IN MEMORIAM

LE PROFESSEUR ARTHUR ROUSSEAU
1871 - 1934

Toute vie a un but, et c'est l'accomplissement de ce but qui juge la vie.
LACORDAIRE.

Le professeur Rousseau est décédé le samedi, 13 janvier 1934, à 11.45 hrs du soir, après une courte maladie, entouré de tous les membres de sa famille et de quelques intimes, pieusement prosternés autour de son lit et abîmés dans la plus vive douleur.

Sa mort, foudroyante et prématurée, prive sa famille d'un chef adoré, généreux et prévoyant; l'Université perd en lui un de ses membres les plus autorisés; la Faculté de Médecine, un doyen qui l'avait fait progresser et qui l'honorait; la ville de Québec, un citoyen influent et respecté, le gouvernement de la province de Québec, un conseiller sage et éclairé, les hôpitaux Saint-Sacrement et Laval, un fondateur justement réputé; le Canada tout entier, un citoyen intègre et un médecin éminent parmi les plus éminents.

Nous n'avons pas la prétention, en un court article nécrologique, de rendre justice à un homme dont la vie entière a été consacrée à servir les intérêts généraux du public avant ses intérêts particuliers. Il faut le recul du temps pour apprécier une œuvre aussi considérable, accomplie en si peu d'années avec des moyens limités et une collaboration restreinte. Il faut, de la part de l'homme qui l'a réalisée, une puissance de conception exceptionnelle, une indépendance d'esprit et une force de caractère rares pour ne pas succomber à la tâche et maintenir quand même la flambeau indiquant la route à ceux qui n'ont pas encore nettement aperçu le but entrevu par celui qui le porte.

Nous avons eu le bonheur, depuis les années vécues ensemble au collège, d'avoir été lié au cher disparu d'une amitié indissoluble jusqu'à sa mort. Nous avons reçu, maintes fois, à différentes étapes de sa vie, des confidences qui jettent une vive lumière sur les idées

qui lui étaient chères, sur les initiatives nouvelles qu'il voulait réaliser rapidement, sur l'ambition qu'il possédait de donner à sa race, dans le domaine scientifique, universitaire ou simplement national, la place qu'elle devrait occuper, selon lui, et les énergies incessantes qu'il s'efforçait de développer pour atteindre le but dont il avait fait l'idéal de sa vie. Souvent, ployant sous le faix, il hésitait à en poursuivre la réalisation en face des obstacles multiples dressés sur sa route; certains jours il se sentait comme harassé dans sa course vers l'attirante chimère flottant dans des espaces inaccessibles tandis que son bras, tendu, cherchait en vain à la saisir.

Oui! Rousseau a été grand médecin, sociologue averti, professeur érudit, universitaire clairvoyant et citoyen intègre.

*
* *

Il est né le 19 août 1871, à Saint-Casimir, comté de Portneuf. Son père était le docteur L.-T.-E. Rousseau et sa mère Malvina Alain. Je le vis pour la première fois au séminaire de Québec, où il entrait, en 1883 environ, pour y faire ses études classiques. Il me suivait d'une année. De taille plutôt petite, la tête carrée, avec des yeux perçants, un sourire bienveillant et moqueur à ses heures, il attira bientôt l'attention de ses maîtres en se plaçant rapidement au premier rang parmi les meilleurs. Durant tout le cours de ses études il ne connut pas d'autre place que celle-là, soit dans les classes, soit dans les concours collégiaux ou intercollégiaux, dans les lettres et les sciences, surtout en philosophie. Il abordait tout avec une maîtrise précoce, à tel point qu'il devint bientôt, pour son Institution, un véritable étendard tant ses maîtres étaient assurés d'avance de gagner une victoire certaine sur ses concurrents. Depuis, il n'a jamais démérité.

A l'Université Laval, d'emblée il conquiert l'estime et la considération de ses professeurs. Il devient bientôt, pour chacun d'eux, une ambition: celle de l'avoir eu comme le meilleur élève, et il le démontre en conquérant facilement les plus hauts grades décernés par l'Université Laval de Québec. L'un de ses maîtres les mieux avertis, le professeur Vallée, dont la haute situation sociale et scientifique du temps s'imposait à tous, le père du secrétaire actuel de la Faculté de

Médecine de Québec, le prit sous sa tutelle et l'encouragea de ses conseils Bientôt, grâce à de hautes protections, auxquelles le Séminaire de Québec ne fut pas étranger, selon une coutume chère à cette Maison à l'égard d'élèves privilégiés, il s'embarque pour l'Europe. Auprès de ses maîtres à Paris, en particulier Huchard, dont il fut l'élève canadien préféré, il y poursuit ses études avidement. Il s'inscrit à l'Institut Pasteur; là il fortifie son instruction médicale et s'initie aux techniques nouvelles du laboratoire en vue de les implanter à Québec. Puis il rentre au Canada où l'Université Laval, grâce à ses protecteurs fidèles, le prend à son service et le charge d'enseigner ce qu'il a vu et entendu là-bas. Le succès ne se fait guère attendre: bientôt on parle de lui; sa jeune silhouette se dresse de toute sa hauteur morale qui se dessine déjà nettement, et il devient le jeune homme prédestiné à de plus hautes œuvres.

On le remarque, on le retient, on l'estime, on l'aime! Au bout de quelque temps, il épouse une jeune fille charmante, jolie et gracieuse: la fille du colonel Landry vivant dans son manoir sur les côtes de Beauport. Le Séminaire de Québec, écoutant des voix autorisées, favorise, si j'ai bonne mémoire, un second voyage en Europe où il séjourne durant plusieurs mois, en vue d'étudier spécialement certaines branches de la médecine. Idylle charmante, voyage fructueux.

Il revient de nouveau à Québec où il poursuit rapidement sa carrière de jeune professeur et de médecin. Il participe bientôt, avec ses autres collègues et confrères, à toutes les activités nouvelles qui naissent peu à peu et qui prennent de l'essor. En 1902 il assiste, comme l'un des principaux chefs du mouvement, à la fondation de l'*Association des Médecins de Langue française de l'Amérique du Nord.* Avec son maître et ancien professeur, le docteur Brochu, il continue, dans la suite, de prendre une part de plus en plus large dans cette association, dont il fut l'un des rapporteurs en 1922 après avoir été le président du 6ème Congrès tenu à Québec en septembre 1920. A sa mort, il était président de l'*Association des Médecins de Langue française d'Europe,* dont la 23ème session aura lieu à Québec, les 27, 28 29 et 30 août 1934. Son absence créera un grand vide et ses délibérations seront teintées de deuil.

La Société Médicale de Québec a largement bénéficié de son travail et de ses activités. Il croyait, avec d'autres, que c'est du haut de cette tribune que l'on peut faire entendre librement sa voix et que l'on peut le mieux contribuer à diffuser les sciences médicales. Il y a deux ans à peine, il avait réussi à réunir en un seul faisceau les différentes organisations existantes sous le nom de Société médicale des hôpitaux de la ville de Québec, avec un Bulletin qui en est l'organe officiel.

Les hôpitaux de Québec conserveront de Rousseau, non seulement un souvenir ému pour le dévouement dont il a donné des preuves indéniables durant sa vie, mais aussi pour le rôle important qu'il a tenu dans leur fondation ou leur expansion. Médecin de l'Hôtel Dieu d'abord, il consacre ses énergies à y introduire les méthodes nouvelles de diagnostic et, avec l'aide de ses collègues chirurgiens, la pratique de l'asepsie dans les méthodes opératoires. Il y conserva constamment la confiance des dames hospitalières de cette maison. A sa mort, bien qu'il n'en fît plus partie, il demeurait le médecin de la communauté.

L'Hôpital du Saint-Sacrement restera comme un monument, avec l'Hôpital Laval, pour illustrer toute sa carrière de médecin des hôpitaux. Cet hôpital fut aux prises, dès le début, avec des difficultés telles que seul un homme comme Rousseau pouvait les contourner et les vaincre, grâce à la confiance que lui accordaient le haut clergé, le gouvernement et le public en général. Il décupla toutes les ressources de son esprit pour assurer l'existence, souvent chancelante, de cette maison et pour lui procurer les secours indispensables à sa stabilité. Nous reconnaissons aujourd'hui que cette institution fait honneur à Québec, que les pauvres y reçoivent un accueil bienveillant et que les médecins, jeunes ou vieux, formés à bonne école, en assurent la bonne réputation et l'utilité publique. Rousseau en fut le fondateur. Il en demeura toute sa vie l'animateur et il en restera, après sa mort, le patron dont il suffira d'évoquer la mémoire pour vaincre tous les obstacles qui pourraient surgir.

L'Hôpital Laval, majestueusement campé sur les flancs du coteau de Sainte-Foy, proclame dans toute sa beauté l'idéal poursuivi par son fondateur : recueillir les enfants et les adultes tuberculeux curables, les entourer de soins, leur procurer un peu d'air et de lumière, les

encourager sans cesse, les soulager souvent, les guérir quelquefois. L'Hôpital Laval est une des institutions les plus solides, les plus stables et les mieux dirigées, du point de vue tuberculeux, que nous possédions dans la province de Québec. J'ose même ajouter que nous n'en avons aucune qui puisse lui être comparée. C'est cette fondation qui attira les yeux sur Rousseau et qui le porta à la présidence de l'Association anti-tuberculeuse du Canada, il y a quelques années.

Le Sanatorium du Lac Edouard est né, si j'ose dire, de l'Hôpital Laval. Construit sur les bords d'un lac isolé dans une forêt de sapins, le Sanatorium du Lac Edouard recueille les tuberculeux curables et fait des cures dont plusieurs peuvent témoigner, grâce à la compétence des médecins qui le dirigent. Auprès de ce sanatorium, se profile toujours l'ombre tutélaire de Rousseau qui en fut un des partisans les plus convaincus sinon l'âme même.

La Clinique Roy-Rousseau, à Beauport, est une œuvre qui s'impose également à l'attention de tous. Elle recrute tous les psychasthéniques avant qu'ils ne s'engagent définitivement sur la voie de la dégénérescence mentale ou de la folie. Il importe que ces catégories de malades soient isolés, traités et guéris, si possible, avant de les classer au nombre des dégénérés chroniques incurables. Rousseau fut un de ceux qui comprirent la situation, grâce à des entretiens fréquents avec le directeur des hôpitaux d'aliénés de la province: le docteur Desloges. Il parvint, grâce à son influence prépondérante, à construire cette clinique, et il retint, pour la diriger, les services d'un médecin français spécialisé de belle réputation: le docteur Brousseau, de Paris. C'est une institution à laquelle son nom restera attaché à cause du rôle qu'il a joué dans sa fondation.

L'Université Laval de Québec aura été sûrement le terrain sur lequel il aura eu l'occasion d'exercer ses qualités de tacticien, de professeur, d'organisateur et, disons le mot, de visionnaire.

De tacticien, en cherchant à grouper, dans le Conseil universitaire de la maison, les meilleurs esprits, en vue d'une action commune pour développer l'enseignement et agrandir le prestige de l'Université. Il y rencontra, il faut l'avouer, des résistances, des oppositions; il nota quelques défaillances, mais il ne perdit pas courage car une idée forte et désintéressée maîtrise très souvent les passions vives et les impulsions violentes. C'est ainsi qu'il sema l'idée d'une *Ecole de Chimie,*

dirigée par un maître de la maison et quelques professeurs étrangers. Son existence s'est maintenue et elle a produit de beaux résultats. Ce fut cette Ecole de Chimie qui lui suggéra, un jour, l'idée de la fondation d'un *Institut de Biologie*. Il fit même le rêve, semble-t-il, de fonder un *Institut Pasteur* qui eût reçu son inspiration et sa direction de l'Institut Pasteur de Paris. Si je mentionne ce fait particulier, c'est que je fus mêlé, en ce temps-là, à cette question et que Rousseau prit rapidement les devants grâce à l'organisation qu'il possédait déjà à Québec. Cette idée flotte encore au-dessus de sa mémoire.

La Faculté de Médecine, dont il devint le doyen, il y a 10 ans, à la mort du professeur Edwin Turcotte, restera l'une des ambitions les plus chères de sa vie. Son décanat aura été marqué d'une activité inlassable. Chaque année, depuis longtemps, il sélectionne les meilleurs élèves des différentes promotions, il leur fait accorder des bourses, il leur désigne des professeurs et il les oriente en vue de l'organisation ultérieure de sa Faculté. Si bien, qu'aujourd'hui, nous trouvons, groupés autour de lui, un nombre imposant de jeunes médecins dont les uns ont déjà acquis de l'expérience et de la notoriété. Ils participent à l'enseignement, ils forment partie des différentes organisations hospitalières, ils s'imprègnent, peu à peu, à la suite de leur maître, du meilleur esprit social, et ils se préparent rapidement à recueillir la succession, lourde de responsabilités, que leur abandonnent peu à peu les aînés, leurs anciens maîtres. La mort de leur chef les prive d'un conseiller sûr et éclairé mais sa mémoire demeure comme un guide et un flambeau. Nous avons confiance qu'entre leurs mains, en s'appuyant sur leurs collègues aînés, ils accompliront leur tâche sans heurt et sans faiblesse.

A sa mort, Rousseau était satisfait d'avoir accompli une œuvre utile à la Faculté de Médecine; il voyait, chaque année, augmenter le nombre des élèves et il constatait de plus en plus qu'il avait vu juste dans ses destinées.

Voilà pour l'homme scientifique.

C'est une esquisse, rien de plus. Encore une fois, le Temps, ce grand maître, sera le témoin désintéressé des œuvres scientifiques et sociales qu'il a accomplies. Nous ne pouvons, aujourd'hui, que les énumérer brièvement.

Mais je me permets de rappeler une pensée d'un grand orateur sacré du siècle dernier:

"La Société, a-t-il dit, est le confluent de toutes les pensées et de tous les mouvements de l'homme, la manifestation publique de ce qu'il vaut et de ce que valent les enseignements où il a puisé son développement intérieur... Ce sont les actes qui décident de la valeur des hommes et des institutions."

* * *

Rousseau ne fut pas seulement un grand médecin et un grand universitaire: il fut aussi *un grand citoyen.* Sa personnalité s'impose dans les fondations que nous venons d'énumérer. Il faut, en effet, dans les temps actuels, les fortes qualités de l'esprit et du cœur pour heurter de front les préjugés et asseoir sur des bases solides des œuvres d'utilité publique. Le témoignage de la population entière de la province de Québec, en particulier de la ville de Québec et de tout le district environnant, proclame sa valeur morale. D'ailleurs, on en trouve des preuves dans sa vie et dans sa mort.

Dans sa vie, il fut un père de famille modèle, soucieux de l'éducation et de l'instruction de ses enfants, attentif à leurs désirs et à leurs aspirations. Jamais, même dans les temps les plus difficiles, il ne se désintéressa de leur situation morale. Lorsque, les uns après les autres, ils expriment le désir d'orienter leur vie selon leurs goûts, il s'empresse d'y accéder pourvu que tout cela soit d'accord avec ses principes et l'idéal de sa vie personnelle. Il les favorise tout particulièrement à l'occasion de leur mariage: "Les conditions, disait-il, n'ont pas toujours été très favorables, mais le bonheur ne consiste pas seulement dans la réalisation de nos désirs personnels, il réside surtout dans l'accomplissement des rêves que font nos enfants. Aidons-les à atteindre le but qu'ils se sont assigné dans la vie et la Providence fera le reste". Cela voulait dire, sans doute, qu'il restait la Providence de chacun d'eux dans les moments difficiles de la vie, si par hasard il pouvait s'en présenter. Et il le fut. Son sourire, doux et bienveillant, ses yeux vifs et souvent inquisiteurs ne laissaient plus de doute sur l'attitude qu'il convenait de prendre; la confiance renaissait dans les cœurs et le courage dans les esprits. Il eut, comme d'autres, des épreuves douloureuses qui le fixèrent un instant sur place; mais ses revendications vengeresses seront citées comme des modèles de courage et de désintéressement. Sa voix fut entendue; on le cita comme exemple.

D'autres faits méritent d'être signalés: un jour, il y a de cela bien longtemps, il avait comme ami un homme qu'un de ses maîtres ne prisait guère. Sommé de répudier son ami ou de quitter son maître, il répondit à peu près ceci: "Je veux bien accepter votre maîtrise en médecine, monsieur, mais je n'en reconnais d'autre que la mienne dans mes rapports avec mes amis". Et il quitta son maître, douloureusement affecté. Le lendemain, celui-ci le fit appeler et lui dit: "Mon cher ami, j'ai eu tort et je vous prie de m'en excuser. Vous avez droit à mon amitié et à mon admiration, car vous êtes un homme loyal. Vous méritez l'estime des autres; je vous conserve la mienne. Soyez libre avec vos amis". Ce fait honore à la fois le maître et l'élève. Sur ce point, Rousseau n'a jamais failli.

Notons quelques témoignages empruntés à ses contemporains. Voici celui de Mgr Camille Roy:

"Il mettait dans ses actions un tel désintéressement que l'on ne pouvait qu'admirer et seconder l'homme qui travaillait ainsi au progrès. Je puis rendre le témoignage que, bien des fois, il a sacrifié ses intérêts personnels à l'œuvre universitaire". Et plus loin: "Le docteur Rousseau, ajoute Mgr Roy, avait à un degré éminent le sens de la vie sociale; l'individualisme lui répugna toujours. Il se prodigua pour les autres et pour le bien public".

Voici un autre témoignage: celui du juge Ferdinand Roy, de Québec, doyen de la Faculté de Droit, son ami de cœur:

"Il faudra dire un jour, aussi, ce qui est moins connu: le travail fécond de ce grand savant, de ce chrétien, homme d'œuvres, de vraie foi vécue, dans les consciences touchées par le doute; la vertu de sa pensée, guérisseuse de scepticisme, et surtout, la qualité de son amour pour les siens, les trésors de son amitié... Ce qu'il a été pour nous, par la puissance de pensée créatrice, par le génie de réalisation, nul autre ne l'a été".

