Scarlatiniforme | Légèrement amélioré |
| XV (4146) | Gérard R. 33 ans | Généralisé | 16 " | 16 | 2,84 " | Lichen plan | Nil |
| XVI (4606) | Alice L. 39 ans | Généralisé | 6 " | 10 | 1,40 " | Nil | Légèrement amélioré |

N. B. Les nombres entre parenthèses de la première colonne indiquent les numéros des dossiers.

De ces malades, sept présentaient une éruption localisée à quelques territoires et neuf souffraient d'une éruption généralisée à presque tout le tégument.

L'état général de tous était bon. Ils n'offraient à l'inspection que cette dermatose. Ils n'avaient pas d'albuminurie. Leur séro-réaction de Wassermann était négative.

Durant l'administration des sels d'or toute autre forme de traitement fut évidemment suspendue.

Le tableau ci-dessus montre les résultats obtenus et les réactions observées chez nos 16 malades.

A la lecture de ce tableau, on constate :

1° que chez les 16 psoriasiques soumis à la crysalbine le nombre d'injections fut de 7 à 18 (en moyenne 10).

2° que deux ont souffert de nausées, vomissements et fatigue après chaque injection.

3° que la dose totale minima fut de 0 gr. 83 et la maxima de 2 gr. 84.

4° que deux ont présenté un érythème scarlatiniforme généralisé, apyrétique, évoluant en une quinzaine,

5° qu'une malade fit une érythrodermie intense au cours de laquelle le psoriasis disparut pour reparaitre un mois après aussi abondamment,

6° qu'un psoriasique présenta une éruption de lichen plan en cours de traitement, sans rétrocession de son psoriasis,

7° qu'un malade a vu son psoriasis aggravé,

8° que six ont été légèrement améliorés,

9° *qu'un seul sur 16 a été totalement blanchi,*

10° que les résultats et les réactions ne sont pas en rapport avec la dose administrée.

*
* * *

Il ressort de cette série de malades soumis à la crysalbine :
a) que celle-ci ne possède guère d'efficacité dans le traitement du psoriasis et b) qu'elle n'est pas sans présenter certains dangers.

Ajoutons, en terminant, que ces malades revus trois à cinq mois après la chrysothérapie présentaient tous des lésions de psoriasis, même celle qui avait été blanchie.



QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ARTHROPLASTIE

Observations personnelles.⁽¹⁾

Par J.-Ed. Samson.

Chirurgien-orthopédiste en chef à l'hôpital du Sacré-Coeur.

Avant 1860, le brisement forcé fut généralement employé comme traitement de l'ankylose fibreuse. Cette méthode, encore utilisée de nos jours, peut rendre au patient de grands services, si le chirurgien sait comment s'en bien servir.

L'idée de faire récupérer à une articulation ses mouvements perdus en produisant une solution de continuité dans l'os au voisinage de cette articulation n'est pas nouvelle puisque, déjà en 1826, Barton de Philadelphie tentait, dans un cas d'ankylose de la hanche, d'obtenir une pseudarthrose, en faisant une ostéotomie sous-trochantérienne; pour prévenir l'union des fragments, il conseilla la mobilisation précoce. Cette méthode, qui semble avoir été la première employée afin de suppléer à une ankylose de la hanche, avec un certain résultat, subit, plus tard, quelques modifications. Rodgers de New-York fit une ostéotomie intertrochantérienne, enleva un coin osseux et interposa du tissu musculaire dans le but de prévenir l'union osseuse.

Quelques années plus tard, Ollier, pionnier de la chirurgie osseuse en France, préconisa la résection sous-périostée large, avec mobilisation précoce. Ses merveilleuses expériences sur l'animal et ses admirables résultats obtenus sur l'homme, encouragèrent les chirurgiens du monde entier à employer ses procédés. La littérature que nous pouvons nous procurer sur ce sujet montre la valeur réelle de cette méthode. Ollier a été le principal artisan de son temps et l'inspirateur de la mobilisation articulaire; il a réussi à donner à cette chirurgie des principes solides que l'asepsie et les techniques modernes chirurgicales n'ont fait qu'améliorer. Sa méthode a été longtemps considérée comme classique en France; aussi, M. Santy de Lyon a-t-il pu comparer, dans un beau travail, les résultats obtenus par la résection de l'arthroplastie

(1) Communication à la Société Médicale de Montréal, séance tenue à l'hôpital du Sacré-Cœur, mars 1934.

et démontrer clairement que la résection donne au membre supérieur des résultats comparables à ceux obtenus par l'arthroplastie, mais qu'elle perd de la valeur lorsqu'il s'agit de l'ankylose du membre inférieur.

La résection donne bien, en effet, la mobilité à une articulation, mais ne peut lui assurer la stabilité, fonction physiologique essentielle à l'usage du membre inférieur. C'est pourquoi elle a cédé le pas, aujourd'hui, à l'arthroplastie lorsqu'il s'agit de mobiliser une articulation du membre inférieur, particulièrement celle du genou.

Comme toute opération nouvelle, l'arthroplastie, sous la poussée des travaux de Murphy et de Putti, a connu une période d'engouement bientôt suivie d'une réaction en sens contraire, créée par la publication des mauvais résultats qu'elle avait donnés, à savoir: élimination du transplant, suppuration, ré-ankylose, mouvements peu étendus et douloureux. Cependant, l'élan donné était trop beau, l'espoir fondé sur cette opération, trop grand, pour qu'elle fût reléguée à l'écart. Aussi, beaucoup de chirurgiens, qui ont continué à la pratiquer, ont-ils démontré clairement la possibilité d'obtenir une nouvelle articulation assurant, d'abord, une bonne stabilité et, ensuite, une mobilité suffisante pour l'accomplissement de tout travail.

L'expérimentation sur l'animal a prouvé que la membrane hétérogène, morte ou vivante, était toujours éliminée, tandis que le transplant autogène était bien toléré.

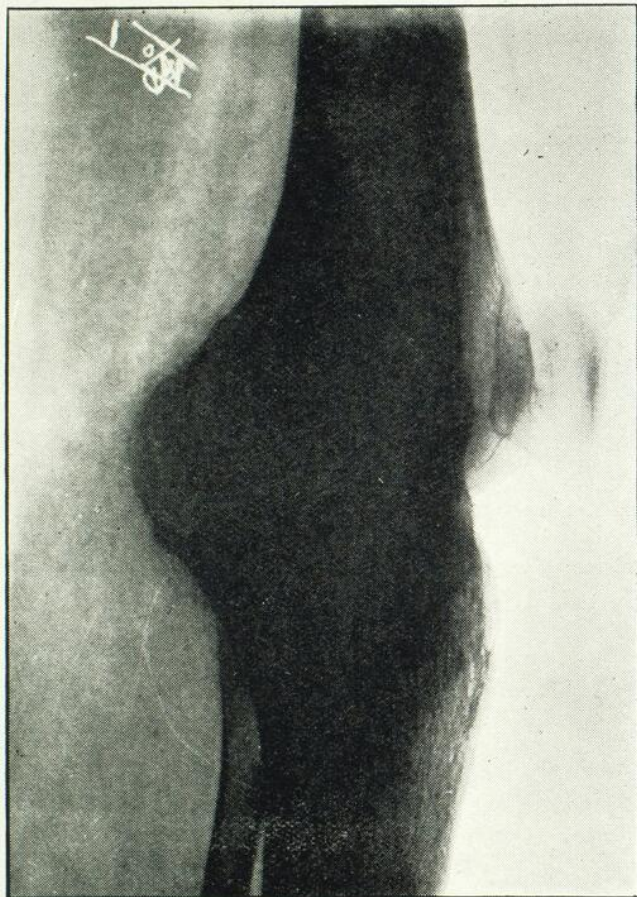
Murphy de Chicago s'est servi d'un lambeau aponévrotique à pédicule, croyant ainsi assurer la vitalité du transplant. Putti et McAustand emploient des transplants aponévrotiques libres qu'ils trouvent vivants après plusieurs mois. Que devient ce transplant? Leriche⁽¹⁾ constata sa disparition, chez un patient réopéré après arthroplastie; les surfaces articulaires étaient lisses, polies, recouvertes d'un tissu fibreux très aplati, ne contenant pas de cellules cartilagineuses. Le même auteur affirme ⁽²⁾ que les mouvements de glissement peuvent faire apparaître, chez l'homme, au niveau du tissu conjonctif banal, du cartilage vrai. Putti⁽²⁾ trouve, microscopiquement, du cartilage vrai. Personnellement, nous avons réouvert deux genoux arthroplastisés, l'un cinq ans, l'autre sept mois plus tôt et avons constaté, dans chaque cas, la disparition du lambeau et le revêtement d'apparence chondroïde des nouvelles surfaces articulaires. Nous n'avons pas d'examen anatomo-pathologique indiquant la variété

(1) Presse Médicale, 23 juin 1923: Néoforations cartilagineuses pathologiques.

(2) La Chirurgia degli organi di movimento, mars 1917.

histologique de ce nouveau tissu. Il résulte de ces notions qu'il est bien important de faire mouvoir tôt une articulation opérée pour arthroplastie.

Aujourd'hui, la méthode Putti, transplant libre, est plus communément employée; sa simplicité d'exécution et, surtout, l'avantage de fermer hermétiquement l'articulation au cours de l'opération, ont gagné les faveurs de la plupart des chirurgiens.



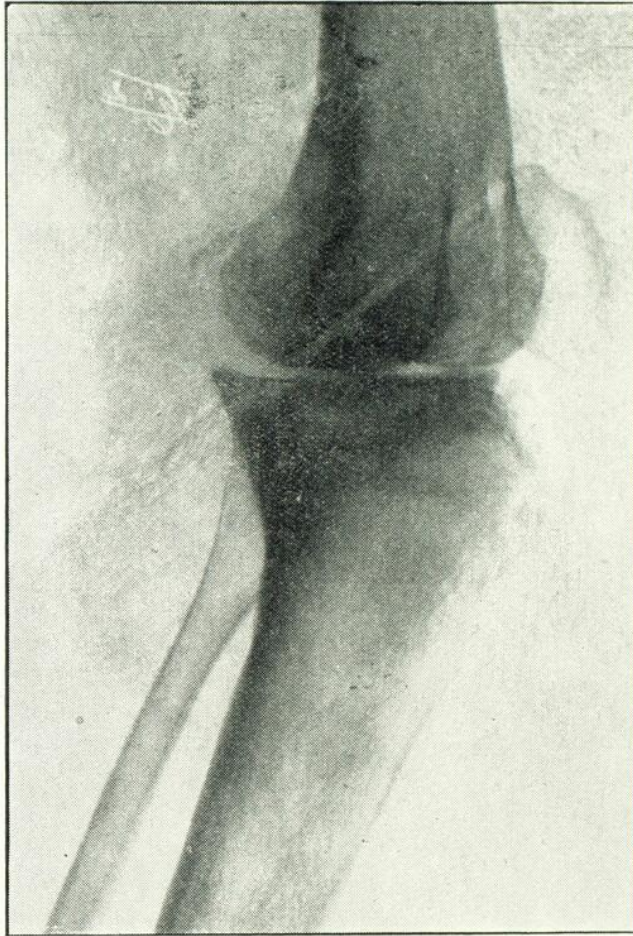
Radiographie No 1 (observ. 1): Ankylose osseuse.

Conditions nécessaires

Avant de procéder à l'exécution d'une arthroplastie, il faut trouver réunies un certain nombre de conditions chez le patient et chez le chirurgien :

- 1° L'état général du patient doit être bon.
- 2° Le patient doit être décidé de s'aider au cours du traitement physiothérapique post-opératoire.

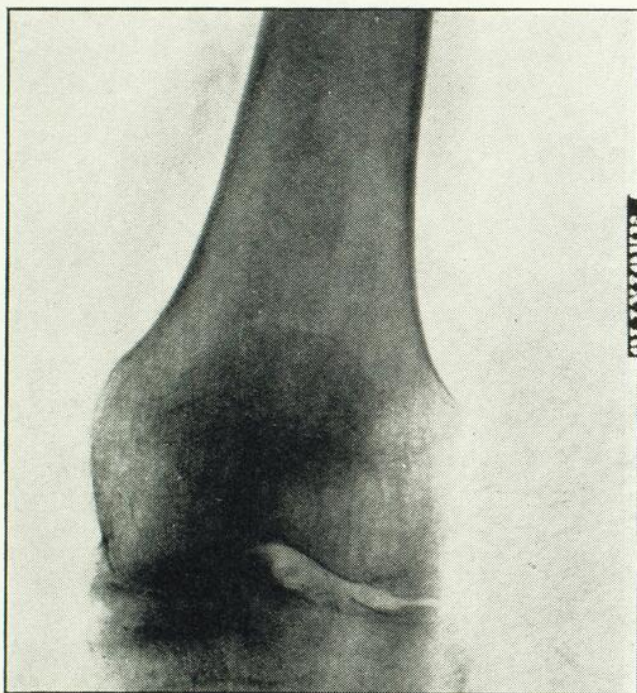
- 3° Il doit avoir atteint la limite de sa croissance, car les manipulations nécessaires à l'opération risqueraient de léser le cartilage de conjugaison et pourraient compromettre la croissance normale de ce membre.
- 4° Toute activité infectieuse doit avoir cessé au niveau de l'articulation depuis, au moins, un an.



Radiographie No 2 (observ. 1): (6 ans après l'opération) L'espace articulaire est normal; les surfaces articulaires tibio-fémorales paraissent normales.

- 5° L'ankylose consécutive à une ostéo-arthrite tuberculeuse ou ostéomyélitique doit être respectée, étant donné l'incertitude de la guérison radicale de ces lésions.
- 6° L'ankylose osseuse offre, généralement, une meilleure chance de succès que l'ankylose fibreuse, cette dernière étant plus exposée à la transformation fibreuse du transplant.

- 7° La musculature du membre doit être solide. Ainsi: un quadriceps trop atrophié par inactivité prolongée ne pourra réussir à obtenir l'extension suffisante et à donner au membre la stabilité nécessaire à la marche. Il faut donc faire, au préalable, toutes les réactions électriques indiquant la condition musculaire.
- 8° Le membre doit être sensiblement de même longueur que l'autre, principalement si l'opération intéresse le genou.
- 9° Le chirurgien devra posséder une expérience consommée de la chirurgie osseuse.



Radiographie No 3 (observ. 4): Fusion osseuse du condyle et du plateau tibial, consécutive à une arthrite gonococcique.

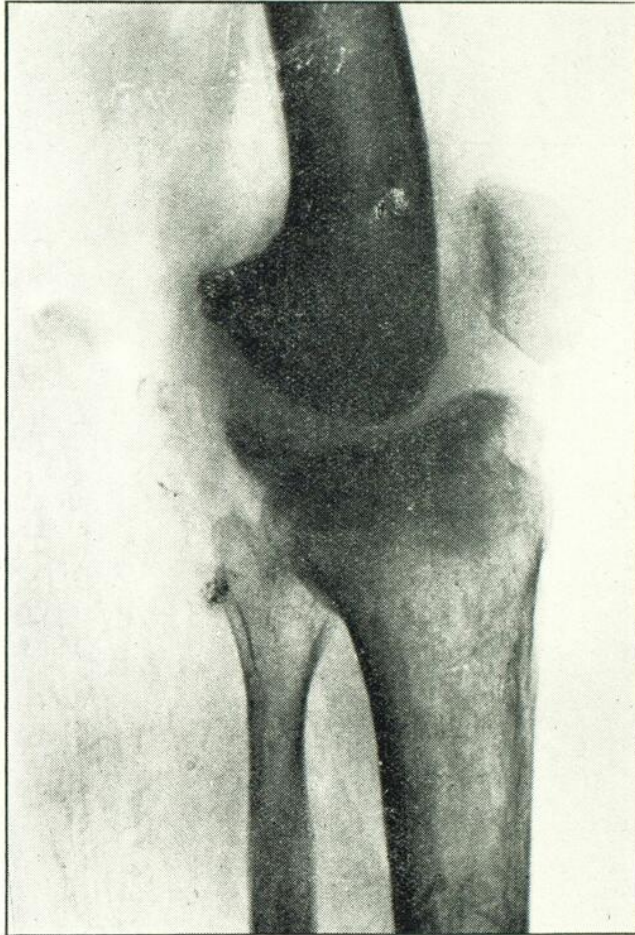
Indications opératoires

Si l'arthroplastie est indiquée lorsqu'un seul genou est ankylosé, elle devient absolument nécessaire lorsque les deux genoux ont perdu leur mobilité, ce qui se rencontre assez fréquemment dans les cas de polyarthrite rhumatoïdale déformante.

Technique opératoire

Nous ne décrivons que la technique employée dans tous les cas rapportés ici, celle-ci nous ayant donné entière satisfaction.

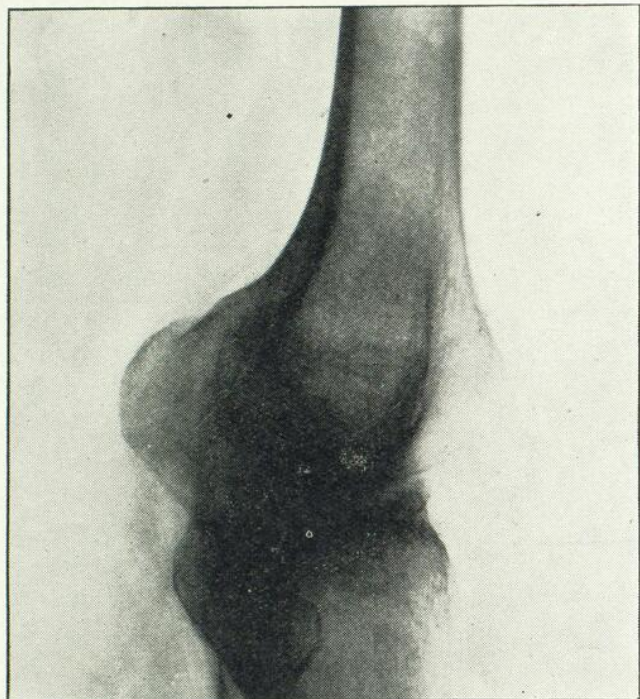
Il faut d'abord s'assurer de l'asepsie parfaite des deux membres inférieurs, mettre une bande d'Esmarch près de la racine de la cuisse, badigeonner à l'iode, laver à l'alcool, isoler du reste la partie stérile



Radiographie No 4 (observ. 4): (2 ans plus tard). Une grande partie des condyles a été enlevée, l'espace articulaire est agrandi, jetée osseuse à la face postérieure du tibia. Les surfaces articulaires sont lisses et bien régulières.

du membre en se servant de grands champs opératoires qui couvriront tout le malade et seront fixés en place au moyen de pinces à champs. L'on fait une incision verticale antéro-interne, à mi-distance entre le ligament rotulien et le ligament latéral interne, commençant au niveau

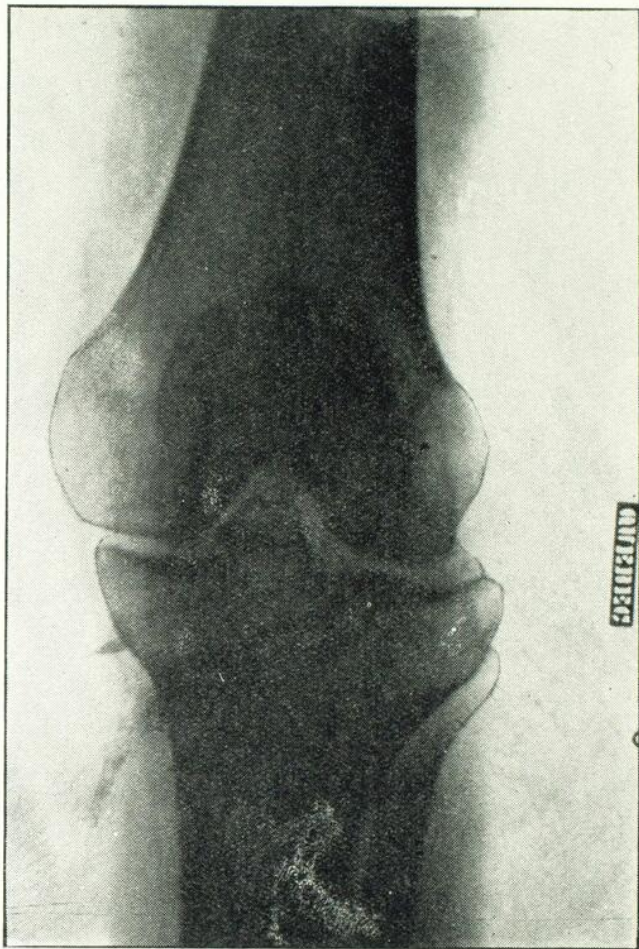
de l'insertion du ligament rotulien pour se continuer en ligne droite, ou légèrement courbe, sur une longueur de quatre pouces au-dessus de la base de la rotule. L'aponévrose fémorale, le vaste interne et la capsule sont incisés, la rotule est libérée en se servant de l'ostéotome et du maillet, si l'ankylose est osseuse, ou de la rugine droite, si elle est fibreuse. Ensuite, l'on tâche de repérer l'interligne articulaire fémoro-tibial et l'on fait, à ce niveau, une section transversale à la



Radiographie No 9 (observ. 6) : Ankylose tibio-fémorale consécutive à une arthrite gonococcique.

scie ou à l'ostéotome large. Le trait de scie est préférable, parce qu'il permet d'obtenir une plus grande régularité des surfaces osseuses. Le genou est ensuite fléchi à angle aigu puis, au moyen d'un ostéotome large, modèle Albee, ou de l'instrumentation spéciale de Putti, l'on tâche de donner aux extrémités sectionnées la forme des condyles fémoraux et des tibiaux normaux. Ce temps opératoire a une importance capitale. En effet, il est inutile d'essayer de faire fléchir et étendre une articulation, si ses nouvelles surfaces ne sont pas taillées de façon à permettre ces mouvements. Les condyles devront donc avoir une forme convexe correspondant exactement à la bi-concavité

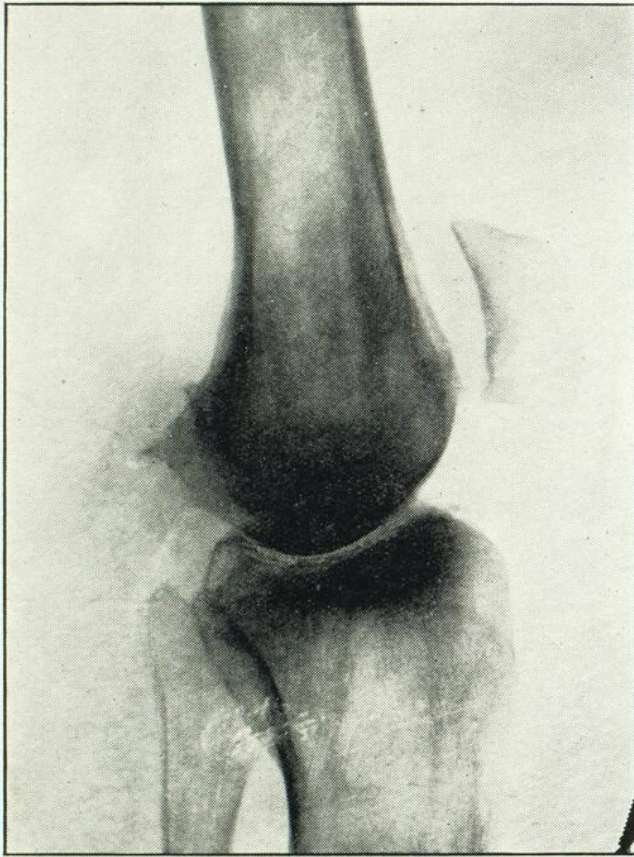
des plateaux tibiaux. L'expérience nous a démontré qu'il valait mieux laisser au centre du tibia, sur toute son épaisseur, un éperon qui, une fois introduit dans l'échancrure intercondylienne agrandie en profondeur et en hauteur pour le recevoir, prévient les déplacements latéraux du fémur sur le tibia. L'on ajuste les nouvelles surfaces articulaires



Radiographie No 10 (ant. post.): Espace articulaire normal; bonne adaptation tibio-fémorale. Obs. 6: 6 mois après opération.

puis l'on fait porter le membre en flexion et extension tout en vérifiant l'adaptation des surfaces sur toute l'étendue des mouvements que cette articulation devra fournir. Les surfaces osseuses sont polies à la lime afin de les rendre lisses et bien régulières. La rotule est elle-même taillée et polie puis l'articulation est temporairement fermée avec des gazes imbibées de sérum pendant la taille du lambeau aponevrotique; ce manchon peut être pris sur la même cuisse ou sur

l'autre. Habituellement, si un seul genou doit être opéré, nous préférons prendre l'aponévrose sur la cuisse opposée. Une longue incision de la peau et du tissu cellulaire, à convexité inférieure, est faite de la base de la rotule au tiers supérieur de la cuisse; l'aponévrose fémorale est libérée de tout tissu cellulaire, car ce dernier s'élimine toujours et l'on taille un lambeau aponévrotique de dimensions nécessaires que l'on moule parfaitement sur les surfaces condy-



Radiographie No 10 (latérale): Montre la taille régulièrement convexe du fémur. Obs. 6: six mois après opération.

liennes et rotuliennes dénudées; ce transplant est solidement fixé au moyen de sutures au catgut chromicisé n° 2. Le membre est ensuite porté en extension et la rotule mise en place, le quadriceps suturé au catgut chromicisé n° 2; les plans profonds sont fermés au catgut chromicisé, points continus, la peau à la soie n° 6, méthode de Lambert. La brèche faite par l'incision sur l'autre cuisse est fermée

sans drainage. L'on désinfecte à l'iode et fait un pansement en disposant les compresses parallèlement à l'axe du fémur, puis l'on applique un plâtre circulaire moulant parfaitement le genou et s'étendant du pied inclusivement à la racine de la cuisse. Dès que le plâtre est séché, l'on enlève la bande d'Esmarch. Aucune ligature n'est faite; la compression par le plâtre suffit à prévenir toute hémorragie importante. Certains chirurgiens préfèrent enlever la bande

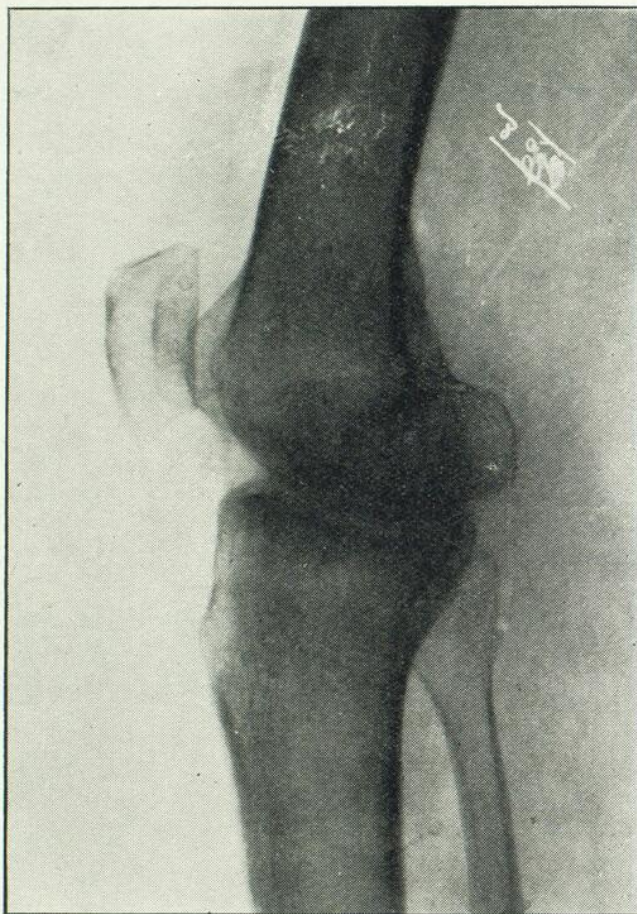


Radiographie No 7 (observ. 7): Ankylose osseuse tibio-fémorale.

d'Esmarch avant la mise en place du lambeau aponévrotique, mais ils réussissent difficilement à contrôler toute hémorragie et prolongent inutilement la durée de l'opération.

Cette méthode a été systématiquement suivie chez nos derniers opérés, même si l'ankylose était fibreuse et n'intéressait qu'une partie de l'articulation, c'est-à-dire un condyle et un plateau tibial. Quelques

chirurgiens conseillent de ne pas toucher le cartilage sain, mais il est bien préférable de conduire l'opération comme si l'ankylose était complète, car si le cartilage n'est enlevé que d'un côté, cette partie ne sera plus au niveau de l'autre, d'où résulte la possibilité de déformation ultérieure en genu varum ou valgum.

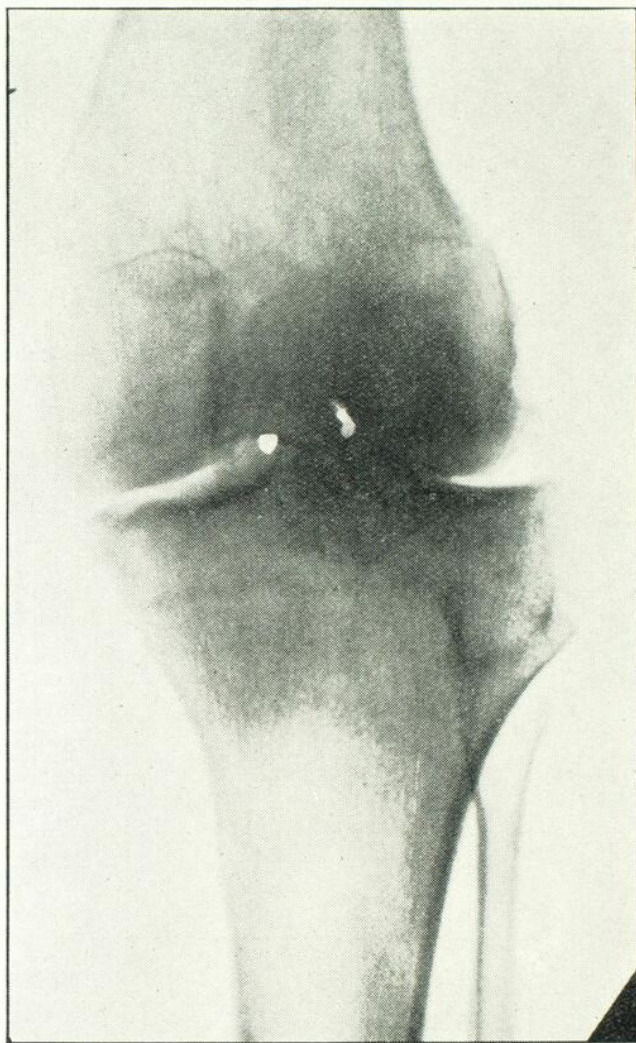


Radiographie No 8 (observ. 7): (2½ mois plus tard). Les surfaces articulaires sont séparées l'une de l'autre par un bon espace.