Voici un témoignage signé par le professeur Vallée, secrétaire de la Faculté de Médecine de l'Université Laval:

"Chef par l'autorité, par l'idée, par l'initiative, Rousseau n'était pas de ceux qui s'attardent dans les sentiers battus où son énergie et son courage dédaignaient de s'engager. Toujours en avant et sur la brèche, son étonnante personnalité savait voir les obstac'es; sa valeur et sa ténacité savaient toujours les surmonter, sans chercher un instant à les contourner ou à les éviter. Les victoires faciles n'étaient pas pour lui des victoires. Il ne sut apprécier que ce qui s'acquiert par l'effort, dont il ne se départit jamais, et, comme tout chef conscient de son devoir et de son droit, pour savoir commander, il savait servir... Il reste le modèle de l'universitaire complet; il demeurera

l'exemple pour ses collègues et pour les générations montantes dont il devait modérer les ambitions et stimuler les espoirs... Ce n'est ni sa famille, ni la Faculté de Médecine, ni l'Université Laval, qui subissent aujourd'hui une perte irréparable: c'est le Canada tout entier".

Voici le témoignage d'un de ses élèves, un des jeunes médecins distingués de Québec, le docteur Desmeules, chef de l'hôpital Laval:

"Il fut pour nous le protecteur toujours attentif et bienveillant, l'animateur incomparable de tous les instants, le guide et le modèle que nous cherchions à suivre vers les sommets où il voulait nous entraîner. Son exemple nous reste et c'est notre devoir de suivre, au delà de la mort, ses directives, si nous voulons ne pas démériter de la confiance qu'il a mise en nous".

Le premier ministre de la province, l'honorable L.-A. Taschereau, s'exprime ainsi dans un communiqué aux journaux:

"La mort du Dr Arthur Rousseau, venant de façon aussi inattendue et rapide, a semé la consternation dans notre cité et partout dans la province.

"Je désire m'associer à tous ceux qui, en offrant leur sympathie à sa famille éplorée, ont fait de ce grand médecin des éloges qui démontrent à quel point il était estimé de tous

"Reconnu pour sa science profonde, son activité inlassable et sa grande charité, il meurt entouré du respect de tous ceux qui l'ont connu, et je pourrais ajouter, avec cette dignité qui a marqué toute sa vie. C'est une perte immense pour notre pays que le départ de ce grand Canadien."

Et ailleurs, l'honorable Athanase David ajoute:

"Servir, pour eux, devient un désir, une nécessité, une vocation. Dans leur champ d'action, que ce soit le foyer, l'université, l'hôpital, la vie sociale, ils ne passent jamais sans laisser le sillage de leur sensibilité et de leur dévouement.

"La bienveillance, la charité est tombée de leurs lèvres, semence qui assure un peu de réconfort à la misère, à la pauvreté. Un mot a calmé la souffrance, un conseil est devenu un remède, un jugement a créé une œuvre. Ils sont rares ceux de qui l'on peut affirmer que leur vie fut pleinement utile.

"Cependant, c'est le moins que l'on puisse dire avant que se ferme la tombe d'Arthur Rousseau."

M. Olivar Asselin résume l'homme en quelques mots:

"Le docteur Arthur Rousseau, qui vient de mourir à Québec, était un savant médecin, un professeur et un universitaire distingué, un fervent adepte de la culture française, un homme d'œuvres, mais surtout, chose plus rare chez nous, même parmi les médecins (formés surtout à l'école française) et

les universitaires, il savait penser et il savait écrire, et devant certains abus de notre société il savait exprimer dans la presse, d'un plume vengeresse, l'indignation des honnêtes gens. A la dernière rentrée des élèves de l'Université Laval il avait, dans une très noble allocution, comme doyen de la Faculté de médecine, exhorté la jeunesse à la recherche de la supériorité intellectuelle et morale. Pour lui, la supériorité morale impliquait le sens du devoir social."

Voici un mot de M. Armand Lavergne:

"Le propre de l'homme, pauvre créature mortelle, est de ne jamais pouvoir finir ce qu'il a commencé.

"Cela est vrai de celui que nous pleurons. Qui donc pourra, non le remplacer, mais seulement occuper le poste qui était le sien? Ce n'est que bien rarement que se rencontre en un seul être pareille réunion de tous les dons que la Providence peut accumuler en une nature d'élite."

M. Georges Pelletier s'exprime ainsi dans un court bloc-note:

"La mort du docteur Arthur Rousseau, de Québec, alors qu'il était loin d'avoir atteint l'âge de la retraite, est plus qu'un deuil québécois. Cette disparition frappe toute la médecine canadienne. Le docteur Rousseau était en effet l'un des premiers et des grands médecins canadiens, de quelque origine que ce soit. Formé d'abord à Québec, puis en France, il n'était pas resté étranger aux découvertes et aux mouvements médicaux des autres pays. Il n'existait pas pour lui qu'une médecine, celle d'une des plus brillantes écoles du monde; il y avait toute la médecine, universelle et générale. Tout comme il n'y avait pas pour lui que des individus sur lesquels pratiquer sa science. Il voyait chez chacun de ses malades une vie à prolonger, à sauver, un esprit à ranimer, une volonté de vivre à encourager, en même temps qu'un organisme à traiter, à ramener à la santé. C'était un homme de grande culture, auquel rien d'humain ne pouvait rester étranger, une âme vigoureuse, un cœur tout entier donné au bien de l'humanité souffrante. Il subit lui-même de rudes épreuves, qui affinèrent, s'il se peut, sa délicatesse native d'esprit, toujours présente à chacune de ses consultations. La faculté de médecine, à l'université Laval, perd en lui son doyen, la médecine, de notre province, l'un de ses maîtres, le Canada, l'un de ses plus remarquables esprits."

Je cite un passage du bel article du docteur Gauvreau, de Montréal:

"Il a pratiqué l'humilité, celle qui a pour base la connaissance de soi-même, le respect de la grandeur humaine et le souci de l'au-delà."

Enfin, je termine en citant l'opinion d'un jeune à l'un de ses fils :

"...Ainsi donc, jusqu'à la fin ton admirable père a conservé sa belle lucidité, son habituelle maîtrise, un grand courage aux prises avec l'immense angoisse. ...Ton père était un médecin de haute culture, un des rares maîtres "au pays". Il laisse une oeuvre splendide admirée bien au delà des mers par les plus exigeants... Quel riche trésor de souvenirs aussi pour nous et ceux des générations plus jeunes! Ton père doit rester un modèle. En l'imitant un peu nous sauverons mieux sa mémoire.

Devant une telle fatalité on baisse la tête et une prière monte jusqu'aux lèvres pour lui et pour que son merveilleux sourire vienne planer sur nos cliniques, nos réunions, nos tables de travail".

*
* *

Le rôle de Rousseau ne s'est pas limité exclusivement au Canada: il était bien connu aux Etats-Unis et en Europe. Il a été délégué officiel du Canada aux Congrès de la Tuberculose de Washington puis de Rome. Il a, aussi, été délégué officiel canadien au Centenaire de Pasteur, en 1922, à Paris et à Strasbourg. Ami intime du professeur Sergent, il donna, à sa clinique, une leçon très remarquée sur le diabète. C'est le professeur Sergent qui le proposa et le fit nommer membre correspondant de l'*Académie de Médecine de Paris.* Il était le seul médecin canadien à faire partie de l'Institut de France. La France l'a honoré en le créant, d'abord, *Chevalier de la Légion d'Honneur,* puis, plus tard, *Officier de la Légion d'Honneur.*

*
* *

Sa mort ne fut pas moins édifiante que sa vie. Atteint soudainement d'un grand frisson, en assistant aux obsèques du juge Tessier, il rentre chez lui où bientôt il est cloué sur place, immobilisé par une maladie grave à évolution foudroyante. Durant ces heures douloureuses, pas une plainte; un seul regret: celui de partir trop tôt, un sourire bienveillant, des yeux doux et compatissants, une main sans cesse tendue vers ceux qui viennent le réconforter. Il ne pense qu'aux autres: apercevant Mgr Camille Roy, au pied de son lit, il dit à son fils, le jour même de sa mort: "Tu iras conduire Monseigneur Roy chez lui". Et à celui-ci, qui le regardait avec bienveillance et bonté: "Je pars trop tôt, lui dit-il, mais il le faut; Dieu veut m'épargner la vieillesse".

Le samedi matin il me dit: "Veux-tu me faire administrer ce matin; ça sera fait, car je suis dans une profonde détresse; je sens que je vais mourir aujourd'hui".

Dans la soirée, sentant la mort approcher en présence de ses enfants, de sa femme, et voulant sans doute leur épargner ce pénible moment, il leur dit: "Vous feriez mieux de vous retirer; vous reviendrez plus tard..." Stoïcisme impressionnant!...

Bientôt apparaît l'agonie. Ils entrent tous, parents et amis. Ils se prosternent en sanglotant. Il ne les voit plus.

J'emprunte à Monseigneur Roy le récit des derniers moments:

"Il mourut pendant que je récitais, avec les siens, les prières consolantes de l'Eglise. Son âme était partie pour le ciel et ses yeux, ses grands yeux, restaient ouverts: ils étaient pour jamais fixés dans les splendeurs de l'au-delà".

Il mourut comme il avait vécu, avec courage, simplement, souriant, comme un juste qui a accompli sa tâche!...

Il laisse une famille intéressante qui perpétuera sa mémoire; une femme dont la magnanimité fut égale à la douleur, et un de ses fils, jeune médecin de talent formé à bonne école, qui continuera la tradition en recueillant l'héritage paternel.

*
* *

Nous sommes de cette génération. Chaque rameau qui se détache de l'arbre en affaiblit la structure et en déforme l'aspect. Seule reste attachée au tronc la trame des souvenirs communs, anciens et nouveaux, et la constance d'une amitié trop vite emportée!...

J'emprunte à Madame de Staël un dernier mot: "Le souvenir a l'immatérielle délicatesse du reflet des arbres, penchés sur le courant d'une rivière: l'eau s'enfuit, se renouvelle sans cesse; le reflet demeure toujours".

Humble et dernier hommage sur le tombe de l'ami trop tôt disparu!...

Albert LESAGE.

MÉMOIRES

SUR LE TRAITEMENT DES INFECTIONS VARIÉES PAR LES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE CARBONE ANIMAL[1]

Par Eugène SAINT-JACQUES,
Chirurgien de l'hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc.

Il y a quelques mois, le professeur Coghlin, du Macdonald College, près de Montréal, proposait à une réunion de chirurgiens un nouveau traitement des infections, de causes variées.

Nous crûmes bon de vérifier pour nous-même l'efficacité de la méthode, et c'est le résultat de nos constatations et de notre expérimentation que nous venons vous soumettre. Il nous semble que la méthode est fort effective et mérite une expérimentation approfondie.

Le professeur Coghlin avait étudié la médecine trois années durant, alors qu'il avait été amené à faire des recherches sur l'*immunité* et les moyens de la provoquer: ainsi fut-il amené à expérimenter avec le *carbone*.

Il passa à la section de *médecine comparée*, reprit ses expériences et fut graduellement amené à employer le *"carbone animal"* en injections *intraveineuses*, contre les *infections variées* chez les *animaux*.

Lui et ses collègues, rapportait-il, traitèrent ainsi 738 cas d'infections variées chez les animaux — depuis des plaies infectées jusqu'aux arthrites infectées, mammites et fièvre d'accouchement chez les animaux — *et tous guérirent, sans exception.*

Quelles avaient été leurs constatations physiologiques et pathologiques chez les animaux?

Le foie, la rate et la moelle retiraient du sang les particules microscopiques de carbone injecté. Leurs cellules endothéliales absorbaient une partie des particules de carbone.

Les *polynucléaires* augmentaient rapidement après l'injection intraveineuse et se chargeaient de phagocyter la balance du carbone en même temps que les bactéries.

(1) Communication faite à la Société Médicale de Montréal, octobre 1933.

Il survenait une *légère hyperthermie* durant l'heure qui suit l'injection.

Tous les animaux, rapportait Coghlin, avaient guéri de leurs infections variées, et leurs maladies avaient été raccourcies.

Jusque là, aucune expérimentation *humaine*.

Mais Coghlin la tenta sur un de ses collaborateurs souffrant de *furonculose* depuis 18 mois, à la suite d'une appendicite aiguë gangrenée. *Une seule* injection l'en débarrassa *définitivement*, était-il rapporté 18 mois plus tard.

Tel était l'état de la question lorsque le professeur Coghlin nous fit part de ses constatations et son expérimentation.

Nous pensâmes à reprendre pour nous-même l'expérimentation sur l'homme, procédant avec précaution depuis 1 cc. de la solution, ou plutôt suspension mère, et graduellement augmentant jusqu'à 3 et 4 cc. intraveineux.

Quels sont nos constatations et résultats personnels?

A date nous avons traité plus de 100 malades — et donné au delà de 200 injections intraveineuses — pour des infections de toutes variétés, comme vous allez voir.

Nous attirons votre attention sur ce fait que les cas pour expérimentation ne furent pas sélectionnés, mais bien pris au hasard de leur arrivée dans les services.

Vous verrez, par la variété des malades traités, que nous ne pouvions espérer de guérison dans tous les cas; d'ailleurs, quel traitement médical peut oser le prétendre?

Ainsi, nous ne pouvions raisonnablement espérer de guérison dans le rhumatisme articulaire aigu, ni dans l'arthrite chronique déformante infectieuse à poussée aiguë. Nous avons traité par cette méthode *tous les cas d'infection pour cause variée* venus dans notre service et vus avec nos collègues, sans choix ni élimination. C'est que nous voulions donner à la méthode un essai aussi varié qu'honnête et loyal.

Disons qu'*une seule* malade mourut; elle souffrait d'entérite Tbc. et d'une tumeur inopérable du rectum, constatée par laparotomie — un tuberculome, croyons-nous.

Le cas de rhumatisme articulaire aigu fut soulagé de ses douleurs, s'il ne guérit pas; tandis que la malade souffrant de polyarthrite déformante ne fut pas soulagée. *Tous les autres malades guérirent.*

S'ils guérirent, pouvons-nous rattacher leur guérison au carbone? Analysons les résultats.

Pour en avoir une idée juste, nous les avons divisés en trois catégories: les *probants,* les *bons,* les *non-probants.*

Les premiers, chez lesquels la fièvre tomba en 48 heures ou moins et la guérison fut très rapide.

Les *bons,* où la température tomba en échelle et qui tous guérirent.

Les *non-probants,* ceux où d'autres médications, telles que Propidon ou autre vaccin, furent employées subséquemment.

Ces 100 malades ont reçu plus de 200 injections intraveineuses de carbone en tout, la plupart une seule, quelques-uns jusqu'à 6, à cause de la gravité de leur infection, ce qui nous permet de parler avec quelque connaissance de cause.

Nous n'avons aucune prétention de proposer cette méthode comme une panacée universelle, mais un adjuvant précieux, très effectif et curatif, croyons-nous, contre les infections, dans la majorité des cas.

Rappelons qu'aucun de ces malades n'est mort, sauf celle qui souffrait d'une néoformation, probablement tuberculeuse, du rectum.

C'est donc un bel acquis déjà. Mais voyons les détails.

1° Sur 100 malades, 50 ont guéri aussi rapidement que sans complication: ce qui nous les fait classer *probants* — soit 50%.

2° Chez 31 guéris, soit 1/3, les résultats ont été classés simplement *bons,* parce que la chute de température s'est faite *graduellement* bien que assez rapidement et la convalescence fut raccourcie.

3° Enfin 19, soit 20%, sont classés *non-probants* à cause de médication variée subséquemment ajoutée.

Les sérums antidiphtérique ou antitétanique guérissent-ils tous leurs malades?

Le vaccin anti-typhique assure-t-il absolument la protection?

Tout ce que nous désirons c'est de vous soumettre cette méthode, qui nous paraît nouvelle, et vous demander de l'expérimenter de votre côté.

Soyez sans crainte. Aucun danger. Aucune réaction: pas de frisson, pas de choc hémoclasique à craindre. Et tout à fait indolore, différant en ceci de l'alcool intraveineux.

Voyons quelques-unes des affections traitées et les constatations fournies:

1 Métro-salpingites aiguës

La plupart gonococciques: 16 cas, tous guéris — dont 6 probants, 6 bons, 4 non-probants.

Elles semblent les plus rebelles à guérir, ce à quoi il n'y a rien d'étonnant quand on sait les organes touchés et la facilité de réaction péritonéale.

Obs. No 48. — Utérus fibromateux avec infection. Paramétrite aiguë. Depuis trois semaines malade au lit à domicile et très souffrante. Température: 100°. Reçoit carbone 3 cc. Température tombe très rapidement à la normale et le bassin s'éclaircit de même.

Obs. 10. — Utérus polyfibromateux. Polype intracervical infecté. Col vilainement ulcéré. Profonde anémie par hémorragie. Après préparation: hystérectomie *totale* le 13 janvier. Les jours suivants la température oscille entre 99 et 101°. 18 janvier, température à 101°, 3 cc. de carbone. La température tombe *immédiatement* à 99° et reste à 98-99°. Guérison per primam.

2 Métro-salpingites chroniques

Compliquées de kyste ou fibrome et hystérectomisées: 17 cas ont donné 7 cas probants, 7 bons et 3 non-probants, mais toutes guéries.

Obs. No 8. — Mme C., hystérectomie 18 février. Le 20, température: 102.3°. Carbone 3 cc. En 48 heures la température est devenue normale et y persiste.

3 Infections puerpérales aiguës

Avec ou sans rétention placentaire — 14 cas — et nous savons la gravité de ces infections. Ici le carbone semble suprêmement effectif.

Obs. No 6. — Mme F., rétention placentaire et infectieuse intense. Température à 104°. Curage utérin, et carbone 3 cc. Lendemain, température normale, et y demeure.

Sur les 14 cas, 9 rapidement guéris et probants, 4 bons, 1 non-probant.

4 Phlébites

Deux de ces cas d'infection puerpérale développèrent des phlébites où le carbone fit vite cesser la douleur et raccourcit la maladie. Une de ces malades se leva le 20ième jour.

Obs. No 11. — *Hémoculture positive au staphylocoque*, toucha une température à 105°. Le 15, elle reçoit 4 cc. de carbone; la température descend graduellement et le 29 elle demeure définitivement à la normale et la malade guérit.

5 Déchirures du périnée — III degré

Amenées du dehors — 7 cas. Deux à l'état très récent et fort infectées. Désinfectées et opérées rapidement pour fermer porte d'extension à l'infection, et toutes deux *guéries per primam.* 6 cas probants, un bon.

Obs. No 15. — Accouchement avec terrible déchirure au troisième degré du périnée, qui a aussi mis *le vagin en lambeaux.* Abondance de pus. Température 102°. Six carbones la sauvent et donnent un résultat que nous ne classons que simplement "bon" car l'amélioration, si elle fut rapide, fut graduelle.

6 Poumons

5 cas de pneumonie et de congestion pyrétique post-opératoire.

Obs. No 1. — Pneumonie de 15 jours, à foyers disséminés et successifs. Température 103 à 104°. *Un seul* carbone fait chuter la température *le lendemain* à la normale, où elle demeure, tandis que le poumon s'éclaircit rapidement.

Obs. No 39. — Pneumonie compliquée de pleurésie. Guérit en 8 jours. Classé simplement comme bon résultat.

Obs. No 44. — Pleurésie qui donne sérosité louche à la ponction. Guérit en 6 jours. Classé simplement "bon".

Obs. No 35. — Bronchite aiguë fort infectieuse post-opératoire goitre. Température 102°. 3 cc. de carbone. Température à la normale en 48 hrs; et guérit rapidement.

7 Cholécystites aiguës — Trois cas

Obs. No 3. — Mme T., 58 ans. Malade depuis 8 jours chez elle. 5 jours à l'hôpital avec une température de 100 à 100.3°. Reçoit 3 cc. de carbone et le lendemain, température normale, où elle demeure. Opérée 5 jours plus tard: cholécystectomie. Guérison per primam.

Obs. No 2. — *Cholécystite aiguë et pancréatite.* Arrive avec température à 101°. Sucre dans les urines. Sang: glycémie à 2.03 et hyperleucocytose à 13,000. 25 janvier, température 101°: reçoit 3 cc. de carbone. Le 4 fév., la température est normale, mais remonte le 5 à 101°. Le malade reçoit encore 3 cc. de carbone. La 6, la température est descendue à la normale et y demeure. Quitte l'hôpital dix jours plus tard parfaitement bien, sans ictère ni douleurs.

8 Furonculose — 5 cas

Voilà ici un des beaux triomphes du carbone. Le carbone est ici essentiellement effectif, calmant très vite les douleurs et faisant rapidement sécher les foyers.

9 Rhumatisme articulaire aigu

Un cas où le carbone a amené très vite — en 48 hrs — la *cessation absolue* de la douleur aux deux genoux et au poignet (obs. 29). A cause de la lésion valvulaire, le Sal. Soude, qui avait été abandonné, fut repris.

10 Arthrite aiguë gonococcique

Obs. No 59. — Cas grave. Enorme œdème et très forte douleur. La douleur cesse rapidement et en 10 jours la température est redevenue normale et y demeure; et la malade quitte l'hôpital avec un beau mouvement à son poignet qui est parfait lorsque revue plus tard.

11 Epidydimites aiguës gonococciques

Voient la douleur disparaître très rapidement et l'amélioration s'installer de même, sous le carbone ; si rapidement chez trois de nos 4 malades que nous sommes près de le considérer comme un spécifique.

12 Pyonéphroses

Trois cas où le carbone fut aussi rapidement effectif que probant.

Un cas surtout — *obs.* 49 — de *pyonéphrose pyocyanique*, le seul rencontré en 30 années de pratique, chez qui la néphrectomie nous avait paru un moment le seul recours; avait résisté au Pyramidon et continuait une température 102°. Céda finalement à deux carbones, suivis de trois autres pour assurer la permanence. Aujourd'hui la malade est très bien de son état général, a engraissé, ne fait pas de température, bien qu'elle garde encore quelques bac. coli dans ses urines. Recevra encore du carbone.

*
* *

Voilà, messieurs, en raccourci, les résultats que je soumets à votre appréciation. La variété est donc grande des cas où j'ai expérimenté le carbone en injection intraveineuse, *sans avoir eu à le regretter dans un seul cas,* je le souligne.

Décidément il est effectif, ne produit aucune réaction générale ni désagréable ni dangereuse, et guérit nos malades.

Je vous soumets la méthode et vous demanderais de l'essayer à votre tour. Soyez sans crainte aucune.

MODE D'EMPLOI

Une suspension à 2% de *carbone "animal"* le plus finement pulvérisé possible — carbone ANIMAL, et non végétal.

Dose: 3 cc. *intraveineux* — non sous-cutané — pour commencer.

J'ai donné plusieurs fois 4 cc. sans aucune réaction. Je vais en monter les doses.

Je l'ai donné plusieurs jours de suite, dans les cas particulièrement graves — jusqu'à 6 injections chez la même malade.

Deux malades seulement manifestèrent le lendemain une légère diarrhée. Est-ce nervosisme ou simple coïncidence?

A part cela, aucune autre manifestation.

Pourquoi ne pas essayer la méthode? Elle est si inoffensive, et par ailleurs décidément effective.

Précaution à prendre: paraffiner avec de la vaseline liquide et la seringue et l'aiguille avant de la charger de la suspension de carbone, sinon le piston collera.

Note: La maison Rougier-Poulenc de Montréal prépare des ampoules toutes stérilisées de Carbone — de 5 cc. — ou des flacons de 10 cc. — prêts pour l'emploi.

QUELQUES OBSERVATIONS DE CANCERS DU SEIN

Par Eugène DUFRESNE,
Chirurgien à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu.

Nous savons tous quelle terrible maladie est le cancer du sein. Nous avons tous éprouvé la triste sensation d'impuissance en face de cas ou de récidives inopérables. Aussi devons-nous, chaque fois que l'occasion s'en présente, chercher à augmenter notre expérience de cette grave affection afin, si possible, d'en améliorer le pronostic. Les quelques observations qui suivent n'ont pas d'autre but. (1)

Mes observations ne sont pas parfaites; tous les cas n'ont pas subi l'examen histologique, mais les métastases établissent leur malignité mieux que le plus solide diagnostic anatomo-pathologique. Ces histoires ne sont pas toutes au point, mais elle contiennent suffsamment de faits cliniques pour les rendre, je crois, intéressantes.

Obs. I. Madame T. C., 39 ans, épouse d'un médecin pratiquant dans une ville de l'Ouest canadien, s'aperçoit un jour, en prenant son bain, qu'elle avait dans le sein gauche une petite tumeur dure et indolore. Mme C. avait aussi des fibromes utérins qui avaient aggravé sérieusement un accouchement quelques années auparavant.

Son mari et des confrères examinent la petite tumeur et en font un adénome.

La malade, d'abord alarmée, se calme. Elle savait que j'avais enlevé un petit adénome à sa sœur une dizaine d'années plus tôt, et que cela n'avait été qu'une bien petite affaire. On décide de l'opérer à l'anesthésie locale quelques jours plus tard.

Au cours de l'opération, le diagnostic d'adénome devient douteux. La petite tumeur enlevée fut séparée en deux: un morceau fut envoyé à l'Université McGill, l'autre à l'Université de Winnipeg, avec prière de télégraphier le résultat des examens.

Les deux rapports se confirmaient: ils se lisaient: épithélioma.

L'opération que la malade avait subie n'était rien autre qu'une biopsie. Biopsie un peu compliquée, peut-être, car j'ai compris qu'on avait un peu "chipoté" la pièce en l'enlevant et que l'anesthésie n'avait pas été un succès.

Quelques jours plus tard la malade fut conduite à Rochester, à l'hôpital Mayo, où on lui fit un Halsted. J'ai eu l'occasion d'en voir la cicatrice quelques mois plus tard; c'était la plus belle cicatrice d'opération de cancer du sein que j'aie vue.

L'organe enlevé fut étudié tout particulièrement, le Dr C. n'étant pas un inconnu chez les Mayo. On fit des coupes nombreuses qui furent examinées très soigneusement et furent toutes trouvées négatives.

La malade eut ensuite à suivre un long traitement aux rayons X sur la prescription des Médecins de Rochester quant à la dose et la fréquence. Les séances étaient longues et épuisaient la malade.

Treize mois après son opération, Mme C., de passage à Montréal, me disait: "Depuis quelques semaines, je vois par mes ceintures de robes, que j'engraisse, mais je ne me sens pas plus forte. Il me semble au contraire que je me fatigue plus vite."

Deux mois plus tard, c'est-à-dire 15 mois après son opération, elle revenait dans l'Est pour mourir parmi les siens. Son foie à ce moment était dur, douloureux à la palpation et dépassait la ligne ombilicale. L'organe était évidemment cancéreux depuis plusieurs mois. La malade est morte deux mois plus tard en pleine cachexie cancéreuse, 17 mois après son opération. Pas d'autopsie.

Cette observation m'a toujours frappé parce que je connaissais très bien Mme C. et que sa survie post-opératoire fut remarquablement courte.

A quoi peut-on attribuer cette métastase si rapide; car dans l'état actuel de nos connaissances, je ne crois pas qu'on puisse prétendre que le cancer du foie ait de relation avec le cancer du sein?

L'opération pratiquée à Rochester avait été très bien faite et il n'y avait aucune trace de récidive locale au moment du décès. Peut-on accuser la biopsie ou les rayons X? Probablement.

La biopsie, en général, est-elle une manœuvre inoffensive? Je crois, au contraire, que c'est un excellent moyen de favoriser la métastase. (2)

La principale règle de la chirurgie cancéreuse, c'est de réaliser "l'asepsie cellulaire". Si on ne doit inciser qu'en tissu sain, ce n'est pas seulement pour être sûr d'enlever tout le néoplasme, c'est aussi pour ne pas ouvrir de vaisseaux en tissus cancéreux et par là favoriser la métastase.

Parmi les préceptes généraux qui ont été discutés et adoptés sur la proposition de M. Cl. Regaud par la section thérapeutique de la commission du Cancer instituée au ministère de l'Hygiène, on peut lire: "La manipulation sans précautions spéciales des tumeurs et des territoires lymphatiques des néoplasmes exposent les malades à un danger certain de dissémination des germes et de généralisation. La délicatesse dans la palpation, l'abstention de toutes manipulations non indispensables, la protection contre les chocs, les pressions, les frottements doivent devenir des règles. La biopsie, pour être inoffensive, exige des précautions spéciales." Mais on se garde bien de les énoncer.

MM. E. Neuman et M. Coryn (de Bruxelles) recommandent pour diminuer les risques d'essaimage au cours de l'opération de changer plusieurs fois de gants et d'instruments et de pratiquer la suture à points séparés en changeant d'aiguille à chaque point. J'avoue que c'est pousser les choses à l'extrême. M. Maurice Chevassu défend la ponction exploratrice dans le cancer du testicule parce que, dit-il, "elle est susceptible de provoquer des inoculations opératoires".

Quand nous faisons une prise de biopsie, nous faisons justement le contraire de ce qu'on cherche à éviter quand on opère.

Mon vieil ami feu Wilfrid Derome, pour qui je prélevais un jour un fragment de tumeur, me disait de prendre la partie périphérique et le tissu sain adjacent afin d'avoir la zone d'envahissement. Je ne conçois pas de plus belle technique pour faire de l'ensemencement.

Ne se leurre-t-on pas quand on se croit à l'abri des dangers de la biopsie parce qu'on enlève le cancer quelques heures ou même quelques minutes plus tard?

Il faudrait d'abord savoir combien de temps la cellule cancéreuse prend à s'embarquer dans le vaisseau sanguin ouvert ou le lymphatique béant. Je l'ignore, mais il est logique de penser que ce passage est presque instantané; il ne peut pas être plus long que le temps de saignement. Mais, me direz-vous, si le sang sort des capillaires, les cellules détachées par l'incision ou le grattage ne sauraient nager contre le courant. C'est parfaitement vrai; mais il y a d'abord les lymphatiques; et ensuite, tous les capillaires saignent-ils? Ceux qui se sont déjà réunis à leurs voisins pour former une toute petite veinule ne doivent pas saigner; ils doivent même aspirer un peu du sang de la plaie. Si un anatomo-physiologiste m'exposait cette hypothèse, je la trouverais parfaitement logique et l'adhésion de mon esprit se ferait sans effort.(3)

Le moyen de parer à ce danger serait de ne faire des biopsies qu'au bistouri électrique; on prétend que, de cette façon, on scelle les vaisseaux avant de les sectionner. La possibilité d'essaimage, d'ensemencement semble complètement éliminée. Mais tous les hôpitaux ne possèdent pas cet instrument dispendieux.

Pour revenir à l'observation de Mme C., je crois que sa première opération a été la cause de la si rapide récidive et que la fin a été accélérée par le traitement radiologique.

Je ne suis pas qualifié pour discuter radiothérapie, mais j'ai lu attentivement la discussion qui a eu lieu il y a quelques années, à la Société de Chirurgie de Paris, sur ce sujet, et je n'ai rien lu depuis

pour en modifier les conclusions. Comme toujours, il y avait diverses opinions, mais pour le plus grand nombre il semblait que la radiothérapie diminuait les récidives locales mais favorisait les récidives à distance.

Le professeur Regaud, dans les cours si intéressants qu'il a donnés à Montréal il y a quelques années, disait que le rayon X ne donne pas de résultats bien encourageants dans le cancer du sein. D'après ses statistiques, la récidive se faisait un peu plus vite et un peu plus souvent dans les cancers irradiés. Récemment, je lisais une opinion du même professeur où il disait qu'il préférait ne pas irradier les cancers du sein après l'opération afin de garder la radiosensibilité des tissus pour le traitement des récidives inopérables.

J'ai interviewé deux radiologistes des hôpitaux de Montréal, et leur opinion n'est guère encourageant en matière de cancer du sein. En somme, on peut croire que, non seulement Mme C. n'a rétiré aucun bénéfice de ses longues et nombreuses séances de radiothérapie, mais qu'il eut été préférable qu'on laissât de côté ce mode de traitement. (4)

*
* *

En 1930, j'ai opéré 4 cas de cancers du sein. Deux avaient des ganglions axillaires, deux n'en avaient pas; trois étaient un peu moins gros qu'un jaune d'œuf, le quatrième était beaucoup plus gros, n'avait pas de ganglions, mais il y avait de la dissémination dans la peau voisine du sein. Comme pronostic, ce ne doit pas valoir mieux que des ganglions.

Comme traitement post-opératoire, j'ai donné des sels halogénés aux deux malades qui avaient des ganglions et j'ai gardé les autres sans aucun traitement. Les deux premières sont mortes de récidives très probables, la quatrième est morte cardio-rénale en février dernier et la troisième vit encore. Je résume brièvement leurs observations.

Obs. II. Mme L., 59 ans, habitant la campagne. Cancer du sein, mobile, sans ulcération. Ganglions axillaires peu développés, mobiles. Opération de Halsted, le 12 mars 1930. Epithélioma typique cliniquement et macroscopiquement. Traitement post-opératoire: sels halogénés, 20 jours par mois pendant quatre mois. Revue à cette époque. Bonne santé, a engraissé de plusieurs livres; aucune apparence de récidive. Sels halogénés, 20 jours par deux mois pendant 4 mois, puis 20 jours par mois tous les trois mois. La malade est morte en janvier 1932, 21 mois après l'opération. La

cicatrice thoracique était indemne de toute trace de récidive. Le médecin de famille aurait dit qu'elle avait le poumon droit "séché". On peut présumer une récidive au poumon.

Obs. III. Mme A., 66 ans, habitant la campagne. Même lésion, même opération, le 13 octobre 1930; même traitement que la malade ci-dessus. Décédée le 18 septembre 1932, 23 mois après l'opération, après avoir présenté des symptômes intestinaux pendant plusieurs semaines: douleurs, diarrhée, hémorragies, etc. Cicatrice thoracique intacte.

Les sels halogénés ont pu retarder ou empêcher l'évolution du cancer chez les petits animaux de laboratoire; chez mes deux malades, l'insuccès a été complet.

Obs. IV. Mlle A., 39 ans, pensionnaire à Saint-Jean-de-Dieu pour affaiblissement des facultés et troubles du caractère. Cancer du sein droit, pas de ganglions. Opération de Halsted, le 10 septembre 1930. Epithélioma typique cliniquement et microscopiquement. Aucun traitement post-opératoire. Revue le 2 octobre dernier. Aucune apparence de récidive, mais la malade s'éteint lentement de tuberculose pulmonaire. Koch positif depuis plusieurs mois.

Obs. V. Mme P., 61 ans, grande débile. B. W. négatif. P. A. 184/70. Azotémie 0.35. Pas de sucre ni d'albumine. Présente une tumeur du sein gauche plus grosse qu'un jaune d'œuf, dure, un peu rétractée, avec une tache violacée, menace d'ulcère, adhérente au pectoral. Pas de ganglions. Elle présente en plus cinq petites nodosités de la grosseur d'un pois dans l'aire de l'angle supéro-interne, à mi-chemin entre le sternum et la glande. J'y ai vu un commencement de généralisation et lui ai fait une opération de complaisance le 10 septembre 1930, le même jour que l'opération de la malade de l'observation précédente. Je lui ai enlevé en bloc, sein, nodosités et la plus grande partie du pectoral. Comme le creux axillaire ouvert ne montrait pas de ganglions, je ne l'ai pas touché. Fermeture avec fils métalliques laissant une surface cruentée qui a guéri bien lentement. Mme P. a des tissus qui ont peu de vitalité, qui guérissent mal. Enfin après deux mois tout était cicatrisé. Ma malade est restée sans récidive jusqu'en février 1932, c'est-à-dire pendant 18 mois. Le 2 mars 1932, je l'ai opérée de nouveau pour une tumeur grosse comme le bout du pouce, dure, adhérente au 2ème cartilage costal, le dépassant un peu en bas, qui avait poussé en moins de 4 mois. J'ai enlevé les 2ème et 3ème cartilages costaux, les muscles intercostaux et un bon travers de doigt du sternum correspondant. Je n'ai pas vu le long des vaisseaux mammaires internes les ganglions que les anatomistes signalent.