Soins post-opératoires

Le plâtre est laissé en place huit ou dix jours, puis la mobilisation passive doit être faite, chaque jour, pendant vingt minutes; au vingtième jour, le patient peut commencer à mobiliser lui-même cette articulation en se servant d'un appareil de suspension au-dessus de son lit. Pendant ce temps, l'articulation est soumise à une physiothérapeutique bien comprise. Le patient commencera à marcher au

bout d'un mois, en se servant de béquilles, avec la recommandation de se bien porter sur ce membre et de se servir de son quadriceps pour obtenir l'extension. Si, trente jours après l'opération, la flexion ne dépasse pas 45°, une mobilisation bien prudente, sous anesthésie

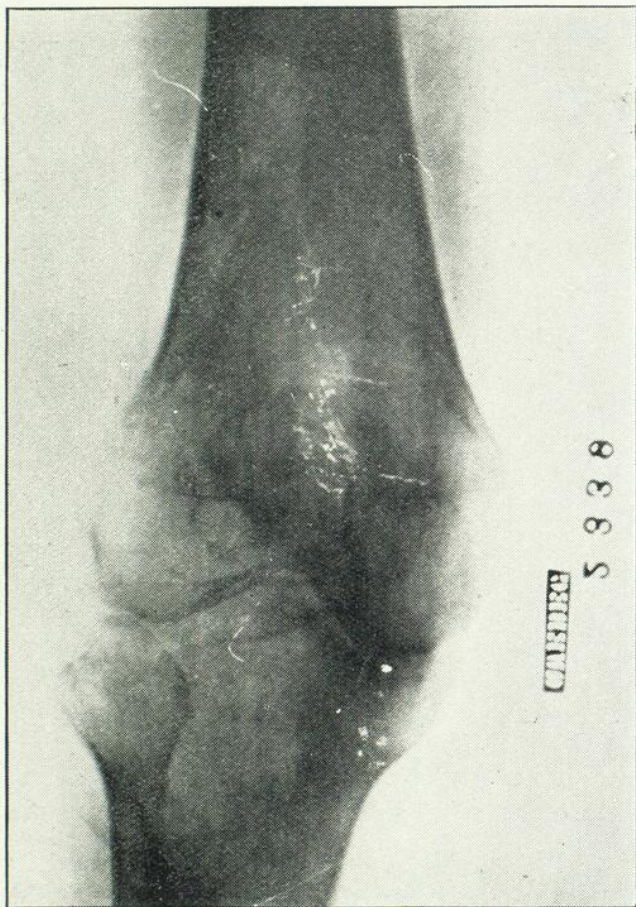


Radiographie No 8 (observ. 7) : (2½ mois plus tard). Les surfaces articulaires sont séparées l'une de l'autre par un bon espace.

générale, est à conseiller. Nous avons eu recours à ce moyen chez quelques-uns de nos patients et nous nous en sommes fort bien trouvé. Ces patients doivent être suivis pendant longtemps par le chirurgien, afin qu'il puisse s'assurer par lui-même du bon fonctionnement de cette nouvelle articulation.

Observations

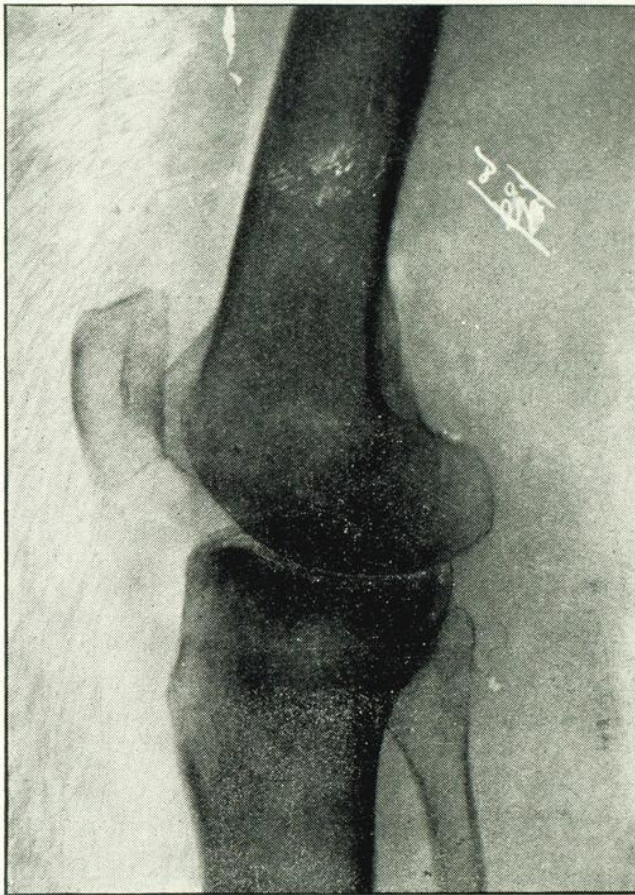
Observation 1. — Mlle M. H., 20 ans, consulte le 6 août 1924, pour ankylose du genou droit. Elle raconte qu'en novembre 1923, à la suite d'une piqûre d'aiguille dans le genou, elle eut une arthrite purulente qui nécessita deux opérations; la suppuration persiste trois mois et aboutit à une ankylose serrée.



Radiographie No 5 (observ. 8): Disparition de l'espace articulaire; ankylose tibio-fémorale.

L'examen, fait le 6 août 1924, montra, en effet, une ankylose complète en extension du genou. Je conseillai à la patiente d'attendre encore un an avant de tenter l'arthroplastie. L'opération est faite le 8 novembre 1925; les suites opératoires sont normales. La mort de sa mère oblige la patiente à quitter l'hôpital, trois semaines après l'opération; elle demeure chez elle cinq semaines, sans traitement. Au retour, son genou ne permet que 15° de flexion, l'extension est complète et facile. Un traitement physiothérapeu-

tique intensif est entrepris, mais n'ajoute que 10° à la flexion déjà acquise. La patiente est anesthésiée et l'on mobilise lentement, pendant près d'une heure; l'on immobilise dans une gouttière postérieure, mettant sur le genou un sac de glace. Deux jours plus tard, l'on reprend la mobilisation passive; la flexion atteint facilement 120° et, dix jours plus tard, elle se rend à l'angle droit. La patiente est encouragée à marcher et retourne chez elle. Six mois plus tard, elle marche, s'agenouille facilement, sans aucune douleur. Ce résultat se maintient depuis et permet à la patiente de remplir avec avantage son rôle de garde-malade.

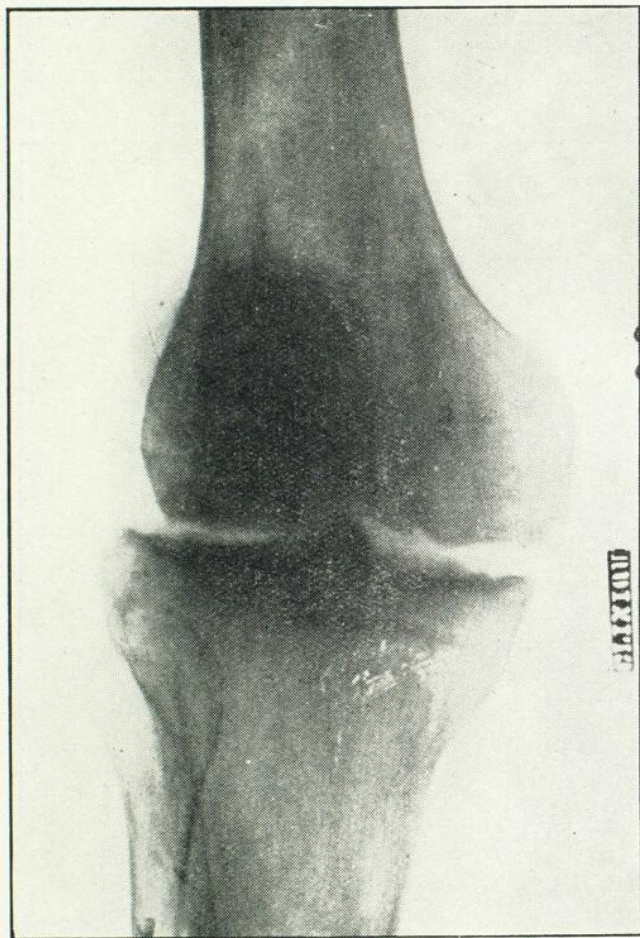


Radiographie No 6 (observ. 8): (6 mois plus tard). L'espace articulaire est bien net; liséré noirâtre indiquant un remaniement des surfaces cartilagineuses.

Observation 2. — Mme A. D., 38 ans, se présente à la consultation, le 28 juillet 1926, pour ankylose complète du genou gauche, consécutive à une arthrite gonococcique, datant de deux ans. L'on conseille à la patiente une arthroplastie, mais elle veut essayer un traitement physiothérapique; aucun résultat après un mois de traitement. Le 2 septembre de la même année, on lui fait une arthroplastie, suivant le même procédé; les suites opératoires,

normales, permettent d'établir le traitement post-opératoire ordinaire. Trois mois plus tard, la patiente fléchit son genou à 110° , l'extension est complète. Six mois après, la flexion atteint 90° . La musculature s'est bien développée. La patiente marche normalement depuis.

Observation 3. — Mlle M.-Louise O., 24 ans, opérée en 1923 pour tuberculose du genou, datant de neuf ans et n'ayant aucune tendance à la guérison. Le 8 décembre 1923, résection du genou, guérison complète après six mois;

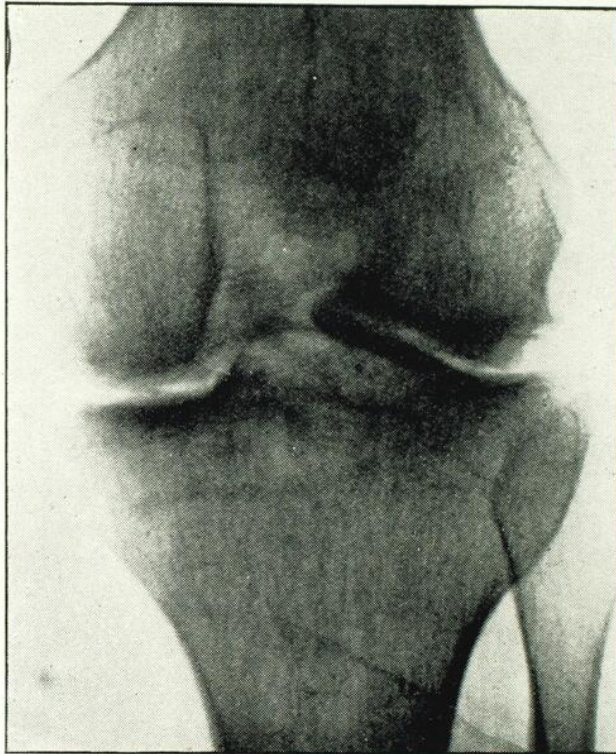


Radiographie No 6 (observ. 8): (vue antérieure). Montre le bon contact des surfaces tibio-fémorales et la bonne adaptation du tenon tibial dans l'échanerure intercondylienne.

la patiente marche sur son membre ankylosé, sans douleur. En juin 1926, elle insiste beaucoup pour qu'on lui fasse retrouver ses mouvements perdus. Cliniquement et radiographiquement, la guérison paraît certaine. En juillet de la même année, l'on ouvre et trouve, en effet, une ankylose osseuse.

L'arthroplastie est faite suivant le procédé indiqué plus haut; les suites opératoires sont normales. La patiente suit les traitements physiothérapeutiques ordinaires, pendant trois mois et présente, à son départ, une flexion atteignant 100° et une extension complète. Six mois plus tard, la patiente tombe et revient nous voir, parce qu'elle croit s'être fracturé le genou. L'examen établit qu'il ne s'agit que d'une entorse. Actuellement, la patiente marche facilement, sans boiterie apparente.

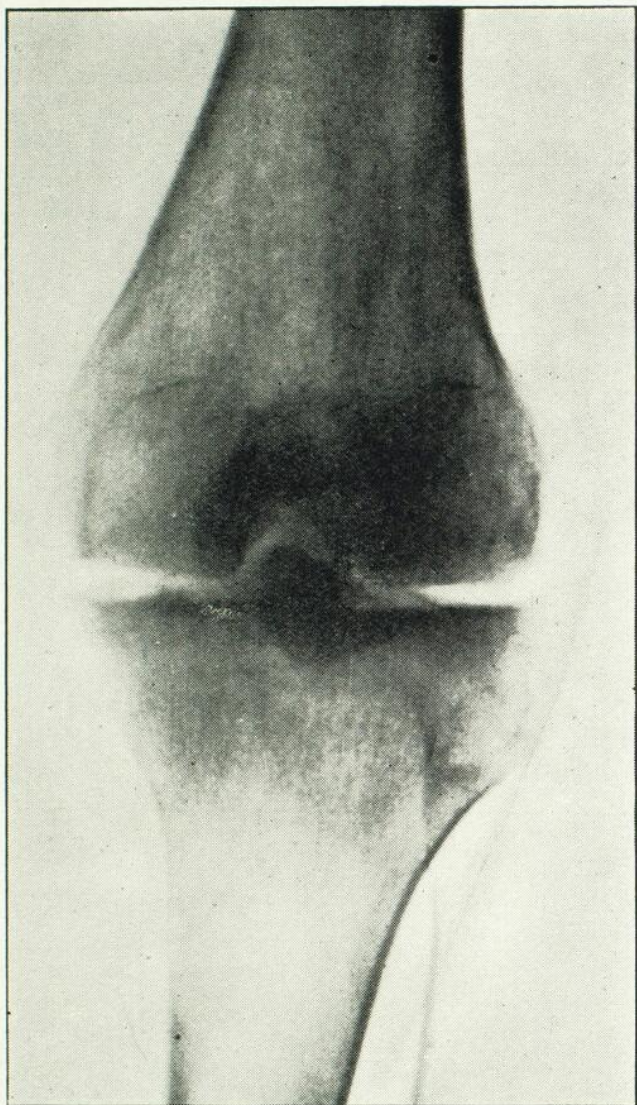
Observation 4. — Mlle Florence M. a eu une ankylose du genou droit, consécutive à une arthrite gonococcique; l'ankylose n'intéresse que la moitié interne de l'articulation, mais elle est osseuse. Arthroplastie, le 3 juin 1927. Patiente pusillanime, qui ne s'aide pas. Deux mois après l'opé-



Radiographie No 11. Avant opération ankylose du genou consécutive d'une arthrite gonococcique.

ration, la flexion atteint à peine 20° , malgré un traitement intensif. La patiente n'accepte une mobilisation que quatre mois après l'intervention: après des manipulations très laborieuses, l'on obtient 90° . La patiente ne recommence à marcher que dix jours plus tard; elle reprend son traitement physiothérapeutique et nous quitte huit mois après l'opération avec une flexion atteignant 100° et une extension complète. Elle présente un léger genu valgum qui ne la gêne aucunement. Son état s'est maintenu depuis.

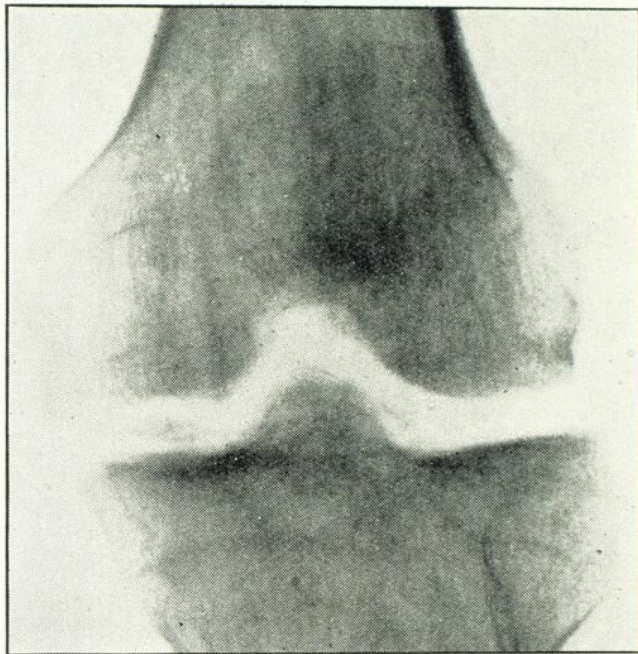
Observation 5. — M. Emile C. se présente à la consultation, le 16 juillet 1927, pour ankylose du genou gauche en flexion à 140° et en rotation externe, rendant la marche très difficile. Le 18 juillet de la même année, une arthroplastie est faite en ayant soin d'enlever beaucoup de tissu osseux. Quatre



Radiographie No 12. 6 semaines après arthroplastie.

mois plus tard, le patient nous quitte avec une flexion atteignant l'angle droit; son quadriceps est, à ce moment, trop faible pour permettre l'extension active complète. Il peut, cependant, marcher sans canne. Le 3 septembre 1928, le patient revient à la consultation avec une démarche sensiblement normale.

Observation 6. — M. Louis B., 39 ans, se présente à la consultation, le 16 mai 1928, pour ankylose du genou en flexion à 135° , consécutive à une arthrite gonococcique, datant du 10 décembre 1927. Arthroplastie, le 8 septembre 1928. A l'ouverture du genou l'on constate une union fibreuse serrée de la rotule avec le fémur et une ossification de la tibio-fémorale; les suites opératoires sont normales. Le 17 novembre 1928, mobilisation permettant d'obtenir l'angle droit. Ce patient accomplit, aujourd'hui, son travail avec facilité; la flexion dépasse l'angle droit et l'extension est complète. Le genou est stable et ne présente aucune latéralité.



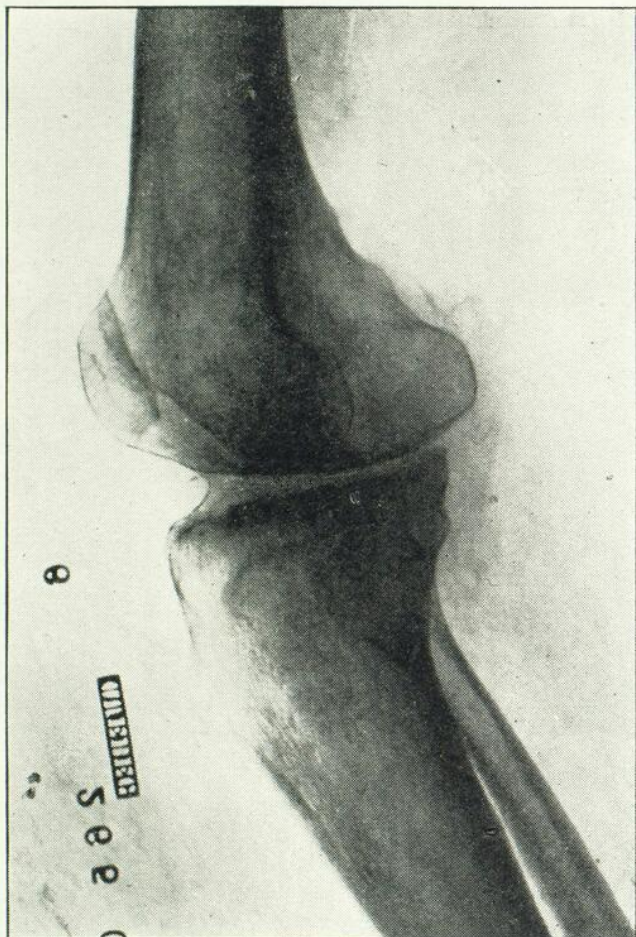
Radiographie No 13. De face montrant le tel espace articulaire obtenu 2½ mois après arthroplastie pour ankylose d'origine gonococcique.

Observation 7. — Mlle Cl. L., 20 ans, consulte le 15 octobre 1928 pour ankylose du genou droit, depuis $5\frac{1}{2}$ ans. A la suite d'une arthrite infectieuse du genou, elle perdait tout mouvement au niveau de cette articulation. L'examen montre une ankylose solide et une radiographie démontre qu'elle est osseuse. Arthroplastie, le 31 octobre 1928; suites opératoires normales. Mobilisation, sous anesthésie, le 7 janvier 1929. La patiente nous quitte en mars, avec une flexion atteignant 110° , une extension complète, une bonne stabilité, des mouvements libres et indolores. A un questionnaire en date du 11 avril 1931, la patiente répond qu'elle a conservé les mouvements qu'elle avait à son départ; elle marche facilement, sans boiterie.

Observation 8. — Mme C. V., 43 ans, présente une ankylose du genou consécutive à une arthrite gonococcique datant de huit mois. Au moment de l'examen, le 27 janvier 1930, l'ankylose du genou est complète. La radio-

graphie démontre une disparition de l'espace artéculaire et une union tibio-fémorale. Arthroplastie, le 30 janvier de la même année. A l'opération, l'on constate une soudure tibio-fémorale. La patiente mobilise bien son genou; elle retourne chez elle en juillet 1930 avec une flexion atteignant l'angle droit qu'elle a gardée depuis. Aucune latéralité, bonne stabilité.

Observation 9. — M. Od. L., 36 ans, consulte le 7 septembre 1933 pour ankylose au genou droit en flexion depuis vingt-huit ans. L'histoire et l'évolution de la maladie nous portent à croire que le patient a fait une

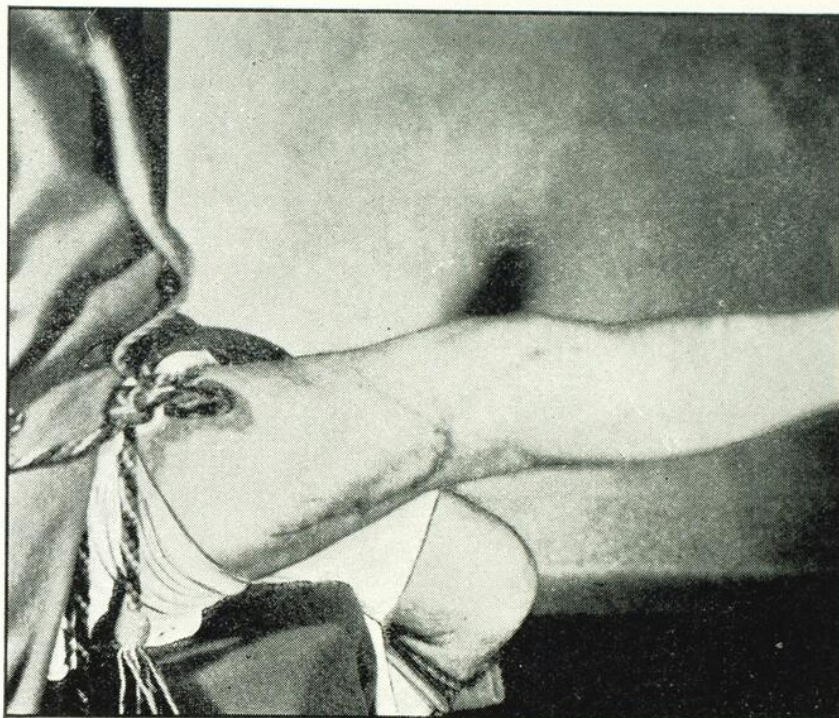


Radiographie No 14. Vue de profil, même observation que la précédente.

arthrite tuberculeuse qui a guéri après une période de temps prolongée. Actuellement, une ankylose osseuse maintient le genou fléchi à 145° , l'épiphyse fémorale est déplacée en arrière, formant une angulation d'au moins 45° avec la diaphyse; elle est augmentée en hauteur et en épaisseur. Il ne reste plus aucune trace de l'articulation. Arthroplastie, le 13 septembre 1933;

suites opératoires normales. Le patient mobilise peu, de sorte qu'il se produit des adhérences serrées. Le 13 janvier 1934, mobilisation très difficile permettant d'obtenir l'angle droit. Aujourd'hui, l'extension est complète, la flexion atteint 120° . Aucune latéralité, bonne stabilité.

Observation 10. — M. Adélard D., 54 ans. Fracture avec éclatement du plateau tibial externe, datant d'un an, consolidée en mauvaise position. Le genou est en valgum à 15° , l'extension limitée à 160° , la flexion à 80° ; les mouvements qui persistent sont douloureux. Reconstruction arthropastique,



Observation 10. — *Photo No 5.* — Extension active complète du genou. 4 mois après opération.

le 10 décembre 1932. Le 27 janvier 1933, mobilisation du genou, sous anesthésie; physiothérapie par la suite et le patient quitte l'hôpital le 27 mai 1933, marchant sans boiterie; le membre est stable, l'extension complète, la flexion atteint pratiquement l'angle droit.

Observation 11. — Mlle Diana F., 23 ans. Ankylose partielle du genou gauche, consécutive à une arthrite gonococcique, datant d'un an. Le genou est en flexion à 160° avec persistance de légers mouvements évalués à 10° et qui sont douloureux. Arthroplastie, le 2 mars 1932; mobilisation sous anesthésie, le 9 avril. La patiente quitte l'hôpital peu après; l'extension est alors complète, la flexion atteint 120° .

Observation 12. — M. Aimé B., 18 ans. Arthrite aiguë suppurée, consécutive à un traumatisme du genou droit, à l'âge de neuf ans. Le genou s'est déformé par la suite et il s'est établi une fusion osseuse tibio-fémorale en flexion à 90° et rotation externe de la jambe. Arthroplastie, le 16 février 1933. Mobilisation, sous ansthésie, le 6 avril. Le patient quitte l'hôpital le 17 août 1933. A sa sortie, le patient marche avec douleur. La flexion active atteint 110° , passive, 100° ; l'extension est complète, aucune latéralité.



Observ. 10 — *Photo No 6* — Flexion du genou à 90° .
(4 mois après l'opération.)

Observation 13. — Mme Ed. T., 33 ans, se présente à la consultation, le 9 juin 1932, pour ankylose des deux genoux, consécutive à une polyarthrite gonococcique datant de onze mois. Le genou gauche est ankylosé en rectitude et ne permet aucun mouvement; le genou droit est en flexion à 160° et permet un mouvement évalué à 5° , lequel mouvement éveille une vive douleur. Arthroplastie du genou gauche, le 14 juin 1932. Mobilisation sous anesthésie, le 24 août 1932. Actuellement, la patiente fléchit facilement le genou à 90° , l'extension est complète, aucune latéralité. Le mouvement obtenu est souple et indolore.

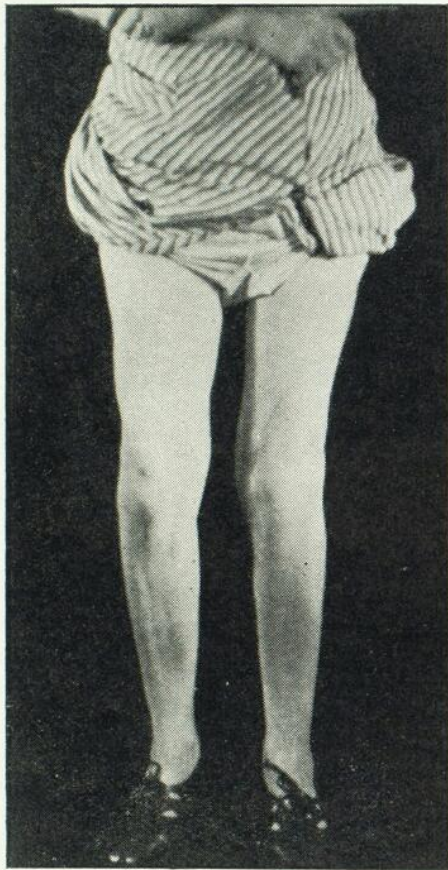


Observ. 11. — *Photo No 1* — Le membre est en extension complète.



Observ. 11. — *Photo No 2* — Le membre est en flexion à 90° .
(4 mois après l'opération.)

Nous avons eu un mauvais résultat chez une jeune fille qui avait une ankylose du genou consécutive à une ostéomyélite du fémur; le foyer ostéomyélique était guéri depuis quatre ans. Nous ne conseillions pas à la patiente de se faire opérer, mais nous avons dû céder parce qu'elle insistait beaucoup pour avoir du mouvement. L'opération s'est faite régulièrement mais, quelques jours plus tard, le foyer



Observ. 13. — *Photo No 3* — Ankylose des deux genoux d'origine gonococcique. Extension complète, un an après l'opération du genou gauche.

d'ostéomyélite se réchauffa et la patiente guérit le genou ankylosé en extension complète.

Deux de nos malades ont refusé de mobiliser leur articulation après opération et ont été perdues de vue.

Un certain nombre sont actuellement sous traitement et nous donnent l'espoir d'une belle récupération fonctionnelle.

Conclusions

L'arthroplastie, considérée pendant longtemps comme une opération de luxe, voit, aujourd'hui s'étendre son champ d'action. Ses indications précises, ses techniques simplifiées et ses résultats très



Observ. 13. — *Photo No 4* — Flexion du genou à 110°.

encourageants en font une méthode de choix, lorsqu'il s'agit de mobiliser une articulation ankylosée. Il est à espérer que, dans un avenir rapproché, cette opération sera considérée comme classique, peut-être même chez nous.



RECUEIL DE FAITS

ULCÈRES DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM ANATOMIQUEMENT GUÉRIS PAR LA CHIRURGIE⁽¹⁾

Par

et

L. BLAGDON, F. R. C. S., (C)
Prof. agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien à l'Hôpital Notre-Dame.

L. C. SIMARD, F. R. C. P., (C)
Prof. agrégé à la Faculté de Médecine
Pathologiste à l'Hôpital Notre-Dame

Le diagnostic de l'ulcère de l'estomac est à peu près au point; par contre, le traitement de cette lésion est encore l'objet de nombreuses controverses. Cela tient, d'une part, à ce que nous connaissons mal l'étiologie de l'ulcère gastro-duodéal, lacune qui constitue un grand obstacle pour la prévention des récidives, et d'autre part, à ce que nos moyens de contrôle actuels ne nous permettent pas, dans nombre de cas du moins, d'affirmer positivement que l'ulcère est guéri. Comme le dit Boas,⁽²⁾ l'absence de critérium objectif de cicatrisation d'un ulcère d'estomac est un problème des plus embarrassants et des plus urgents à résoudre.

Le but de cet article ne sera pas tant de préciser ni de préconiser les indications de telle ou telle méthode chirurgicale que de fournir une preuve anatomique certaine qu'un ulcère grave, par conséquent du domaine chirurgical, peut se cicatriser dans un temps relativement court après une intervention conservatrice bénigne, facile d'exécution. Les deux observations que nous présentons, ci-dessous, offrent de plus un intérêt particulier, en raison surtout de la valeur démonstrative des pièces anatomiques prélevées.

OBSERVATION 1. — J. C..., journalier, âgé de 34 ans, est admis au service de chirurgie de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, le 1er août 1933.

(1) Communication à la Société de Gastro-Entérologie de Montréal. Cet article, qui devait paraître dans l'Union Médicale, a été publié dans l'"American Journal of Digestive Diseases and Nutrition".

(2) Archiv. fur Verdaungs — Krankheiten, May, 1933.

Le malade souffre de troubles digestifs qui auraient débuté dix ans auparavant. Ses repas le fatiguent, le rendent lourd, mais le symptôme le plus important qu'il accuse est le symptôme douleur. Ces douleurs, surtout marquées 2 heures après avoir mangé, sont pénétrantes et persistantes; elles sont situées au creux épigastrique et ne sont pas calmées par les aliments. Depuis sept mois elles sont devenues plus intenses et seuls les vomissements les font disparaître. Le patient a maigri de 20 livres ces derniers temps et il rend presque tous ses repas. Il n'a jamais suivi de régime très sérieux, mais par contre, il a pris beaucoup de médicaments. Il a remarqué occasionnellement des traces de sang dans ses selles. Fumeur modéré, il n'a jamais fait d'abus d'alcool.

Examen clinique. Etat général médiocre. P. A. 126/82. Azotémie 0 gr. 64; glycémie 1 gr. 26; analyse des urines: albumine et phosphates; dosage 1050 grammes. Wassermann négatif. Le système nerveux ne présente rien de particulier; les pupilles sont normales ainsi que les réflexes. Bouche: langue sale, dents cariées. Poumons: toux et expectoration abondante. Crachats: pas de Koch. Signes de bronchite chronique; vibrations et murmures vésiculaires diminués au sommet gauche. Cœur: souffle systolique au foyer pulmonaire; renforcement pré-systolique à la pointe. Abdomen: estomac: la pression révèle de la douleur à la région pyloro-duodénale. On ne sent pas de masse à cet endroit. Foie: normal en apparence. Le reste de l'abdomen est souple. La radiographie et la radioscopie montrent une rétention presque complète de l'estomac après 5 heures.

Diagnostic clinique et radiographique: ulcère calleux probable avec sténose de la région pyloro-duodénale.

Le traitement chirurgical s'impose, mais vu les symptômes broncho-pulmonaires présentés par le malade, nous différâmes l'intervention de quelques jours. Traitement pré-opératoire; lavements nutritifs quotidiens; injections intraveineuses de sérum physiologique et glucosé, vaccin mixte; lavages d'estomac, enveloppements thoraciques et expectorants.