Cette petite thoracectomie est, je crois, intéressante à plus d'un point de vue. La séreuse pleurale se présente d'une façon bien différente de la séreuse péritonéale. Au lieu d'être lâchement étalée, matelassée de tissu conjonctif, extensible, dépressible, facilement décollable, elle est très tendue, sans coussin de tissu conjonctif, pas dépressible ni extensible, plus adhérente au périoste costal qu'aux muscles intercostaux, se détachant assez facilement

pour m'avoir permis de faire une petite déchirure. Le pneumothorax s'est produit aussitôt sans le moindre ennui. L'anesthésiste et moi nous ne nous en serions pas aperçus sans le bruit du passage de l'air aux mouvements respiratoires. Ma déchirure n'avait pas ¼ de pouce de long sur ½ ligne de largeur. J'ai voulu la suturer mais je n'ai réussi qu'à l'agrandir. J'ai bien pensé à obturer la brèche par une greffe d'épiploon, mais comme je pouvais amener la peau voisine par dessus, je n'ai pas voulu compliquer mon opération par une laparotomie. J'ai bien recouvert la déchirure pleurale mais je n'ai pu recouvrir complètement la surface cruentée et il arriva ce que j'aurais dû prévoir. Les tissus de Mme P. n'avaient pas plus de vitalité en 1932 qu'en 1930. La plaie a suppuré, les points ont lâché et ma malade a fait une belle pleurésie purulente dont elle s'est admirablement tirée. L'analyse histologique de la pièce disait: La coupe examinée montre un stroma fibreux pauvre en cellules fixes, des amas de cellules cancéreuses éparpillées dans les interstices du stroma. Aucune différenciation glanduliforme. On voit aussi des trousseaux de fibres élastiques de nouvelle formation: épithélioma atypique. (Dr Paul Décary.)

Elle est restée en bonne santé jusqu'au milieu de juin. Elle m'a alors été amenée avec des ganglions axillaires et six petites nodosités au creux épigastrique. Je trouve bizarre de voir survenir des ganglions 22 mois après l'ablation du cancer, sans récidive locale. Le 22 juin, j'ai vidé le creux axillaire et enlevé d'un bloc les nodules épigastriques. Ils étaient adhérents à l'aponévrose des droits. La malade a encore guéri lentement avec suppuration.

L'analyse montre: Tumeur formée surtout par des cellules épithéliales disposées en énormes travées diffuses. Stroma réduit à des bandes conjonctivo-vasculaires éparses parmi les masses épithéliales: épithélioma atypique. (Dr Paul Décary.)

Vers la fin de décembre je lui ai trouvé encore deux petits nodules près de sa cicatrice épigastrique lorsqu'elle est partie en janvier pour un congé de trois semaines dans sa famille. A son retour au début de février, elle avait un peu d'œdème aux jambes, la figure boursouflée, et mourait deux ou trois jours plus tard après une syncope. Pas de trace de récidive dans ses cicatrices thoraciques.

Mme P. avait une histoire d'alcoolisme; nous avons pensé qu'elle s'était "poncée" un peu fortement, chez ses enfants (elle en avait 22!), et qu'elle avait rompu son équilibre cardio-rénal. Pas d'autopsie.

Voici donc une cancéreuse qui ne semblait pas devoir tirer grand bénéfice de son opération et qui était encore en bonne santé apparente 28 mois plus tard malgré ses récidives, tandis que celles des observations I, II et III, qui étaient moins avancées, sont mortes depuis longtemps.

Je sais que Mme P. avait un cancer se rapprochant un peu de la forme "squirrhe", qu'elle n'avait pas de ganglions, mais il ne faut pas oublier qu'elle faisait déjà de la dissémination et qu'elle a fini par les avoir, ses ganglions.

Les auteurs s'accordent à dire que la durée clinique de la moyenne des cancers du sein non opérés est d'environ trois ans. Je crois qu'un grand nombre de ces cancers ne gagnent pas grand'chose à être opérés, mais on n'est jamais sûr de ce que l'avenir réserve aux cancéreux. Nous avons tous vu des cancers du sein qui d'ailleurs nous ont surpris par une survie bien souvent inattendue, et ce sont quelquefois des cas qui ne semblaient guère prometteurs.

NOTES

(1) Paul LECENE: "Malgré tout, le cancer du sein reste une des formes les plus graves du cancer".

(2) LECENE et LERICHE *in* Thérapeutique Chirurgicale, 1926: "En cas de doute, faut-il faire une biopsie? Je ne le pense pas d'après ce que j'ai pu observer moi-même; en effet, la biopsie, pour donner des chances sérieuses de diagnostic exact, doit être très large; c'est une véritable amputation partielle du sein que l'on est amené à faire. S'il s'agit réellement de cancer, il faudra pratiquer quatre ou cinq jours après une amputation large avec curage de l'aisselle; mais cette opération sera faite dans des conditions très défavorables au point de vue résultat éloigné à cause des chances très sérieuses de dissémination néoplasique que la première opération partielle aura créées."

G. W. CRILE *in* le journal The Lancet. fév. 1931: "The author feels biopsia is never justified as a diagnostic measure, for it has been proved that it is highly probable that cutting into cancer tissue may disseminate the disease."

P. MOURE *in* Bull. et Mém. Soc. de Chir., Paris. 24 déc. 1932: "Je persiste à croire que la section en plein tissu néoplasique n'est pas plus recommandable pour un cancer ectodermique que pour un nævo-carcinome pour lequel nous en connaissons les conséquences redoutables."

(3) Prof. Pierre DELBET *in* Les cancers du sein, 1927: "Il me paraît évident qu'elles (les cellules cancéreuses) ont pénétré dans les capillaires au sein de la tumeur et qu'elles ont été entraînées dans la circulation."

"J'ai trouvé des envahissements vasculaires dans toutes les formes de cancer. La statistique m'a montré qu'ils ont une signification nettement maligne. Aussi m'a-t-il été nécessaire de faire une classe d'épithéliomas hémophiles."

(4) LECENE: "J'ajouterai que je n'ai jamais eu recours à la rœntgénisation post-opératoire."

Prof. DELBET: "Je m'abstiens pour le moment de toute radiothérapie dans les cancers du sein, qu'ils soient de forme bénigne ou de forme maligne, qu'ils soient opérables ou inopérables."

(5) LECENE: "Certains cas de squirrhes évoluent si lentement et gênent si peu les malades que l'on ne voit pas très bien quel bénéfice réel pourrait donner dans ces cas l'amputation du sein."

Prof. DELBET: "Les squirrhes marchent lentement."

RECUEIL DE FAITS

VOLUMINEUX OSTÉOME ORBITO-CRANIEN. ABCÈS CÉRÉBRAL CONSÉCUTIF, D'ORIGINE NASALE

Par J.-N. ROY, F.A.C.S.,
Professeur à l'Université de Montréal,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame,
Lauréat de l'Académie de Médecine de Paris.

En 1930, nous avons publié l'observation d'une jeune fille, venue consulter pour un gros ostéome de l'orbite, enlevé sans énucléation par la voie sourcilière, en conservant à l'œil intéressé toute sa fonction physiologique. En plus de cette tumeur, notre malade présentait, du côté correspondant, une paralysie faciale périphérique, et par élimination des causes possibles, nous avons classifié cette affection, qui a guéri dans l'espace de quatre mois, comme étant *a frigore*. L'ethmoïde avait été le point d'origine du néoplasme, et malgré son ablation radicale, il y eut récidive au même endroit quelques années plus tard. Cependant, le grand intérêt de l'observation présente est que, cette fois-ci, l'ostéome, né de l'ossification d'un fibrome initial, s'est d'abord développé dans l'orbite, qu'il a ensuite envahi la cavité cranienne, qu'il a propagé l'infection au cerveau, et qu'à l'opération nous avons découvert un vaste abcès du lobe frontal. Considérant ces faits, et d'après la littérature médicale parcourue, nous croyons pouvoir dire que cette observation est la première publiée sur un tel sujet. Voici d'ailleurs l'histoire de notre malade, morte de leptoméningite diffuse, vingt-huit heures après l'intervention.

Observation. — Mlle C. N., âgée de 24 ans, est admise dans mon service de l'hôpital Notre-Dame, le 23 janvier 1933, pour des troubles à la région oculo-frontale droite. Cette patiente, à qui nous avions déjà, le 8 mai 1925, fait l'ablation d'un ostéome de l'orbite pesant dix-huit grammes, nous raconte que depuis l'opération elle a joui d'une excellente santé, jusqu'en octobre 1931. A partir de cette époque toutefois, elle commença à remarquer une sensation de plénitude à la cavité orbitaire, sans ressentir de douleurs. D'une manière très lente, l'œil fut projeté en avant, mais la vision demeura bonne, et il n'y

eut jamais de diplopie. Des maux de tête localisés à droite et à point de départ frontal firent leur apparition depuis un mois environ.

A l'examen, nous constatons une légère exophtalmie directe de l'œil droit, qui a cependant conservé toute sa mobilité. Les paupières recouvrent exactement la cornée, dont la sensibilité est parfaite. La pupille réagit bien à la lumière. Il existe du larmoiement, mais les voies lacrymales sont perméables. La papille est normale, ainsi que les membranes du fond de l'œil. A l'aide du diploscope de Rémi, nous observons une bonne fusion des images. Rien d'intéressant à noter à l'œil gauche, et la vision des deux yeux est de 1/3. Toutefois, après correction d'un astigmatisme mixte moyennement prononcé, elle remonte à 2/3.

O. D. 105° + 2.25 — 0.75 V = 2/3
O. G. 120° + 2. — 0.50 V = 2/3

La voûte de l'orbite droit est douloureuse au toucher, et au moyen de l'auriculaire nous sentons un néoplasme en luxant un peu le globe en bas. La malade se plaint de maux de tête localisés à la région frontale du côté correspondant.

A la rhinoscopie antérieure, nous trouvons une fosse nasale droite sans pus, absolument libre, mais présentant de l'anosmie. Il existe à gauche un léger éperon de la cloison. De ce côté l'odorat est conservé. Le pharynx et le cavum n'offrent rien de particulier.

La diaphanoscopie nous permet de voir que tous les sinus de la face sont bien transparents.

En présence de cette exophtalmie chez notre ancienne opérée d'ostéome, nous pensons immédiatement à une récidive, et demandons un examen aux rayons X. Aussi le Dr Laquerrière voulut bien nous donner les renseignements qui suivent:

"Sur la radio de face: opacité complète de l'orbite droit; sinus frontal correspondant normal."

"Sur la radio de profil: tumeur osseuse mamelonnée, plus volumineuse qu'une grosse noix, localisée en avant dans la partie postérieure de l'orbite, et en arrière dans la boîte cranienne". (voir figure 1).

La malade, ayant 39 de température, fut mise immédiatement au lit. Nous lui disons que pour enlever sa tumeur il faudrait d'abord énucléer l'œil, et que l'intervention serait ensuite très sérieuse. Impressionnée par ces explications, elle demande à réfléchir, et à consulter sa famille. Dans la suite les symptômes s'aggravèrent considérablement. En effet, la céphalée devint plus intense, la température oscilla entre 36 et 38, et elle eut des vomissements. De temps à autre elle souffrait d'insomnie, ou de torpeur. La ponction lombaire permit d'obtenir un liquide clair qui s'échappa sans pression de la canule. L'analyse de ce liquide fournit le rapport suivant:

Lymphocytose normale.
Examen bactériologique négatif.
Albumine 0 gr. 60.
Gomme — — — —
Le sang donna un Wassermann négatif, et une quantité normale d'urée.
Traces d'albumine dans les urines, et absence de sucre.

La seconde semaine après l'entrée de notre malade à l'hôpital vit s'accroître les troubles nerveux, et les maux de tête devinrent de plus en plus forts et persistants. Elle présentait toujours un peu d'hyper ou d'hypothermie, accompagnée de somnolence ou d'insomnie. Toutefois les disques papillaires n'étaient pas œdématiés, et la vision se maintenait bonne. Le 9 février nous réitérons le conseil de tenter une intervention qui, cette fois-ci, fut acceptée pour le lendemain.

Opération. — En présence de l'état d'apathie manifesté par notre patiente, l'anesthésiste lui administre 6 c.c. d'avertin, ce qui eut pour effet de produire



Fig. 1.
Ostéome orbito-cranien.

un sommeil idéal. Après asepsie du champ opératoire, nous pratiquons une canthotomie externe suivie d'une exentération de l'orbite. Nous découvrons alors un ostéome mamelonné remplissant toute la moitié supérieure de cette cavité. Par ses adhérences, il était facile de se rendre compte que le néoplasme avait pris origine sur l'ethmoïde. Nous servant de la gouge et du maillet, nous libérons son implantation nasale. Comme la tumeur était spongieuse à certains endroits, et que nous ne voulions pas nous exposer à fracturer les minces parois du cône orbitaire, en essayant de l'enlever tout d'un bloc, nous la morcelons avec une pince coupante. Une fois arrivé cependant au fond de la cavité, nous mobilisons avec une extrême prudence sa

partie cranienne au moyen du levier. Pendant ces manœuvres notre surprise fut excessivement grande lorsque nous vîmes s'écouler graduellement du lobe frontal environ 20 c.c. de pus. Inutile d'ajouter que la dernière portion de l'ostéome fut enlevée, en essayant autant que possible de ne pas disséminer l'infection. Nous terminons l'intervention qui, en somme, n'avait présenté aucune difficulté, par quelques points de suture au cantus externe, le drainage de l'abcès et un pansement aseptique. Bien que la perte de sang fût minime, nous donnons 500 c.c. de sérum glucosé en injection intraveineuse, et 2 c.c. de coramine par la voie intramusculaire, afin d'atténuer un peu le choc opératoire. Le réveil se fit normalement, et la nuit suivante le sommeil fut calme. Toutefois, le lendemain, la malade se plaignit de maux de tête, eut de l'incontinence vésicale et des vomissements. La fièvre réapparut et augmenta graduellement. Elle devint inconsciente malgré tous les stimulants administrés, et commença ensuite à délirer. La respiration monta à 40, le pouls à 160, et elle mourut 28 heures après l'opération, avec une température de 39.4.

L'autopsie, pratiquée par le professeur agrégé Simard, permit de faire, entre autres, des constatations très intéressantes à la région orbito-cranienne.

"Le cadavre est celui d'une femme jeune, bien constituée, mais amaigrie.

"L'œil droit est absent ainsi que la voûte orbitaire. La cavité orbitaire est remplie d'un caillot qui se continue par un autre caillot adhérant au lobe frontal droit du cerveau. Le sinus frontal droit est intact.

"Sur la face inférieure de ce lobe, existe une perte de substance en forme de cupule. de quatre centimètres et demi dans le diamètre transversal, de quatre centimètres dans le sens antéro-postérieur, et profonde de deux centimètres. Cette perte de substance est habitée par une masse rouge-noirâtre, striée de bandes grises, qui se continue avec le caillot de l'orbite.

"Le bulbe et le nerf olfactif du même côté sont détruits.

"Les bords de cette cupule, au microscope, sont constitués par du tissu cérébral morcelé et fortement infiltré de globules rouges. Le fond est recouvert d'une nappe purulente.

"Il existe, en plus, une leptoméningite diffuse". (voir figure 2).

Les fragments de la tumeur réunis pesaient quarante-trois grammes, et au point de vue macroscopique, elle était mamelonnée dans l'orbite, ainsi que dans la cavité cranienne, en présentant à certains endroits des parties spongieuses ou très dures.

Le professeur Pierre Masson, qui a bien voulu faire l'examen anatomo-pathologique d'un morceau du néoplasme développé dans le crâne, nous donne le rapport suivant:

"La tumeur est de forme à peu près hémisphérique et fait corps avec la voûte orbitaire. Très dure, elle doit être débitée en tranches à la scie fine.

"Elle comporte deux régions de structure différentes. L'une externe, ou corticale, est formée par un tissu osseux très compact, à canaux de Havers étroits, et comparable à celui d'une diaphyse d'os long. L'autre, profonde, est formée par un tissu de structure variable selon les points: ce tissu est par places fibreux, très dense et parcouru par de larges capillaires. Ailleurs, des travées ostéoïdes y naissent sur place. Ces travées se continuent

extérieurement avec l'os compact qui forme la région superficielle de la tumeur. Entre ces travées jeunes, il n'y a que du tissu fibreux et des vaisseaux, pas de moelle rouge.

"Le tissu osseux semble être tout à fait stable dans la région compacte. Les canaux de Havers ne sont pas bordés par des ostéoblastes en arrangement épithélioïde, — indice de l'accroissement osseux — ni par des myéloplaxes inclus dans des lacunes de Howship, — indice de résorption. On ne trouve d'images d'accroissement et de résorption (celles-ci très rares) que dans la région profonde.

"Cette tumeur est un ostéome pur né de l'ossification directe et progressive d'un fibrome initial. En aucun point la tumeur ne présente, ni à sa surface, ni dans ses interstices, la moindre lésion inflammatoire."

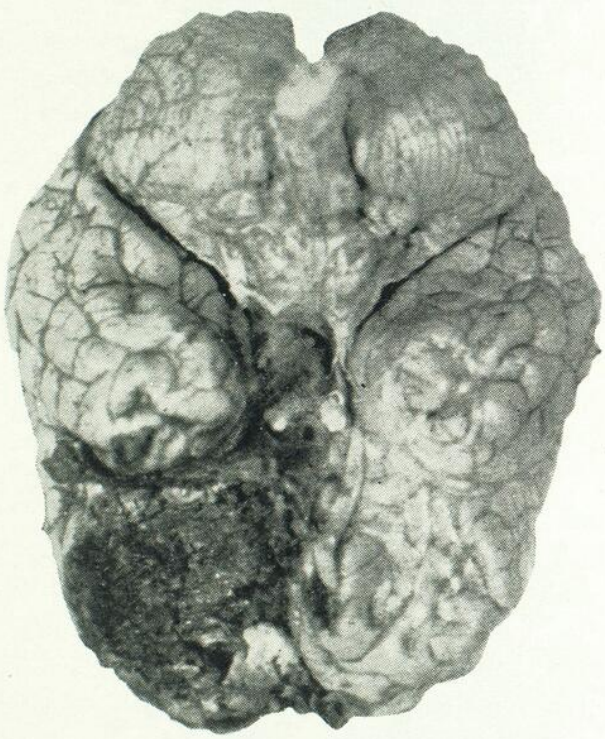


Fig. 2.
Abcès du lobe frontal droit.

En appréciant les faits exposés dans cette observation, nous éviterons de répéter, autant que possible, ce que nous avons déjà dit lors de la publication de notre premier travail. Cependant nous rappellerons que notre malade n'a jamais eu antérieurement d'infections du nez, qu'elle n'a jamais reçu de traumatisme sur la région naso-frontale, et que son ostéome orbitaire avait pris naissance à l'ethmoïde sans cause apparente. Cette tumeur particulièrement dure

avait été enlevée tout d'un bloc en 1925. Désireux de connaître alors son imperméabilité aux rayons X, nous l'avions fait radiographier avec une tête de statuette en ivoire d'une grosseur relativement égale au néoplasme, ce qui avait donné la même opacité pour les deux objets. (Voir notre illustration).[1]

D'après l'histoire de la patiente la guérison s'est maintenue pendant six ans? Il serait toutefois logique de croire que la récidive a débuté avant octobre 1931, et que les premières manifestations ont passé inaperçues. Comme nous savons d'ailleurs que les ostéomes de l'orbite ont une évolution plutôt lente, le néoplasme de notre malade aurait pu difficilement atteindre un volume de quarante-trois grammes dans l'espace de seize mois.

L'examen anatomo-pathologique a fourni des renseignements d'un intérêt spécial. En effet, il a été démontré que la tumeur, développée sur l'ancien tissu cicatriciel de l'ethmoïde, — constatation faite à l'opération — a d'abord été un fibrome qui, dans la suite, a subi progressivement l'ossification. Contrairement à ce que nous avons observé lors de la première opération, où l'ostéome, très dur, avait envahi l'orbite en repoussant l'œil en dehors, sa récidive offrait une consistance mi-spongieuse mi-éburnée, se prolongeant en profondeur dans la cavité cranienne, avec à peine une légère exophtalmie.

Voyons maintenant d'après quel processus le cerveau a été infecté. A la diaphanoscopie, à la radiographie, et surtout à l'autopsie, le sinus frontal correspondant à la tumeur a été trouvé absolument normal. Il faut donc admettre que l'agent microbien a eu son point de départ dans la fosse nasale, et qu'il est parvenu en silence jusqu'aux méninges, — par la voie postérieure du néoplasme tout probablement. Si la malade n'a jamais présenté d'abcès rétro-bulbaire, c'est que l'infection chronique d'emblée, à évolution très lente, ne s'est jamais manifestée sous une forme aiguë ou sub-aiguë, consécutivement à une forte rhinite par exemple. Bien que le morceau de la tumeur intra-cranienne, examiné au microscope, n'ait montré aucune marque inflammatoire, ce fait n'infirme pas l'hypothèse que les microbes venus du nez se soient rendus au cerveau par la partie corticale de l'ostéome. Les pulsations cérébrales, transmises aux méninges en contact avec celui-ci, ont produit à la longue une lésion d'usure à la dure-mère, par où l'infection s'est propagée ensuite au lobe frontal. Il ne serait pas raisonnable de supposer que l'agent microbien ait suivi la lame

(1) *Annales d'oculistique*, tome CLXVII, page 830, oct. 1930.

criblée de l'ethmoïde pour se rendre au cerveau, puisque la malade, depuis sa première opération, n'a jamais eu d'ethmoïdite, qu'à notre examen la fosse nasale droite était normale, et qu'à l'autopsie aucune constatation pathologique n'a été observée à la région de l'apophyse crista-galli.

Nous regrettons de ne pouvoir fournir un rapport microscopique du pus évacué de l'abcès du cerveau, car malheureusement il n'a pas été demandé. Toutefois la virulence de ce pus était très forte puisque vingt-huit heures après l'opération, la malade mourait avec une température de 39.4. En outre, le professeur agrégé Simard, qui a fait des recherches sur des coupes cérébrales limitant l'abcès, a trouvé que ce tissu était morcelé et fortement infiltré de globules rouges, qu'il était recouvert d'une nappe purulente, et qu'il existait une leptoméningite diffuse.

Lors de l'examen clinique, nous avions observé que la fosse nasale droite, tout en étant bien libre, présentait de l'anosmie, et que l'odorat était conservé à gauche. Ce phénomène s'explique par la destruction du bulbe et de la bandelette olfactive consécutivement à l'abcès du lobe frontal correspondant.

Nous soulignerons le fait que, malgré le développement assez considérable de l'ostéome cranien, les papilles, à l'ophtalmoscopie, n'étaient pas œdématiées, et qu'à la ponction lombaire, le liquide est sorti sans pression. De même la vision de l'œil droit est toujours demeurée bonne, puisque le néoplasme orbitaire avait envahi uniquement la partie supérieure de cette cavité, sans venir en contact avec le nerf optique.

Les symptômes cliniques, et l'examen radiographique, ne nous ont pas permis de poser un diagnostic d'abcès du lobe frontal, car les maux de tête à cette région pouvaient bien être dus à la tumeur, et l'élévation de température, ainsi que les vomissements, à une réaction méningée. Cependant, si nous avions pensé à une telle complication, — observée pour la première fois — il eut été instructif de voir ce qu'aurait donné une ventriculographie.

En résumant cette observation, qui offre un intérêt particulier, nous dirons:

1° Qu'en 1925, notre malade a été opérée d'une manière radicale, pour un ostéome de l'orbite, développé sur l'ethmoïde, ayant la consistance de l'ivoire;

2° Que la guérison s'est maintenue apparente jusqu'en 1931;

3° Qu'à partir de cette époque, une récidive s'est manifestée sous la forme d'un fibrome à point de départ nasal;

4° Que ce fibrome initial a subi l'ossification;

5° Que cette tumeur a envahi d'abord la moitié supérieure de l'orbite, et ensuite la cavité cranienne;

6° Que l'infection nasale s'est propagée par son intermédiaire au cerveau;

7° Qu'à l'opération un abcès du lobe frontal a été découvert;

8° Et enfin, que cette malade est morte de leptoméningite diffuse vingt-huit heures après l'intervention.

BIBLIOGRAPHIE

R. I. TCHILINGHIROFF. — De l'ostéome de l'orbite. *Thèse de Bordeaux*, No 67, 1900.

I. M. De TARANTO. — Les ostéomes de l'orbite. *Thèse de Paris*, No 268, 1901.

F. LAGRANGE. — Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes. Tome II, page 567, G. Steinheil, éditeur, Paris, 1904.

J.-N. ROY. — Fibrome calcifiant de l'orbite. *Annales d'oculistique*, tome CXL, page 33, juillet 1908.

F. LAGRANGE. — Encyclopédie française d'ophtalmologie, tome VIII, p. 728, Octave Doin et Fils, éditeurs, Paris, 1909.

J.-N. ROY. — Volumineux ostéome de l'orbite. *Annales d'oculistique*, tome CLXVII, page 825, oct. 1930.

J.-N. ROY. — Paralysie faciale périphérique consécutive à une engelure de la joue. *Les Annales d'Oto-Laryngologie*, tome 1, page 745, juillet 1931.

UN CAS DE LITHIASE VÉSICULAIRE À FORME DE DYSPEPSIE HYPOSTHÉNIQUE

Par J.-Alfred MOUSSEAU, F.R.C.P. (Canada),
Professeur agrégé à l'Université de Montréal,
Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

La vésicule biliaire et l'appendice, à l'état pathologique chronique, ne s'extériorisent pas toujours, lors de l'examen clinique, par des symptômes locaux évidents.

L'attention est attirée ailleurs, souvent vers l'estomac, parce que c'est un organe très sympathique, et qui manque rarement de se plaindre tout haut des souffrances muettes de ses voisins. (Le plexus solaire est le premier relais nerveux où viennent se réfléchir les sensations douloureuses gastriques.)

Les malades viennent donc consulter en présentant un syndrome dyspeptique hyper ou hyposthénique; et pour peu que l'estomac soit atone ou clapote facilement, ce que vient d'ailleurs confirmer un examen radiologique, le diagnostic de ptose gastrique passe de l'avant, enlevant tout soupçon de lésion de voisinage. Ces malades sont traités comme tels pendant longtemps, sans aucun résultat, parce que cette dyspepsie hyposthénique n'est que secondaire à une lithiase vésiculaire.

Ces troubles peuvent même avoir une telle répercussion sur l'état général des malades, qu'ils peuvent faire passer ces malades pour des tuberculeux, comme dans le cas que nous rapportons.

Observation:

Madame C., 31 ans, mariée, se présente à la consultation externe de l'Hôpital Notre-Dame en août 1933, avec un diagnostic "tout fait" de tuberculose pulmonaire. Etant donné que cette malade présente un mauvais état général et qu'elle tousse, elle est admise dans le service de médecine du professeur Benoît le 23 août 1933. Voici son histoire: Depuis son dernier accouchement (le 9ième) en juillet 1933 — il y a précisément un mois — cette jeune femme, bien qu'elle ait accouché normalement, s'est toujours sentie très fatiguée, incapable de vaquer à ses occupations journalières. Elle éprouve des douleurs thoraciques, à droite et à gauche, sans localisation bien particulière; des étourdissements, de la céphalée, des sensations d'étouffement et une petite toux agaçante, sans expectoration. Son appétit est conservé; mais la digestion est lente, accompagnée de régurgitations et de gaz; sensation de gêne, de gonflement, presque immédiatement après

chaque repas; constipation chronique; torpeur intellectuelle et physique; étourdissements; céphalée fréquente; une grande irritabilité qui la fait réagir facilement à la moindre contradiction. Son père et sa mère sont morts, l'un à 60 ans, de bronchite chronique, l'autre à 68 ans, de pleurésie. 3 sœurs présentent de l'asthénie. 5 frères et sœurs sont morts en bas âge. Antécédents personnels: elle a été traitée, il y a 5 ans, à l'hôpital, pour asthénie. Elle a fait 9 grossesses à terme, sans accidents. — 2 enfants sont morts en bas âge, l'un de broncho-pneumonie, l'autre de méningite tuberculeuse.

*
* *

Nous procédons à l'examen clinique de cette malade. Un premier fait nous frappe: l'aspect de grande fatigue de cette femme et son teint pâle, la pâleurs des conjonctives, de la langue, et du voile du palais. Les amygdales sont hypertrophiées; plusieurs dents cariées entraînant une haleine fétide. Aucune adénopathie cervicale ou autre. La thyroïde est normale. Le thorax a conservé une certaine couche de tissu adipeux et la dépression sous-claviculaire n'est pas très marquée. Cette malade, entrée à l'hôpital avec un diagnostic de tuberculose pulmonaire, ne révèle rien de particulier à l'auscultation, malgré une toux superficielle qui nous paraît plutôt d'ordre réflexe. Le cœur bat en moyenne à 65; la tension artérielle est de 100/65; le foie ne dépasse pas le rebord costal; la rate n'est pas appréciable au palper; mais si l'on explore très profondément dans la région vésiculaire, on réveille une sensibilité, mais si légère cependant, qu'elle ne paraît pas répondre à une vésicule pathologique (signe de Murphy douteux). La région du plexus solaire est beaucoup plus sensible. A la pression, on provoque une sensation pénible avec mouvements inspiratoires prolongés et état nauséeux. Il y a du clapotage gastrique cinq heures après le petit déjeuner, avec bruit de flot. A l'exploration du cadre colique, on trouve du gargouillement cœcal; le sigmoïde est contracturé sur toute sa longueur. Le toucher rectal révèle quelques petites cybales. Les réflexes tendineux, rotulien et achyléen existent des deux côtés. Les pupilles sont en mydriase; la gauche n'est pas tout à fait régulière, mais elles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. Le poids est de 126 livres; la température 97.5 en moyenne.

*
* *

Les conclusions de ce premier examen clinique sont d'abord en faveur d'une asthénie généralisée, mise sur le compte d'une déminéralisation d'origine puerpérale: cette femme vient de mettre au monde son 9ième enfant, il y a exactement un mois, et ses grossesses répétées et rapprochées, expliquent, en même temps l'atonie de son tube gastro-intestinal et les troubles généraux qui en résultent.

Cette femme est mise immédiatement au repos absolu, avec diète généreuse, toniques reconstituants et laxatifs doux, en attendant de procéder à des examens ultérieurs, si nécessaire.

Malgré le repos en position horizontale, les toniques et les soins donnés pour régulariser l'intestin, la malade continue d'éprouver les mêmes ennuis de digestion: gaz, régurgitations, sensation de gonflement d'estomac immédiatement après les repas. Un examen radiologique est demandé, qui nous renseigne sur l'état du tube digestif.

Examen radiologique: l'estomac est long, bas, mobile, à parois et courbures normales. Son évacuation est normale. Le bulbe est quelquefois amputé du sommet, mais il redevient normal. (Dr. Léonard). Ce bulbe (amputé du sommet) attire notre attention et nous cherchons à en expliquer la cause. Disons de suite qu'une simple scopie de l'appareil biliaire, sans préparation, n'avait rien montré d'anormal du côté vésiculaire, mais la cholécystographie, par la méthode d'Antonucci (méthode rapide) nous révéla la nature des troubles gastriques présentés par la malade.

Cholécystographie: la vésicule est large, basse, se colore lentement et présente plusieurs ombres de calculs dans son fond. (Dr. Léonard).

Un peu plus tard, et afin de connaître les rapports de cette vésicule reconnue calculeuse avec le segment pyloroduodénal, on fait un examen radiologique simultané de la vésicule et de l'estomac, avec repas baryté.

Réponse: en rapport avec le bulbe, la vésicule descend du côté droit de la deuxième portion du duodénum et son fond est au niveau du genu inferius.

Cette radiographie simultanée nous permet de conclure à l'existence d'adhérences, ce qui est d'ailleurs confirmé lors de l'opération.

La vésicule, qui contenait 150 calculs de cholestérine (cause de leur non visibilité à la radioscopie gastro-vésiculaire) est prélevée soigneusement par les chirurgiens et envoyée sans retard au laboratoire d'anatomie pathologique.

Rapport: Vésicule à parois minces. Il n'y a pas de trace d'inflammation actuelle dans aucune de ses tuniques. La seule anomalie présentée par cette vésicule est la présence de quelques diverticules de Luschka surnuméraires (Professeur Masson). L'appendice, qui est enlevé en même temps, ne révèle aucune lésion pathologique appréciable.

*
* *

En résumé: une jeune femme se présente à l'examen clinique avec tous les signes d'une dyspepsie hyposthénique, attribuée à une déminéralisation qu'explique bien le nombre de ses grossesses. Un premier examen radiologique du tube digestif confirme nos présomptions en ce sens, mais l'altération morphologique du bulbe nous fait soupçonner une lésion du voisinage. Un examen radiologique de

la vésicule biliaire révèle l'existence d'une lithiase vésiculaire, existant peut-être depuis son premier séjour à l'hôpital mais jusque là ignorée, parce que fruste et sans signes bien caractérisés.

Une fois de plus nous constatons la difficulté du diagnostic de la dyspepsie lithiasique et nous comprenons les hésitations du médecin à rattacher certains troubles digestifs à un état vésiculaire pathologique et silencieux.

Chez tout dyspeptique que la thérapeutique médicale ne peut parvenir à améliorer, il faut donc rechercher l'état de la vésicule biliaire en faisant appel au radiologiste. Il faut se rappeler toujours que la lithiase vésiculaire est la plus grande simulatrice des maladies de l'estomac et que, silencieuse chez elle, elle peut tout de même provoquer des troubles qui en imposent pour une maladie essentielle du tube digestif.

DEUX CAS DE GROSSESSE ECTOPIQUE ARRÊTÉE DANS SON ÉVOLUTION[1]

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

Depuis quelque temps nous avons eu une série de grossesses ectopiques, dans le service de gynécologie et en clientèle, qui nous a valu la bonne fortune de rencontrer deux cas qui n'étaient pas encore venus à notre observation.

Ces deux cas furent d'ailleurs des découvertes opératoires, et le diagnostic pour le premier avait été: métrite et annexite droite post-abortum; pour l'autre: appendicite aiguë.

Madame H. H. L., 26 ans, est admise à l'hôpital Notre-Dame le 17 octobre pour une hémorragie abondante survenue après un retard d'un mois et trois semaines, sans crise douloureuse suraiguë. Ces métrorragies sont survenues quinze jours avant son entrée et persistent encore. Depuis une semaine la malade accuse une douleur sourde occasionnellement exacerbée à l'effort, dans la fosse iliaque droite.

Réglée à 12 ans, mariée à 22 ans, elle a toujours été régulière, n'a jamais présenté de douleur, et ses règles duraient trois jours.

Elle a eu deux accouchements à terme, normaux, avec relevailles normales. Le dernier accouchement date du 23 octobre 1932.

Au moment du retard des règles, la malade a vu ses seins se gonfler et présenter quelques élancements. Il y a d'ailleurs écoulement d'un liquide blanchâtre par le mamelon droit à la pression.

L'état général est bon. Le pouls est bien frappé, 80 à la minute. Il n'y a pas de température. Le cœur, les poumons, rien à noter.

La malade nous est adressée pour avortement.

L'abdomen est relativement souple. Toutefois au niveau de la fosse iliaque droite, on déclenche une douleur à la palpation profonde sans défense musculaire. La vulve est insuffisante. Au vagin, on note la présence d'un écoulement sanglant et à l'effort une cystocèle et une rectocèle. Le col de l'utérus est épais, fermé, déchiré transversalement, non douloureux, regardant le rectum. Le corps, en antéversion, est de volume à peu près normal, mobile. Dans le cul-de-sac droit on note la présence d'un cordon douloureux que l'on croit être une trompe enflammée. Le cul-de-sac gauche est souple, dépressible, non douloureux.

---

(1) Travail présenté à la séance scientifique du Bureau Médical de l'hôpital Notre-Dame, en décembre 1933.

Le glaçage de l'abdomen, les douches, les antispasmodiques calment l'état subaigu de cette malade, dont l'écoulement sanguin finit par se tarir.