Opération (Drs L. Blagdon et L.-R. Dionne). Laparotomie médiane sus-ombilicale, le 12ème jour après l'admission du malade. Présence d'une masse de la grosseur d'un œuf d'oie située au duodénum (2ème portion) et fortement adhérente au pancréas dont la tête est indurée et semble faire corps avec la tumeur. Nous hésitons entre deux diagnostics: cancer de la tête du pancréas avec envahissement du duodénum ou ulcère du duodénum avec réaction inflammatoire de la tête du pancréas. Il existe de plus d'autres adhérences intimes entre le duodénum, l'estomac et la vésicule biliaire. Cette dernière, comme le cholédoque du reste, paraît saine et ne contient pas de calculs. L'appendice est long, gros, et recouvert d'une membrane de Jackson.

Intervention. Appendicectomie, libération des adhérences et gastro-entérostomie trans-mésocolique marginale postérieure faite au catgut chromique No 1.

Suites post-opératoires. Rien d'important à noter au début. Le malade ne vomit plus depuis son opération, il tolère très bien la diète de Sippy et sauf une suppuration superficielle de la plaie, il ne nous donne pas d'ennuis de ce côté. Cependant il continue à tousser et à expectorer, mais les crachats

sont toujours négatifs au point de vue microbien. Un mois et demi plus tard il est transféré dans le service de médecine, qui l'a suivi avec nous pour ses troubles pulmonaires. Il a engraisé de plusieurs livres et il ne se plaint plus de son estomac. Quelques semaines après son admission dans le service de médecine, notre patient est pris soudainement de frisson, de point

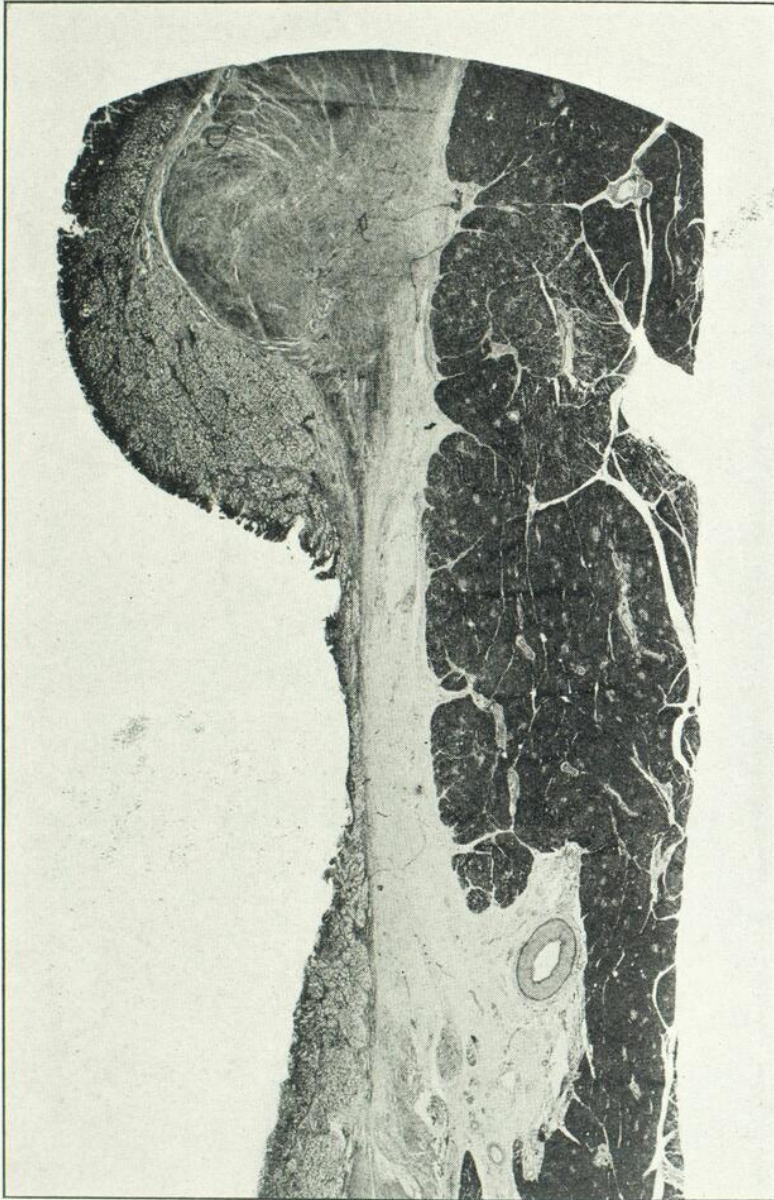


FIG. 1.—En haut, la région pylorique; à droite le pancréas; en bas la première partie du duodénum. Au centre muqueuse mince recouvrant la cicatrice. (Premier cas.)

de côté avec élévation de température, etc. Bref, une pleurésie purulente bilatérale à streptocoques s'installe et nécessite une pleuro-costectomie le 24 octobre (Dr Ricard). La mort survient quatre jours plus tard, soit environ 2½ mois après la gastro-entérostomie que nous avons pratiquée.

Autopsie 936 (résumé) pratiquée une heure après la mort.

Plaie de pleuro-costotomie droite postérieure.

Pleurite suppurée double.

Péricardite suppurée.

Gastro-entérostomie perméable.

Cicatrice étoilée du duodénum juxta-pylorique, adhérente au pancréas.

Examen histologique: (figures 1 et 2)

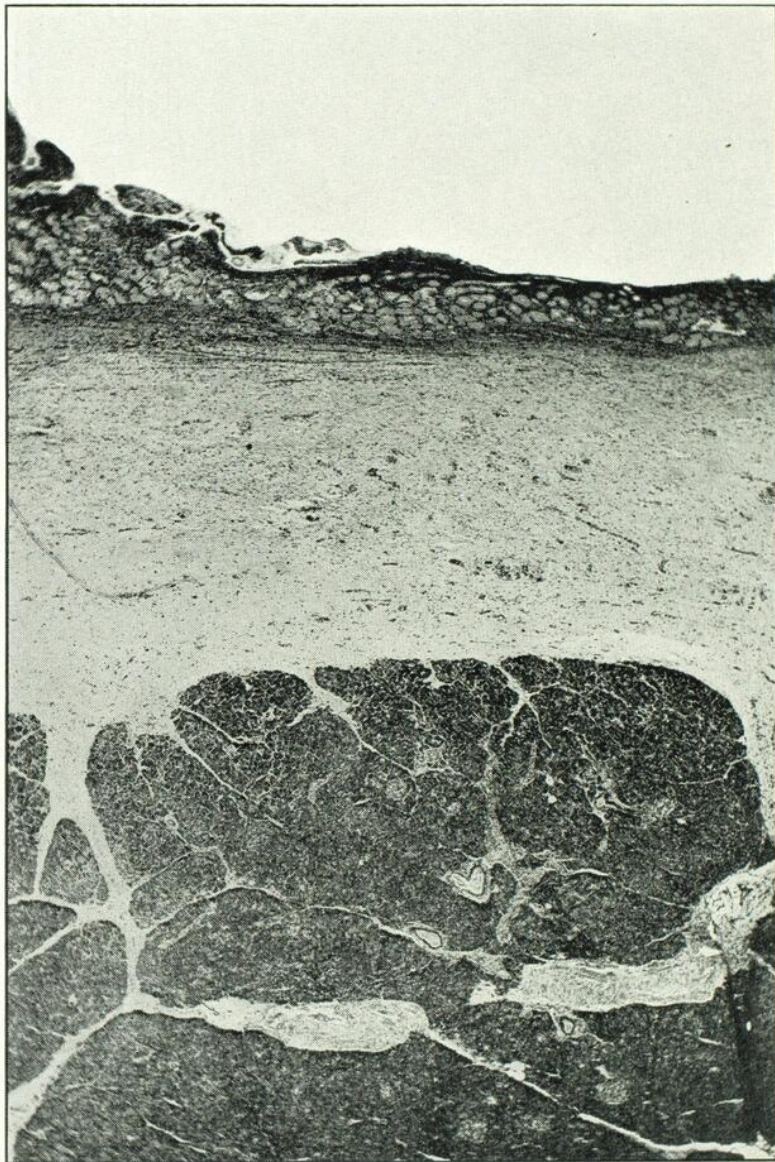


FIG. 2.—Moyen grossissement du centre de la fig. 1. En surface, la muqueuse avec glandes duodénales, reposant sur une mince couche musculaire, semblable à la muscularis mucosæ. Au centre, le tissu conjonctif jeune de la cicatrice. En bas, le pancréas.

Une tranche parallèle à l'axe de l'estomac et l'intestin a été prélevée, intéressant l'estomac dans sa dernière portion, le pylore, le duodénum et en-dessous, le pancréas.

A un centimètre de l'anneau pylorique, existe dans le duodénum une plage cicatricielle longue d'un centimètre et demi environ et haute de 4 millimètres en moyenne. — Cette cicatrice est constituée par du tissu conjonctif jeune, un peu œdémateux, contenant çà et là de petits vaisseaux capillaires. Les fibres élastiques y sont très rares, représentées par quelques fibrilles disposées sans ordre autour des vaisseaux.

La cicatrice est recouverte en surface par une mince couche musculaire analogue à la *muscularis mucosæ*, sur laquelle repose une muqueuse amincie. En profondeur, les couches musculuses du duodénum ont disparu et le tissu cicatriciel empiète sur le pancréas.

La mince couche musculaire située sous la muqueuse se continue de part et d'autre de la cicatrice avec la *muscularis mucosæ* et les musculuses externes.

Juste en bordure de la cicatrice, en effet, les fibres des musculuses s'accolent aux fibres de la *muscularis mucosæ*, par disparition progressive de la sous-muqueuse. Il n'y a donc aucun doute sur la régénération d'une musculuse, comparable à la *muscularis mucosæ*, au-dessus de la cicatrice; il est vraisemblable que la *muscularis mucosæ* et les musculuses normales entourant la cicatrice prennent part à la régénération de cette musculuse, mais il est impossible de préciser le rôle de chacune d'elles.

La muqueuse recouvrant la cicatrice est mince. Elle est constituée en surface par un épithélium cylindrique simple reposant sur quelques groupes glandulaires de type duodénal.

OBSERVATION 2. — J. M. . . . , journalier, âgé de 53 ans, est admis d'urgence à l'hôpital Notre-Dame, le 19 novembre 1933, pour une hématomérose abondante accompagnée de douleurs abdominales intenses. Il nous raconte qu'il souffre de l'estomac depuis huit ans. Il éprouve presque continuellement des sensations de brûlure avec douleurs épigastriques marquées, apparaissant peu de temps après les repas, douleurs qui ne sont calmées que par un vomissement. Il vomit du sang de temps à autre. Ses habitudes ont toujours été irrégulières: fumeur modéré mais buveur de bière à ses heures, il n'a jamais suivi de régime ni pris beaucoup de médicaments. Il a consulté un médecin, il y a quelques années, qui l'aurait traité pour un ulcère d'estomac. Il tousse continuellement et expectore beaucoup. Il a maigri de plusieurs livres depuis quelques mois. Environ douze heures avant son entrée à l'hôpital, il fut pris de douleurs très vives, en coup de poignard, au creux épigastrique, accompagnées d'une hématomérose inquiétante.

Examen clinique. Etat général médiocre; pouls à 116, assez bien frappé cependant. Température à 37°. Poumons: signes de tuberculose en évolution aux deux sommets. Abdomen: ventre de bois; douleur et défense musculaire généralisée, surtout marquées au creux épigastrique; météorisme; disparition de la matité hépatique; matité dans les deux flancs. Le toucher rectal révèle la présence d'un épanchement dans le bassin.

Diagnostic clinique. Ulcère perforé de l'estomac à la douzième heure.

Opération d'urgence (Drs Blagdon et L.-R. Dionne). Incision médiane sus-ombilicale. Inondation péritonéale par un liquide inodore, de coloration marc de café. L'estomac est très dilaté et flasque. Il existe un petit ulcère calleux perforé à l'emporte-pièce en péritoine libre et situé sur la petite

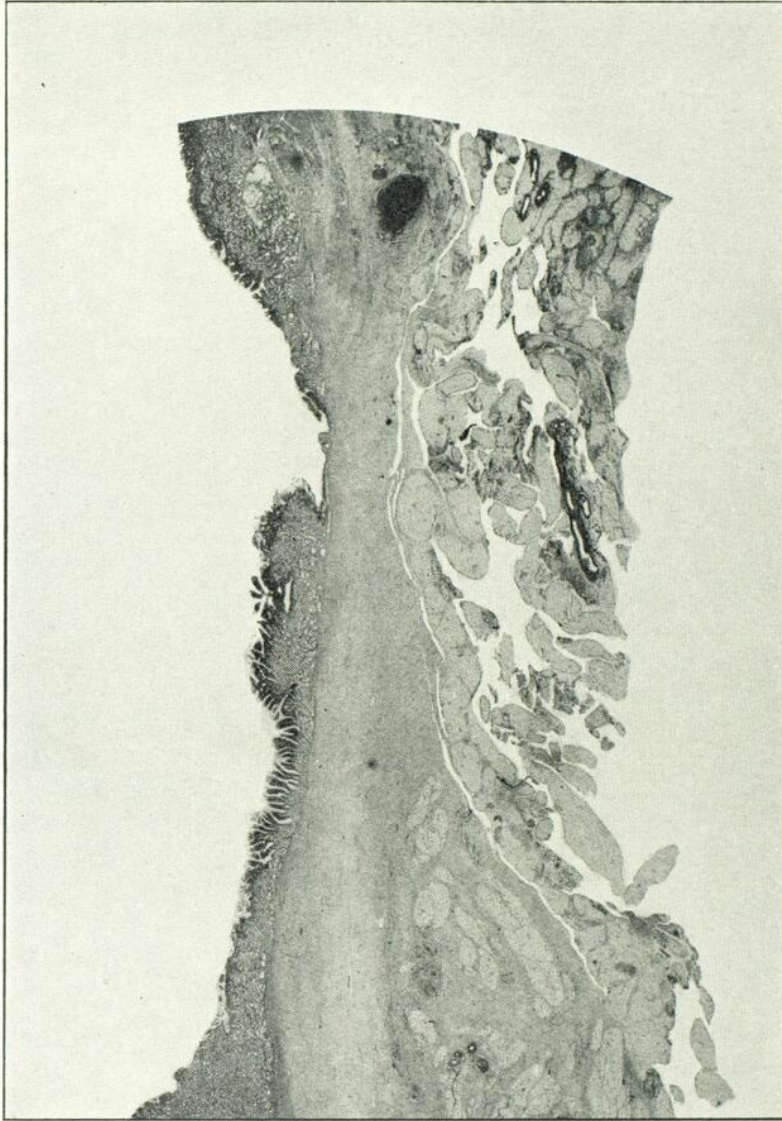


FIG. 3.—En haut, la région pylorique; en bas, la première partie du duodénum; au centre, le tissu cicatriciel recouvert de la muqueuse à gauche. A droite, flots de tissu adipeux provenant de l'épiploon. (Deuxième cas.)

courbure dans la région pré-pylorique. Le pourtour de l'ulcère est induré sur une zone large de deux pouces environ. Le pylore est épaissi, mais perméable. Péri-viscéríte intense. L'appendice, la vésicule biliaire, le cholédoque et le pancréas sont d'apparence normale. Vu l'état critique du malade, nous nous contentons d'enfourer l'ulcère au catgut chromique, par un double surjet en bourse, après avoir excisé ses bords et aspiré le contenu de l'estomac.

Epiploplastie aux dépens de l'épiploon gastro-hépatique. Drainage du Douglas par une petite incision (stab wound), dans la fosse iliaque droite.

Suites post-opératoires. Aucun ennui du côté de l'estomac. Le patient n'a vomi qu'une seule fois après son opération et il a bien supporté la diète

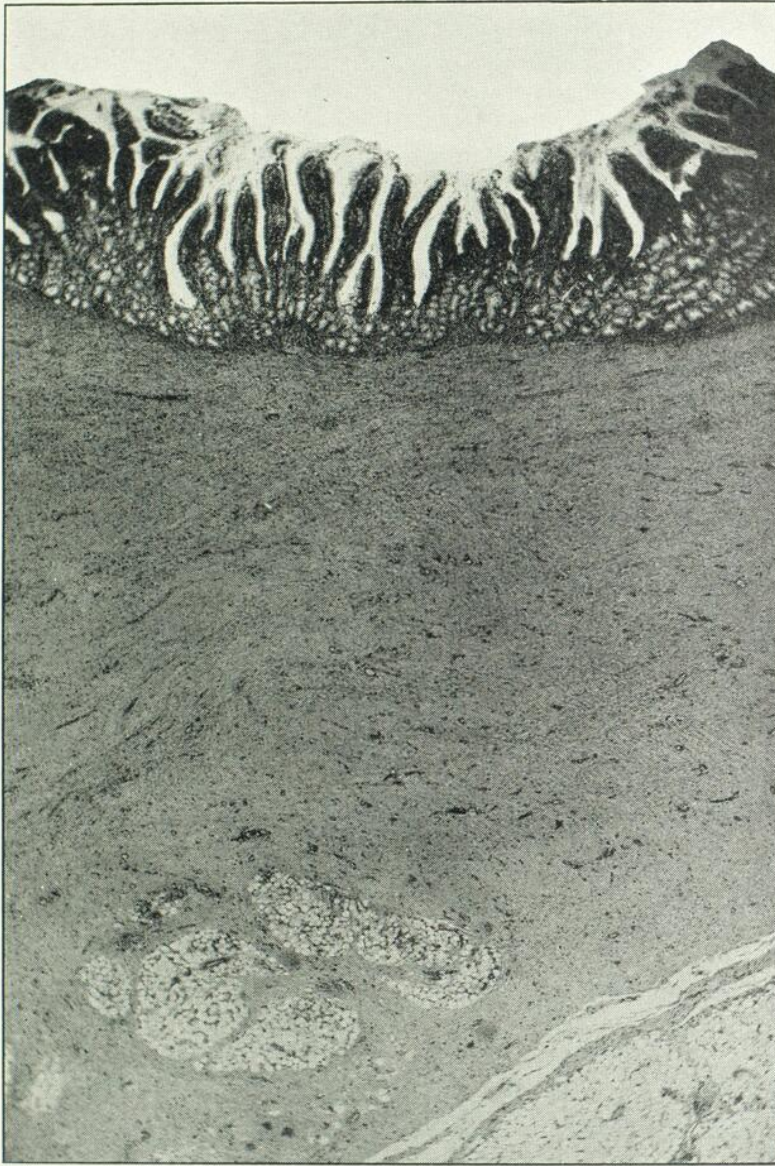


FIG. 4.—Moyen grossissement de la fig. 3. En haut, la muqueuse avec glandes dilatées; en bas, la cicatrice contenant des îlots adipeux; sous la muqueuse, la couche musculieuse semblable à la muscu'aris-mucosæ.

de Sippy mitigée, avec potion de Todd et jus de viande. Par contre, les lésions de tuberculose pulmonaire, dont il était porteur avant son entrée à l'hôpital, évoluèrent assez rapidement sous une forme aiguë. L'examen des

crachats a révélé la présence du bacille de Koch et les radiographies du poumon ont confirmé le diagnostic clinique. Le Wassermann a toujours été positif. Après avoir présenté des symptômes de néphrite azotémique, le malade mourut le 57ième jour après son opération.

Autopsie 965 (résumé) pratiquée 1½ heure après la mort.

Tuberculose cavitaire des sommets des poumons.

Dissémination de tubercules dans les deux poumons.

Dilatation du cœur droit.

Cicatrice rétractile de l'estomac, juxta-pylorique.

Rétrécissement du pylore.

Examen histologique: (figures 2 et 3)

La coupe intéresse la dernière partie de l'estomac, le pylore et une partie du duodénum.

Près de l'anneau pylorique, dans l'estomac, existe une plage cicatricielle recouverte par une couche musculaire très mince et d'une muqueuse. Les couches musculaires externes de l'estomac n'existent plus. L'étagé profond de la cicatrice est intimement réuni à des îlots de tissu adipeux dans lequel apparaissent des granulomes de corps étrangers (fragments de catgut).

Ici encore, au-dessus de la cicatrice s'est effectuée une régénération d'une musculature identique à celle du cas précédent.

La muqueuse est très mince et renferme des glandes dilatées reposant sur quelques formations glandulaires de type pylorique.

Commentaires

Bien que les complications pulmonaires soient assez fréquentes à la suite d'opérations sur le tube digestif, nous ne croyons pas qu'il y ait intérêt à discuter ici s'il existe des relations de cause à effet entre les interventions que nous avons pratiquées et la mort de nos deux patients. On pourrait peut-être répondre par l'affirmative, dans le cas du malade de l'observation 1, quoique la mort ne soit survenue que 2½ mois après l'opération. Cependant, l'absence à l'autopsie de toute trace d'infection au niveau de l'ulcère alors cicatrisé, ainsi qu'à la bouche d'anastomose, l'apparition soudaine et tardive de signes de pleurésie purulente et de péricardite suppurée, sont autant de faits qui nous permettent d'exonérer la gastro-entérostomie de tout blâme sérieux. Quant au malade de l'observation No 2, il était porteur d'une tuberculose pulmonaire avancée qui a continué à évoluer et qui l'a finalement emporté, deux mois après l'intervention chirurgicale.

Au point de vue thérapeutique, l'observation No 1 nous fournit un résultat de plus à l'actif de la gastro-entérostomie, opération certainement plus bénigne que la résection. La cicatrisation rapide de l'ulcère, la résorption de la masse inflammatoire qui accompagnait celui-ci et la disposition de la sténose pylorique concomitante, dé-

montrent une fois de plus l'efficacité de ce procédé comme méthode de dérivation dans le cas d'ulcères du duodénum. Si l'isolement et le repos de l'ulcère compliqué sont suffisants pour le guérir complètement et rapidement, à plus forte raison doit-il en être ainsi pour les ulcères simples.

L'observation No 2 semble donner raison à ceux qui se contentent de suturer l'ulcère gastrique perforé, sans faire de gastro-entérostomie complémentaire ni de résection. En effet notre patient était atteint d'un ulcère calleux perforé de la petite courbure, qui s'est complètement cicatrisé en moins de deux mois après une simple suture en bourse avec épiplooplastie. Il n'en est pas moins vrai que la gastro-entérostomie complémentaire reste indiquée, si l'état du malade le permet, bien entendu, dans les cas où la perforation siégeant au pylore, la sténose paraît inévitable.

L'étude des micro-photographies que nous reproduisons plus haut, nous confirme davantage dans notre opinion que la plupart des ulcères gastro-duodénaux (sauf les 5% de ceux qui sont cancérisés), ne demandent qu'à guérir.

En résumé, voilà deux ulcères compliqués, l'un stomacal, l'autre duodénal, diagnostiqués par la clinique et la laparotomie et qui, prélevés deux mois environ après l'intervention, ont fait place à une régénération de la muqueuse et d'une partie des musculuses.

Un tel ensemble de faits paraît au moins exceptionnel, sinon unique, d'après la bibliographie consultée. Les cicatrices de l'estomac, appelées cicatrices d'ulcères, sont le plus souvent des trouvailles d'autopsie (voir Hitzenberger), et ce n'est que par déduction que les auteurs attribuent à l'ulcère la formation de ces cicatrices.

Dans la plupart des cas d'ulcères de l'estomac ou du duodénum examinés par le médecin ou le chirurgien, ou bien le patient guérit et est perdu de vue, ou bien il meurt et la mort survient trop rapidement pour laisser à l'estomac le temps de se cicatriser.

Nos deux cas, avec leur histoire complète, nous ont paru assez intéressants pour être versés au chapitre des ulcères anatomiquement guéris.

BIBLIOGRAPHIE

- HITZENBERGER, K. — "Über die Ulkusnarbe am Magen", *Virchows Archiv*, f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 242, S. 424, 1923.
- HAUSER, G. — "Die peptischen Schädigungen des Magens", in Henke und Lubarsch, Verlag Von Julius Springer. Berlin, 1926.

CHIRURGIE DE LA DOULEUR.

INJECTIONS PARA-VERTÉBRALES LOMBAIRES

Par Urgel GARIEPY, F.R.C.S.(c).
Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame,
Professeur agrégé de la Faculté de Médecine
à l'Université de Montréal.

Sicut dolor meus.....

Jusqu'à ces dernières années, on croyait le sympathique composé de fibres efférentes seulement et par conséquent il ne devrait pas comporter de fibres afférentes. Kuntz, Ranson et plus récemment Heinbecquer ont découvert le passage de grosses fibres à myéline dans les nerfs somatiques, fibres sensibles apparemment afférentes. Les preuves cliniques abondent pour démontrer la présence de fibres douloureuses dans les nerfs sympathiques. Ceux qui s'objectent au cheminement de voies douloureuses à travers le sympathique expliquent les phénomènes cliniques par différentes considérations techniques et ils s'appuient souvent sur des épreuves expérimentales pour justifier leurs conclusions. Ils avancent que le système autonome charrie des fibres afférentes viscérales, qui ne sont pas de nature sympathique à l'origine mais qui accompagnent les fibres sympathiques. (Flotow).

Une autre explication (Davis) réclame que la stimulation du système sympathique produit un métabolite qui fait que le stimulus douloureux est transporté par les sentiers somatiques et que le soulagement de la douleur n'est pas causé par la section des fibres douloureuses mais est plutôt le résultat de la cessation du stimulus chimique causant la douleur. Telle peut être la vérité mais l'explication n'est pas valable dans l'atténuation de ces cas où persiste la douleur après la section de toutes les connexions somatiques et ne disparaît que quand les voies sympathiques ont été interrompues (Flotow).

L'anatomie du sympathique a été poussée beaucoup plus loin que sa physiologie, terrain de discussion sur lequel nous ne voulons pas nous engager, parce que trop brûlant. Quelques-unes des conclusions des physiologistes, cependant, sont généralement acceptées, entre autres, celles qui regardent le tonus vaso-moteur. Toute excitation du système involontaire amène un retentissement sur la circulation, i.e. soit une vaso-constriction, soit une vaso-dilatation. Un choc trauma-

tique se traduit toujours par une vaso-dilatation avec hyperhémie, œdème, douleurs et secondairement par une vaso-constriction qui donnera une ischémie consécutive, cyanose, douleurs et troubles trophiques. Une lésion tissulaire produira une vaso-dilatation avec stase d'où compression sur les terminaisons nerveuses et douleurs. Nous savons que le tonus vaso-constricteur est régenté par le sympathique dont on a pu mettre en vue les fibres qui le composent tandis qu'on n'a jamais pu isoler les fibres vaso-dilatatrices. On ne peut inférer de l'insuccès d'une sympathectomie péri-artérielle ou ganglionnaire que toutes les fibres vaso-constrictrices n'ont pas été coupées parce que, même après la section, complète, à première vue, de ces fibres, et c'est là que tend le consensus chirurgical, il peut persister, avec toute vraisemblance, des fibres intra-murales inaccessibles qui portent l'influx nerveux vers les centres sensitifs. Mais, comme le dit Leriche, après des sympathectomies péri-artérielles, si le tonus vasculaire semble se restaurer, c'est qu'il peut avoir régénération des fibres sympathiques mais elle n'est pas ordonnée; elle est irrégulière, anarchique, comme le prouvent de nombreuses analyses histologiques qu'il a fait faire.

Dans les différentes affections qui frappent une région de l'organisme, il faut accorder une prédominance marquée aux réactions de vaso-constriction ou de vaso-dilatation. Tout est subordonné à l'hyperhémie ou à l'ischémie qui peuvent être engendrées par le resserrement ou l'amplification du vaisseau, commandés eux-mêmes par la régie sympathique. Il ne faut jamais oublier qu'une diminution du calibre vasculaire compliquée par un spasme, comme il arrive toujours dans l'artérite chronique, et prolongée longtemps, provoquera une dénutrition de la paroi et créera une lésion murale là où il n'y avait primitivement qu'une contraction ou une contracture par le mécanisme de la striction et de l'oblitération des vasa-vasorum. Dans les maladies des tissus, telles que le cancer, il y a alternative de constriction et de dilatation des vaisseaux par stimulation outrée de la masse proliférante et arrive un moment où les terminaisons nerveuses sympathiques ou para-sympathiques sont enserrées et étouffées par infiltration d'où ces douleurs atroces allant s'irradiant partout et qui, rapportées au centre cérébral de la sensibilité, revêtent une acuité désarçonnante pour le thérapeute, car, chacun souffre avec sa perception mentale involontaire de la douleur.

Dans la plupart des cas, que ce soit une vaso-constriction ou une vaso-dilatation, il y a le plus souvent douleur et ce que le malade désire ou comprend, c'est l'annihilation de ses souffrances.

Nous vous présentons, aujourd'hui, quatre observations de types douloureux dont deux ont été soulagés par les injections para-vertébrales de néocaïne-alcool; un troisième avec résultat incertain à cause d'un élément psychique et un quatrième qui ajouta à sa maladie une complication d'abcès périnéphrétique qui le tua.

Observations I. Mme Pierre M. . . , 29 ans, admise à l'hôpital le 7 septembre 1932. Epithélioma du rectum. Violentes névralgies sciatiques du membre droit. Constipation tenace. Diarrhée sanglante. Rectalgies persistantes s'irradiant au vagin. Dysurie. Oligurie. Pollakyurie. Mictions lentes avec brûlures. Biopsie positive.

25 octobre 1932. Anus iliaque gauche définitif. Sciatique augmentée. Flexion permanente des jambes sur cuisses et cuisses sur bassin: irréductible. Douleurs fortes aux tentatives de mobilisation. Oedème des pieds.

21 novembre: injection épidurale de 45 c.c. de sérum novocaïné à ½%. Anesthésie cutanée remonte jusqu'aux crêtes iliaques (Dr Paul Ricard).

10 décembre. Devant les douleurs continues, nous tentons un blocage des ganglions sympathiques lombaires droits 1er, 2e et 3e. Anesthésie de la face externe de la jambe. Sensation de chaleur dans le rectum et le flanc gauche. Disparition de la douleur dans le membre inférieur droit et le rectum. Hyperthermie du membre correspondant. Disparition de la sudation. Nous faisons alors 2 c.c. d'alcool à 95% dans chaque aiguille. La malade accuse alors une brûlure dans le rectum et tout l'abdomen. Dès le lendemain, la patiente peut remuer et étendre les deux membres inférieurs et tout particulièrement le droit, jusqu'à ce jour le plus douloureux à manipuler. La douleur a cédé complètement et dans la jambe et dans le rectum. Tous les phénomènes douloureux n'ont pas reparu jusqu'à sa mort qui arriva le 15 décembre par cachexie.

Observation II. Diogène P. . . , 37 ans, admis le 1er septembre 1932. Epithélioma du rectum., confirmé par biopsie. A la suite d'examen antérieurs, on fait un anus iliaque gauche permanent le 2 septembre. Souffrances continues malgré l'intervention. — 7 novembre: Injection épidurale de 40 c.c. de sérum novocaïné à ½%. Rectalgies et douleurs du flanc gauche. Peu de soulagement.

20 décembre: Blocage des ganglions sympathiques gauches 12e dorsal, 1er, 2e et 3e lombaires. Trois c.c. de néocaïne à 2%. Vaso-dilatation avec hyperthermie croissante dans le pied gauche. Nous faisons alors 3 c.c. d'alcool à 95%. Vers 11 heures, en plus de l'hyperthermie, nettement accusée, existe une bande d'anesthésie du genou s'étendant aux faces interne, antérieure et externe de la cuisse, remontant jusqu'à l'aîne. A 1 heure p.m. névralgies paroxysmales des régions lombaires.

26 décembre: les douleurs sont disparues et ne réapparaissent qu'à la défécation. Le malade déclare souffrir beaucoup dans les régions sacrées et coccygiennes.

27 décembre: Blocage à la néocaïne-alcool des deux plexus sacrés à travers les trous sacrés. Anesthésie complète des organes génitaux, de la partie interne des cuisses, du sillon interfessier, des fesses jusqu'aux trochanters.

31 décembre: la température du pied et de la jambe gauches est de toute évidence supérieure à celle de l'autre côté. Toucher rectal absolument indolore.

5 janvier 1933. Le malade se plaint de vives douleurs dans la région lombaire gauche causées par un abcès périnéphritique d'origine cancéro-rectale pour lequel il refuse l'opération et il succombe le 19 janvier courant à des phénomènes de septicémie aiguë.

Observation III. Mme Louis B. . ., 63 ans, admise le 6 novembre 1933. Epithélioma du rectum; biopsie positive. Anus artificiel définitif. Malgré l'intervention, les rectalgies et les cystalgies continuent avec ténacité.

13 mars 1934: Bloquage des ganglions sympathiques lombaires gauches 1-2-3-4. Deux c.c. de néocaïne à 2% dans chaque aiguille. Ascension thermique supérieure de la jambe gauche sur la droite. Sécheresse du pied. 2 c.c. d'alcool à 95% dans les aiguilles.

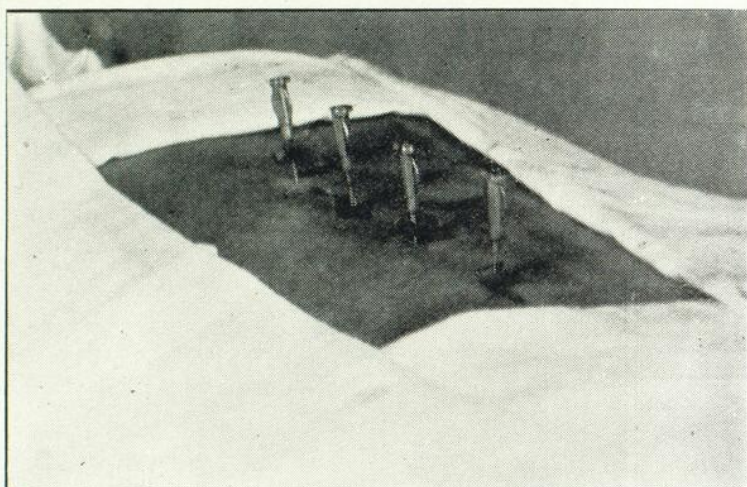


FIG. 1. — Montre les aiguilles en place dans la région lombaire.

14 mars: parésie du membre inférieur gauche. Anesthésie de l'aîne gauche et de la face antéro-interne de tout le membre. Analgésie de la paroi abdominale. Rétention d'urine.

15 mars: retour de la motricité vésicale. Parésie des extenseurs mais fléchisseurs normaux. Douleurs ont cessé dans le rectum et la vessie.

26 au 30 mars: domaine du crural anesthésié. Hyperesthésie dans le territoire de l'obturateur, du crural et du fémoro-cutané. Aucune douleur rectale ou vésicale. Hyperthermie du membre se maintient. Arthralgie du genou.

30 mars: début de la névrite alcoolique post-injectionnelle.

2 avril au 7 avril: les rectalgies et cystalgies disparaissent après être revenues durant cinq jours.

7 avril au 7 mai: aucune rectalgie. Cystalgie très modérée. Arthralgie du genou encore forte.

12 mai: congé. Mêmes conditions de mieux être.

Observation IV. Mme Roch B..., 65 ans. Diabète, goître toxique, artérite mixte: diabétique et sénile compliquée de plaie plantaire droite. Fortes douleurs dans le pied et la jambe. Antérieurement le 16 mars 1933, nous lui avons fait un blocage périphérique alcoolique du tibial antérieur et postérieur avec résultats incertains à cause d'un élément psychique indéniable.

16 mars 1934: Blocage des ganglions lombaires sympathiques droits 1-2-3 et 4. Pas d'hyperthermie.

Evolution: dans l'après-midi de ce jour, température périphérique du membre plus élevée à gauche. Aucune modification des grosses douleurs dont se plaint la patiente.

20 mars: névrite alcoolique post-injectionnelle. Aucune parésie ou paralysie motrice.

17 avril: parésie intestinale. Constipation assez opiniâtre.

L'oscillométrie faite en ces jours montre une ascension différentielle considérable avec celle prise avant le blocage. La névrite alcoolique continue. Congé le 14 mai 1934.

Dans ces quatre observations, inégales comme valeur, nous relevons certains faits disparates a priori mais qui s'élucident à la réflexion. Dans la première, c'est une cancéreuse du rectum avec compression du sciatique et flexion de la jambe en accommodation. Aucune manœuvre d'extension n'était possible à cause des douleurs. Et ces douleurs, à la suite de l'injection para-vertébrale, n'ont plus reparu jusqu'à sa mort. Dans la deuxième: le blocage para-vertébral a semblé améliorer la condition pathologique pour quelques jours, mais il a fallu intéresser les plexus sacrés par infiltration de néocaïne-alcool qui amena une anesthésie absolue des territoires bloqués. Cependant le phlegmon périnéphritique a tout gâté et a masqué les résultats qui deviennent alors impossibles à interpréter. Dans l'observation no 3 nous avons obtenu un succès réel, puisque deux mois après l'injection para-vertébrale lombaire, la malade voit ses souffrances réduites à quelques douleurs vésicales seulement. Mais nous avons eu un désagrément un peu sérieux, la paralysie du crural. Et nous l'expliquerons par l'épaisseur des tissus que nous avons eus à traverser. Nonobstant la longueur de nos aiguilles de 100 X 0.9 millimètres, nous sommes forcément resté un peu distant de la chaîne ganglionnaire et l'alcool a dû toucher le crural plus qu'il n'est l'habitude. Dans ce cas-ci, il importe peu, parce que cette malade est condamnée à l'alitement continu. Dans l'observation IV, un blocage périphérique à la néocaïne-alcool n'ayant produit qu'un effet transitoire, nous avons espéré par une injection para-vertébrale complète influencer les ganglions régisseurs de la tonicité. Nous n'avons pas arrêté la dou-

leur mais nous avons eu, dans les jours suivants, une vaso-dilatation notable, prouvée par l'oscillomètre et la température locale plus élevée, gain qui n'est pas à dédaigner, puisqu'il assurait une irrigation sanguine très désirable des tissus en déficience.

Dans toutes ces injections para-vertébrales, le gros ennui est la névrite alcoolique post-injectionnelle dont les patients, en général, s'accommodent assez bien, pourvu qu'ils soient débarrassés de leurs douleurs principales. Quand ces névrites se manifestent, il y a lieu de faire des agents physiques: chaleur, diathermie ou donner des sédatifs. Ces névrites peuvent durer plusieurs semaines jusqu'à six parfois. Certains sujets en sont fort ennuyés tandis que d'autres les tolèrent parfaitement. Néanmoins elles finissent toujours par céder car elles ne sont jamais définitives.

Nous aimerions à préciser quelques points de technique dans l'injection diagnostic para-vertébrale des membres. Le malade doit être installé sur la table, en position ventrale, le thorax ou les lombes soulevés par un ou plusieurs coussins afin de faire saillir les vertèbres davantage. Si l'on tente cette injection-diagnostic, le sujet devra avoir les membres, que l'on veut vérifier, bien exposés à l'air dans une chambre à 60 ou 65° F. durant au moins une demi-heure afin d'abaisser la température périphérique et de mieux saisir les différences thermogénétiques des deux membres. Si l'on se sert d'un appareil de précision dans l'appréciation de la chaleur locale, on commencera à prendre, dans la chambre froide, la température sur les extrémités des orteils, sur le dos du pied et au niveau de la tibio-tarsienne, au milieu de la jambe et de la cuisse: aux mains; bout des doigts, base des doigts dos de la main et du poignet, au milieu de l'avant-bras et du bras. La température buccale est alors prise à ce moment.

Sitôt l'injection para-vertébrale accomplie, il faut prendre la température périphérique toutes les cinq minutes pendant vingt minutes, en comparant toujours avec l'autre membre non injecté comme contrôle. Nous croyons qu'une élévation d'au moins 5° C. est nécessaire pour indiquer une opération dans une insuffisance vasculaire telle que les maladies de Buerger ou de Raynaud. Morton et Scott nous ont donné un niveau de vaso-dilatation minima à 31° C. qui est très important. Naturellement, si la température de la salle d'injection est très haute et que le membre présente déjà de la vaso-dilatation avant le blocage, il peut y avoir une faible réponse dans la thermie cutanée et l'on devra faire une déduction pour la température de la salle. Si la douleur en cause disparaît et que l'appareil prouve une augmentation de 5 à 10 degrés dans la température du membre, on peut alors, avec certitude de succès, ou faire une alcoolisation ou pratiquer une sympathectomie ganglionnaire.

UN CAS DE SEPTICÉMIE À STAPHYLOCOQUES

Par Emile MATHIEU,
Chef de service à l'hôpital du Sacré-Coeur.

Le staphylocoque est un hôte normal de la peau et des muqueuses. Au cours des lésions inflammatoires des téguments, par exemple du furoncle, de l'anthrax, des panaris, des abcès de l'aisselle, de la gale infectée, des éruptions ou excoriations superficielles, ou bien au cours des angines, des phlegmons amygdaliens, des abcès dentaires, des rhinites, des otites, des infections des voies urinaires, des métrites puerpérales, etc., le passage dans le sang du staphylocoque produit des septicémies actuellement bien étudiées.

Ces lésions locales ont plus fréquemment qu'on pourrait le croire un retentissement important sur l'état général. C'est qu'il se produit à leur niveau des décharges bactériennes que le sang reçoit d'une façon continue (septicémie) ou transitoire. Dans le premier cas, la culture en boîtes de Petri du sang mélangé à de la gélose sera positive; dans le second, la fièvre en sera souvent le seul symptôme avec la présence du microbe dans l'urine ou dans des abcès métastatiques à distance. Il existe tous les intermédiaires entre la bactériémie transitoire et la septicémie vraie.

Comment peut-on reconnaître cliniquement la staphylococcémie? La notion du point de départ est primordiale, c'est-à-dire que, au cours des lésions ci-dessus mentionnées, on observera les symptômes suivants: aggravation locale de la lésion, fièvre, céphalée, frissons, sub-délire, sécheresse de la langue, diarrhée, etc., réalisant suivant la virulence microbienne ou l'aptitude défensive du malade, un état d'intoxication banale, typhoïde ou infectieux suraigu. Au cours de ces différents états toxi-infectieux, on retrouvera fréquemment des symptômes traduisant l'atteinte de la cellule hépatique (ictère), des poumons (congestions), de la peau (purpura), du système circulatoire (endocardite et infarctus), des os (ostéo-myélite). L'examen du sang montrera une hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile. Dans certains cas, la fièvre et l'hémoculture positive constitueront les seuls moyens de diagnostic.

Le staphylocoque est le microbe le plus apte à donner des métastases suppurées, 95% d'après Lenhartz. On peut même observer

des métastases successives, si les décharges microbiennes se font à des intervalles séparés. Ces complications rendent le pronostic très sévère. Dans les cas très aigus, la mortalité est habituelle et rapide; quant aux formes lentes, le malade sera toujours à la merci d'une localisation secondaire même après une accalmie où l'état général semblait très amélioré.

Nous avons eu l'occasion d'observer, il y a 18 mois, un cas de septicémie à staphylocoques dorés. La malade a guéri sans aucune complication apparente.

Mlle X., 24 ans, se présente à l'hôpital pour ankylose du genou droit. Antécédents héréditaires: rien à noter. Antécédents personnels: Rougeole à 4 ans. Angines répétées et amygdalectomie à 6 ans. A l'âge de 9 ans, elle fait une chute sur les genoux d'une hauteur de trois marches d'escalier. Elle se relève et peut vaquer à ses occupations comme à l'ordinaire. Quinze jours après, apparaissent du gonflement et de la douleur au niveau du genou droit. Admise dans un hôpital, elle est opérée pour une arthrite suppurée. La suppuration dure 2 mois. Elle est guérie après 4 mois.

En septembre 1932, elle est de nouveau admise à l'hôpital. Elle est âgée de 24 ans. Le genou est en flexion à 90°. Diagnostic: Ankylose de l'articulation tibio-fémorale secondaire à une ostéo-myélite probable de l'extrémité inférieure du fémur. L'état général est excellent. La malade est opérée et son genou immobilisé en bonne position. Hématome infecté. Drainage. Fièvre vespérale à 100°; 99° le matin jusqu'au 11 novembre. A ce moment on note des frissons répétés, de la fièvre à 104°, des douleurs au niveau de l'articulation, de la suppuration. Cet état infectieux dure 6 semaines et s'accompagne de pâleur, d'anorexie. L'examen des viscères ne montre rien d'anormal, sauf une rate qui est augmentée de volume. L'auscultation est négative et le pouls en rapport avec la température.

Résultat des examens de laboratoire.

16 novembre: Sero-diagnostic négatif et

17 novembre: Hémoculture positive — Présence de staphylocoques, dorés.

28 novembre: L'hémoculture montre encore la présence de staphylocoques dorés.

| Examens du sang. | 22 octobre 1932 | 21 décembre 1932 |
|------------------|-----------------|------------------|
| Globules rouges | 3,800,000 | 2,900,000 |
| Globules blancs | 5,930 | 5,900 |
| Polynucléaires | 54% | 76% |
| Lymphocytes | 38% | 16% |
| Hémoglobine | 95% | 70% |

Le 22 décembre, la malade accuse des douleurs dans la région lombaire, surtout marquées à gauche, nous pensons à un infarctus rénal qui confirmerait notre soupçon d'une endocardite cliniquement impossible à affirmer. L'examen des urines est plusieurs fois négatif. D'ailleurs la douleur n'avait rien de caractéristique et disparut bientôt.

Après le 10 janvier, la température et le pouls reviennent à la normale. L'état général s'améliore graduellement. Le genou reste douloureux et suppure légèrement. Guérison en mars 1933.

En résumé, il s'agit d'un foyer d'ostéo-myélite apparemment guéri depuis 14 ans qui, à l'occasion d'un traumatisme chirurgical, se rallume pour donner une suppuration locale et une septicémie apparemment pure, sans aucune des complications particulières à cette redoutable maladie. L'état septicémique évolua sous la forme de fièvre ondulante. Comme agent anti-infectieux, avec le traitement symptomatique habituel, on employa l'électrargol.



REVUE GÉNÉRALE

INTRODUCTION D'UNE SUBSTANCE GAZEUSE DANS LES VENTRICULES CÉRÉBRAUX ET LES ESPACES SOUS-ARACHNOÏDIENS INTRA-CRANIENS.

VENTRICULOGRAPHIE-ENCÉPHALOGRAPHIE.

Méthode de diagnostic.

Par **Roma AMYOT**,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Nous n'avons nullement l'intention de relater tout ce qui concerne la ventriculographie et l'encéphalographie: historique, indications et contre-indications, descriptions des aspects radiographiques variés selon l'étendue, la nature et la localisation des lésions encéphaliques, la statistique regardant la valeur localisatrice exacte de ces lésions et la fréquence des complications éventuelles de l'insufflation intra-cranienne.

Ce serait fastidieux et déplacé.

Nous n'avons qu'un but en écrivant sur ce sujet: renseigner le clinicien et le praticien sur les notions principales d'une très intéressante et très utile méthode de diagnostic dont se servent, couramment maintenant, les neurologistes et les neuro-chirurgiens des principaux services de neuro-pathologie.

Si les circonstances ne portent pas tous les médecins à recourir à un tel procédé, tous doivent savoir ce en quoi il consiste et ce qu'il peut livrer à celui qui interroge par lui.

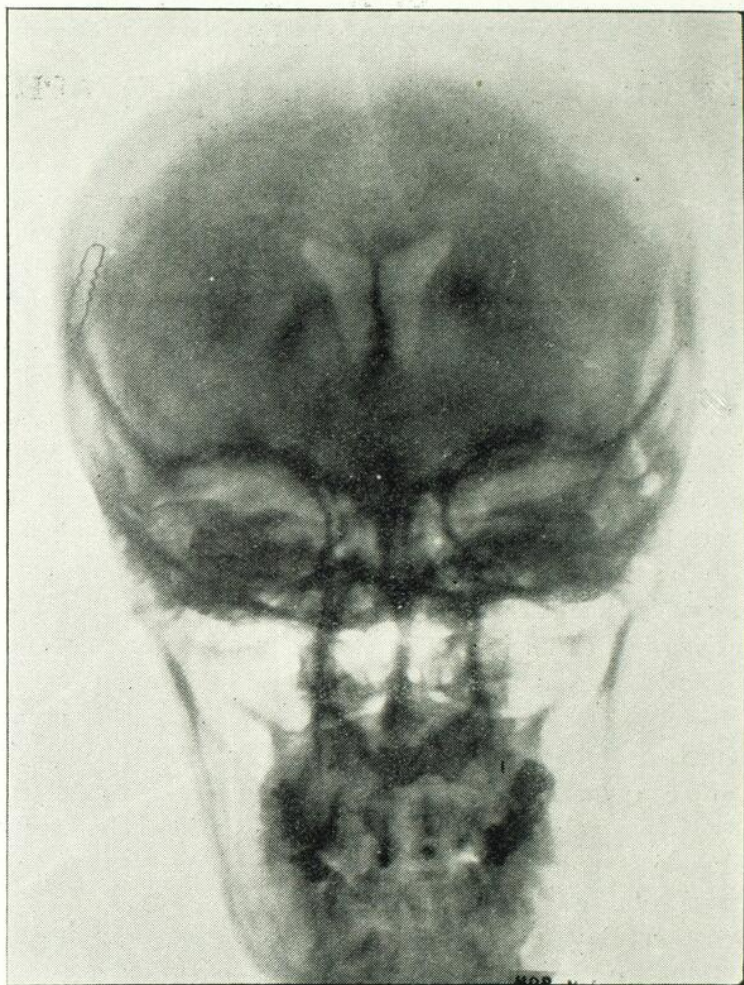
L'injection d'une substance gazeuse dans les ventricules cérébraux est faite dans le but de rendre visibles ces derniers sur le cliché radiographique du crâne.

C'est à Dandy que nous devons cette méthode d'investigation, une des plus objectives de la neuro-pathologie.

On y a recours depuis 1918.

La déformation, l'agrandissement, la diminution de capacité, le déplacement et enfin l'effacement d'un ou des ventricules, d'une partie ou de la totalité du ventricule renseignent indirectement et assez précisément sur la présence et la localisation d'une lésion intra-cranienne.

Ces anomalies d'aspect ventriculaire existent à condition, il va de soi, que la lésion soit assez importante pour refouler ou attirer le tissu nerveux qui entoure les ventricules, pour remplir ces derniers, pour interrompre la libre communication inter-ventriculaire ou encore pour entraver la circulation du liquide céphalo-rachidien intra et extraventriculaire.

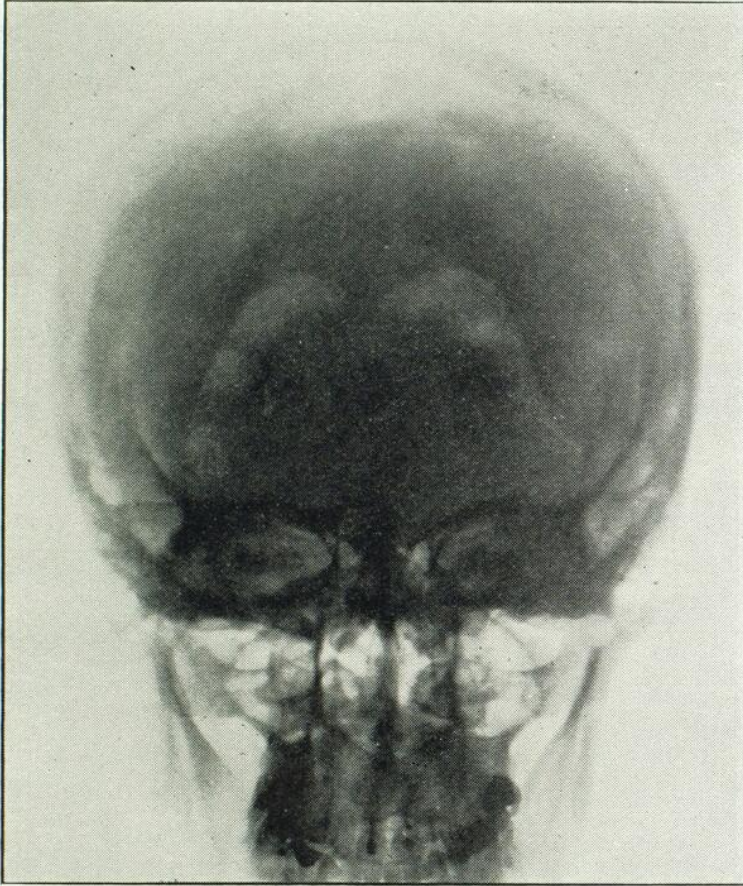


CLICHÉ 1—Radio de face. Occiput sur plaque. Cornes frontales éclairées, bien symétriques de forme, de dimension et de position. Aspect normal en "ailes de papillon".

Il faut se rappeler que ces modifications d'aspect, correspondant à des mutations morphologiques, intéressent aussi bien le troisième et le quatrième ventricule que les ventricules latéraux.

Habituellement, cependant, les renseignements sont de préférence fournis par l'étude de la projection radiographique des ventricules latéraux et du troisième.

Pour bien comprendre les clichés normaux et anormaux des ventricules aérés, il faut recourir à l'évocation de certains souvenirs d'anatomie cérébrale.

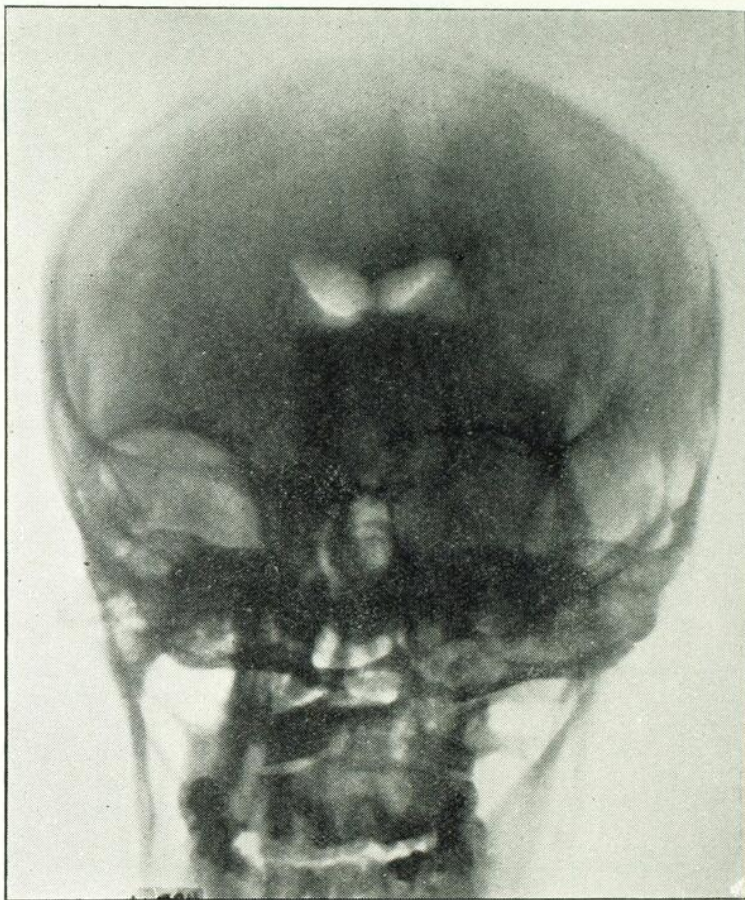


CLICHÉ 2—Radio de face. Front sur plaque. Cornes occipitales éclairées et normales. Elles prennent l'aspect connu sous la dénomination de "cornes de taureau renversées".

Les ventricules latéraux constituent deux cavités siégeant au sein de chaque hémisphère. Chaque cavité, symétrique de forme et dimension ainsi que de situation avec celle du côté opposé, est normalement remplie de liquide céphalo-rachidien; celui-ci s'y trouve à une tension à peu près égale à la pression atmosphérique.

Chaque ventricule latéral comprend un corps, une corne frontale, une corne occipale et une corne temporale, chacune d'elles occupant le centre des lobes correspondants.

Le liquide céphalo-rachidien (présentant à peu près la même résistance au passage des rayons X que le tissu nerveux, ce qui fait que normalement les ventricules n'apparaissent pas sur les clichés) est sécrété dans les ventricules par les plexus choroïdes.

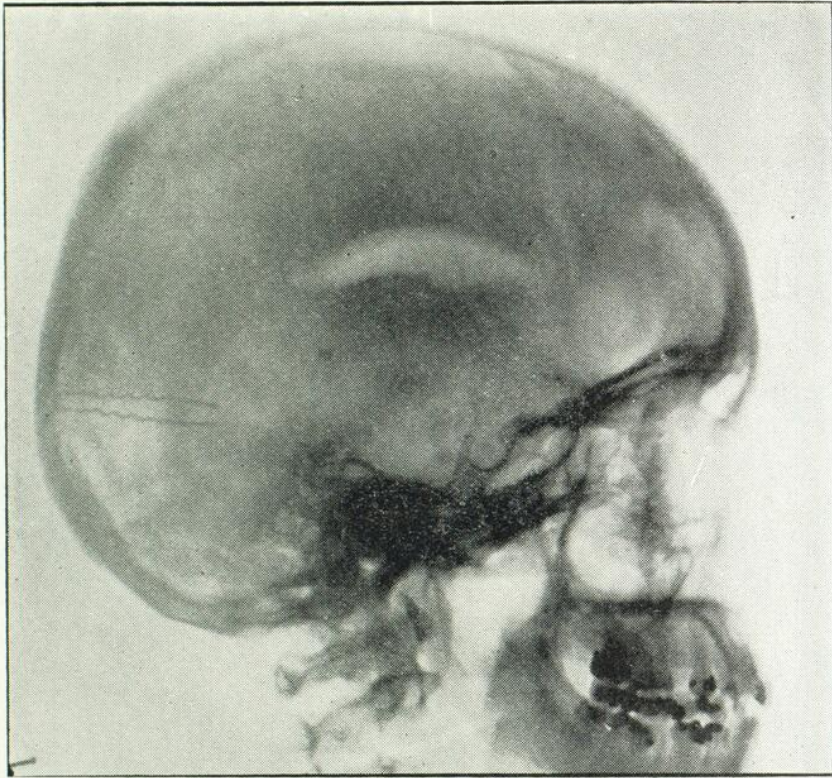


CLICHÉ 3—Radio de face. Malade assise. Corps ventriculaires éclairés, symétriques de forme, de dimension et de position; normaux.

Ce liquide passe du ventricule latéral de chaque côté dans le troisième ventricule, par le trou de Monroe, ce qui fait que les deux ventricules latéraux communiquent entre eux par le troisième situé à la partie médiane et à un niveau inférieur. De ce dernier, le liquide se dirige vers le quatrième ventricule par l'intermédiaire de l'aqueduc de Sylvius. Enfin, il se répand dans les lacs de la base du cerveau,

après être sorti par les trous de Magendie et de Luschka du toit du quatrième ventricule.

Le liquide se dirige ensuite, pour 10% de sa quantité, vers les espaces sous-arachnoïdiens spinaux, pour 90%, de la base du cerveau vers la vallée de Sylvius et vers la convexité. Il est absorbé en grande partie par les corpuscules de Pacchioni qui sont noyés dans le sinus longitudinal supérieur.



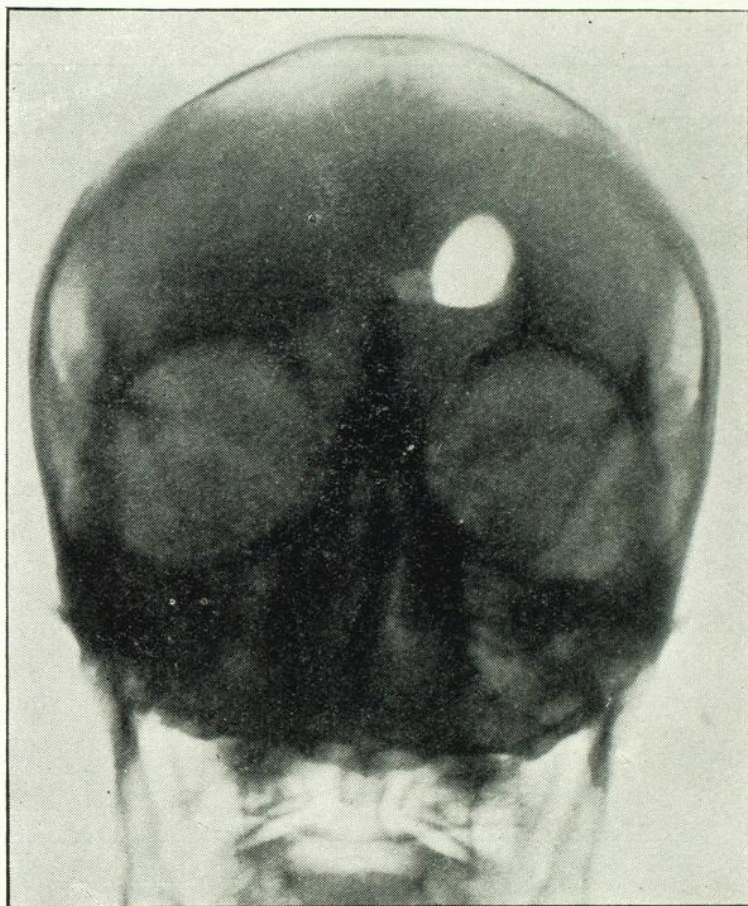
CLICHÉ 4—Radio de profil. Malade assise. Corps ventriculaires symétriques, superposés, normaux.

Les tumeurs endocraniennes, les abcès, les volumineux foyers d'hémorragie cérébrale, les contusions cérébrales, les atrophies et les scléroses plus ou moins étendues du cerveau sont susceptibles d'être objectivés par la radiographie du crâne après introduction d'une substance gazeuse, soit dans les ventricules seulement, soit dans les ventricules et les espaces sous-arachnoïdiens craniens.

Et ceci nous amène à vous dire qu'il existe deux procédés d'introduction de cette substance.

Et d'abord cette dernière peut être du gaz carbonique, de l'oxygène ou simplement de l'air stérilisé. En général, on se sert d'oxygène ou d'air stérilisé.

On peut donc introduire, disons l'air, dans les ventricules, soit directement après trépano-ponction de la voûte du crâne, soit indirectement par voie rachidienne.



CLICHÉ 5—Radio de face. Malade assise. Dilatation énorme du ventricule latéral gauche. Le ventricule droit est rapetissé, refoulé vers le côté gauche et abaissé.

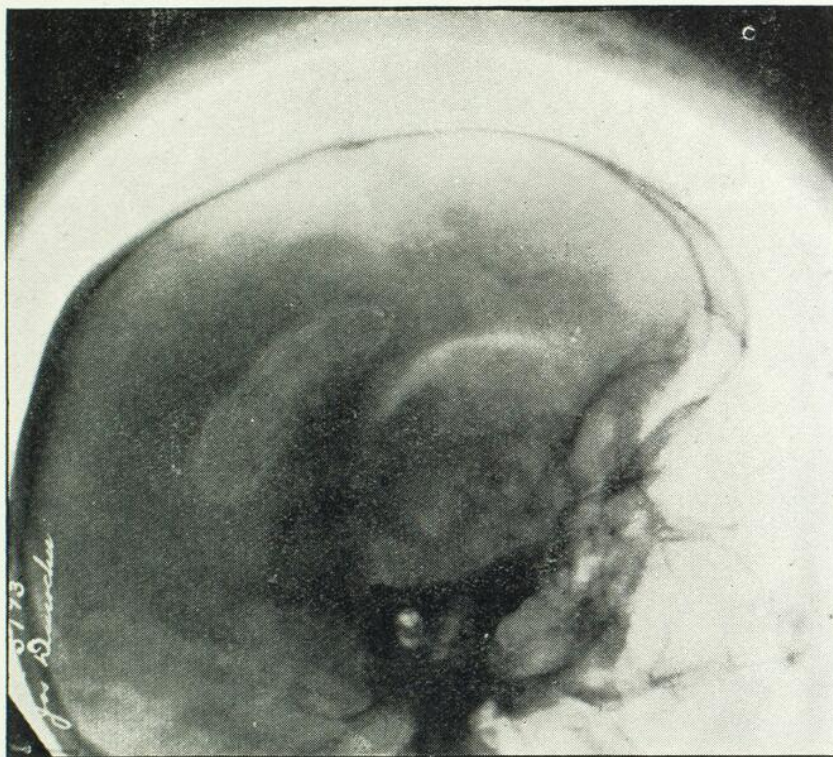
On trépane le plus souvent l'os occipital en un point de repère bien identifié et on insuffle les ventricules par voie de la corne occipitale.