La masse annexielle droite persiste bien que les douleurs diminuent. Le diagnostic posé est celui d'une métrite avec annexite post-abortum. L'intervention est décidée: curettage et laparotomie pour pratiquer une annexectomie droite.

La malade refuse l'intervention, le congé est signé. Le soir du même jour, au moment de la visite de son mari, celui-ci la décide à suivre les conseils du médecin. Le lendemain nous la retrouvons encore à son lit, un peu souffrante. Dans la nuit, la malade a eu une petite crise douloureuse qui toutefois n'a pas nécessité de calmants pour la soulager, la glace seule ayant suffi à obtenir ce résultat.

L'intervention est pratiquée le 27 octobre. Dilatation et curettage qui ne ramènent pas de débris pathologiques. Le col fermé, l'utérus de volume normal, nous n'en sommes pas étonnés davantage. Immédiatement après, laparotomie médiane sous-ombilicale; à l'ouverture de l'abdomen on constate la présence d'un écoulement sanguin qui a fusé entre les boyaux intestinaux et qui provient de la trompe droite qui suinte continuellement au moment de l'intervention et qui possède en sa portion ampullaire un développement donnant l'impression d'un œuf dépourvu de sa poche liquide. Il n'y a pas de rupture. Les portions interstitielle, isthmique et frangée de la trompe sont d'apparence normale et sans adhérence. Il n'y a pas d'hématocèle pelvienne.

Anexectomie droite. Péritonisation. Appendicectomie prophylactique. Fermeture de la paroi sans drainage. La pièce envoyée au laboratoire nous donne la rapport suivant:

Trompe: La trompe est remplie par un caillot dans lequel existent des fragments conjonctifs de cellules et de plasmodes plus ou moins nécrosés. Il semble s'agir d'une grossesse tubaire.

Appendice: La lumière appendiculaire contient dans les fragments un bouchon purulent en désintégration. Appendicite aiguë récente.

Mlle G. P., 20 ans, se présente à notre bureau le 18 octobre 1933, à la suite de douleur subite dans le côté droit survenue il y a une semaine, au moment des règles.

Réglée à 16 ans, cette malade est régulière mais ne voit qu'une journée, sauf les dernières règles, qui ont duré une semaine.

Il n'y a pas de température. Le pouls est normal. L'examen révèle des végétations vaginales, un cul-de-sac droit un peu moins dépressible que le gauche, tandis que la région de MacBurney est franchement douloureuse. Nos fiches indiquent appendicite chronique ou subaiguë avec un point d'interrogation, entérite avec un point d'interrogation.

Cette malade est revue au bureau une semaine plus tard sans qu'elle ait eu d'autre crise; servante, elle a vaqué à ses occupations. Le 30 octobre, cinq jours après sa deuxième visite au bureau, elle est prise à nouveau d'une crise douloureuse durant la nuit, mais elle continue son travail le lendemain. Trois jours après, toutefois, à cause de l'intensité de la douleur, elle est forcée de se reposer. Par téléphone nous prescrivons de la glace sur l'abdomen,

le repos au lit et nous faisons une demande d'entrée à l'hôpital. Dans la nuit du même jour, crise un peu plus forte, toujours sans perte de connaissance ni vomissement, mais avec des nausées. Le 4 novembre, c'est-à-dire le lendemain matin, elle est admise à l'hôpital. La malade n'a pas de température. L'état général est bon, le facies souffrant. Aux seins nous ne notons qu'une petite tuméfaction du volume d'une olive dans le sein droit: adénome.

L'abdomen présente une paroi souple sans défense musculaire. Douleur à la palpation profonde dans la fosse iliaque droite. La vulve est petite et offre un écoulement sanguinolent, le premier depuis ses règles d'il y a 25 jours: nous croyons à un retour de celles-ci; col petit de nullipare. L'utérus est petit, en position normale, non douloureux. Le cul-de-sac gauche est libre et non douloureux. Le cul-de-sac droit est relativement libre mais douloureux. Le diagnostic est posé: appendicite subaiguë avec annexite droite probable.

Le 11 novembre nous pratiquons la laparotomie médiane. A l'ouverture de l'abdomen on constate la présence d'une quantité de sang dans la cavité abdominale, mais dans le Douglas pas plus d'une cuillerée à soupe. Ce sang a fusé entre les boyaux intestinaux et provient d'une hémorragie de la trompe droite où l'on constate la présence d'un renflement dans sa portion ampullaire, caractéristique de la présence d'un œuf. La trompe n'est pas rupturée et l'œuf semble arrêté dans son évolution. Les parties isthmique, interstitielle et frangée sont libres: annexectomie droite. L'appendice est long, turgescent, congestionné. Appendicectomie. Fermeture de la paroi sans drainage.

Examen pathologique. — Trompe: La trompe est distendue par un caillot qui renferme quelques débris plus ou moins nécrotiques recouverts de plasmodes nucléés. Il semble bien s'agir d'une grossesse tubaire, mais dont les éléments sont en voie de dégénérescence depuis déjà quelque temps.

Les suites opératoires chez ces deux malades furent normales et n'offrent rien de particulier.

Quelques jours après cette dernière intervention, nous avions la bonne fortune de lire une analyse dans l'*Union Médicale* faite par notre collègue le docteur Magnan, tirée du Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Strasbourg, où il est rapporté un cas de "Grossesse extra-utérine en voie de résorption" par M. A. Ginglinger, à sa séance du 6 mai 1933. Cette analyse rapportait une histoire de grossesse extra-utérine en voie de résorption, constatée au moment d'une laparotomie pour kyste de l'ovaire droit. Nous avons été frappé par la similitude de ce cas avec les deux observations que nous rapportons ici et nous croyons faire œuvre utile en les publiant.

Quelle aurait été l'évolution consécutive de ces deux affections? Quelles auraient été les conséquences d'une temporisation indéfinie?

Il est très difficile de se satisfaire d'une conjecture de laisser-faire lorsque l'intervention a été pratiquée et qu'elle a ramené à la santé deux malades. Toutefois, nous sommes en droit de supposer que laissées à elles-mêmes, ces lésions auraient peut-être pu se résorber complètement, ou bien suppurer et amener une péritonite généralisée ou pelvienne; ou bien la force de contraction de la musculature tubaire, le pouvoir des cils vibratiles de sa muqueuse, auraient fait progresser la petite masse jusqu'au pavillon de la trompe pour amener ou compléter un avortement tubo-abdominal; car il n'y a pas de doute que nous nous sommes trouvés en présence d'un avortement, puisqu'il y a eu arrêt de la grossesse. Que l'œuf meure sur place et soit absorbé par la mère, ou qu'elle le laisse s'échapper pour entraîner les ennuis, les dégâts et la crise bien connus, nous sommes en mesure de supposer que le produit de conception ne se développant plus parce que mort, la rupture n'aurait jamais eu lieu et que seul un avortement tubo-abdominal aurait pu être une des suites logiques de ce processus laissé à lui-même.

En conclusion, nous ne saurions mieux dire que ce que M. Ginglinger écrit sur ce sujet:

1o La grossesse extra-utérine qui se résorbe spontanément donne toujours des symptômes, mais ces derniers ne sont pas suffisamment caractéristiques pour permettre un diagnostic certain, et les grossesses extra-utérines qui se résorbent spontanément ne sont reconnues qu'au cours d'une intervention légitimée par une autre affection: kystes ovariens, tumeurs annexielles, grossesse extra-utérine du côté opposé avec complications, par exemple;

2o Les grossesses extra-utérines qui se résorbent spontanément sont toujours des grossesses interrompues très précocement dans leur évolution (avant la 8ème semaine).

Et j'ajouterais volontiers qu'il y a peut être un certain nombre de cas qui ne sont jamais diagnostiqués et qui passent totalement inaperçus, sans que pour cela les malades en soient incommodées davantage.

REVUE GÉNÉRALE

CONDUITE À TENIR EN PRÉSENCE D'UNE OCCLUSION INTESTINALE AIGUË

Par P. MOULONGUET,
Chirurgien des Hôpitaux de Paris,
et
Roland DECARIE.
de Montréal, assistant.

L'occlusion intestinale aiguë reste une affection extrêmement redoutable et le taux de mortalité post-opératoire demeure énorme. Si l'on consulte les dernières statistiques on y lit les chiffres suivants : I. J. Vidgoff,[1] 45.9% sur 266 cas, N. W. Cornell,[2] 51.8% sur 235 cas. Ces tristes résultats pourraient-ils être actuellement améliorés ?

Les chirurgiens anglais, dans les travaux du Centenaire de la British Medical Association en 1932, se sont attaqués à cette question, qu'ils ont abordée par plusieurs côtés. A notre avis les progrès de la chirurgie de l'occlusion viendront moins d'un perfectionnement de la technique proprement dite que d'une meilleure discrimination des cas, pour appliquer à chacun d'eux *l'opération strictement appropriée, la moins grave et la plus efficace.*

Il suffit d'ouvrir un traité de pathologie chirurgicale pour se rendre compte que, sous le nom d'occlusion intestinale, on groupe des cas anatomiques très divers. Considérer en bloc le traitement chirurgical de lésions tellement différentes est une conception fausse et qui devrait être déjà périmée. Elle n'a été entretenue que par les difficultés de la clinique, par l'urgence des déterminations à prendre, en sorte que le plus souvent le chirurgien commençait son opération avec le seul diagnostic d'occlusion et partait à la découverte. Pour faire mieux il faut absolument établir un diagnostic pré-opératoire plus précis ; c'est, à notre avis, cette position de la question qui sera féconde.

(1) Annals of Surgery, XCV, juin 1932.

(2) Annals of Surgery, XCV, juin 1932.

Pouvons-nous actuellement aboutir à ce diagnostic pré-opératoire solide, base de départ de notre action? Il nous semble que oui. Non pas que nous ayons la prétention d'arriver à reconnaître les unes des autres chacune des variétés de l'occlusion, que les livres décrivent d'une façon si théorique et si peu pratique pour le chirurgien. Mais, sans aboutir à ces précisions, on peut ramener les différents cas à quelques groupes, possibles à reconnaître cliniquement, et dont le traitement chirurgical sera bien déterminé.

Pour adopter la comparaison que Robineau et Stern ont proposée avec l'art militaire lorsqu'ils ont écrit "La tactique opératoire", le plan tactique dépend des renseignements que l'on a pu acquérir sur la position et sur la nature de l'ennemi, et malgré l'ignorance où l'on demeure fatalement de beaucoup de détails. Il faut schématiser, ramener à des cas types.

Nous plaçant dans la situation du chirurgien qui doit prendre une décision en présence d'un cas d'occlusion aiguë, nous ferons rentrer dans quelques groupes, que nous croyons toujours reconnaissables, les innombrables variétés de la clinique et, à propos de chaque groupe, indiquerons la tactique opératoire la meilleure par sa bénignité et son efficacité.

Disons tout de suite que, pour ce diagnostic différentiel des occlusions intestinales, un progrès important nous paraît avoir été fait par l'*usage de la radiographie sans préparation de l'abdomen.* Ce mode d'exploration encore insuffisamment pratiqué doit être généralisé et il va permettre un pas en avant.

Nous ne faisons que mentionner l'occlusion par hernie étranglée. Son traitement est bien réglé. La seule conduite embarrassante à adopter est vis-à-vis des grosses hernies ombilicales chez des femmes obèses, puisqu'on a pu soutenir que, dans cette forme, l'abstention opératoire, le traitement par la seule rachianesthésie donnaient de moins mauvais résultats que la chirurgie.

Nous ne dirons qu'un mot de l'invagination intestinale du nourrisson. Elle soulève des problèmes trop spéciaux. Et cependant quelle illustration démonstrative pour notre thèse constitue l'historique de l'invagination intestinale du nourrisson! Pendant des années, il y a environ 20 ans, on a discuté technique, résection totale ou suivant Maunsell-Moulin, fixation ou non-fixation du cæcum: la mortalité restait formidable. Des progrès cliniques, une meilleure éducation des médecins, l'intervention de la radiographie permettant le

diagnostic ferme et précoce, le refoulement du boudin par le lavement baryté permettant l'usage de la petite incision iliaque droite et l'opération sans éviscération, ont complètement transformé le pronostic, et l'on connaît maintenant des statistiques merveilleuses d'invagination intestinale du nourrisson, avec 70 à 80% de guérisons.

Certains cas d'occlusion intestinale aiguë présentent des caractères cliniques particuliers qui doivent les faire mettre à part dès le premier examen.

1° *Péritonite avec occlusion.* Un malade présente une occlusion associée à des symptômes de péritonite: c'est-à-dire une température élevée et de la défense musculaire pariétale. Le problème qui se pose alors est totalement différent de celui des occlusions vraies. Dans l'occlusion il n'y a pas de fièvre, il n'y a pas de défense de la paroi. L'association péritonite et occlusion pose l'indication opératoire de la péritonite et il faut considérer l'occlusion comme un symptôme secondaire, qui disparaîtra si la péritonite peut être traitée avec succès. C'est donc le problème, que nous n'envisageons pas ici, du traitement de l'appendicite, de la cholécystite, de la péritonite d'origine génitale, etc. Si le chirurgien a réussi à éteindre le foyer infectieux, l'iléus secondaire cédera de lui-même.

2° *Occlusion post-opératoire tardive.* Un malade en état d'occlusion présente une cicatrice abdominale: il faut en principe établir une relation entre l'occlusion actuelle et l'ancienne intervention chirurgicale, surtout si la cicatrice est éventrée. Il s'agit d'occlusion par bride ou par coudure et le plus souvent sur l'intestin grêle. Quand l'occlusion siège très haut sur le jéjunum le ventre peut n'être pas ballonné et les symptômes sont rapidement très graves. Dans tous les cas l'occlusion d'un *ventre balafré* pose une indication opératoire formelle et urgente. Elle doit être faite par une incision au niveau de la cicatrice, qui permet le plus souvent d'arriver directement et sans recherches sur le siège de l'étranglement. Il faudra lever l'obstacle: brides ou adhérences, pour rétablir la circulation intestinale. Les anses intéressées, suivant les lésions qu'elles présentent, seront réintégrées, extériorisées ou réséquées.

3° *Occlusion post-opératoire précoce.* Un type d'occlusion toujours très grave est l'iléus post-opératoire précoce. Il y a intérêt à en distinguer deux types schématiques ayant chacun des indications thérapeutiques différentes.

a) Le malade, à la suite d'une opération aseptique, présente, dans les quelques jours qui suivent, des signes d'occlusion aiguë, sans

élévation thermique, sans signe de péritonite. L'occlusion est due très probablement à des brides ou à des adhérences précocement formées au niveau de la plaie opératoire. L'indication thérapeutique est de rouvrir le ventre en désunissant la première incision et de lever l'obstacle pour rétablir le cours des matières.

b) Le malade opéré pour une lésion septique, étendue ou non au péritoine, présente, dans les quelques jours qui suivent l'opération, un syndrome de péritonite fruste avec occlusion intestinale. L'occlusion est alors due, moins à un obstacle mécanique qu'à une poussée de péritonite post-opératoire, et une nouvelle laparatomie conduirait sur un foyer infecté avec des adhérences multiples agglutinant des anses dilatées, rouges, dépolies; elle aurait toutes les chances de déclancher une péritonite mortelle. Dans ces cas toujours très graves d'iléus paralytique par infection il faut savoir se borner à une intervention théoriquement imparfaite, mais que la pratique montre être souvent salvatrice: l'entérotomie sur la première anse dilatée qui se présente lors de la réintervention. Que l'on passe par la première incision ou que l'on fasse une boutonnière à distance de la plaie opératoire drainée et infectée, il faudra se borner à saisir une anse distendue et l'ouvrir à l'extérieur par la technique de Witzel (sonde de Nélaton enfouie dans un long trajet oblique constitué par la paroi intestinale). Cette manière de faire nous a permis de sauver plusieurs malades personnels qui, après des interventions importantes et septiques (deux cancers du côlon, un kyste de l'ovaire suppuré), ont présenté des occlusions par iléus paralytique. La vidange de l'intestin étant obtenue par la fistulisation du grêle à la Witzel, l'organisme vient à bout plus facilement de l'infection péritonéale, la circulation intestinale se rétablit normalement, et dans les trois cas que nous rapportons la fistule iléale s'est fermée spontanément dès la chute de la sonde et les malades ont parfaitement guéri.

4° *Infarctus intestinal.* Un autre groupe clinique que nous proposons, malgré que son autonomie théorique puisse faire discussion, c'est, à cause de sa gravité même, le syndrome de la trombose étendue ou de l'embolie des vaisseaux mésentériques. Le diagnostic, en réalité, n'en est pas très difficile, parce qu'aucune lésion, sauf la pancréatite hémorragique, ne donne des symptômes aussi rapidement graves; en quelques heures collapsus cardiaque et faciès agonique. Dans ce tableau les symptômes propres d'occlusion, quoique présents, passent au deuxième plan devant l'effondrement de l'état général. L'intervention immédiate s'impose, mais la tactique opératoire, une

fois le ventre ouvert, est bien difficile à choisir: extériorisation, résection ? Le pronostic restera toujours très sombre dans cette forme, car nous sommes désarmés contre ces lésions vasculaires extensives.

Dans les autres cas, sauf exception heureuse, le chirurgien est toujours embarrassé pour arriver à un diagnostic précis des lésions, et cependant nous croyons sincèrement que c'est de l'investigation clinique pré-opératoire que dépend en grand partie le succès final. Est-ce à dire qu'il faut arriver au diagnostic précis de la lésion occlusive ? S'il en était ainsi la perspective serait bien décourageante. Mais on peut, croyons-nous, avoir déjà un guide très précieux si l'on classe son malade dans l'une des catégories suivantes: *Occlusion par strangulation ou occlusion par obturation, occlusion sur le grêle ou occlusion sur le côlon.* Ces catégories, quoique ne coïncidant pas exactement, ont cependant de nombreux points de contact: l'occlusion par strangulation siège surtout sur le grêle, l'occlusion par obturation siège surtout sur le côlon.

A cette règle, il faut signaler tout de suite deux exceptions importantes: une occlusion par obturation sur l'origine du côlon, l'occlusion par cancer cæco-colique se comporte cliniquement et radiologiquement comme une occlusion du grêle. Une occlusion par strangulation siège sur le côlon, c'est le volvulus du côlon sigmoïde (très exceptionnellement le volvulus du cæcum). Nous aurons à revenir sur ces cas-là.