L'air se localise exclusivement dans les ventricules; ceux-ci seuls sont visibles à la radiographie.

Il s'agit d'une *pneumo-ventriculographie*.

La quantité d'air injectée varie selon surtout les cas et les circonstances plus que selon les opérateurs.

Parfois, on va jusqu'à assécher les ventricules, y remplaçant graduellement le liquide soutiré par de l'air (jusqu'à 80 à 125 cc.); ailleurs, on n'injecte qu'une quantité partielle de gaz en retour d'un volume égal de liquide soustrait.



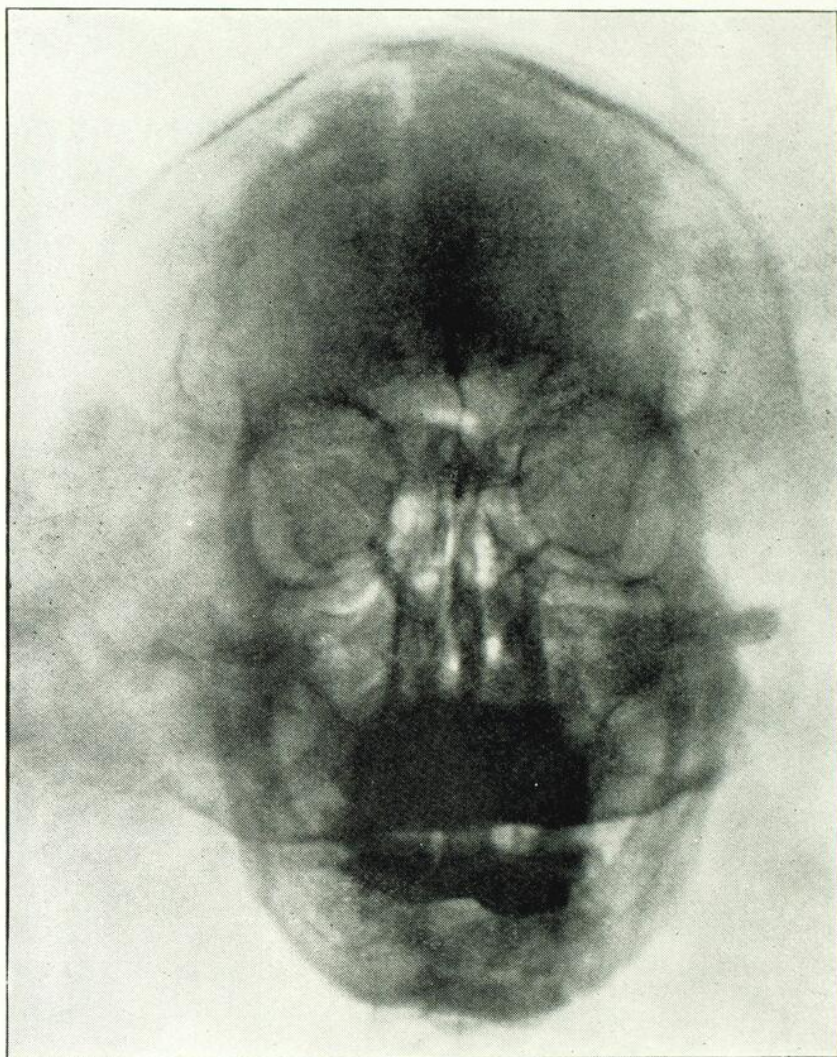
CLICHÉ 6—Radio de profil. Côté gauche de la tête du malade sur la plaque. Une partie de l'air a passé dans le ventricule droit, petit et abaissé. L'autre partie est demeurée dans le gauche dont on peut apercevoir l'image très agrandie et estompée.

Il ne faut jamais atteindre, par l'air injecté, une pression supérieure à celle qui existait avant toute exploration.

Lorsque le gaz est dirigé par ponction rachidienne, le plus souvent par voie lombaire, le malade étant assis, il pénètre dans les espaces sous-arachnoïdiens spinaux, il monte et arrive dans la grande citerne cérébelleuse de la base; en grande partie, poursuivant une direction inverse à celle de la progression normale du liquide céphalo-

rachidien, il s'introduit par les trous de Magendie et de Luscka dans le quatrième ventricule et se rend jusqu'aux ventricules latéraux.

L'autre partie se diffuse dans les lacs de la base et monte dans les espaces sous-arachnoïdiens de la convexité du cerveau.

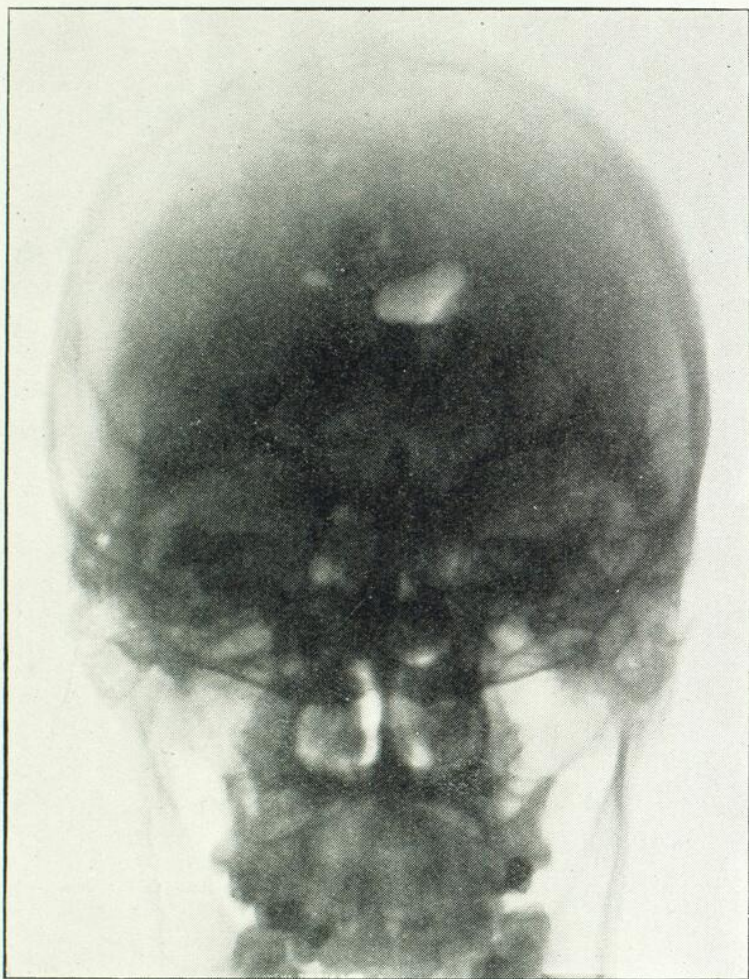


CLICHÉ 7—Radio de face. Malade assise. Les ventricules latéraux n'apparaissent pas à leur place. A la partie médiane, bulle d'air occupant, soit le troisième ventricule couché, soit une corne frontale très abaissée.

Dans cette dernière occurrence, il s'agit d'une *pneumo-encéphalographie*, puisque le cliché radiographique rend visibles non seulement les ventricules aérés, mais également les lacs de la base et les espaces sous-arachnoïdiens pénétrés par l'air. L'exploration s'y trouve

plus étendue et c'est la raison pour laquelle le vocable qui la désigne a une signification moins restrictive.

Cette méthode est contre-indiquée lorsqu'il existe une hypertension intracrânienne, car elle est beaucoup plus susceptible de provoquer subitement une augmentation de la tension et un coincement du bulbe par les amygdales cérébelleuses engagées dans le trou occipital; ce qui constitue une complication des plus graves.



CLICHÉ 8—Radio de face. Malade assis. Ventricule gauche dilatée et n'ayant pas sa forme normale. Ventricule droite de dimension excessivement réduite, mais en position normale. Asymétrie très considérable.

L'insufflation par voie rachidienne se fait graduellement à mesure que l'on soustrait du liquide à la quantité de 5 à 10 cc. à la fois.

En se servant du manomètre, adapté, soit à son aiguille propre

introduite à un niveau plus haut par une seconde ponction, soit à l'aiguille même qui sert à l'introduction de l'air, on peut et on doit conserver, durant le cours de l'opération, la même tension intrarachidienne.

Selon les circonstances et selon les opérateurs, les ventricules et les espaces sous-arachnoïdiens peuvent être en quelque sorte asséchés et remplis d'air à une quantité se chiffrant en moyenne autour de



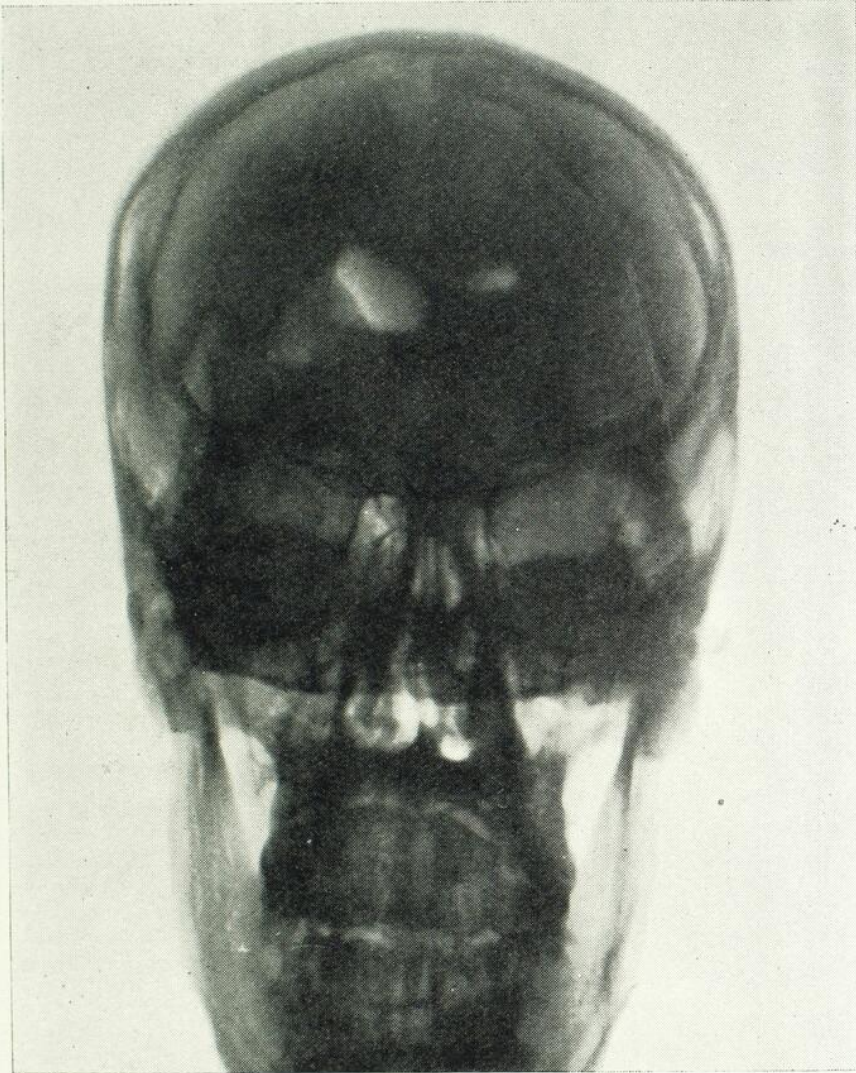
CLICHÉ 9—Radio de profil. Malade assis. La même asymétrie apparaît. Grand ventricule gauche et petit ventricule droit superposés.

100 cc., ou bien on ne fait pénétrer que des quantités inférieures allant jusqu'à un minimum de 5 à 10 cc.

L'insufflation des ventricules et des espaces sous-arachnoïdiens (directement ou indirectement) déterminent des incidents, créant des malaises, des douleurs et des réactions neuro-végétatives.

Ainsi, le sujet ressent, au moment de l'injection, de la céphalée sur le dessus de la tête, il transpire, il a souvent la nausée et vomit parfois. Dans d'autres circonstances, il se sent faiblir, son pouls et sa respiration se ralentissent et, au cours d'insufflations plus massives, il peut manifester une tendance au collapsus.

Si l'investigation se fait par voie rachidienne, de la rachialgie peut apparaître. Souvent, une réaction thermique de 100 Far. environ est remarquée le jour même de l'insufflation.



CLICHÉ 10—Radio de face. Malade assis. Dilatation du ventricule droit. Ventricule gauche normal.

Chez quelques malades, toujours à la suite d'injection de grosses quantités d'air, on a pu assister à des crises de contracture ou de convulsions.

Chez un sujet qui n'est pas porteur de lésions encéphaliques grossières et susceptibles d'entraver les circulations céphalo-rachidienne et sanguine, comme des tumeurs et des abcès volumineux, ou des lésions d'origine vasculaire, comme l'hémorragie et le ramollissement céré-



CLICHÉ 11—Radio de profil. Malade assis. Les deux ventricules apparaissent superposés, le droit dilaté et en sombre, le gauche de dimension normale et en plus d'air.

braux, la pneumo-encéphalographie ou la ventriculographie, on peut l'affirmer, ne sont pas dangereuses. Elles sont désagréables à subir (et encore), mais elles n'amènent pas d'accidents sérieux.

Par ailleurs, chez les sujets à lésions sus-mentionnées, elle peut aller jusqu'à amener la mort, si un neuro-chirurgien n'est pas préparé à intervenir immédiatement, et cela particulièrement, lorsqu'on introduit de fortes quantités d'air.

Ainsi, la mortalité sur environ 1,000 insufflations faites par différents neurologistes et neuro-chirurgiens s'élèverait à une moyenne de 6 à 8% non seulement à la suite d'insufflations massives, mais surtout chez des malades porteurs de lésions profondes et étendues de leur encéphale, comme de volumineuses tumeurs très souvent inopérables, des hydrocéphalies énormes, des hémorragies et des ramollissements cérébraux.

Il va sans dire que plus la quantité de substance gazeuse insufflée sera considérable, plus complètement et objectivement se profilera l'image des ventricules dans toutes leurs parties et celle des sentiers de la base et de la convexité par lesquels circule le liquide céphalo-rachidien; plus clairement aussi seront indiqués les déformations, les déplacements, les dilatations, les effacements et les asymétries de ces ventricules; en conséquence, plus facilement et précisément pourra être localisée et appréciée, quant à son volume et presque à sa forme, la lésion qui modifie l'aspect des cavités ventriculaires et des espaces sous-arachnoïdiens.

Il s'agira d'un véritable *moulage ventriculaire*, lorsque l'air remplira la totalité des parties des ventricules qui pourront être vues au même moment sur le même cliché.

On peut obtenir des renseignements très précieux en introduisant des quantités beaucoup moins abondantes d'air, en n'insufflant que 5 à 15 cc. de gaz par exemple.

Mais alors, pour arriver à cette fin de rendre visibles toutes les parties des ventricules latéraux et le troisième, il faut recourir à un procédé très simple qui consiste à radiographier le crâne alors que la tête est placée dans des positions différentes, de manière à illuminer les segments ventriculaires qui sont à un niveau supérieur et où va se loger la bulle d'air ou de gaz plus légère que le liquide.

Ainsi, si on place l'occiput du sujet sur la plaque radiographique, l'air monte dans les cornes frontales et la radiographie fait apparaître ces dernières. Si inversement, le front est appliqué sur la plaque, la pneumoventriculographie fait voir les cornes occipitales. Si le sujet demeure dans la position verticale, le corps ventriculaire devient particulièrement apparent. Un ventricule sera plus visible selon que l'on recommandera au malade de placer sur la plaque, soit le côté

gauche, soit le côté droit de sa tête, le ventricule du côté opposé étant partiellement éclairé.

Laruelle nomme cette méthode des petites doses injectées par voie rachidienne: *le repérage ventriculaire*.

Depuis environ deux ans, nous avons eu l'occasion de faire 14 insufflations encéphaliques par de l'air stérilisé (air recueilli dans une seringue à travers une flamme).

Nous n'avons injecté que des quantités très restreintes, soit de 10 à 25 cc. et par voie lombaire.

Deux malades présentaient de volumineuses tumeurs. Chez une de ces malades, l'encéphalographie confirma très objectivement la simple présomption que nous avions de la présence d'une néoformation.

Un malade était porteur d'un abcès frontal.

Trois malades, dont un avec fracture du crâne, offraient le syndrome dit subjectif des traumatisés du crâne, et dans les trois cas l'encéphalographie aida à affirmer l'organicité des troubles invoqués.

Un autre malade, épileptique et céphalalgique, avait une hémiplégie gauche progressive. A l'opération, faite par le docteur Penfield, on trouva une arachnoïdite séreuse de la convexité du cerveau, à droite. L'encéphalographie avait été négative.

Les autres malades se plaignaient de céphalée sans autre symptôme clinique et sans cause apparente (5), ou étaient épileptiques (2).

Chez ces 7 malades, l'image encéphalographique fut trouvée normale.

Aucun accident sérieux ne suivit l'insufflation, même chez les 2 malades porteurs de tumeur et chez celui qui avait un abcès; par ailleurs, elle nous a servi. Tout particulièrement dans un cas, elle nous a décidé à faire opérer une malade souffrant de céphalée depuis 15 ans et qui ne présentait pas de signes de localisation et que de très légers signes généraux de tumeur intra-cranienne. Le repérage ventriculaire que nous avons effectué sur elle, nous n'aurions d'ailleurs jamais osé injecter des doses considérables d'air, ne nous a pas livré le secret de la localisation tumorale précise, mais, par l'anormalité de l'encéphalographie, il nous a fourni le signe le plus objectif, chez cette malade, d'une tumeur intracranienne. C'était inestimable, car, pour notre part du moins, un diagnostic qui doit conduire vers une opération délicate et dangereuse doit s'étayer sur des signes de certitude ou, pour le moins, de très forte présomption.

Dans les trois cas de traumatisme cranien, l'encéphalographie, par bonheur, nous a enlevé le doute portant sur l'authenticité et la vé-

racité des plaintes de ces traumatisés. Elle aurait pu les soulager de leur céphalée comme il a été observé qu'elle l'avait fait, chez des malades semblables, par certains neuro-chirurgiens (Penfield, Clovis Vincent etc...).

Les encéphalographies négatives chez nos céphalalgiques et nos deux épileptiques nous ont indiqué qu'il ne s'agissait sûrement pas de lésions grossières. Evidemment, à leur concerne, un moulage ventriculaire et un remplissage complet des espaces arachnoïdiens permettraient peut-être d'y constater des lésions corticales: des lacunes de la convexité, des anomalies d'aspect des voies de passage du liquide céphalo-rachidien à la base du cerveau.

Mais, cela est du domaine du neuro-chirurgien; un neurologue seul ne peut encourir les risques d'une insufflation plus massive. Il doit se limiter au simple repérage ventriculaire, au simple dépistage des lésions grossières qui affectent la morphologie ventriculaire.

En conclusion, l'encéphalographie par l'intermédiaire de petites quantités d'air peut rendre de grands services au neurologue. Elle ne doit cependant être mise en œuvre que comme facteur auxiliaire de la clinique, confirmant, suppléant et parfois infirmant les renseignements fournis par cette dernière.

Dans le but de rendre ces notions élémentaires plus démonstratives, nous nous permettons de reproduire quelques clichés de malades étudiés par nous à l'hôpital Notre-Dame et dont nous résumons très brièvement les observations.

Nous avons tenu à présenter une série de clichés normaux qui font voir ce que donne cette méthode des petites quantités d'air, le repérage ventriculaire, associée à des prises de radiographie du crâne sous différentes incidences et positions de la tête.

On pourra constater les aspects des différents segments des ventricules latéraux; on pourra surtout, par comparaison, s'apercevoir facilement de l'anormalité des autres qui suivent.

Nous aurions pu en montrer un nombre considérable, mais dans le but de ne pas surcharger notre travail, nous nous sommes limité à quelques-uns des plus intéressants et des plus objectifs.

Clichés 1-2-3-4

Célibataire, f., 29 ans. Vertiges depuis l'âge de 15 ans. Depuis quelques mois, crises convulsives violentes en trois circonstances. Aucun signe clinique. Ponction lombaire, le 11 décembre, tension 20 cent.; liquide céphalo-rachidien aux réactions normales. Injection de 10 c.c. d'air stérilisé. Céphalée de

légère intensité. Température vespérale du même jour: 99 1/5 F. B. W. du sang négatif.

Clichés 5-6

Homme, 45 ans. Céphalée, hémiplégie et hémianesthésie gauches. Hémianopsie gauche. Crises convulsives généralisées avec perte de conscience. Stase papillaire. Tension du liquide céphalo-rachidien 32 cent. (malade couché). L.C.R. normal, sauf réactions de la globuline +.

Crises algiques au membre supérieur gauche. Amyotrophie à la racine de ce membre. B. W. du sang négatif.

Injection de 12 c.c. d'air stérilisé par voie lombaire le 22 juillet 1932. Pas de réaction thermique. Céphalée augmentée en intensité pendant 2 jours.

Opération par le docteur Wilder Penfield de l'hôpital Royal Victoria, en août 1932. Exérèse d'un volumineux mélano-sarcome pariéto-occipital droit. Suites opératoires excellentes. Récidive certaine, vu la nature de la tumeur. Survie d'un an et demi.

Cliché 7

Femme, 35 ans. Céphalée depuis 15 ans. Très légère stase papillaire. Vision OGD 10/10, rétrécissement du champ visuel pour le blanc et les couleurs surtout dans les champs temporaux. Agrandissement de la tache aveugle. Troubles de l'humeur, du caractère et du comportement à type pithiatique. Réflexes tendineux et périostés plus vifs au membre supérieur gauche. Réflexes abdominaux gauches moins apparents qu'à droite. B. W. du sang négatif.

Ponction lombaire, le 16 mai 1933. Tension du liquide 35 cent. (couchée). Toutes les réactions biologiques négatives. Injection de 10 c.c. d'air stérilisé. Température vespérale du même jour 99 1/5 F. Vomissements alimentaires et céphalée plus intense pendant 8 jours après cette injection.

Opération par le docteur W. Cone de l'hôpital Royal Victoria, le 1er juin 1933. Exérèse d'une volumineuse tumeur en forme de sablier, développée bilatéralement dans les lobes frontaux, s'implantant par deux pédicules sur la faux du cerveau. Méningiome. Suites opératoires excellentes. Cure radicale. Une ventriculographie plus complète faite à l'hôpital Victoria avait décelé un abaissement des deux cornes frontales.

Clichés 8-9

Homme, 24 ans. Accident d'automobile en avril 1932. Fracture du frontal et du temporal gauches, probablement fracture de la base. Sang dans le liquide céphalo-rachidien. Coma durant 4 jours. Confusion mentale durant 12 jours avec agitation motrice.

Depuis, céphalée intermittente, fatigabilité, tendance dépressive, méfiance, inappétence, pusillanimité, hyperémotivité, incurie, indécision.

Tremblement de la lèvre supérieure gauche, congestion papillaire.

Ponction lombaire le 7 décembre 1933. Tension du liquide (couché) 18 cent. Liquide normal, sauf albumine de 0.55 centig. B. W. du sang négatif.

Injection de 20 c.c. d'air stérilisé. Pas de réaction thermique. Céphalée durant 2 jours nécessitant de la morphine pendant la nuit qui suivit le jour où l'injection fut faite.

Clichés 10-11

Homme, 36 ans. Céphalée depuis accident survenu le 25 novembre 1932, où une pierre de 15 livres fut projetée de 25 pieds de hauteur sur le pariétal droit de la tête du malade. Pas de fracture du crâne, pas de perte de conscience.

Mauvais sommeil, asthénie, fatigabilité, bouffées de chaleur à la tête, céphalée surtout à droite.

Ponction lombaire, le 25 juillet 1933. Tension du liquide 60 cm. (malade assis). Toutes les réactions du liquide étant normales, sauf l'albuminose qui fut de 0.40 centig.

B. W. sanguin négatif.

Injection de 30 c.c., par voie lombaire, d'air stérilisé. Lendemain matin, température à 100° F. Céphalée légèrement intensifiée.



PETITE CLINIQUE

OSTÉOMYÉLITE RÉCIDIVANTE CHEZ UN ENFANT DE 10 ANS

Par J.-Edmond DUBE,
Chirurgien de l'Hôpital Sainte-Justine

L'observation qu'il m'est agréable de présenter est celle d'un enfant de dix ans qui souffre actuellement d'une ostéomyélite chronique récidivante de l'avant-bras gauche, intéressant l'extrémité inférieure du radius.

Cette fillette a été hospitalisée en décembre 1933, pour tuméfaction localisée à la partie inférieure de l'avant-bras et comme nous l'avions déjà traitée il y a trois ans pour une infection identique, nous avons aussitôt pensé à un réveil de sa lésion. Cependant, le diagnostic au début ne put être posé d'une façon certaine car deux radiographies furent négatives. Malgré tout, il a fallu ouvrir la tuméfaction et drainer un abcès considérable; au cours de l'opération aucune atteinte périostique ou osseuse ne put être décelée.

Après l'intervention, la lésion loin de s'améliorer, continuait à évoluer avec une température persistante, un état général médiocre et un état local faisant toujours croire à une infection plus profonde. En présence de ce résultat négatif malgré le traitement précoce, nous avons demandé une nouvelle radiographie qui nous révéla alors une atteinte considérable osseuse, indiquant à coup sûr une récurrence d'ostéomyélite.

L'ostéomyélite peut être considérée comme une affection fréquente caractérisée par l'inflammation de la moelle osseuse avec des répercussions plus ou moins étendues vers l'os et le périoste, à tel point qu'il est souvent difficile à une certaine période de la maladie, de différencier nettement l'ostéite avec l'ostéomyélite.

L'évolution de cette infection est très variable; le début, en dehors de la variété fracturaire qu'il faudrait étudier à part, est presque toujours spontané et souvent difficile à préciser. On peut rencontrer l'ostéomyélite indifféremment chez les garçons ou chez les filles entre 10 et 15 ans, rarement entre trois et 9 ans; elle s'observe également chez les nourrissons de 6 mois à 1 an.

L'infection est presque toujours due à une inoculation microbienne, dont les voies d'entrée sont multiples et dont la propagation se fait par voie sanguine. Une plaie cutanée, une infection des fosses nasales ou des amygdales une infection dentaire peuvent être

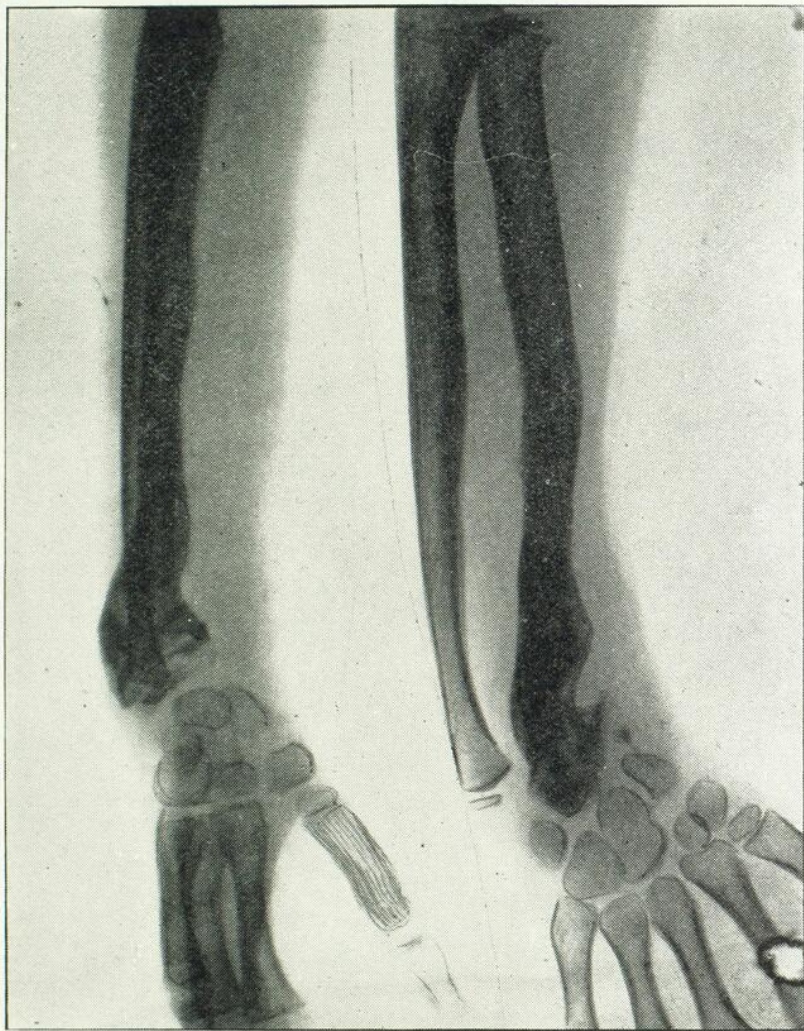


Fig. 1. — Etat de la lésion au début.

le point de départ de l'ostéomyélite, mais parfois il est impossible de trouver la véritable cause. Dans presque tous les cas, l'examen du pus révèle la présence du staphylocoque doré quelquefois du streptocoque et parfois de bacille d'Eberth.

L'ostéomyélite peut se localiser sur tous les os même sur les vertèbres et sur le crâne, mais on le rencontre de préférence dans les

os longs, le fémur, le tibia, l'humérus et presque toujours au niveau des épiphyses fertiles, alors que se développant dans le bulbe de l'os, il peut faire des ravages considérables, souvent en peu de temps;

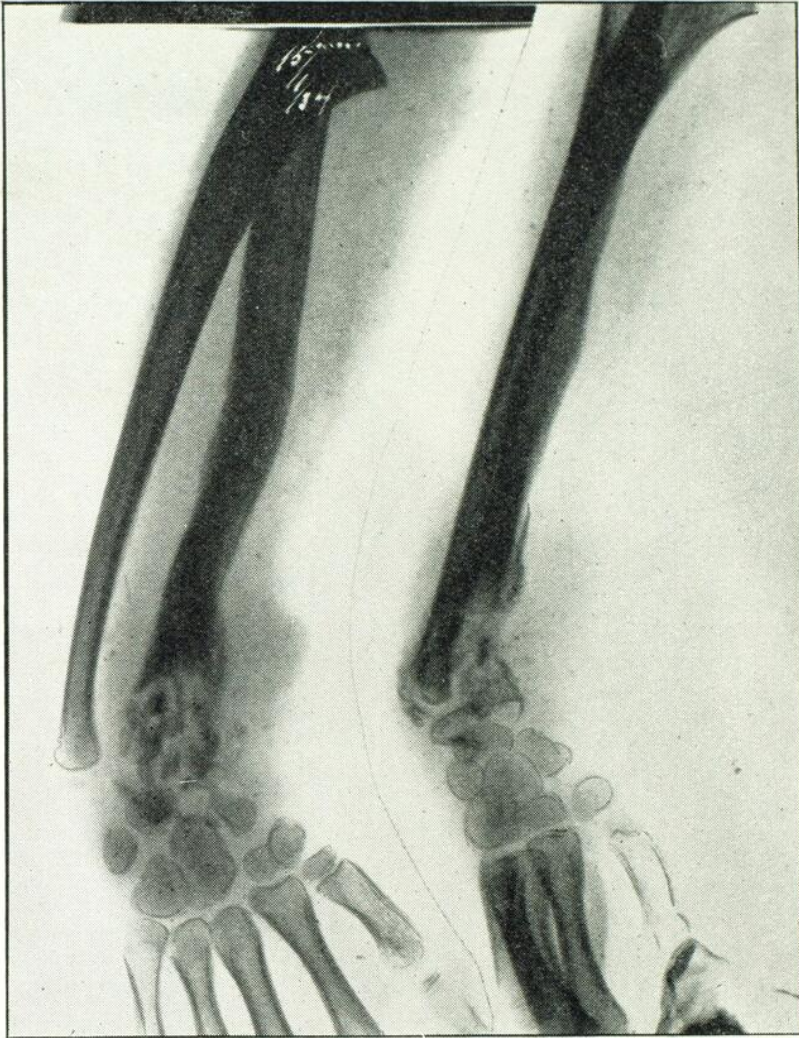


Fig. 2. — Amélioration au cours du traitement.

chez le nourrisson, l'infection se localise surtout à la tête du fémur et évolue avec une grande gravité. Nous avons fréquemment observé des malades chez qui l'infection ostéomyélique avait progressé dans l'espace de quelques jours et souvent avec des symptômes très sérieux, pouvant amener une intoxication profonde de l'organisme et compromettre l'existence.