Dans les occlusions par strangulation, fréquemment occlusions du grêle, il est évident que seule la levée de l'obstacle peut guérir le malade. Dans les occlusions par obturation, typiquement occlusions du côlon, la dérivation donnera la guérison de l'occlusion (sinon de la lésion), et c'est elle qui devra être employée. En 1914 à la Société Nationale de Chirurgie de Paris, une grande discussion sur le traitement de l'occlusion colique a bien mis en évidence la supériorité de la petite opération destinée à pratiquer un anus, sur la laparatomie dont la mortalité est toujours considérable. Les noms d'Edouard Quenu et d'Hartmann sont à retenir pour avoir établi cette règle de pratique.

Pour parvenir à cette distinction clinique fondamentale il faut s'aider d'abord d'un minutieux examen clinique, ensuite d'une épreuve radiographique obtenue comme nous le dirons plus loin.

Le diagnostic clinique est basé sur des symptômes généraux et sur des symptômes locaux. L'occlusion par strangulation débute brusquement, la douleur est d'emblée très vive, "le malade a senti ses

intestins se nouer"; le collapsus est rapidement accentué, l'état général très atteint. L'occlusion par obturation au contraire débute à bas bruit, l'état général n'est que graduellement atteint, la douleur est peu marquée. Localement on peut observer dans la strangulation la dilatatation de l'anse étranglée: c'est le signe de von Wahl, qui est précieux mais inconstant.

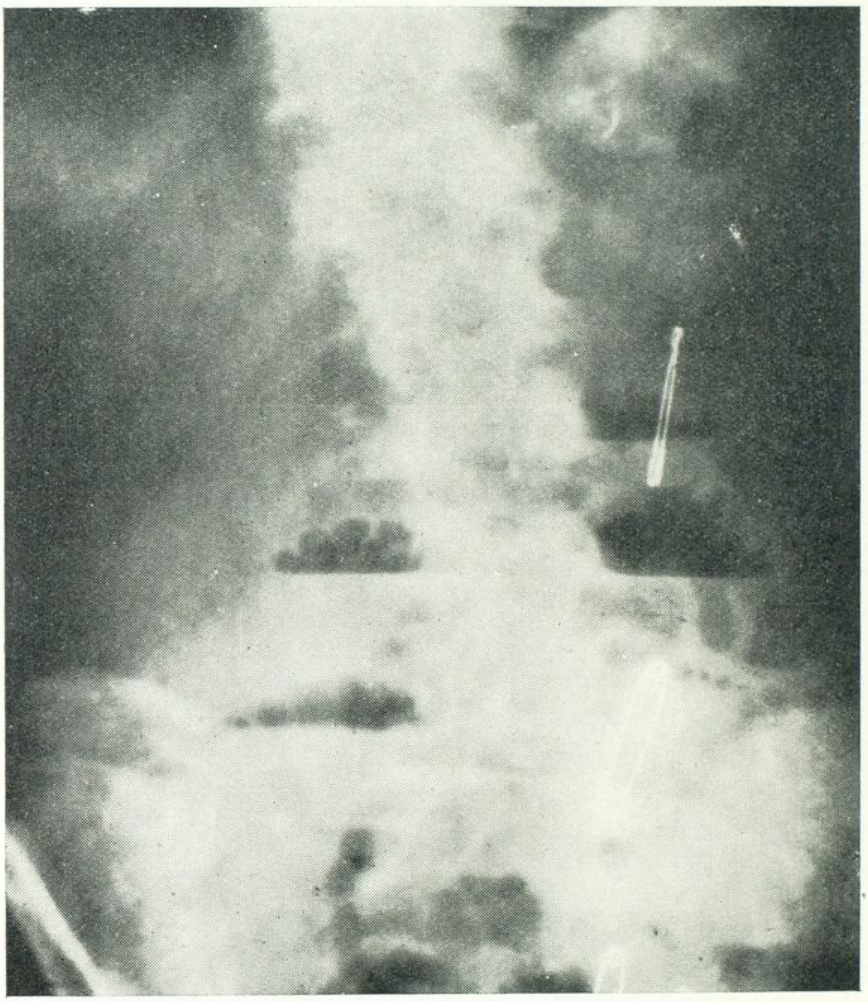


Fig. 1
Radiographie en position debout, d'une occlusion sur le grêle.

Le diagnostic topographique entre occlusion sur le grêle et occlusion sur le côlon est rendu possible par les signes suivants. L'occlusion sur le grêle présente des caractères évolutifs rapides, les vomissements apparaissent dès le début, l'état général est précocement atteint, l'intoxication marquée. Ces caractères sont d'autant plus

précoces que l'occlusion siège plus haut sur le jéjunum. La distension de la partie centrale de l'abdomen, la présence d'ondulations péristaltiques sur les anses visibles sous la paroi, sont en faveur d'une occlusion sur le grêle. Ces anses dilatées donnent parfois la sensation de flot: c'est la fausse ascite de Litten. L'occlusion sur le côlon évolue d'une façon insidieuse, au début le malade se plaint de constipation opiniâtre; l'atteinte de l'état général est longtemps peu marquée, les vomissements sont tardifs. La distension de l'abdomen siège surtout aux flancs et à l'épigastre, elle est moindre à l'ombilic, c'est le ballonnement en cadre où l'on peut souvent distinguer la distension

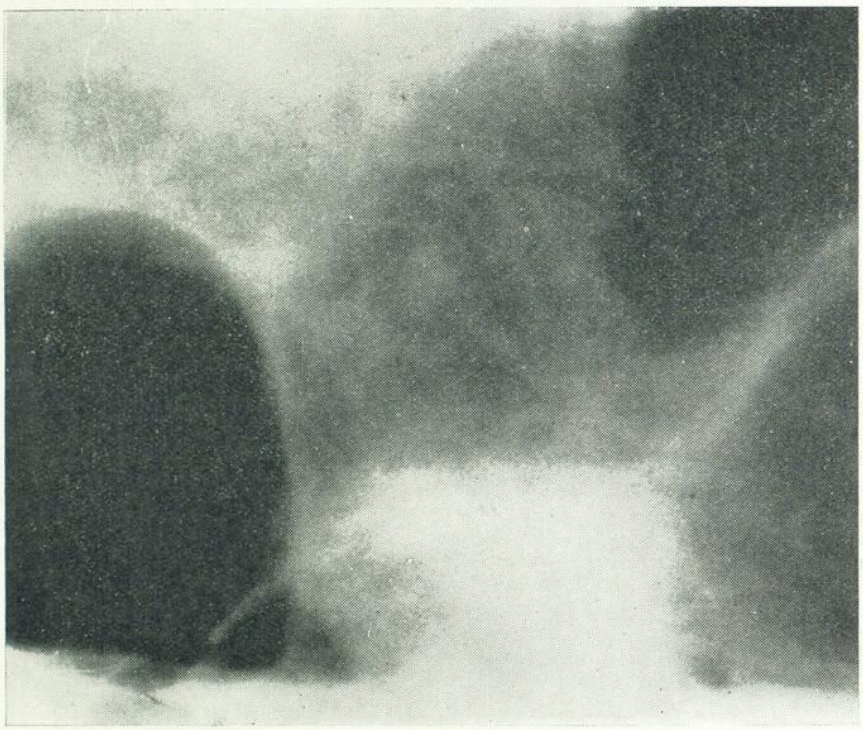


Fig. 2
Occlusion sur le côlon sigmoïde: radiographie prise en position debout.

monstrueuse du cæcum qui, à la percussion, donne un tympanisme très élevé.

Cependant il arrive souvent que la clinique soit impuissante à préciser la nature et le siège de l'occlusion. C'est dans ces cas que la radioscopie et la radiographie peuvent donner des renseignements précis sur lesquels nous voulons insister. La technique est simple: examiner le malade en position verticale, debout ou assis, sans aucune préparation. Plusieurs images peuvent apparaître: le côlon est invi-

sible, donc non distendu, c'est que l'occlusion siège en amont de lui sur le grêle ou sur le cæcum. Le côlon est distendu et apparaît comme une bande gazeuse avec un ou plusieurs niveaux liquides, c'est que l'obstacle siège plus ou moins bas sur le côlon. On peut, reconnaissant facilement les différents segments du cadre colique, juger très exactement du niveau de l'obstacle.

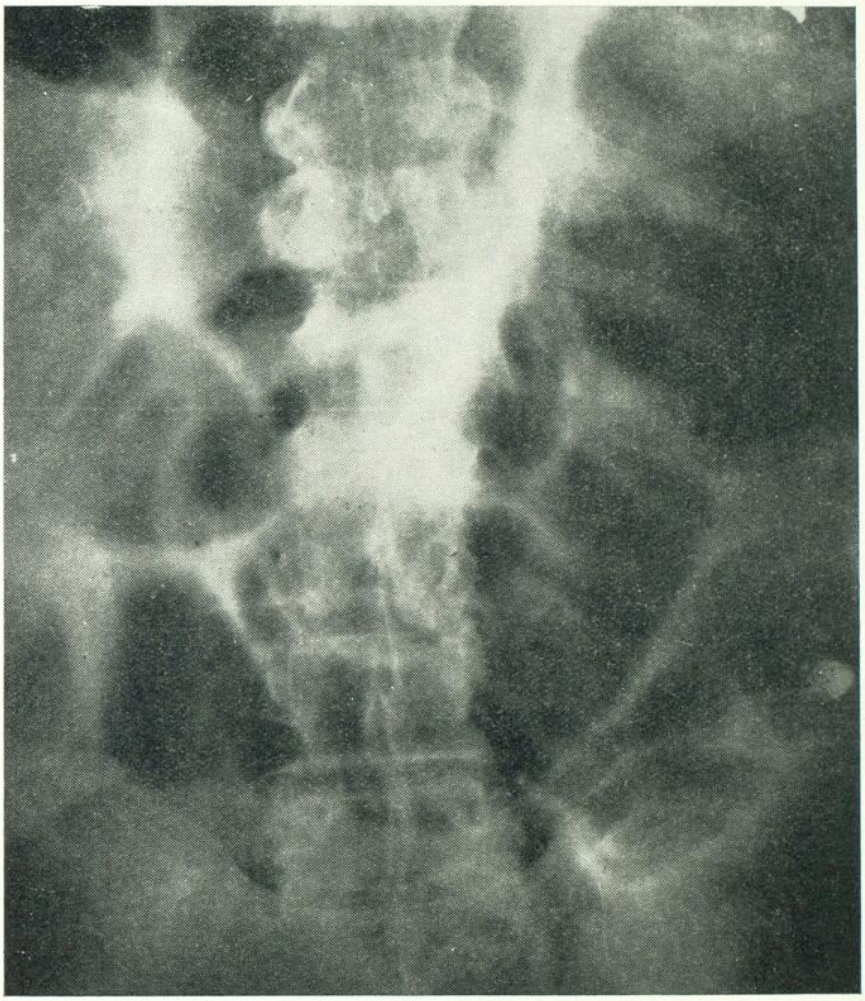


Fig. 3
Radiographie d'une occlusion aiguë du côlon sigmoïde: position couchée.
(Même malade que No 2.)

L'occlusion sur le grêle, en plus du signe négatif qu'est l'absence de l'image colique, donne le plus souvent une image caractéristique, celle des plusieurs anses distendues, en tuyaux d'orgue, avec niveaux liquides multiples. On pourrait même distinguer les anses jéjunales

dilatées des anses iléales; les premières donnent une image striée, due aux valvules conniventes, les secondes, une image lisse et homogène.

On pourrait compléter ces renseignements par un lavement baryté lorsque l'on aura, par l'épreuve précédente, la certitude que l'occlusion siège sur le côlon. Le lavement est alors sans danger s'il est donné à très basse pression. Il permettra de distinguer le cancer, par exemple, de l'invagination colique.

Un diagnostic très important et pour lequel la radiographie apporte un bon appui est celui de volvulus du côlon sigmoïde. Il sera soupçonné par l'histoire de constipation ancienne, par le récit de petites crises occlusives spontanément résolues par l'apparition tardive des vomissements et de l'intoxication, par le ballonnement asymétrique qui dessine le mégacôlon sigmoïde. La radiographie mettant en évidence l'anse énorme, seule dilatée, avec absence de l'image du cadre colique doit rendre le diagnostic plus assuré et le faire désormais passer dans la pratique.

Les *renseignements capitaux que l'on peut obtenir de la radiographie* doivent, à notre avis, rendre ce mode d'exploration obligatoire en présence d'une occlusion intestinale aiguë. On trouvera dans plusieurs travaux récents tout le détail de son emploi, et notamment dans celui de P. Swenson et J. Sibbard.[1] Nous pensons qu'une grande amélioration du pronostic de l'occlusion peut résulter de ce progrès dans le diagnostic.

En présence d'une occlusion intestinale aiguë, muni des renseignements que nous venons de dire, le chirurgien peut alors décider de sa tactique. On cite toujours comme procédés opératoires de l'occlusion les deux grandes méthodes: laparatomie et anus contre nature. Il faut comprendre que ces deux interventions ne s'opposent pas, qu'elles ont chacune, au contraire, leurs indications bien précises suivant le siège et le mode de l'occlusion.

La laparatomie permet seule d'explorer, elle est donc la technique rationnelle, toujours théoriquement efficace. Il faut avouer qu'elle est souvent une technique de médecine opératoire ante mortem et que, par l'anesthésie générale qu'elle exige, par les manipulations de l'intestin qu'elle comporte, elle aggrave toujours tellement l'état du malade que ses échecs sont extrêmement nombreux. Elle doit être réservée aux cas où elle est indispensable: c'est, nous l'avons vu, dans toute occlusion par strangulation, c'est aussi dans toute occlusion sur le grêle quel qu'en soit le type, puisque la laparatomie permet d'éviter

(1) Archives of Surgery, XXV, 1932, page 578.

la fistule sur le grêle au-dessus d'un obstacle permanent, qui est une mauvaise opération causant le plus souvent la mort au bout de quelques jours par dénutrition, cachexie et lésions locales d'auto-digestion pariétale. (Il faut remarquer que les indications de l'entérotomie à la Witzel que nous donnons plus haut dans les occlusions paralytiques, c'est-à-dire temporaires, ne se retrouvent pas lorsque l'obstacle est permanent.)

Au contraire la laparatomie peut être évitée, et donc doit l'être, dans les occlusions par obturation et dans la plupart des occlusions sur le côlon, où l'anus sus-jacent à l'obstacle donne, nous l'avons dit, et à peu de risques, d'excellents résultats. Le traitement radical de la lésion pourra être entrepris plus tard. Jusqu'à présent cette règle, de l'anus contre nature appliquée aux occlusions coliques, était balancée entre deux techniques qui avaient chacune leurs défenseurs, l'anus droit sur le cæcum, l'anus gauche sur le sigmoïde. Pour être sûr de trouver un côlon distendu certains conseillaient d'aller toujours sur le cæcum. Pour éviter l'infirmité de l'anus cæcal d'autres conseillaient de tenter d'abord la colostomie iliaque, quitte à faire une deuxième incision à droite s'ils trouvaient le sigmoïde aplati. Ces disputes sont périmées et grâce à la radiographie préopératoire on doit, dans la plupart des cas, connaître les segments distendus du côlon et placer l'anus dans la position optima, c'est-à-dire le plus près possible de l'obstacle. En effet les techniques opératoires se sont précisées et nous avons un choix étendu entre les anus cæcal, transverse droit, transverse gauche, iliaque gauche postérieur (Chevassu), sigmoïdien enfin. Plus l'anus sera reporté à gauche en utilisant au maximum le segment colique dilaté, plus les matières fécales seront analogues aux fèces normales, moins on aura d'accumulation dans le bout aveugle entre l'anus artificiel et l'obstacle, meilleur sera le bénéfice de l'opération et plus faciles les temps opératoires ultérieurs destinés à la cure radicale. (Car, malgré tout, l'anus sera toujours assez loin de la lésion obturante pour ne pas gêner l'exérèse de celle-ci.)

Technique opératoire de la laparatomie pour occlusion

L'anesthésie est indispensable, mais le choix en est toujours difficile. La rachi donne de bons résultats, elle permet d'opérer avec un silence abdominal parfait, elle favorise le péristaltisme, mais elle est hypotensive et par là souvent dangereuse chez ces malades toujours menacés de collapsus. L'anesthésie général moins choquante, surtout l'anesthésie à l'éther, fait courir le risque d'inondation des bronches

par les vomissements avec troubles pulmonaires consécutifs et même mort subite. Cet accident peut être évité dans une certaine mesure par un lavage d'estomac préalable et une anesthésie parfaitement administrée.

L'incision médiane est toujours indiquée, sauf si une cicatrice opératoire récente ou ancienne impose une autre voie d'abord permettant d'arriver directement sur l'obstacle. Dans la laparatomie pour occlusion il faut le plus rapidement possible, et avec le minimum de traumatismes, aller à la recherche de la lésion qui étrangle l'intestin. Différentes méthodes ont été proposées pour cela; à l'exemple de Lecène nous pensons que l'éviscération systématique dans des champs chauds et humides constitue, le plus souvent, la moins mauvaise technique. Dès que l'obstacle a été découvert, les anses grêles à distance de la lésion seront réintégrées.