Les ostéomyélites évoluent presque toujours avec les mêmes symptômes; le début est brusque, la douleur parfois est très forte et

localisée au membre sans point fixe, la température est élevée et même à cette période, l'état général est atteint; la radiographie reste souvent négative pendant un temps assez long et sans cet aide précieux, le diagnostic exact est difficile à poser.

Si l'infection est suraiguë, les symptômes sont beaucoup plus accentués, surtout en ce qui concerne l'état général alors que le malade est très agité et le membre intéressé complètement impotent. Dans cette variété, l'infection peut se propager rapidement sans localisation précise et très souvent, le malade meurt de septicémie.

Dans les formes subaiguës et chroniques d'emblée, les symptômes sont moins marqués et parfois même l'infection peut disparaître dans l'espace de quelques jours, à la suite de pansements simples. En général cependant, la suppuration s'établit au niveau d'un point fixe et dès que le pus s'est collecté, l'état général s'améliore rapidement.

En présence d'une infection d'ostéomyélite, que faut-il faire? Nous présumons bien entendu, que le diagnostic est bien établi et qu'il ne reste qu'à choisir un traitement, parmi les nombreux qui existent. Un point semble acquis; s'il y a collection purulente, il faut intervenir par une trépanation et un curettage soigné de la région et nous émettons cet avis, malgré les quelques heureux résultats que le bactériophage et les vaccins aient pu donner.

Plusieurs traitements complémentaires ont été préconisés. La méthode d'Orr qui consiste à déposer de la vaseline stérilisée dans la cavité osseuse et à immobiliser le membre dans un appareil plâtré, a trouvé de nombreux adeptes et il est indéniable que cette technique a donné de beaux résultats, mais l'évolution déjà très longue de la maladie a été peu ou pas influencée. On pourrait tirer les mêmes conclusions pour la méthode d'Albee qui recommande de panser la plaie avec une préparation de vaseline paraffinée, au milieu de laquelle on laisse des ouvertures pour permettre de passer et de fixer des cathètes, dans l'intérieur desquels on dépose à des intervalles réguliers, des solutions de bactériophage. Depuis quelque temps, on a traité ces lésions osseuses avec des solutions d'acide picrique et de carbonate de chaux, mais c'est une thérapeutique nouvelle qui n'a pas encore fait ses preuves.

Il nous reste une autre méthode de traitement, qui croyons-nous, mérite toute notre considération. Il s'agit de la méthode de Baer, — l'application des larves de mouches dans les cavités osseuses, préalablement préparées par un curettage. Cette technique que nous employons depuis déjà plusieurs années nous a donné des résultats très satisfaisants et sans être une panacée, contribue d'une façon très appréciable à raccourcir la durée de l'évolution de l'ostéomyélite chronique et assure dans une très forte proportion des cas, une guérison définitive.

GOITRE. FAITS DIVERS

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

On ne doit pas conclure à l'absence de goitre quand la glande thyroïde n'est pas ou à peu près pas augmentée de volume. Il arrive souvent qu'un basedowien hypertoxique ait une glande normale au palper.

L'état pathologique d'un goitreux n'influence pas toujours d'une façon systématique son métabolisme basal. La plupart des goitreux toxiques présentent un métabolisme basal qui indique un degré de toxicité tout à fait en rapport avec la symptomatologie clinique du patient. Il y en a d'autres qui sont toxiques cliniquement mais dont la recherche du métabolisme, à notre grande surprise si nous ne sommes pas prévenus, donne un chiffre normal ou à peu près. Ces goitreux n'en sont pas moins des hyperthyroïdiens, ou encore des dysthyroïdiens. Il nous faut ignorer chez ceux-ci cet examen de laboratoire au cours du traitement institué.

Devons-nous toujours tenir compte du chiffre fourni par l'examen du métabolisme basal chez l'hyperthyroïdien et non le dysthyroïdien ?

La pratique du métabolisme est une opération délicate qui exige non seulement des connaissances techniques mais aussi une compétence clinique de la pathologie de la grande thyroïde. Le chiffre fourni par l'examen du métabolisme n'aura de la valeur pour le médecin traitant que si le goitreux en cause est entre des mains expertes.

Différentes formes cliniques du goitre se présentent au clinicien. Je laisse de côté le cas classique du goitreux toxique, basedowien ou non, tel que décrit dans les nombreux auteurs. Je m'en tiens aux cas que la pratique journalière nous donne l'occasion de rencontrer.

Nombreuses sont les clientes, puisque ce sont presque toujours des femmes, qui consultent avec l'idée bien arrêtée qu'elles souffrent du goitre. De prime abord le médecin consulté a aussi cette impression.

Il existe une catégorie de malades qui ont du goitre à peu près tous les symptômes, mais qui sont loin d'être des goitreux. Il s'agit des hypersympathicotoniques. Crile, de Cleveland, donne à cette affection le nom de "asthénie neuro-circulatoire". Il attribue cet état à un hyperfonctionnement des capsules surrénales, maladie pour laquelle il propose l'intervention suivante: *Denervation of the suprarenal glands.* (Pour plus amples détails voir *Union Médicale*, mai 1934, page 479.)

Ces malades présentent presque tous les symptômes du goitre toxique; nervosité, tremblement, insomnie, tachycardie, bouffées de chaleur, peau moite, éréthisme cardiaque, etc. L'absence de trois symptômes de l'hyperthyroïdie doit mettre la puce à l'oreille du clinicien: la glande thyroïde n'est pas augmentée de volume, le métabolisme basal n'est pas influencé par cette surexcitation du sympathique, l'amaigrissement, fait constaté chez tous les hyperthyroïdiens, n'existe pas ou encore est insignifiant par rapport à l'état nerveux du patient en cause. Ces malades ne sont pas des goitreux. Inutile de parler des résultats néfastes qui suivraient une thérapeutique chirurgicale ou physique pratiquée sur la glande thyroïde. Crile dit: "Ça n'est que le jour où le temps aura justifié la vulgarisation de la chirurgie du sympathique surrénalien que nous aurons raison de conseiller une intervention chirurgicale à ces malades". En attendant ce jour seul le médecin doit suivre et traiter les hypersympathicotoniques.

Que faire chez une femme enceinte porteuse d'un goitre dont l'hyperthyroïdie, au cours de la grossesse, s'aggrave d'une façon inquiétante quel que soit le traitement institué?

Lors du congrès de l'American Association for the study of Goitre, tenu à Hamilton, il y a deux ans, après lecture et discussion de nombreuses observations on en est venu à la conclusion que la période la plus propice pour intervenir est celle qui s'écoule entre le troisième et le cinquième mois de grossesse. Il va sans dire qu'il est indiqué d'intervenir à la condition que la malade n'ait pas répondu d'une façon satisfaisante au traitement médical antérieur. Au cours de ces deux mois le risque de provoquer l'avortement n'existe pratiquement pas.

Les mères de famille consultent en très grand nombre pour une tuméfaction de leur glande thyroïde, tuméfaction qui s'aggrave à chaque grossesse ou encore au cours de la période de la lactation. Ces goitreuses sont rarement toxiques et le traitement médical seul est indiqué. Il s'agit toujours en l'occurrence d'une déficience alimentaire ou de l'absence de vitamines. Il est convenu de dire qu'il y a chez elles hypertrophie compensatrice de la glande thyroïde. Si la sécrétion thyroïdienne devient toxique il y a lieu d'envisager une thérapeutique chirurgicale ou physique.

Avant la vingtaine, une jeune fille — il en est ainsi d'un enfant d'âge scolaire, présentant un goitre parenchymateux simple ou toxique — ne doit pas être opérée ni irradiée. La thyroïdectomie précoce, ou la radiothérapie pour ceux qui y croient, est indiquée chez tous les basedowiens quel que soit l'âge.

Il a été maintes fois prouvé par l'expérimentation que l'administration d'extrait thyroïdien fait d'un individu en santé un hyperthyroïdien. A plus forte raison en est-il ainsi de celui qui souffre déjà d'hyperthyroïdie. A l'hyperthyroïdien il ne doit pas être prescrit d'extrait thyroïdien. Et chez le goitreux simple il faut y aller prudemment avec ce médicament qui peut devenir la cause de la transformation toxique de la sécrétion thyroïdienne.

Il en est de même de l'administration de l'iode. Combien de goitreux, et ils sont nombreux, absorbent-ils de l'iode, sous une forme quelconque, et dont la toxicité thyroïdienne s'aggrave au cours de l'iodothérapie? Nombreuses sont les observations que nous pourrions tous citer à ce sujet. Pour se convaincre de ce fait il faut lire dans *l'Union Médicale* de septembre et octobre 1930, ce qu'écrivait, grâce à ses nombreuses expériences scientifiques et personnelles, un de nos distingués maîtres de l'Université de Montréal.

L'iode rend service aux goitreux mais pas à tous les goitreux. Quand l'effet attendu de ce métalloïde n'est pas satisfaisant, persister plus longtemps à le prescrire c'est faire courir aux goitreux un risque impardonnable d'aggravation.

Pouvons-nous expliquer l'existence de résultats peu favorables qui font suite quelquefois à la thyroïdectomie? ou encore certaine récurrence? Assez souvent, oui.

Il n'y a aucun doute que la technique suivie par le chirurgien a beaucoup d'importance pour l'avenir du goitreux opéré. Il ne faut pas craindre de pratiquer une ablation large des lobes thyroïdiens. La technique de Sébileau sera donc très très rarement mise en pratique. Il est plus facile chez un thyroïdectomisé de lutter contre un léger myxœdème, la plupart du temps temporaire, qu'il ne l'est contre un état hyperthyroïdien.

Chez l'adénomateux toxique le chirurgien ne doit pas se contenter d'énucléer la tumeur encapsulée à la manière d'un noyau de prune. Une thyroïdectomie sub-totale est nécessaire, de peur que le tissu thyroïdien environnant ne soit le siège d'une hyperplasie thyroïdienne en évolution.

La thyroïdectomie totale comporte le risque de la section du nerf récurrent. Tout de même il ne faut pas craindre d'y avoir recours quand l'évolution de l'hyperplasie de toute la glande est très active. Ici une dissection minutieuse est indispensable si l'on veut récliner sous un écarteur le nerf récurrent que l'on ne doit pas risquer de couper.

REVUE DES LIVRES

Questions cliniques d'actualité, 4e série, (leçons professées à la charité service du professeur Sergent), par MM. P.-F. Armand DELILLE, F. DIEUDONNE, N. FIESSINGER, M. ISELIN, H. JANET, L. LANGERON, Cl. LAUNAY, C. LIAN, P. MAURIAC, R. MIGNOT, M. MOUQUIN, D. PAULIAN, J. PIGNOT, J. QUENU, L. RIBADEAU-DUMAS, E. SERGENT, J. TROISIER, R. TURPIN.

Le professeur Sergent continue la série de ses publications sur les "Questions cliniques d'actualité".

La première série, parue en 1929, est épuisée; la seconde, en 1930, la troisième en 1932. Aujourd'hui paraît la quatrième série, en un volume de 280 pages, illustré de plusieurs figures intéressantes, en particulier les hernies diaphragmatiques.

Il est difficile d'analyser succinctement un livre où les sujets les plus variés sont réunis en un seul volume. La seule façon logique d'y intéresser le praticien est d'en publier la liste complète:

Les principales formes de début et le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant, par P.-F. ARMAND-DELILLE.

Le pneumothorax dans diverses formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, selon les tempéraments, par F. DIEUDONNE.

La forme pseudo-lithiasique du cancer de l'ampoule de Vater, par Noël FIESSINGER.

Techniques nouvelles d'intervention dans les suppurations pulmonaires, par Marc ISELIN.

Les hypothyroïdies à symptômes dissociés dans l'enfance, par H. JANET.
Sur le traitement des oblitérations artérielles des membres, par L. LANGERON.

Les purpuras infectieux aigus primitifs, par Clément LAUNAY.

La pression artérielle moyenne et son importance séméiologique, par Camille LIAN.

Du danger des explications simplistes en biologie et en médecine, par Pierre MAURIAC.

Sur un cas de granulomatose avec syndrome médiastinal, par René MIGNOT.

Périartérite noueuse, par M. MOUQUIN.

Etudes anatomo-cliniques de la sclérose en plaques, par D. PAULIAN.

La bactériophagie. Principes généraux de thérapeutique par le bactériophage, par Jean PIGNOT.

Les hernies diaphragmatiques, par Jean QUENU.

L'hyperthermie et la fièvre du nourrisson, par L. RIBADEAU-DUMAS.

Quelques constatations cliniques sur le nerf phrénique, par Emile SERGENT.

La spirochètose méningée, par Jean TROISIÈRE.

L'avenir des caractères acquis, par R. TURPIN.

*
* *

Le praticien y trouvera tous les renseignements nouveaux et pratiques, au sujet des questions traitées par des médecins compétents. Ce livre sera utile à consulter en maintes circonstances et nous croyons que les praticiens en retireront le plus grand bénéfice dans la pratique de la médecine usuelle.⁽¹⁾

LESAGE.

L'Exploration clinique médicale. Technique et Séméiologie. — Publié sous la direction du professeur Emile SERGENT, avec la collaboration de MM. BORDET, GEORGE, HAZARD, D'HEUCQUEVILLE, LIAN, MIGNOT, OURY, PRUVOST et BADEAU-DUMAS.

Depuis quelques années, nous attendions une nouvelle édition du livre tant désiré du professeur Emile Sergent. Nous venons de recevoir cet important ouvrage, sous la forme de deux forts volumes de près de 600 pages chacun. Revu, augmenté et adapté à la pratique actuelle de la médecine, cet important ouvrage rendra les plus grands services au médecin et à l'élève. Il constitue une véritable introduction à l'étude de la médecine pratique en nous initiant à la séméiologie et, par conséquent, aux moyens les plus sûrs d'arriver à un diagnostic aussi précis que possible.

Certains chapitres sont abondamment illustrés afin de préciser la topographie de certaines lésions et leur aspect anatomo-clinique. Il nous faudrait, pour rendre justice à notre éminent collègue Sergent et à ses collaborateurs, publier une étude détaillée sur chacun des chapitres de cette importante publication. Tous les organes y sont étudiés, en s'aidant des méthodes de laboratoire, de la radioscopie, de la radiographie et de toutes les méthodes de recherches qui ont pour but de déceler, soit un trouble fonctionnel, soit un trouble pathologique.

Ces deux volumes, je le répète, sont abondamment illustrés. On y trouve même des dessins coloriés concernant les différentes réactions du laboratoire.

Cette nouvelle édition vient à son heure pour renseigner, à la fois, et le médecin et l'élève.

Nous ne saurions mieux faire que de citer textuellement la préface que le professeur Sergent a écrite, au moment de la publication du premier volume:

"Ce n'est pas sans émotion, écrit-il, que j'ai relu la Lettre-Préface du regretté Maître Lucas-Championnière, ainsi que l'introduction que j'avais

(1) On peut se procurer ce livre en s'adressant à Masson & Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris, et à la Maison Eddé & Cie, New Birks Bldg., à Montréal.

écrite moi-même, en 1913, il y a vingt ans, pour présenter la première édition de mon précis: *Technique clinique médicale et séméiologie élémentaires*.

"Ces deux documents évoquent pour moi le souvenir d'un passé qui eut ses heures de déceptions et de joies et qui restera toujours gravé dans ma mémoire et dans mon cœur. Ils ne sauraient disparaître; il est juste et nécessaire qu'ils figurent à la première place, dans la première édition du *Traité élémentaire d'Exploration clinique Médicale*, qui va remplacer l'ancienne "*Technique clinique*".

"Après un brillant début, marqué par la succession rapide de cinq éditions, ma "*Technique clinique*" a cessé brusquement de paraître. Elle ressuscite aujourd'hui sous un nom quelque peu différent. Le "*Traité élémentaire d'Exploration clinique*" procède, en effet, du même esprit.

"Au moment où paraissait la cinquième édition de la "*Technique*", les portes de la Faculté de Médecine s'ouvraient devant moi. C'est à l'enseignement libre que j'avais organisé, et dont la "*Technique*" synthétisait le but et le programme, que je dois cet honneur: mon enseignement a reçu l'estampille et la consécration officielle. Dans la leçon inaugurale de la *Chaire de Clinique Médicale Propédeutique*, publiée par la *Presse Médicale* le 4 février 1922, j'ai complété les idées qui sont exposées dans l'introduction de la "*Technique*" sur l'enseignement élémentaire et l'enseignement supérieur et spécialisé. Combien je regrette que des circonstances fortuites, étrangères à toute préoccupation didactique et professorale, aient, au même moment, interrompu la succession rapide des éditions de la "*Technique*"! Combien je suis heureux de voir renaître aujourd'hui le souvenir d'un passé qui m'est cher!

"Les années ont passé; les connaissances nouvelles, accumulées par elles, se sont multipliées. La "*Technique*" a dû changer son nom et sa forme extérieure; elle a grandi; elle a dû élargir son cadre et faire une place à certains procédés d'exploration et à certaines données séméiologiques actuellement si bien classées que l'enseignement élémentaire ne peut plus les omettre.

"Puisse le "*Traité élémentaire d'Exploration clinique*" connaître les succès de la *Technique clinique*, être, comme elle, traduit en espagnol, en italien, en roumain, et ne jamais rencontrer l'obstacle qui força son aînée à interrompre sa brillante envolée!

"Tel est le souhait que j'offre à mes collaborateurs, anciens et nouveaux, et à nos éditeurs, MM. Masson et Cie, qui ont accepté de terminer et de publier l'édition qui paraît aujourd'hui. Je leur exprime mes bien sincères remerciements.

Emile SERGENT."

*
* *

Nous félicitons le professeur Sergent de sa nouvelle contribution à l'étude de la médecine clinique, où les renseignements techniques s'allient à une observation rigoureuse, recueillie au cours d'une pratique hospitalière très active, et avec la collaboration de ses élèves, dont le groupe important fait grand honneur à la médecine française.

LESAGE.

Le Barbiturisme aigu et les Antidotismes gardénal: Strychnine, Coramine, Alcool. (Recherches expérimentales), par G. CARRIERE, Claude HURIEZ et P. WILLOQUET. — Travail de la Clinique Médicale de l'Hôpital St-Sauveur à Lille. Imprimerie A. Durant, 43, rue d'Artois, Lille.

Voici un livre très important à une époque de surmenage intellectuel, et que nous pourrions consulter avec profit. Tous les surmenés souffrent d'insomnie. On cherche le calme, le repos, le sommeil, l'oubli, en absorbant des quantités énormes de stupéfiants et d'hypnotiques de toutes sortes, sans discernement. Il faut se souvenir que toutes ces préparations nouvelles sont toxiques. En consultant ce livre on sera renseigné. Les auteurs, d'ailleurs, nous indiquent la conduite à suivre et le danger auquel on s'expose; de plus, ils nous donnent des conseils appropriés contre les intoxications accidentelles survenues par l'usage des barbiturates.

Nous citons une partie de l'introduction, qui nous fera toucher du doigt les idées fondamentales exposées par ces auteurs:

"Ce travail se divise logiquement en deux parties. Dans la première, nous brossons un état actuel du Barbiturisme aigu: sans nous attarder à la question purement chimique des sels de la malonylurée et au diagnostic toxicologique, qui ne sont pas de nos connaissances, nous voulons surtout rappeler le tableau clinique de cette intoxication aiguë devenue si fréquente et insister plus particulièrement sur l'allure et la pathogénie de ses manifestations majeures: le Coma, la Fièvre, l'hématologie, les lésions cutanées et les diverses séquelles du Barbiturisme aigu.

Mais nous tentons surtout, ensuite, d'utiliser les matériaux fournis par quatre mois d'expérimentation sur vingt animaux de laboratoire.

Nous essayons d'abord de préciser les effets nocifs de ces uréides sur les divers parenchymes, en demandant aux examens anatomo-pathologiques des précisions sur les connaissances, par trop embryonnaires, des lésions du barbiturisme aigu.

Puis avant d'exposer les résultats obtenus par l'introduction récente en thérapeutique de l'antidotisme de la strychnine et de ses dérivés de la malonylurée, nous reprenons les expériences de Haggard et Greenberg et nous indiquons tout de suite que l'antagonisme gardénal-strychnine ne nous apparaît pas, chez l'animal, aussi constant, régulier et réversible que ne l'avait proclamé l'introducteur en Europe de la méthode, le professeur Ide, de Louvain.

Nous précisons ensuite, grâce à l'électrocardiographie, l'action sur le cœur des barbituriques aux doses toxiques, et nous recherchons si la strychnothérapie intensive n'est pas sans troubler le fonctionnement du myocarde et du tissu de conduction au cours de semblables intoxications.

Nous envisageons alors l'application thérapeutique de cet antidotisme en dressant un tableau objectif et impartial des résultats obtenus en clinique par les divers auteurs et nous-même dans le traitement du barbiturisme aigu par une strychnothérapie intensive. Une opinion sincère ne pourra se dégager

que de la comparaison des résultats antérieurs et postérieurs à l'utilisation de la strychnine au cours de ces comas.

Nous vérifions ensuite, sur l'animal, l'antagonisme très net des uréides et de la coramine.

A la suite de constatations cliniques empiriques, nous avons été amené à étudier un troisième antidotisme, gardénal-alcool, et nos recherches nous permettent d'avancer que le coma barbiturique expérimental est tout aussi bien jugulé par des injections intraveineuses d'alcool à 30% que par la coramine ou la strychnine.

Nous ne franchissons pas encore le pas qui sépare l'expérimentation de l'application thérapeutique, mais nous croyons apporter à ce sujet des données nouvelles et valables.

Après exposé et discussion de toutes ces acquisitions récentes, nous exposerons quelle est, à notre sens, la conduite à tenir devant un barbiturisme aigu, en tenant compte seulement des faits bien établis et sans nous laisser emporter par l'enthousiasme dangereux qui a pu faire proclamer "que depuis 1932, il ne devrait plus y avoir de morts par véronal ou gardénal."

LESAGE.

Problèmes actuels de Pathologie médicale, par A. CLERC et Ch. AUBERTIN, H. BENARD, M. BRULE, J. CATHALA, Et. CHABROL, P. CHEVALLIER, E. DONZELOT, Guy LAROCHE, C. LIAN, R. MOREAU et Pasteur VALLERY-RADOT. (Masson et Cie. éditeurs. Paris.)

La 3e série des "Problèmes actuels de Pathologie médicale" vient de paraître, sous la direction du professeur A. CLERC et de ses assistants, dont les noms bien connus apparaissent en titre de cette page.

La médecine évolue rapidement et nous sommes heureux de constater que les auteurs évoluent aussi, grâce, sans doute, aux conseils des éditeurs, qui savent la faveur avec laquelle le public médical accueille certaines publications.

Les didactiques traités ont sans doute une très grande importance, mais le travail de compilation que cela exige en retarde tellement la publication que le premier volume est déjà en retard sur certaines questions lorsque le dernier volume de la série vient de paraître, quelques années plus tard.

Nos maîtres français, pour n'en signaler que deux: MM. Sergent et Clerc — et il y en a d'autres — ont inauguré un nouveau mode de publication: ce sont des conférences faites par des professeurs ou des agrégés, connaissant mieux certaines questions qu'ils s'empressent de mettre au point et qu'ils réunissent, plus tard, en un volume dont la lecture est facile et très utile pour les praticiens. Chaque jour, on peut lire, sans effort, un chapitre qui nous intéresse tout particulièrement et qui se rapporte à des malades qui sont venus nous consulter dans notre cabinet particulier, ou que l'on a eu l'avantage d'observer dans les hôpitaux. Après une lecture d'une

petite demi-heure, nous possédons la question et, au besoin, nous pouvons, à l'aide d'une bibliographie précise, consulter les travaux antérieurs publiés sur cette question.

Nous trouvons, pour notre part, que cette façon de faire est plus utile qu'aucune autre, à cause de la variété des sujets qui y sont traités et du soin que l'on a pris de les rédiger clairement et succinctement.

Le livre que vient de publier le professeur Clerc, avec la collaboration de ses élèves, mérite d'être signalé à l'attention de nos lecteurs: médecins ou élèves. Voici les sujets qui y sont traités:

1. Enquête sur les troubles cardiaques au cours du diabète sucré (A. CLERC).
2. Les troubles du rythme dans la myocardite infectieuse aiguë (Ch. AUBERTIN).
3. Le sinus carotidien (H. BENARD).
4. Le polymorphisme des colopathies à trichocéphales et à lamblias (M. BRULE).
5. La syphilis héréditaire larvée (J. CATHALA).
6. Les hématomésos d'origine splénique (E. CHABROL).
7. Les purpuras inflammatoires bénins primitifs (P. CHEVALLIER).
8. Les formes malignes de l'arythmie complète (Ed. DONZELOT).
9. La syphilis gastrique (Guy LAROCHE).
10. Les rythmes cardiaques à trois temps (C. LIAN).
11. Les complications pulmonaires de la grippe (R. MOREAU).
12. Hépatonéphrites aiguës (Pasteur VALLÉRY-RADOT).

"Ces conférences ont été instituées pour les futurs médecins à la veille de terminer leurs études et pour les praticiens désireux de se tenir au courant des progrès de nos connaissances. Elles visent les sujets les plus variés. Elles sont traitées, chacune, par un spécialiste reconnu et elles représentent bien l'aspect actuel de la pathologie médicale."

Nous adressons au professeur Clerc et à ses distingués collaborateurs notre gratitude pour le soin qu'ils ont pris de nous initier ainsi à tous les secrets de la pathogénie et du diagnostic.

LESAGE.



FORMULAIRE

LES SUPPURATIONS PULMONAIRES

(d'après Francis Bordet)

I—Traitement chimiothérapique:

- 1° Eucalyptus, gaïacol, goménol (injections hypodermiques 10 c.c. à 10%) (tous les deux jours), lavements, suppositoires, injections intratrachéales.
- 2° Alcool en injection intraveineuse diluée au quart, 20 à 30 c.c., tous les jours, pendant 10 jours.
- 3° **Emétine** (amibiase).
- 4° Novarsénobenzol.

II—Traitement biothérapique:

- 1° Sérothérapie antigangréneuse (inconstante).
- 2° Vaccinothérapie (moins active).

III—Traitement mécanique:

- 1° Drainage postural (souvent incommode).
- 2° Cure de soif (abandonnée)
- 3° Pneumothorax artificiel.
- 4° Cures thermales et climatiques (pour les formes torpides).

IV—Traitement chirurgical:

Beaux résultats quand les indications sont posées avec précision.

Roméo BOUCHER.

LES ARTÉRITES JUVÉNILES

(d'après Paul Halbron)

- 1° Repos au lit prolongé.
- 2° Pas de tabac.
- 3° Diurétiques et tisanes.
- 4° Injections salines hypertoniques intraveineuses.
- 5° Insuline contre les douleurs.
- 6° Acétylcholine.
- 7° Tr. antisiphilitique (succès parfois).
- 8° Protéinothérapie.
- 9° Vaccin antityphique intraveineux.
- 10° Gymnastique.
- 11° Infra-rouges et air surchauffé.
- 12° Diathermie.
- 13° Radiothérapie des surrénales.
- 14° Sympathectomie périartérielle (résultats passagers).
- 15° Surrénalectomie gauche.
- 16° Amputation (quand il y a gangrène).

Roméo BOUCHER.

ANALYSES

MEDECINE

F. MEERSSEMAN. — **La question des porteurs valides de bacilles de Koch. Porteurs valides ou porteurs sains.** Paris Médical, 6 janvier 1934.

Des cracheurs de bacilles de Koch, des porteurs de lésions parfois graves peuvent sembler posséder une excellente santé. Une alvéolite bacillaire peut demeurer longtemps silencieuse chez l'adulte. Chez le vieillard, la T. B. prend souvent la forme d'un catarrhe banal. C'est alors qu'il y a danger de contamination. Ce sont d'après Cordier des "porteurs valides" de bacilles de Koch. Des crachats contenant des bacilles de Koch peuvent-ils venir de sujets indemnes de toute lésion pulmonaire cliniquement et radiologiquement appréciable?

Par exemple, un malade fait une cortico-pleurite gauche avec épanchement rapidement résolutif. La convalescence est rapide. Dix mois après, ses crachats tuberculisent un cobaye. Les poumons de ce sujet sont cependant cliniquement et radiologiquement normaux. D'autres exemples permettent de conclure que chez des sujets porteurs de lésions pulmonaires de nature tuberculeuse, l'émission bacillaire peut déborder en deçà, soit au delà la phase des accidents cliniques et radiologiques. Aussi des tuberculeux sans lésions pulmonaires cliniquement et radiologiquement appréciables peuvent avoir des crachats avec présence de bacilles de Koch. Des observations ont même démontré que cette même éventualité peut s'observer chez des sujets sains. Ainsi, sur 84 étudiants en médecine jugés sains, un étudiant a présenté des crachats qui, inoculés au cobaye ont tué l'animal en cinq mois; les lésions tuberculeuses étaient du type chronique. Sur 80 soldats indemnes d'antécédents familiaux et personnels, un soldat a présenté une inoculation positive.

Ces bacilles viendraient donc de lésions pulmonaires inaccessibles à nos moyens d'investigation cliniques et radiologiques. C'est l'hypothèse de la "micro-lésion", et pour expliquer la question des porteurs sains, le bacille de Koch ne pourrait-il pas traverser l'épithélium alvéolaire sans causer de lésions, comme cela se produit au niveau d'autres organes comme le rein, la glande mammaire?

Paul-René ARCHAMBAULT.

GAUSS, SINGERMAN et BLACK. — **Diagnostic différentiel de la Tuberculose intestinale.** Am. Rev. of T. B., nov. 33.

Ces auteurs ont étudié cent vingt-cinq cas, pendant quelques années, au National Jewish Hospital, de Denver, Colorado.

Ils reconnaissent qu'il n'y a pas de symptôme pathognomonique. La présence du bacille de Koch dans les selles n'implique même pas l'existence de l'entérite tuberculeuse. Nusselman en 1923 aurait trouvé le bacille de

Koch chez cent dix (110) malades sur cent vingt (120). Et cependant six (6) seulement sur ce nombre souffraient d'entérite tuberculeuse.

La tuberculose intestinale est une entérocolite ulcéralive avec hypermotilité et irritabilité, le symptôme diarrhée étant la conséquence immédiate de ces troubles fonctionnels. L'irritation péritonéale fait suite à l'ulcération intestinale, en produisant les symptômes: sensibilité, douleur et défense musculaire au quadrant inférieur droit de l'abdomen. Hyperthermie, hyperleucocytose, nausées, anorexie, douleur, constipation ou diarrhée constituent les symptômes généraux acolytes. Le mauvais état général d'un patient dont la lésion pulmonaire est inactives ou semble s'améliorer constitue aussi un indice de grande valeur.

Enfin le complexe symptomatique est très variable: le symptôme dominant chez l'un pouvant fort bien ne pas exister chez l'autre.

La radioscopie et la radiographie sont des aides très importantes. Elles permettent de déceler l'hypermotilité, le temps du transit baryté; elles indiquent parfois l'ulcération et souvent les vides spasmodiques (spastic filling defects) des côlons.

Cependant le diagnostic peut être très difficile car il faut penser ou ne pas oublier que le tuberculeux pulmonaire n'est pas exempt des maladies non tuberculeuses de l'intestin.

Suivent trois tableaux.

Dans le premier les troubles gastro-intestinaux trouvés chez 125 patients sont classifiés sous 27 titres différents; l'entérite tuberculeuse y compte 29 cas soit 23.2 pour cent.

Le deuxième fait la comparaison des diagnostics de la clinique et de ceux de l'autopsie sur un petit nombre de cas.

Le troisième montre la fréquence de la la tuberculose intestinale à un taux très élevé chez les cas avancés de tuberculose pulmonaire, et en même temps, l'incidence très fréquente de troubles intestinaux divers non tuberculeux, chez les pulmonaires de tous les stades.

J.-P. PAQUETTE.

Harrison William GROCE, jr. — **Cerebrospinal fluid pressure and venous pressure in cardiac failure.**

Après l'étude comparative de cas normaux et de cas d'insuffisance cardiaque avec augmentation de la pression veineuse, l'auteur constate qu'il existe un rapport constant d'environ 1.6 entre la pression veineuse et la pression du L.C.R. Lorsque la pression veineuse s'élève ou s'abaisse au cours de l'insuffisance avec congestion, la pression du L.C.R. la suit parallèlement et le rapport reste le même.

La soustraction du L.C.R. a fait baisser la pression veineuse dans huit cas d'insuffisance cardiaque sur 13, mais dans aucun cas la pression veineuse ne s'est abaissée autant que la pression du L.C.R. et le rapport entre ces deux pressions cesse d'exister.

L'abaissement de la pression du L.C.R. a produit chez la plupart des patients, même chez ceux dont la pression veineuse n'avait pas été abaissée par cette manœuvre, une respiration beaucoup plus facile, même en position couchée.

La respiration en position assise est plus facile, pour cette raison que dans cette position la pression du L.C.R. se trouve abaissée au niveau de la citerne, et elle est augmentée au contraire à la région lombaire. La pression intracranienne se trouve donc diminuée.

L'auteur termine en discutant la relation qui existe entre la respiration de Cheynes-Stokes et l'augmentation de la pression intracranienne.

Paul MORIN.

CHIRURGIE

Walter Estell LEE et Russel FLOYD. — **Tuberculose du sein.** *Annals of Surgery*, vol. 99, no. 5, mai 1934, p. 753-759, avec 2 figures.

Au début de son travail l'A. nous rappelle qu'avant les observations de sir Astley Cooper, en 1829, la tuberculose semblait incapable d'atteindre le sein; ce ne serait d'ailleurs qu'après les études histologiques de Dubar, en 1881, que tous les doutes et discussions sur le sujet cessèrent. On admettait la tuberculose du sein. Il n'en reste pas moins vrai, cependant, que cette affection est plutôt rare. Sur 2,297 cas d'affections de la glande mammaire, Mallory ne trouve que 0.6 pour 100 de tuberculose. De 1904 à 1914, Deaver n'a observé que 74 cas. L'on ne semble pas s'entendre encore sur la façon dont se localise cette infection. Les malades sont généralement groupés suivant qu'on les considère atteints d'une tuberculose primitive ou d'une tuberculose secondaire. Sur les 399 cas observés par les A., 234 furent classés comme atteints de tuberculose primitive du sein, vu qu'aucun autre organe ne fut trouvé tuberculeux. L'affection est généralement unilatérale. Ils classifient leurs cas: 1) mastite tuberculeuse miliaire aiguë; 2) mastite tuberculeuse nodulaire; 3) mastite tuberculeuse sclérosante; 4) mastite tuberculeuse oblitérante; 5) mastites tuberculeuses à formes atypiques. La première variété se rencontre dans la tuberculose généralisée et n'a aucun intérêt chirurgical. La forme nodulaire est la plus fréquente. La forme sclérosante présente une évolution très lente et se rencontre de préférence chez les vieillards. Le sein est augmenté de volume et le mamelon est rétracté. Dans la tuberculose oblitérante, les lésions semblent se localiser de préférence autour des canaux galactophores, détruisant le revêtement épithélial d'abord et oblitérant complètement la lumière du canal ensuite. Comme symptômes, il faut savoir que la plupart des malades se présentent pour une masse dans le sein qui n'est pas douloureuse. A l'examen objectif, ce qui est observé est en rapport avec le stage d'évolution où se trouve la lésion. Dans certains cas, il ne sera observé qu'une masse au niveau du sein; dans d'autres, il y aura rétraction du mamelon; on pourra aussi avoir l'aspect de peau d'orange que l'on rencontre au cours du cancer. Le diagnostic se fait d'après l'histoire d'une tumeur non douloureuse du sein, évoluant très lentement, pouvant avoir formé des abcès dont parfois de vieux trajets fistuleux seront la signature. La lésion est la plupart du temps unilatérale. Si une tuberculose active est diagnostiquée, le diagnostic de tuberculose du sein sera presque établi. Lorsqu'il n'y a qu'une masse solitaire dans le sein, la mastite chronique kystique, le fibrome, l'adénome, la gomme syphilitique, le sarcome et l'épithélioma peuvent être éliminés. Les tumeurs fibro-épithéliales

et les kystes simples ne seront pas généralement pris pour une lésion tuberculeuse. Les gommés syphilitiques donnent un Wassermann positif ou encore sont grandement influencées par le traitement spécifique. Le sarcome est rare au niveau du sein et évolue rapidement. L'épithélioma peut donner de grandes difficultés de diagnostic; tout de même, nous savons que la tuberculose s'établit chez des sujets plutôt jeunes et présente une évolution beaucoup plus rapide que le cancer. Le traitement de la tuberculose du sein est chirurgical; il faut enlever les tissus malades. Il n'y a pas de cas rapporté où cette affection a présenté une régression spontanée.

Mercier FAUTEUX.

Charles CLAVEL et Pierre COLSON. — **A propos de la cure opératoire des éventrations post-appendiculaires. Contribution à la Technique.** Journal de Chirurgie, tome XLIII, no. 5, mai 1934, p. 677-693, avec 9 figures.

Avant d'aborder la question de technique opératoire, les A. jugent nécessaire de rappeler les caractéristiques des différentes variétés d'éventrations. Celles-ci répondent à deux types qui s'opposent par les conditions de leur apparition, par leur structure anatomique et par leur évolution clinique. Le premier type: succède aux appendicites graves drainées, est le plus fréquent et apparaît rapidement. A la suite d'efforts (quintes de toux, vomissements), le cæcum glisse et son adhérence aux lèvres du péritoine pariétal se réalise. Les éléments musculo-aponévrotiques de la paroi restent à distance sur toute la longueur de l'incision et la brèche qui les sépare se comble uniquement par du tissu conjonctif de bourgeonnement. Dès le lever du malade, ces lésions entrent en progression. Sous la poussée du cæcum, le tissu cicatriciel jeune se laisse distendre, les éléments musculo-aponévrotiques s'écartent davantage, le péritoine glisse et forme un sac incomplet à l'intérieur duquel pourront ultérieurement se loger des anses grêles et l'épiploon. Les différents éléments de la paroi ne sont pas détruits mais simplement écartés mécaniquement. Le sac, souvent incomplet, contient habituellement le cæcum adhérent à la cicatrice. Le second type: apparaît à la suite d'appendicites bénignes où l'on a refermé la paroi en laissant seulement à la partie inférieure de l'incision un drain de sécurité ou une petite mèche hémostatique, s'établit insidieusement et tardivement, après plusieurs mois ou plusieurs années. En opposition avec le type précédent, il faut retenir les caractéristiques suivantes: 1) la paroi résistante ne possède qu'un orifice petit, généralement arrondi, épaissi en collet par fusion des différents éléments pariétaux; 2) le sac, complet, de volume plus ou moins considérable est complètement libre au milieu du tissu cellulaire sous-cutané. En résumé, le premier type représente une éviscération chronique, le second, une hernie ventrale.

Le problème de la cure opératoire doit être considéré sous deux aspects: c'est une brèche à fermer (problème orthopédique); les tissus sont en état d'infection latente (problème biologique).

Le procédé opératoire que les A. préconisent est celui de Goullioud qu'ils décrivent avec illustrations très explicatives. Il va sans dire qu'étant donné l'infection latente de ces tissus, l'intervention ne sera pas tentée avant

un délai raisonnable, en moyenne 6 mois. La nature et la gravité de l'appendicite initiale est un élément de la plus haute importance dans le problème du temps opportun de la cure. On pourra opérer rapidement l'appendicite à froid dont la suture a partiellement lâché. On attendra longtemps si l'éventration suit une appendicite gangreneuse. Mercier FAUTEUX.

S. KADRKA et P. BARDET. — **Les périduodénites d'origine appendiculaire; diagnostic clinique et radiologique.** Arch. Mal. App. Digestif, tome XXIV, no. 4, avril 1934, p. 354-391, avec 12 figures.

Il s'agit d'un travail très complet et détaillé de cette question, illustré de cinq observations typiques avec radiographies et comptes rendus opératoires. Faisant tout d'abord l'historique de ces périduodénites d'origine appendiculaire, les A. rappellent qu'elles furent étudiées dès 1920, par Enriquez. Mais c'est à Basset, en 1925, que revient le mérite d'avoir synthétisé les divers travaux et démontré l'importance de cette pathogénie dans l'étude des périduodénites. Ce qui fait qu'actuellement l'origine appendiculaire de certaines inflammations duodénales n'est plus à démontrer. La propagation de l'affection appendiculaire vers la région pyloro-duodénale peut se faire de quatre manières: 1) de proche en proche, par réaction péritonéale dont l'extension dépend soit de l'importance de l'infection, soit de la virulence des agents pathogènes, soit d'une certaine prédisposition constitutionnelle, soit enfin de rapports topographiques particuliers entre les deux carrefours; 2) les lésions inflammatoires peuvent être réparties en deux foyers séparés, un foyer autour de l'appendice malade, et à distance de celui-ci, sans continuité directe, un autre foyer d'adhérences autour du duodénum. Ces deux foyers sont reliés entre eux soit par les lymphatiques du grand épiploon, soit par les lymphatiques efférents propres de l'appendice aboutissant aux divers groupes ganglionnaires périduodéno-pancréatiques, sus ou sous-mésocoliques; 4) la propagation au duodénum peut être favorisée par la situation sous-hépatique de l'appendice.

Au point de vue clinique, cette forme de duodénite ne présente pas un tableau bien défini. En pratique elle se présente sous deux aspects distincts suivant que la dyspepsie qu'elle détermine s'accompagne ou non d'un syndrome appendiculaire. Le diagnostic clinique n'en demeure pas moins difficile et il est nécessaire d'avoir recours à la radiographie afin d'établir fermement cette affection. Les A. alors décrivent la technique qu'ils emploient et donnent les caractères radiologiques des périduodénites appendiculaires. Ils n'abordent pas la question du traitement qui a été discuté par Basset, mais ils terminent leur très intéressant travail en disant que la connaissance des répercussions multiples de l'appendicite, de ses rapports intimes avec les périduodénites, les cholécystites, l'ulcère même, incite à ne pas retarder l'appendicectomie chez l'enfant ou chez l'adulte, dès la première crise d'appendicite, franche ou larvée. Il ne faut pas attendre la production des rechutes, des lésions à distance et des troubles réflexes pour poser l'indication opératoire. Il vaut mieux risquer l'extirpation d'un appendice apparemment sain plutôt que de s'exposer à voir survenir, si l'on temporise, les nombreuses complications, précoces ou tardives, complications dont la périduodénite ne constitue qu'un des aspects particuliers. Mercier FAUTEUX.

George M. DORRANCE. — **Ligature des gros vaisseaux du cou.** *Annals of Surgery*, vol. 99, no. 5, mai 1934, p. 721-742, avec 4 figures.

Les symptômes cérébraux consécutifs à la ligature des vaisseaux carotidiens et en particulier de la carotide interne sont dus à des modifications de la tension artérielle. Cependant un pourcentage moyen de ces symptômes est en rapport avec la diminution de l'irrigation sanguine du cerveau. Ces symptômes peuvent être considérablement réduits par: 1) la ligature de l'artère primitive avec secondairement la ligature des branches de l'artère carotide externe; 2) l'observation minutieuse de la tension artérielle au cours de la ligature, et si la tension baisse notablement donner de l'adrénaline, du sérum ou encore une transfusion sanguine; 3) éviter la compression du vaisseau avant la ligature, l'usage de pinces hémostatiques, les ligatures doubles. En ayant soin de suivre ces indications, la ligature de la carotide interne est exempte de dangers; il en est ainsi aussi de la ligature de la carotide primitive.

Mercier FAUTEUX.

OBSTETRIQUE

William F. MENGERT. — **Le rapport entre le métabolisme de la mère et le poids du bébé à la naissance.** *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, Juin 1933.

Les facteurs qui influencent le poids du fœtus à la naissance restent obscurs malgré qu'ils aient été l'objet de maintes études.

Le poids et la diète de la mère durant la grossesse ont semblé tout d'abord être la cause la plus probable des variations de poids chez l'enfant, mais il n'en est rien. L'opinion actuelle est que le fœtus se développe sans considération de l'organisme maternel et comme un parasite prend ce qui est nécessaire à sa formation. S'il ne peut trouver les matériaux nécessaires à son développement il en résultera une maladie, voire la mort, mais sans changement appréciable au poids du fœtus.

D'autres facteurs maternels ont été étudiés: l'âge, le rang social, les grands fléaux (la guerre), la parité, la durée de la grossesse, les saisons, la durée des menstruations. On a incriminé la santé du père, on a même cru trouver la cause dans le placenta. Le seul facteur qui semble influencer le poids du fœtus est la durée des menstruations. (Matarèse, Szenes, Mondré).

L'A., croyant que le rapport entre la durée des menstruations et le poids du bébé pouvait être dû à un état d'hyperthyroïdisme chez ces patientes, a fait des métabolismes basaux chez 212 femmes enceintes bien portantes. Les résultats ne permettent pas de conclure qu'il y a relation entre le métabolisme maternel et le poids du bébé.

Alfred Le ROY.

Steward H. CLIFFORD, M.D., — **La détermination du poids et de l'âge du fœtus in utero par les Rayons X.** Surgery, gynecology and obstetrics, juin 34 page 959.

Grâce à la mensuration du diamètre occipito-frontal de la tête du fœtus in utero par les rayons X, l'auteur nous donne les moyens pratiques pour connaître l'âge et le poids du fœtus.

Après avoir poursuivi son expérience sur 479 nouveau-nés, l'auteur conclut qu'il y a une relation intime entre le diamètre occipito-frontal et le poids du nouveau-né. De plus le fœtus in utero augmente environ de 5 à 6 onces par semaine durant les 7e et 8e mois lunaires, et pendant tout ce temps la pesanteur du fœtus augmente d'un peu plus d'une livre jusqu'à 4 livres.

Pendant les deux derniers mois de la grossesse le poids du fœtus augmente bien plus rapidement tandis que son squelette reste relativement le même, ceci étant dû à l'accumulation d'eau et de graisse qui se dépose sous la paroi cutanée et aussi au développement toujours croissant des muscles du fœtus.

L'auteur conclut donc: Tous les nouveau-nés avec un diamètre de moins de 10 cm. pèsent moins de 4 livres. Ceux dont le diamètre se trouve entre 8 et 9 cm. pèsent moins de 3 livres. Ceux au-dessous de 8 cm. ne sont pas viables.

Durant les deux derniers mois de la grossesse, le poids varie d'une manière telle qu'il est possible de donner une pesanteur minima pour tout diamètre occipito-frontal connu. Ainsi un diamètre occipito-frontal de 10.5 cm. nous assurerait d'un enfant pesant au moins 4 livres. Un diamètre plus grand que 11 cm. donnerait un enfant de 5 livres au moins.

Cette méthode peut orienter la ligne de conduite à tenir dans certains cas de toxémie ou d'hémorragie et nous empêcher d'exposer la mère et le fœtus aux dangers d'une plus longue durée de la grossesse connaissant la mensuration adéquate grâce aux rayons X.

H. GIBEAULT.,

PEDIATRIE

M. H. ESCHBACH. — **Mort par tuberculose d'un enfant de dix-huit mois vacciné au B.C.G.** Bull et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 27 avril 1934.

Un enfant vacciné au BCG à sa naissance est mort dix-huit mois après d'une fièvre de tuberculinasation. On a eu l'avantage de le suivre pas à pas. Or une tuberculose miliaire des poumons a été confirmée par une radiographie, par la présence de bacilles dans les selles et par une inoculation positive au cobaye.

Le père et la mère étaient bien portants et soigneux. Un grand-père prétendu "catarrheux" a été cependant en contact avec lui; il n'en résulte pas moins que la vaccination à la naissance se serait montrée inefficace. Enfin, on peut invoquer, comme dans toute vaccination, un certain pourcentage d'insuccès.

Paul-René ARCHAMBAULT.

M. A. RAVINA. — Manifestations tuberculeuses multiples chez un enfant vacciné à la naissance par le B.C.G. Décès à l'âge de vingt-deux mois par méningite. Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 27 avril 1934.

Une femme fait un épisode pulmonaire aigu étiqueté d'abord pneumonie puis plus tard pneumonie tuberculeuse. Il y a dans les crachats présence de bacilles de Koch. A la radiographie, on voit une plage droite atteinte. Cette femme avait un enfant de dix-huit mois vacciné à sa naissance par le BCG et qui se portait à merveille. Durant les quatre derniers mois, à cause de la mauvaise santé de la mère, l'enfant a été pris en soin par d'autres mains. Cet enfant est très beau, et ne tousse pas. Un examen radioscopique permet de constater qu'il présente au hile droit une opacité très prononcée ayant l'aspect d'une grosse adénopathie médiastinale. Enfin, plusieurs foyers de taches fines confluentes existant dans le champ pulmonaire. Plus tard, ces signes s'accroissent et l'enfant se met à tousser. Or un petit bouton qui ne guérit pas apparaît au milieu de la paume de la main droite; c'est une tuberculose cutanée. Au poignet gauche apparaît un foyer analogue. En deux mois, une quinzaine de gommés sous-cutanées dures, indolores, mobiles se développent à tous les membres. Enfin l'enfant succombe à une affection méningée ayant tous les caractères d'une méningite tuberculeuse. La confirmation bactériologique n'a pu malheureusement être faite, mais la présence de tuberculoses cutanées viennent confirmer le diagnostic.

L'enfant a été vacciné au BCG les deuxième, troisième et quatrième jours et il n'a pas vomi durant ces journées. Cette vaccination a été faite comme mesure prophylactique, parce que à cette époque la mère n'était nullement suspecte; au contraire, elle jouissait d'une excellente santé. Elle n'a pas allaité son enfant. Enfin la possibilité d'une contamination antérieure à l'établissement de l'immunité ne paraît pas non plus correspondre à l'histoire clinique. Il semble donc que la vaccination n'a entraîné dans ce cas aucune prémunition.

Paul-René ARCHAMBAULT.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

René VINCENT. — Etude pathogénique de la stomatite bismuthique.
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.
Mars 1934.

L'auteur affirme que la pathogénie de la stomatite bismuthique, forme clinique des stomatites ulcéro-membraneuses, telle que nous la présentent les traités classiques, est complexe, obscure et en contradiction à peu près constante avec l'observation clinique.

Le rôle des dents, de la salive, de particularités physiologiques réservées à la bouche, sembleraient à retrancher de la genèse de la stomatite bismuthique.

Azoulay a confirmé la venue du bismuth à la gencive par voie sanguine. Azoulay a montré que le bismuth est présent dans l'urine sous forme d'indoxylsulfate invisible et que souvent par suite de "fermentations microbiennes" il précipite sur les parois du vase au bout d'un temps variable, du sulfure de bismuth, offrant l'aspect d'un dépôt de grains noirs.

Il a semblé à l'auteur de l'article qu'un rapprochement s'imposait entre cette précipitation dans l'urine et celle que nous constatons dans le sang de la gencive.

Aussi a-t-il pensé que cette sulfuration sanguine au niveau des capillaires terminaux était le point névralgique de l'explication pathogénique de la stomatite.

On peut voir des accidents analogues à ceux de la stomatite bismuthique ailleurs que dans la bouche.

Clément Simon a en effet déjà fait une communication des plus intéressantes à la Société de Dermato-Syphiligraphie, le 12 janvier 1933, se rapportant à un cas de cervico-vaginite ulcéro-membraneuse bismuthique observé chez un malade présentant par ailleurs une stomatite bismuthique.

Les lésions minutieusement décrites par cet auteur, absolument comparables à celles de la bouche, ne laissaient aucun doute sur leur nature bismuthique.

Paul POIRIER.

LOUSTE, RABUT. — L'acétate de Thallium dans le traitement des teignes à l'école Lallier. Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, mai 1934.

Au cours des années juin 1931 à juin 1933, les auteurs ont largement expérimenté le traitement des teignes par l'acétate de Thallium en pratiquant 135 cures.

Les doses employées étaient de 7 et de 8 milligrammes par kilogramme du poids du malade, se servant des produits de différentes maisons, de Poulenc, de Kalboum et de Merck.

Contrairement à ce qui fut écrit, il a semblé que la chute ne présente aucune prédilection pour les cheveux malades. La chute, beaucoup moins franche qu'avec des rayons X, ne s'est jamais faite spontanément pour les cheveux malades. Il n'y eut pas d'accidents sérieux mais plusieurs légers.

Mais dans l'ensemble les résultats ont été médiocres puisqu'ils ont donné 53% d'échecs.

Paul POIRIER.

E. RAMEL. — Du traitement biologique de certaines tuberculoses cutanées par un extrait glycéринé total de sang de mouton. Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, mai 1934.

L'auteur, professeur à la Clinique dermatologique universitaire de Lausanne, apporte le fruit de son expérience des essais thérapeutiques qu'il a pratiqués depuis deux ans.

La composition chimique de la solution mère destinée au traitement externe est la suivante:

| | |
|---|-------|
| Plasma de mouton hémolysé, préparé | 0.79 |
| Solution isotonique de chlorure de sodium | 1.70 |
| Chlorure de magnésium | 0.003 |
| Fluorure de sodium | 0.004 |
| Phosphate monopotassique | 0.003 |
| Glycérine neutre chimiquement pure | 2.50 |

(Elle est connue dans le commerce sous le nom de Diatergol.) Les succès obtenus ont été des plus encourageants.

Paul POIRIER.

PHTISIOLOGIE

CHOWN, BRUCE, MEDOVY. — **Tuberculose pulmonaire de l'enfance.**
The Canadian Medical Association Journal, octobre 1933.

L'enfant ou le nourrisson atteint de T.B.P. est communément bien portant, apyrétique, vigoureux et joyeux. Occasionnellement il tousse; cependant il n'expectore pas, ne transpire pas la nuit, ne crache pas le sang. L'examen physique du thorax ne révèle habituellement rien: quelquefois de la submatité et une respiration diminuée. Pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire de l'enfant, il faut recourir nécessairement à la cuti-réaction et à la radiographie.

La cuti-réaction prouve que la personne réagissant à la tuberculine héberge un foyer tuberculeux quelque part dans l'organisme. Le fréquence avec laquelle les auteurs ont trouvé cette pépîte pulmonaire incite à radiographier tout enfant à cuti-réaction positive et en plus demande l'examen soigneux de tous les contacts. Invariablement la radiographie pulmonaire d'un enfant à cuti-réaction positive, vivant au milieu de tuberculeux évolutifs, révélera la présence d'une lésion pulmonaire. Par contre l'évidence d'une lésion récente ou cicatrisée sera découverte radiographiquement chez la moitié des enfants à cuti-réaction positive si aucun contagé tuberculeux ne peut être déposé dans l'entourage de ces mêmes enfants.

L'enfant sans histoire de contagé qui ne réagit pas à 0.01 milligramme de tuberculine intradermique (Mantoux) après 48 hrs peut être considéré non tuberculeux.

La radiographie pulmonaire de l'enfant est difficile à lire: l'erreur la plus fréquente est l'interprétation d'ombres hilaires normales comme adénopathies hilaires. Les nodules lymphatiques du poumon, et spécialement ceux dont nous parlons, sont rarement des nodules calcifiés faciles à diagnostiquer. Certains termes, trop fréquemment employés: réaction péri-bronchique, en chapelet, hiles chargés, n'existent pas pathologiquement et doivent être considérés plus souvent des variations techniques et non des états morbides. Les glandes tuberculeuses de l'enfant seront diagnostiquées radiographiquement si elles bombent le contour médiastinal ou si elles contiennent du calcium. C'est particulièrement chez le nourrisson que le développement en masse des

glandes, soit d'un côté ou de l'autre de la trachée, peut donner une image "en chapelet" en marge de l'ombre médiastinale. L'ombre peut être méprise pour une hypertrophie du thymus; l'erreur technique de radiographier un enfant en expiration forcée fait apparaître un médiastin pathologiquement élargi alors qu'il est normal. L'adénopathie hypertrophique du hile en marge du médiastin est un élément de diagnostic: toutefois la preuve de la présence de glandes tuberculeuses réside dans la calcification. Les glandes, soit parenchymateuses, soit hilaires rarement se calcifient suffisamment pour projeter des ombres. Il faut rechercher les ombres pommelées produites par le nodule calcifié le long de la bronche-souche, à sa bifurcation. Souvent ces nodules ne seront visibles qu'en position oblique.

Les lésions pulmonaires peuvent conduire à certaines interprétations erronées et quelques types sont aisément exagérés. Les auteurs ne savent pas quand une lésion primaire peut être démontrée. Ils ont vu de petites lésions parenchymateuses de la grandeur d'une pièce de 10 sous et qui ont régressé sous observation, laissant un léger dépôt de calcium: ils pensent que ceci correspond au type de légère infection. Plus communément, on voit une ombre "en éventail" enveloppant tout un lobe: ceci ressemble beaucoup au bloc pneumonique. L'ombre est habituellement homogène et tranchée par ses bords; occasionnellement les bords sont plus diffus et se perdent dans les ombres pulmonaires normales: expérimentalement les lésions à bords tranchés se résolvent plus rapidement que les autres. Dans aucun cas ces lésions se résolvent en 9 à 24 mois. Malgré l'apparence alarmante de quelques-unes de ces lésions à image cavitaire "mangée par les mites", nous sommes surpris que tout disparaisse à mesure que la cicatrisation progresse. A la vérité, on est continuellement étonné de l'étendue des lésions révélées par la radiographie et du nettoyage complet qui apparaît avec leur résolution.

Quand ces lésions massives se sont nettoyées, que reste-t-il? Habituellement un léger nodule calcifié avec quelques ombres "écailles de poisson" ou "tige de paille" à départ hilair; quelquefois une pachypleurite soit périphérique, soit interlobaire est évidente. Dans aucun cas, le résidu est surprenamment petit comparativement à la grosse lésion originale.

Le traitement consiste dans la prévention d'une surinfection. De courts séjours au lit sont occasionnellement nécessaires à cause de la fièvre. Le repos, une nourriture substantielle et un sommeil normal, selon l'âge de l'enfant, le bon air, sont les conditions essentielles du traitement.

Le pronostic de la tuberculose de primo-infection est excellent pourvu que rien ne soit laissé au hasard.

Le film de réinfection tuberculeuse de l'enfance ne diffère pas de celui de l'adulte. Pour les lésions apicales du type adulte, diverses méthodes de repos et de collapsothérapie doivent être instituées précocement dans un hôpital-sanatorium et, même alors, le pronostic est grave.

La collapsothérapie offre une chance: les auteurs tentent le pneumothorax à aucun âge s'il est requis.

En conclusion, les auteurs appuient fortement sur la part importante que joue la réinfection familiale déterminant une issue fatale chez des enfants tuberculeux dont le pronostic sera bon par ailleurs.

André DUMONTIER.

SOCIÉTÉS

Procès-verbal de la huitième séance de
LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTREAL
tenue à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, le 1er mai 1934,
à neuf heures.
Présidence de M. Eugène DUFRESNE.

1° **L'état mental des parkinsonniens post-encéphaliques**, par le Dr Paul LARIVIERE.

Après avoir donné un résumé des séquelles neurologiques de l'encéphalite épidémique, le rapporteur fait une étude de l'état mental de ces sujets; 1o. Les symptômes classiques: troubles du caractère, perversion sexuelle, tentatives de suicide, bradypshychie; 2o. Les symptômes connus, mais où une mise au point est nécessaire: ainsi, l'affaiblissement intellectuel, souvent très léger, mais constant; affectivité visqueuse; crises oculogyres. 3o. Symptômes plus rares, plus récemment décrits; les états hallucinatoires: états oniriques à caractère nocturne, anxiété fréquente, illusions de fausse hallucination; les délires paranoïdes: symptômes comparables à la démence précoce paranoïde.

Le rapporteur insiste sur l'importance du *datura stramonium* dans le traitement de ces malades.

En conclusion, M. Larivière insiste sur l'importance, pour le clinicien, de ne pas négliger les états confusionnels oniriques, symptômes fréquents d'encéphalite; de bien examiner les troubles du caractère hystérisiforme avant de porter le diagnostic de pithiatisme; de traiter longuement et patiemment les parkinsonniens: L'importance des symptômes psychiatriques dans les maladies infectieuses. La psychiatrie doit se rattacher à la pathologie générale.

Discussion: M. de BELLEFEUILLE remercie le docteur Larivière pour l'étude de cette question et insiste sur le danger du suicide chez ces malades.

2° **Présentation de malades — réflexions**, par M. Emile LEGRAND.

M. Legrand présente et discute le cas d'une jeune fille *choréique* qui souffre d'*hallucinations lilliputiennes*. Le rapporteur insiste sur cette forme hallucinatoire qui apparaît à la suite d'états infectieux.

Discussion: M. de BELLEFEUILLE a constaté plusieurs fois ce symptôme dans des psychoses survenant à la suite d'infections et d'intoxications. La réaction affective de ces malades est gaie.

3° Autoplastie pour cicatrice vicieuse, par M. Eugène DUFRESNE.

M. Dufresne présente un malade qui a souffert de *lupus* pendant 15 ans, avec perte du nez, de la plus grande partie des oreilles, présente de nombreuses cicatrices dont une tient l'épaule accolée à la mâchoire et détermine des électropions énormes, un allongement et une déviation de la bouche.

Après avoir éliminé le diagnostic de lèpre (le malade a habité Tracadie pendant son enfance), le rapporteur a entrepris, le 7 septembre dernier, de corriger la déformation de l'épaule. Une incision transversale, sur plus de la moitié de la circonférence du cou a créé une plaie énorme, qu'il a comblée par une autoplastie prise dans le dos. Le quart ($\frac{1}{4}$) antérieur de l'autoplastie s'est sphacélé dans les quelques jours qui ont suivi l'opération. Les sutures qui restaient semblaient solides; elles avaient guéri par première intention, quand un mois et demi plus tard, à la suite d'une crise de violence du malade, elles se sont presque toutes désunies. Il en résulte des plaies qui bourgeonnent lentement et ne sont pas guéries après six mois de traitement. En février, il a fait un érysipèle qui a mis ses jours en danger. Le pouvoir de cicatrisation semble tellement ralenti, chez ce malade, que l'auteur n'a pas osé lui faire de greffe ou d'autre autoplastie.

En somme, le malade n'a gagné, de son opération, que d'avoir les épaules sur le même plan, au prix de pansements quotidiens douloureux et ennuyeux, pendant un an, et un menton plus bridé qu'auparavant.

Discussion: M. P. SMITH croit que, à tout considérer, le résultat obtenu est bon. Il fait des suggestions au sujet de la possibilité de nouvelles greffes.

M. BOULAIS, après examen du malade, n'a constaté aucune lésion de *lupus* en évolution, donc aucune réactivation.

M. Léon GERIN-LAJOIE cite quelques cas de plastie de la face opérés par le docteur J.-N. ROY. Il suggère l'emploi du nez de cadavre.

4° Famille psychopathique avec réactions anti-sociales, par M. Omer NOEL.

Le rapporteur présente à la considération des membres de la Société une étude très complète des membres d'une famille dont le père et la mère eurent, récemment, le triste avantage d'être cités dans la presse au sujet d'une accusation de mauvais traitements infligés à une de leurs fillettes.

Le Dr Noël, en présentant les cas individuellement, fait ressortir l'état de déficience mentale de chacun d'eux et démontre qu'il existe un très grave problème à considérer, c'est-à-dire, la progéniture de ces déficients.

Discussion: M. Léon GERIN-LAJOIE propose que la question de stérilisation des débiles mentaux soit étudiée à une séance ultérieure.

M. Antonio BABEAU: la Société de Philosophie de l'Université de Montréal est actuellement à étudier cette question et invite les membres de la Société Médicale à y assister.

M. E. DUFRESNE: Le côté moral de cette question est d'une très grande importance. Il cite les exemples d'hommes supérieurs issus de familles présentant de la déficience psychique.

5° Puérilisme mental, par le professeur de BELLEFEUILLE.

Il s'agit d'un syndrome mental signalé d'abord par Dupré, puis décrit par René Charpentier, syndrome caractérisé par la mentalité, les réactions, les habitudes, le caractère et le langage d'un enfant chez un adulte.

Pathogénie: dans les premiers mois, l'enfant est un être dont les mouvements sont déterminés par des réflexes. Il n'y a, à ce moment, ni conscience, ni compréhension, ni volonté. Peu à peu, ces diverses facultés se développent et les mouvements deviennent, par degrés, conscients, volontaires et adaptés à un but défini. Le développement intellectuel peut être représenté par un graphique ascendant, stationnaire et descendant. La démence est un état de régression des facultés intellectuelles qui amène le sujet au stade infantile, au point que certains travaux ont été faits sur l'âge mental des déments, entre autres par le Dr Simon, ayant pour collaborateur M. Paul Larivière. La démence pourra apparaître très tôt chez le dément précoce, vers 40 ans chez le paralytique général, ou après 60 ans, chez le dément sénile. Or, le puérilisme se rencontre chez l'adulte arriéré, parce que son psychisme a été arrêté dans son développement à un âge mental d'enfant: 5, 6 ou 8 ans. Donc, le puérilisme mental se rencontre également à l'autre extrémité du clavier intellectuel, c'est-à-dire chez l'adulte en démence.

6° **La mélancolie**, par le Dr DECARIE.

M. DECARIE fait une étude des manifestations de cette psychose. Pour illustrer sa communication, il présente plusieurs malades.

7° **Corps étrangers de l'estomac**, par M. E. DUFRESNE.

Le rapporteur présente un morceau de fer-blanc, plié de façon à avoir $2\frac{3}{4}$ " de long, un pouce de large et une ligne d'épaisseur, avec des angles pointus et coupants et un bord présentant des aspérités. Le corps étranger a fait la descente de l'œsophage en trois jours et fut enlevé par gastrotomie. Il n'a pu être tiré par œsophagoscopie parce qu'une des aspérités regardait en haut et accrochait la muqueuse de l'œsophage.

M. DUFRESNE insiste: a) sur le fait étonnant qu'un objet de ce volume et de cette forme ait pu traverser l'œsophage et séjourner quelques heures dans l'estomac sans causer des dégâts sérieux; b) sur la facilité et la bénignité de la gastrotomie, opération courte et facile, non choquante et qui guérit en moins de dix jours.

LA SEANCE EST LEVEE A 11.45 HRS.

Louis FORTIER, M. D.,
Secrétaire des séances.



SOCIÉTÉ DE PHTISIOLOGIE

Séance du 14 mars 1934

Présidence de M. JARRY

Le premier travail à l'étude est: "ULCÈRE TUBERCULEUX DE LA MUQUEUSE JUGALE" par le docteur Boulais. Présentation de malade, lequel fut guéri de son affection par les sels d'or. Le malade vit, son poids augmente de 116 à 137 livres, a repris son travail et se porte à ravir.

Deuxième malade, âgé de 30 ans, présente un ulcère tuberculeux du cou depuis dix-neuf ans, un autre, à l'angle du nez, depuis trois ans. Diagnostic confirmé d'ailleurs, comme chez le jeune malade, par la biopsie. Rien au poumon. Soumis à l'aurothérapie n'obtient qu'un demi-succès, car on a dû suspendre tôt le traitement, vu l'apparition d'une stomatite louche à chaque nouvelle injection. Les cordes vocales restent suspectes.

En discussion le docteur Mignault conseille d'employer sur la dernière malade le *Solgonal b*; peut-être sera-t-il mieux toléré.

Le second travail à l'étude est: "ESSAI DE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE PAR LA RADIOTHERAPIE". Interprétation radiographique par les docteurs Dufresne et Jutras de l'Institut du Radium.

Après une revue succincte des méthodes anciennes et nouvelles prônées dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, le docteur Dufresne se demande honnêtement si l'électricité, tant sous forme de diathermie, rayons ultraviolets ou même rayons X, ne pourrait pas être de quelque utilité dans le traitement de certaines formes de tuberculose.

Déjà en 1923, le docteur Gendreau tentait, avec prudence, il va sans dire, de refroidir les lésions pulmonaires tuberculeuses par l'application de rayons X. Depuis on a renouvelé, étendu l'expérience, et déjà une cinquantaine de cas améliorés prouveraient en faveur de la méthode. On a chez tous ces cas combiné la diathermie pulmonaire à doses modérées avec l'actinothérapie et les sels de chaux absorbés pendant les mois que dure le traitement, enfin radiothérapie prudente.

On a jusqu'ici employé la lampe à arc, de préférence à la lampe à mercure, pour actinothérapie. Ces méthodes amèneraient, en même temps qu'une modification du P. H. sanguin, la formation plus rapide, plus étendue de tissus conjonctifs d'encroûtement.

On a même, dans quelques cas, eu recours à la stérilisation de tuberculeuses avec des effets fort intéressants sur les lésions pulmonaires.

Suit l'histoire de quelques malades, avec indications abrégées des résultats obtenus. Puis le docteur Jutras, radiologiste à l'Institut du Radium, fait

défiler sous nos yeux les radiographies correspondant à chacun des cas plus haut passés en revue.

En discussion, le docteur Mignault félicite les rapporteurs.

Le docteur Laurier: Avez-vous eu à déplorer comme conséquence des traitements plus haut mentionnés, des hémoptysies mortelles?

Le docteur Cholette: Avez-vous traité des malades qui suivaient concurremment la cure de repos?

Le docteur Bertrand se dit très intéressé sans plus. Il reste encore et toujours partisan de la collapsio-thérapie chaque fois que le cas s'y prête. Quant à la stérilisation, tentée chez certaines malades, il croit que c'est une méthode de traitement condamnée tout à fait, et par l'Église et par la nature, tout au moins chez les femmes jeunes encore.

Le docteur Lasalle Laberge: Recommanderiez-vous la méthode, même chez les tuberculeux pulmonaires franchement évolutifs?

Le docteur Mignault: Quant à l'action du calcium, pour hâter la cicatrisation des lésions tuberculeuses, il a voulu tirer la question au clair à l'hôpital du Sacré-Cœur; il a choisi 120 malades, dont 60 ont absorbé des sels de chaux à haute dose avec exposition à la lampe à mercure. Les 60 autres agissaient comme témoins. Chez les cas traités par l'Ergostérol et la lampe à mercure comme chez les autres, le taux du calcium sanguin a monté durant les mois d'été pour décroître en septembre, novembre et décembre. Cette augmentation du calcium sanguin serait donc plus attribuable au soleil du bon Dieu et à la diète plus abondante en légumes verts dans ces mois, qu'à l'Ergostérol et à la lampe à Mercure.

Les cas dont les radiographies nous furent montrées étaient tous des fibreux, chez lesquels les lésions étaient à peu près figées.

Dans le cas de pleurésie que vous nous avez fait voir, s'agissait-il bien d'une pleurésie tuberculeuse?

Les rapporteurs traitaient-ils aussi bien des cas avancés avec tendance hémoptoïque?

Le docteur Jutras: On n'a traité jusqu'ici que les tuberculeux torpides ne présentant aucun symptôme menaçant.

Toutes les formes évolutives ulcéro-caséuses sont dirigées ailleurs. Les malades traités étaient tous des malades ambulants. On n'a jamais eu à déplorer d'hémoptysie grave.

Le docteur Comtois félicite les rapporteurs: La méthode telle qu'employée à l'Institut du Radium rend le partage au mérite difficile, sinon impossible. Est-ce la diathermie, l'actinothérapie, qui agit? Sont-ce les rayons X? — Il croit que pour prouver l'action des rayons X, il faudrait n'employer que la radiothérapie. On a obtenu des résultats intéressants à l'hôpital Sainte-Justine, dans des cas d'asthme, séquelles de pneumonie ou dans les pneumonies franches.

Toutefois, il est bien d'opinion qu'il ne faut employer que de très petites doses de rayons X, doses non résolutive, mais simplement stimulantes, et chez des cas très au début et encore.

Le docteur Bertrand suggère qu'on rapporte les cas de tuberculose en traitement ou qui se présentent au dispensaire pour traitement, au Service Social de l'Institut Bruchési.

Le docteur Dufresne répond au docteur Cholette: Nous n'hospitalisons pas les malades en traitement, nous recommandons, autant qu'il se peut, la cure à domicile.

Au docteur Bertrand: N'est pas du tout opposé à la collapsothérapie; au contraire, explique qu'ils ont affaire la plupart du temps à des malades ultra-pauvres qui résident dans le quartier, et pour lesquels on a voulu tenter quelque chose.

Au docteur Mignault: Nous n'avons fait aucune recherche spéciale à propos du calcium sanguin. Nous nous sommes fiés au travail fait ailleurs. Quant à la lampe employée, il croit que la lampe à arc doit être préférée à la lampe à mercure. Les rayons courts de la lampe à mercure seraient, semble-t-il, abiotiques et contrecarreraient plutôt même l'absorption de calcium dans le sang.

Au docteur Comtois: N'a employé que de très petites doses espacées de rayons X.

Au docteur Lasalle Laberge: nous n'avons traité que des cas peu évolutifs; mais évolutifs tout de même. Les rayons X ne sont pas à craindre même chez les hémoptoïques étant donnés à petites doses.

Le docteur Mignault mentionne le fait que l'intérêt du travail est surabondamment prouvé par les nombreuses questions posées.

Il est proposé par le docteur Grenier que les Drs Dufresne et Jutras soient élus membres de cette société. Le docteur Jutras remercie.

La séance est levée, à 11 hrs.

Séance du 11 avril 1934

Présidence de M. JARRY

La première communication à l'étude est: "THORACOPLASTIE ET PHRENICECTOMIE", leur indication respective, par le docteur Archibald, de l'hôpital Royal-Victoria.

Le docteur Mignault, en quelques phrases délicates, présente le conférencier.

Les chirurgiens, dit en substance le docteur Archibald, ne doivent choisir, pour tenter une thoracoplastie, que les bons cas chroniques. Et sur quels signes doit se baser le chirurgien pour opérer le triage judicieux des malades? Rechercher d'abord les cicatrices d'anciennes lésions tuberculeuses avec déviation de la trachée et du médiastin, du cœur et même immobilisation relative des côtes.

Deuxième catégorie: cas discutables, sub-fébriles avec pouls rapide et nouvelle lésion du poumon sain jusque là.

Troisième classe: mauvais cas chroniques qui glissent à la mort.

Il faut sans hésiter écarter tous les cas qui n'impriment sur la graphie aucune réaction fibreuse bien accentuée, car ce qui au début a donné de mauvais résultats à la thoracoplastie fut justement d'accepter de ces cas inappropriés.

Ne sont d'ailleurs susceptibles d'une thoraco que les cas impropres au pneumo. Ne jamais entreprendre la thoraco sans connaître à fond l'histoire du malade, sa résistance.

De cette étude approfondie du cas dépend le succès ou la faillite de l'opération. Ainsi dans les cavités apicales, qui, après 6 mois, ne se sont pas fermées, alors que les autres lobes restent sains, la thoraco est à recommander, à moins qu'un Jacobéus soit possible.

Pour les cavités de la base, ne pas se résoudre trop vite à une phrénic.

Dans les cavernes adjacentes à la paroi, avec cloison mince, craindre une perforation qui conduirait à l'empyème intarissable.

Mais l'empyème constitué, si après plusieurs inspirations le pus récidive, l'iléothorax même doit céder le pas à la thoraco.

Dans l'empyème encore où le pus s'épaissit au point de ne pas être évacué, il faut sans hésiter recourir, et formellement, à la thoraco. Dans les empyèmes à infection associée, avec température en clocher, installer un drain à demeure et si après six mois, un an, les patients ont une bonne résistance, recourir sans hésiter à la thoraco pour tarir cet intarissable abcès.

Même, dans ces cas, il est nécessaire d'enlever la plèvre qui, épaissie, laisserait subsister, même après une thoraco, une cavité d'importance.

La phrénicectomie est une opération facile qu'on a faite à tort et à travers comme préparation à la thoraco pour éprouver le poumon sain jusque là. Le docteur Archibald a à son actif 200 ou 300 phrénicectomies depuis 7 ou 8 ans et ce soir, il nous donne le résultat de son expérience. Dans les lésions de la base, non extensive ou du type non fibreux, la phrénicectomie est à recommander.

Dans les lésions du sommet où la cavité ne dépasse pas 2 c.c. en étendue, avec parois épaissies, la phrénicectomie peut à la rigueur donner un bon résultat; mais pour les vastes cavernes du sommet avec parois épaissies, la phrénicectomie serait parfaitement inutile et la thoracoplastie reste l'opération de choix.

La thoracoplastie du type inférieur, pour des lésions limitées à la base, est en train de supplanter la phrénicectomie, et c'est tant mieux. Après une phrénicectomie, si la cavité pour laquelle on l'a faite s'étend, recourez à la thoracoplastie, sinon vous aurez sur la conscience la mort d'un patient.

La phrénico d'ailleurs n'est pas sans danger. Il est arrivé d'extirper un nerf autre que le phrénique. La phrénico amènerait par ailleurs en même temps que la paralysie du diaphragme des troubles stomacaux très embêtants et même la mort. Le reproche le plus marqué que l'on pourrait faire à la phrénic serait de ne pas donner les résultats attendus et de n'être souvent qu'un préliminaire à la thoraco. Sur 24 cas de phrénic, 16 cas n'ont montré aucune amélioration sensible, 6 furent légèrement améliorés, 2 virent leur lésion s'étendre. Dans la plupart des cas les cavités s'agrandirent. Souvent encore, après une amélioration passagère, l'état du malade empira.

Le docteur Archibald fait ensuite défiler sous nos yeux des films d'un intérêt extraordinaire.

En discussion le docteur Jarry félicite le docteur Archibald. Il demande à ce dernier s'il lui est advenu d'observer à la suite d'une phrénico des dégénérescences du diaphragme, avec hernie des organes abdominaux.

Le docteur Bertrand remercie le docteur Archibald et mentionne que 130 phrénico ont été faites à date à l'Institut.

Docteur Vidal demande au docteur Archibald quelle est son expérience dans les phrénico, combinées avec le pneumo.

Monsieur Mignault: Si le docteur Archibald estime que les cœurs infantiles soient une contreindication à la thoraco.

Le docteur Archibald répond oui: au docteur Jarry, eut la chance à Toronto de voir les pièces montrant ces dégénérescences diaphragmatiques et ces hernies.

Au docteur Vidal: La phréni en combinaison avec le pneumo paraît utile dans les cas d'adhérences diaphragmatiques ou dans les cas où l'on peut aider au pneumo ou espacer les séances de pneumo.

Docteur Mignault: A l'habitude de redouter les cœurs infantiles lorsqu'il s'agit de faire une thoraco. Ces malades font d'habitude une convalescence plus longue.

Le docteur Cholette, secrétaire général, vient ensuite présenter le rapport des activités de la Société depuis sa fondation. Suit le rapport du trésorier; les finances de la Société sont prospères, mais à son avis les membres s'y fient pour ne payer que très parcimonieusement leur contribution.

On procède aux élections des officiers pour l'année à venir.

| | |
|---------------------|-----------------------------|
| Le docteur Bertrand | est élu président |
| “ “ Vidal | “ “ vice-président |
| “ “ Cholette | “ “ secrétaire général |
| “ “ Dumontier | “ “ trésorier |
| “ “ Ladouceur | “ “ secrétaire des séances. |

Le secrétaire: CHOLETTE.



NOUVELLES

FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE MONTREAL

ELECTIONS ANNUELLES

Doyen: M. T. Parizeau.

Vice-doyen: M. B.-G. Bourgeois.

Secrétaire: M. E.-P. Benoît.

Bureau exécutif: MM. Asselin, Dubé, LeSage et P. Masson.

DIPLOMES DE 1934

Nous publions la liste des nouveaux médecins qui ont reçu le titre de "Docteur en Médecine de l'Université de Montréal" en mai 1934, ainsi que le serment qu'ils ont prêté en cette occasion, issu du serment d'Hippocrate, que nous publions également.

(I) DOCTEURS EN MEDECINE

| | |
|--------------------------|----------------------------|
| Archambault, Paul | Hébert, Gustave |
| Archambault, Viateur | Julien, Fernand |
| Autotte, Edmond-Esdras | Labarre, Léon |
| Beaudoin, Lucien-Gaston | Lachance, Robert-Evariste |
| Boucher, Paul-Emile | Lacharité, Maurice |
| Brassard, Victor | Laporte, Louis-Philippe |
| Carle, Alfred | Legault, Jean-Paul |
| Cartier, Paul-Henri | Limoges, Joseph-Ernest |
| Cartier, Georges-Etienne | Lynch, Maurice |
| Cartier, Jacques | Marchand, Claude-Arthur |
| Christin, Roland | Martineau, Emile |
| Cyr, Roméo. | Martin, Paul |
| Delorme, Alexandre | Morin, J.-Gérard |
| deSève, Alain | Poirier, Roger |
| Dubuc, Léopold | Rabinovitch, Isaïe |
| Duhamel, Georges-Henri | Rabinovitch, Samuel |
| Dumas, Paul | Séguin, Fernand |
| Farley, Victor | Soucie, Guillaume |
| Flanz, Joseph | Trépanier, François-Basile |
| Gauthier, Herman | Valiquette, Hugo |
| Gervais, Gérard | |

Avec distinction (Cum laude)

| | |
|--------------------------|-----------------------------|
| Bonnier, Maurice | Grignon, Paul-Henri |
| Charest, Gustave | Lapointe, Roland-François |
| Desnoyers, Marius-Irénée | St-Germain, Jos.-Prud'homme |
| Duval, Alfred | Tittley, Josaphat-Romain |

Avec grande distinction (Magna cum laude)

Bertrand, Guy
Robinson, Henri

(II) LAUREATS

| | |
|--|------------------------------|
| <i>Médaille du Lieutenant-gouverneur de la Province</i> | Henri Robinson |
| <i>Prix Lachapelle</i> | Alain DeSève |
| <i>Prix Hingston</i> | Henri Robinson |
| <i>Prix des Laboratoires Nadeau:</i> | |
| 1er prix | Guy Bertrand |
| 2ème prix | Herman Gauthier |
| <i>Prix du Canadian Medical Institute</i> | Maurice Bonnier |
| <i>Prix de Pédiatrie</i> | Guy Bertrand |
| Offert par l'Hôpital Sainte-Justine pour 1932-33 | |
| <i>Prix de la Banque d'Épargne (1932-33)</i> | Henri Robinson, Alain DeSève |
| <i>Médaille du Gouvernement français (1932-33)</i> par l'entremise de l'Institut Scientifique franco-canadien | Léopold Morissette |

PRESTATION DU SERMENT,

par les docteurs en médecine.

Conscient des devoirs et des responsabilités qui m'échoient dans la carrière que j'ai embrassée, soucieux de faire honneur à l'Université qui m'a formé et au corps professionnel dont je serai désormais un membre, je promets et je jure solennellement d'exercer mon art en toute conformité avec les règles de la plus stricte morale; je jure de garder le silence sur les secrets que pourrait m'apprendre l'exercice de ma profession; je promets de maintenir ma vie de médecin en accord parfait avec les règles de la dignité et de l'étiquette professionnelles.

Que Dieu me soit en aide.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Je jure par Apollon médecin, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et par toutes les déesses que je prends ici à témoin, que de toutes mes forces et en pleine conscience, je tiendrai entièrement mon serment et les engagements suivants: que je respecterai mon maître dans cet art, comme je respecte mes parents, que je partagerai avec lui mon avoir et lui donnerai tout ce dont il aura besoin, que je considérerai ses descendants comme mes frères par le sang et, qu'à mon tour, je leur enseignerai cet art sans rétribution ni condition aucune, que je donnerai libre accès aux connaissances et à l'enseignement de toute la discipline à mes fils en premier, puis aux fils de mon maître, puis à tous ceux qui, par écrit et par serment suivant la loi médicale, se déclarent mes disciples, et à nul autre. En ce qui concerne la guérison des malades, je leur ordonnerai des diètes de mon mieux d'après mon opinion, et je me tiendrai loin de tout mal et de toute injustice. Je ne me laisserai induire par la prière de qui que ce soit à administrer un poison ou à donner un conseil dans une circonstance semblable. Je ne mettrai à aucune femme d'appareil dans le vagin pour empêcher la conception ou le développement d'un enfant. Je considérerai comme sacrés ma vie et mon art. Je ne pratiquerai pas l'opération de la taille, et quand j'entrerai dans une maison, je n'y entrerai que pour le bien des malades, je m'abstiendrai de toute action injuste et je ne me souillerai, par lasciveté d'aucun contact soit avec des femmes, soit avec des hommes libres, soit avec des affranchis, soit avec esclaves. Tout ce que j'aurai vu ou entendu au cours de la cure ou en dehors de la cure dans la vie courante, je le tairai, je le garderai toujours pour moi comme un secret, et il ne me sera pas permis de le dire. Si je tiens fidèlement, intégralement ce serment, que je puisse obtenir une vie heureuse et un avenir heureux dans l'exercice de mon art et qu'on me couvre toujours de louanges; mais, si je dois manquer à mon serment, ou jurer le faux, puissé-je avoir un sort contraire!"

Ce serment montre à quel degré de hauteur morale était déjà arrivée, à l'époque des premières écoles médicales grecques, la conception qu'on se faisait de l'exercice de la médecine.

LE CONGRES DE LA COLIBACILLOSE, DES INFECTIONS ET DES INTOXICATIONS D'ORIGINE INTESTINALE.

CHATEL-GUYON, 23 et 24 septembre 1934.

Nous rappelons que ce Congrès, organisé par la Société des Médecins de Châtel-Guyon et la Société des Eaux, en collaboration avec les principaux groupements de la Station, aura lieu les dimanche 23 et lundi 24 sept. 1934.

Ces journées médicales ont été placées sous la présidence d'honneur des professeurs ACHARD, LEGRY et H. VINCENT de l'Académie de Médecine.

Le professeur Paul CARNOT, membre de l'Académie de Médecine, professeur de Clinique médicale à l'Hôtel-Dieu de Paris, a bien voulu accepter la présidence générale du Congrès.

Les différentes sections auront comme présidents:

Section Médicale: professeur J. CASTAIGNE.

Section Chirurgicale: professeur HETZ-BOYER.

Section de Thérapeutique: professeur M. LOEPER.

Section d'Hydrologie: professeur VILLARET.

Vice-présidents: MM. les professeurs d'Hydrologie et Directeurs des Instituts d'Hydrologie des Facultés et Ecoles de Médecine de France.

Rapporteurs:

Professeur Heitz-Boyer (de Paris): Le Syndrome entéro-rénal.

Professeur R. Debré (de Paris).

Professeur Brulé et docteur Garban (de Paris): Rétention hépato-biliaire des affections intestinales.

Professeur Chiray (de Paris) et professeur Lebon (d'Alger): Les Intoxications d'origine intestinale.

Professeur Guy Laroche (de Paris): L'indoxylurie au cours des affections intestinales.

Docteur Goiffon (de Paris): Renseignements fournis par le laboratoire dans les syndromes colibacillaires.

Professeur Mouriquand (de Lyon) et Mlle Schen: Infections colibacillaires chez l'enfant.

Professeur Laporte et docteur Planque (de Toulouse): Les troubles nerveux des affections intestinales.

Professeur Vaucher et docteur Kabacker (de Strasbourg): Les septicémies colibacillaires.

Professeurs Chauvin et Jean Piéri (de Marseille): Les localisations génitales du colibacille chez l'homme.

Professeur A. Guillemin (de Nancy): Colibacillose et gynécologie.

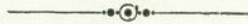
Docteur Desgeorges (de Vichy): L'évolution à longue échéance des infections colibacillaires chroniques.

Professeur Damade (de Bordeaux): Thérapeutique médicale des Infections et des Intoxications intestinales.

Professeur Duhot (de Lille): Thérapeutique hydrominérale des infections et des intoxications d'origine intestinale et de leur retentissement sur l'organisme.

Inscriptions au Congrès.—Le prix de la cotisation est fixé à 50 frs pour l'une et l'autre catégorie de congressistes. Elle doit être envoyée en même temps que l'adhésion, au Secrétariat administratif du Congrès, M. Juin, Châtel-Guyon.

Renseignements.—Docteur D. BALME, secrétariat général du Congrès de Châtel-Guyon, Les Grands Thermes, Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme).



SUPPLÉMENT

L'ANTIPHLOGISTINE**DANS LE****RHUMATISME**

Les affections inflammatoires ne sont pas particulières à l'hiver non plus que le rhumatisme une maladie saisonnière; par conséquent, quelle que soit la saison, l'Antiphlogistine joue un rôle thérapeutique important dans le traitement du rhumatisme articulaire et de toute autre manifestation rhumatismale.

Sa chaleur humide prolongée (de 12 à 24 heures), les propriétés d'osmose et d'exosmose de ses composants contribuent à améliorer le métabolisme local, à favoriser la résorption des états inflammatoires articulaires musculaires et à faciliter le retour des mouvements dans les articulations.

D'où soulagement et bien-être.

MM. les Médecins trouveront donc dans l'Antiphlogistine une aide précieuse contre tous les cas d'inflammation interne ou externe.

A. WANDER LIMITED, OUVRENT UN BUREAU A TORONTO.

A. Wander Limited, manufacturiers d'Ovaltine, de Peterborough, Canada, et London, Angleterre, annoncent qu'ils ont ouvert un bureau à Toronto, 7 ouest, rue Adélaïde, suite 308. Téléphone: Elgin 9669. La compagnie Wander Limited a aussi des bureaux à Montréal, Winnipeg et Vancouver.

L'Union Médicale du Canada

Fondée en 1872

Comité de Direction

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

Président: L. de L. Harwood; Vice-Président: B.-G. Bourgeois;
Secrétaire-Trésorier: J.-A. Vidal. Membre d'honneur: Professeur Pierre Masson.

Comité de Rédaction

MM. Amyot, Roma; Badeaux, François; Bellerose, Antonio; Bertrand, Albert; Brault, Jules; Deguise, Albert; Desloges, Alfred; Doré, Réal; Dubé, Edmond; Fauteux, Mercier; Fontaine, Rosario; Lapierre, Gaston; Legrand, Emile; Letondal, Paul; Magnan, Arthur; Mathieu, Emile; Pepin, Roméo; Rivard, Jos.; Saucier, Jean; Simard, Charles; Trottier, Ernest.

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

ONT COLLABORE AU VOLUME DE 1933:

Amyot, (R.), Archambault, (P.-A.), Archambault, (P.-R.), Barbeau, (A.), Baril, (Geo.), Barry, (Gaétan), Baril, (H.), Bellerose, (A.), Bernier, (M.), Bertrand, (A.), Blagdon, (L.), Boucher, (R.), Bourgeois, (P.), Boutin, (P.), Brault, (J.), Brisebois, (M.), Champeau, (J.), Cholette, (A.), Comtois, (A.), Corrigan, (J.-A.), D'Allaines, (F.), D'Anna, (A.), Deland, (Garde A.), Deguise, (A.), De Bellefeuille, (G.-L.), Desfosses, (P.), Desforges, (A.), Derome, (H.-R.), Doré, (R.), Dubé, (J.-E.), Dumontier, (A.), Dufresne, (E.), Fauteux, (M.), Favreau, (J.-C.), Fontaine, (R.), Fortier, (L.-E.), Fortier, (L.), Fortier, (J.), Gariépy, (U.), Gariépy, (L.-H.), Gélinas, (L.), Gélinas, (H.), Gérin-Lajoie, (L.), Gibeault, (A.), Gibeault, (H.), Godin, (A.), Gratton, (A.), Hoen, (T.-J.), Jarry, (J.-A.), Kennedy, (E. J. C.), Knopf, (S.A.), La-

belle, (A.), Lacharité, (H.), Lafrenière, (G.), Lapierre, (G.), Lapointe, (J.), Laquerrière, (A.), Legrand, (E.), Léonard, (D.), LeRoy, (A.), LeSage, (A.), LeSage, (J.), Letondal, (P.), Léveillé, (J.-A.), Longpré, (D.), Magnan, (L.-A.), Mantha, (L.), Mansseau, (J.-A.), Marin, (A.), Marion, (D.), Marsan, (G.-A.), Masson, (P.), Mathieu, (E.), Mercier, (O.), Meyer, (W.), Moline, (R.), Morin, (P.), Morin, (J.-G.), Mousseau, (J.-A.), Ossendorf, (K. W.), Panneton, (J.-E.), Paquette, (J.-P.), Parizeau, (T.), Poirier, (P.), Rhéaume, (P.-Z.), Rivard, (J.-H.), Rosell, (J.-M.), Roussel, (J.-M.), Roy, (J.-N.), Saint-Jacques, (E.), Samson, (J.-E.), Saucier, (J.), Sheehan, (J. E.), Simard, (L.-C.), Smith, (P.), Tétréault, (A.), Trottier, (E.), Vallée, (A.), Vidal, (J.-A.), Vignal, (W.).

SUITE DU SOMMAIRE



| | |
|---|-----------------------------|
| Quelques aspects du problème de l'enseignement public considéré du point de vue du psychiatre | Ramson A. GREENE 850 |
| Position actuelle du problème de l'hystérie | Paul LARIVIERE 862 |
| L'âge et les émotions | Kath. M. Banham BRIDGES 878 |
| Le milieu familial facteur de déséquilibre affectif et d'arriération intellectuelle chez l'enfant | Alexandre MARCOTTE 883 |
| Délires secondaires à la malariathérapie | Rodolphe RICHARD 890 |
| Manifestations anti-sociales chez les enfants maltraités | Alph. PELLETIER 893 |
| Manifestations de la syphilis héréditaire | Gaston LOIGNON 898 |
| Traitement des états maniaques | H. TELLIER 911 |
| Quelques psychoses du sénile | Alcide PILON 922 |
| Quelques caractères du "Moron" | M.-R.-B. LECLAIR 929 |

FORMULAIRE

| | | | |
|---------------------------------|---|---------------------|-------------------|
| La paralysie infantile | } | | |
| L'encéphalite épidémique | | | |
| Aphrodisiaques | | | |
| Traitement des sciatiques | | | |
| | | Roméo BOUCHER | 933 934 935 |

NOUVELLES

| | |
|---|-----|
| XIIIe Congrès de l'Association des Médecins de langue française de l'Amérique du Nord | 937 |
| XXIIIe Session de l'Association des Médecins de langue française d'Europe | 937 |
| Livres reçus | 945 |