La conduite à tenir variera alors suivant les lésions que l'on a trouvées:

a) Le *volvulus du grêle* sera traité par la détorsion, et le plus souvent cette mesure suffira. Au cas où l'anse est déjà sphacélée, il faudra recourir à l'extériorisation ou la résection.

b) Les *hernies internes,* diaphragmatique, de l'hiatus de Winslow, l'*étranglement par bride,* par diverticule de Meckel exigent le même traitement que la hernie étranglée: après avoir levé l'obstacle, on traitera l'anse malade suivant les lésions qu'elle présente.

c) Devant une *sténose cicatricielle du grêle,* consécutive soit à une hernie étranglée ou à une anastomose intestinale au bouton, soit due à une lésion tuberculeuse ou lymphogranulomateuse, il sera prudent de ne pas tenter la résection intestinale d'emblée en période d'occlusion aiguë et de s'en tenir à l'établissement d'un court circuit par anastomose iléo-iléale ou iléo-colique suivant les cas.

d) L'entérotomie avec extirpation du corps étranger sera de mise dans l'*iléus biliaire.* Il faudra tenter d'abord de désenclaver le calcul, ou tout autre corps obturant, pour pratiquer l'entérotomie sur une anse dont la paroi est moins altérée.

e) Dans l'*invagination intestinale* chez l'adulte, si l'on ne réussit pas à réduire, il faut faire une résection en un temps ou en deux temps après anastomose intestinale.

f) Le *cancer caecal,* que nous avons signalé plus haut comme posant un problème clinique spécial parce qu'il donne les signes de l'occlusion du grêle, est d'un traitement difficile. L'extériorisation du segment iléo-cæco-colique (opération de Bloch-Mikulicz) est reconnue très grave quand elle est faite en période d'occlusion; elle aboutirait d'ailleurs à un anus temporaire sur le grêle qui ne serait

pas toujours toléré. Il semble n'y avoir qu'une bonne solution pour cette forme: la dérivation interne par iléo-colostomie; l'opération est délicate et non dépourvue de risques en période d'occlusion, mais ses résultats sont parfaits.

g) Le *volvulus du sigmoïde*, autre exception signalée puisque occlusion par strangulation sur le côlon, peut, nous l'avons vu, être reconnu cliniquement. Le traitement en est maintenant bien réglé et accepté par tous: c'est l'extériorisation avec résection immédiate et accolement des deux extrémités en canon de fusil.

Technique opératoire de la colostomie

L'anesthésie locale est toujours suffisante pour faire un anus contre nature. La colostomie cæcale ne doit comporter qu'une extériorisation limitée et une fistulisation étroite toujours suffisante pour l'évacuation des gaz et des matières liquides à ce niveau. Au contraire sur le transverse et sur le sigmoïde il faut toujours faire un anus à éperon on en canon de fusil. La question de l'ouverture de l'anus est importante; elle peut être retardée, ou bien si l'état du malade exige l'ouverture immédiate elle doit être protégée par le tube de Paul ou sur une sonde.

Conclusions

L'occlusion intestinale aiguë est malheureusement encore une affection très grave.

Les progrès de son traitement viendront, à notre avis, d'une meilleure discrimination des cas anatomo-cliniques avant l'opération, afin d'appliquer à chaque forme le traitement strictement adéquat, sans tâtonnements ou reprises, que l'état toujours grave du malade ne permet pas.

Le problème que nous proposons apparaît soluble puisqu'il s'agit, non pas de reconnaître précisément la lésion occlusive, mais d'arriver à un diagnostic de groupe:

— groupe de lésions indiquant la réintervention sur une cicatrice de laparatomie;
— groupe de lésions indiquant la fistulisation du grêle par la méthode de Witzel;
— groupe de lésions indiquant la laparatomie;
— groupe de lésions indiquant la colostomie;
— groupe des occlusions par péritonite, imposant le traitement causal de cette péritonite.

Pour établir cette tactique opératoire les renseignements fournis par la radiographie de l'abdomen sans préparation nous paraissent capitaux.

PETITE CLINIQUE

LA RADIUMPUNCTURE DES ANGIOMES TUBÉREUX

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

Nous n'envisagerons pas ici le traitement des angiomes plans (taches de vin), dont le résultat est des plus décevants.

Nous ne considérerons pas davantage les angiomes stellaires, petites arborisations télangiectasiques, ou les points rubis, punctiformes et légèrement saillants, qui relèvent de divers procédés faciles et disparaissent fort bien sans séquelles inesthétiques.

Nous n'avons en vue que les angiomes tubéreux, dont le développement peut parfois atteindre un degré monstrueux.

Cette ectasie vasculaire peut se localiser un peu partout, tant à la peau qu'aux muqueuses, plus souvent à la face.

La tumeur sanguine, plus ou moins volumineuse et déformante, prendra de par sa situation et sa masse un aspect parfois repoussant, boursouflant paupières, lèvres, joues, envahissant jusqu'à l'intérieur de la bouche.

D'origine congénitale, cette malformation apparaît dès la naissance ou dans les quelques jours, les quelques semaines qui la suivent.

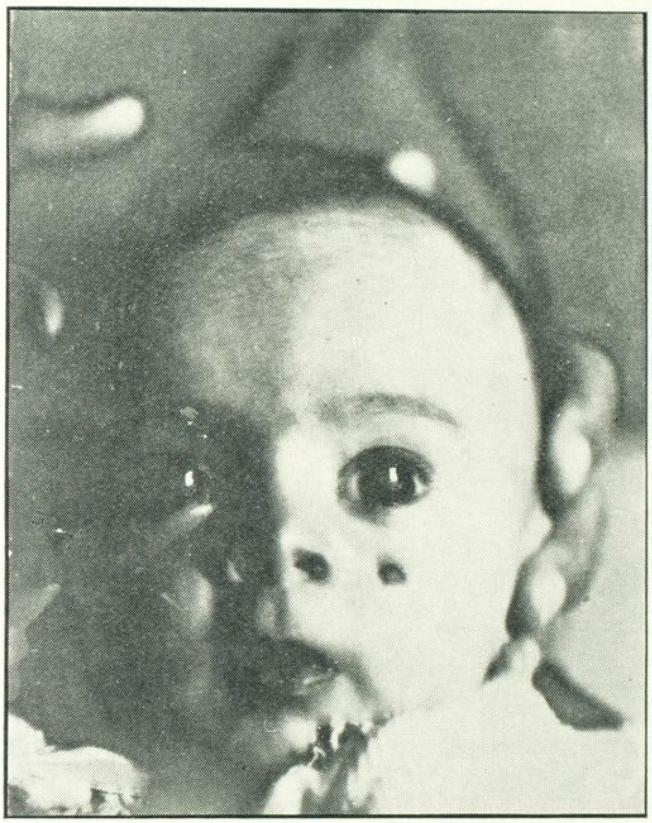
Du point de vue de leur évolution on peut classer les angiomes tubéreux en trois groupes: a) il en est qui disparaissent spontanément sans laisser de traces; b) d'autres dont la taille reste stationnaire et qui persistent ainsi indéfiniment; c) et ceux qui s'accroissent et dont le développement peut prendre des proportions considérables.

Les angiomes de la première catégorie sont relativement peu nombreux.

Les risques sont donc assez grands d'espérer une régression spontanée car il est beaucoup plus de nævi angiomateux qui persistent ou qui progressent.

Autrefois, en présence d'un nævus chez un nouveau-né, il était classique d'attendre avant d'intervenir afin de savoir à quel groupe appartenait la tumeur. Il était sage d'escompter sa régression naturelle, car les moyens thérapeutiques alors connus étaient pénibles et laissaient tous des cicatrices très apparentes.

On utilisait la *compression,* longuement et fortement, mais généralement sans résultats appréciables.

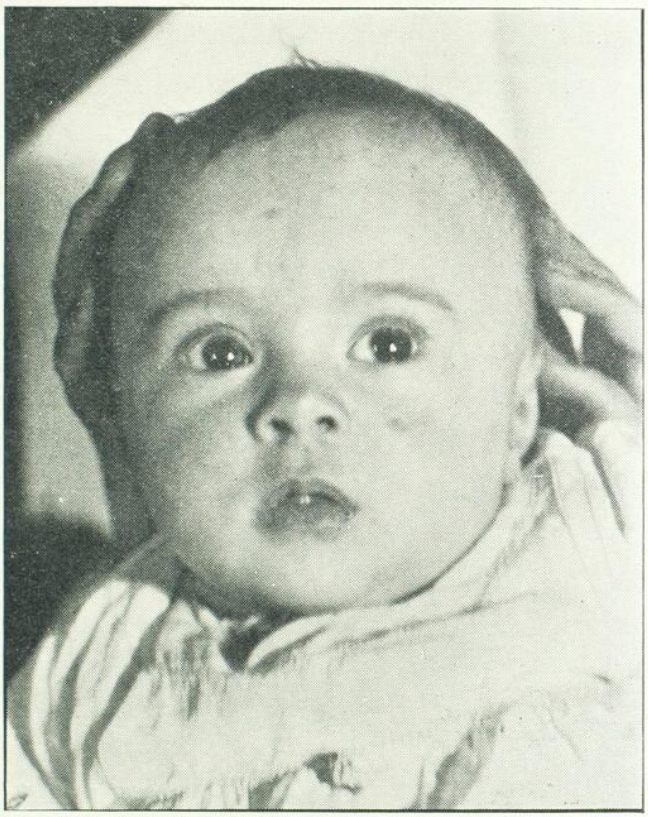


Nævus tubéreux, joue. (Avant traitement).

L'*ignipuncture* était aussi de mise dans des angiomes de petites dimensions, ou encore la *cautérisation chimique,* mais ces deux procédés donnaient des cicatrices très laides. Le même reproche s'adressait à l'*exérèse chirurgicale* à laquelle on recourait dans certains cas. L'*électrolyse positive* donnait des résultats plus satisfaisants, mais elle est longue, douloureuse et laisse des traces.

De nos jours, l'*électrocoagulation,* plus rapide et plus sûre, donne d'aussi bons effets que les procédés précédents. Elle fait néanmoins des cicatrices. Toutefois nous y recourons souvent dans le cas d'une intervention sur une muqueuse (buccale ou vulvaire) ou aux régions couvertes ou encore en pointes fines à la face quand le résultat cosmétique n'est pas à considérer ou compromis.

Le *cryocautère* peut rendre de bons services dans des nævi légèrement saillants. Appliqué prudemment il laissera peu de marques.

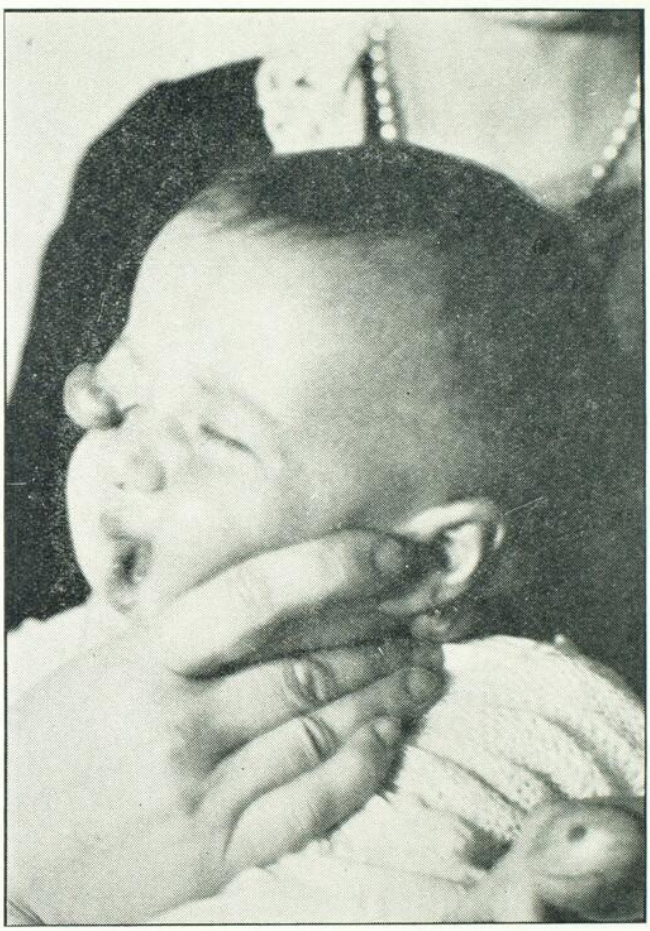


Nævus tubéreux, joue. (Après traitement).

Nous comprendrions fort bien, si nous n'avions encore que ces moyens à notre disposition — qui tous sont douloureux et qui donnent des résultats esthétiques douteux — que l'on reste dans l'expectative afin de se rendre compte si la monstruosité ne finit pas par disparaître de bonne volonté.

Mais, heureusement, nous avons dorénavant les *radiations,* qui peuvent, dans la vaste majorité des cas, faire fondre un angiome sans donner de traces consécutives.

Les rayons X ont été très employés autrefois. Ils le sont encore en plusieurs milieux. Leur action suffit habituellement à faire disparaître des angiomes tubéreux de faible volume. Il en est cependant qui après un certain degré de régression résistent à des nouvelles



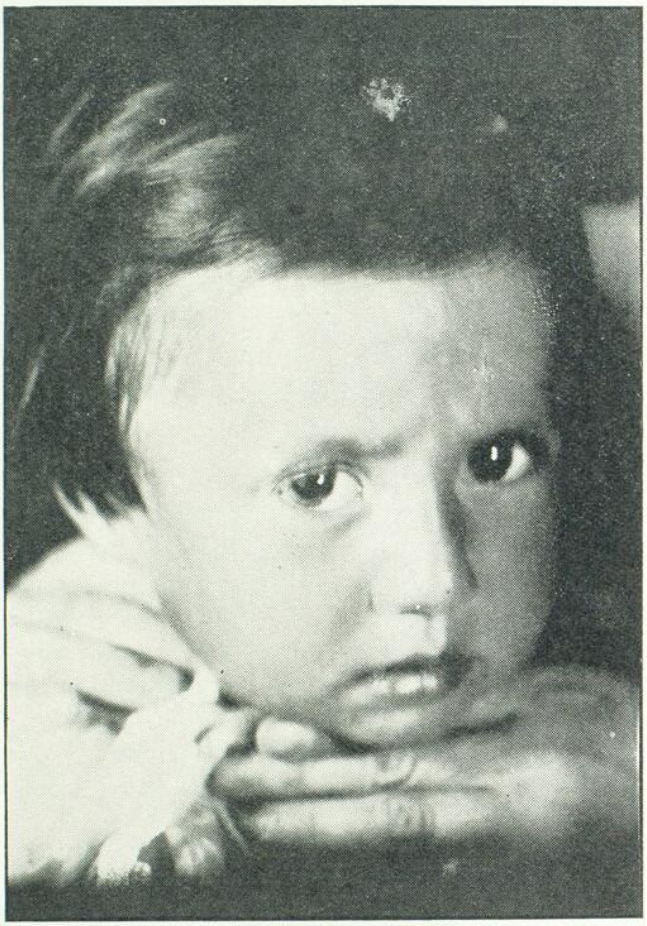
Angiome tubéreux, face. (Avant traitement).

irradiations; et si celles-ci étaient trop longuement poursuivies il y aurait danger de radiodermite, avec séquelles parfois néfastes.

Les mêmes résultats et les mêmes inconvénients sont attribués aux applications de *radium en surface.* Bien entendu, dans ces deux cas (rayons X et radium) il s'agit de radiations filtrées. Un rayonne-

ment nu, modérément pénétrant, ou des rayons bêta seraient absorbés en très grande partie par l'épiderme, n'atteindraient que fort peu et infiniment réduits les régions profondes où sont situées les ectasies vasculaires.

A tout événement il faut procéder par doses prudentes et espacées et ne jamais donner une dose-érythème; on doit au contraire rester



Angiome tubéreux de la paupière. (Après traitement).

bien en deçà et ne recourir à une nouvelle application que de 4 à 6 semaines après la précédente.

Il est toutefois un autre mode d'utiliser le radium qui est infiniment plus logique que les applications de radium en surface: la *radiumpuncture.*

Cette méthode consiste à introduire au sein même des tissus à traiter des aiguilles chargées de radium. Le foyer radioactif est donc ainsi placé en plein angiome, enfoncé bien audessous de l'épiderme qui le recouvre. Il provoque "in situ" la réaction nécessaire (endartérite oblitérante) sans que les rayons, en passant inutilement à travers l'épiderme, lèsent celui-ci et causent une radiodermite dont les séquelles sont aussi inesthétiques que l'affection elle-même.

On a objecté à ce procédé de la radiumpuncture qu'elle est douloureuse. Or le malade ne ressent que l'introduction de l'aiguille qui donne une douleur comparable à celle d'une injection hypodermique. On a aussi prétendu qu'elle pouvait provoquer de la radiumnécrose des tissus et organes avoisinants. Mais ceci est mal fondé puisque les doses données sont faibles. A la suite de multiples radiumpunctures effectuées dans notre clinique nous n'avons jamais observé d'incidents ou d'accidents, quel que fût le siège de la radiumpuncture: cutané, vulvaire, buccal, labial, juxta-oculaire.

A notre avis cette méthode est même plus fidèle puisqu'elle épargne l'épiderme et nous permet d'irradier moins longuement.

Ajoutons qu'on y doit recourir dans le cas d'angiomes situés dans les cavités naturelles. En effet, aux muqueuses buccale et génitale il est impossible d'utiliser rayons X et radium en surface. Ces localisations commandent la radiumpuncture seule, les autres techniques d'irradiation n'étant pas applicables.

Nous publions des photographies d'enfants porteurs d'angiomes tubéreux que nous avons traités.

L'un d'eux présentait une tumeur vasculaire considérable siégeant au rebord de la paupière supérieure, et ayant atteint le volume d'une grosse olive.

Nous avons pratiqué quelques radiumpunctures. Le nævus a fondu graduellement. Il ne subsiste qu'une très mince atrophie, peu apparente. L'œil n'a subi aucune perturbation.

L'autre fut traité par l'électro-coagulation, qui a laissé une légère cicatrice.

VARIÉTÉS

DISCOURS DU PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE MONTRÉAL

Mes chers collègues,

Le premier sentiment qui me vient à l'esprit en occupant ce fauteuil est un sentiment d'immense gratitude pour l'honneur que vous m'avez fait en m'élisant votre Président pour l'année 1934.

Quand on sait que notre Société est probablement la plus ancienne société médicale de langue française, en dehors du terrtoire français, et probablement aussi la plus nombreuse; quand on sait le rôle qu'elle a joué dans l'organisation de notre profession, dans la dissémination des notions d'hygiène, dans la lutte pour la prévention des maladies contagieuses au sein de la population, non seulement de notre ville, mais bien souvent de la province, on ne peut pas s'empêcher de ressentir le sentiment que je viens de vous exprimer.

Ce qui s'est fait dans le passé se continuera. On fera encore appel à son approbation pour des mesures de protection comme on l'a fait l'année dernière pour la vaccination antidiphtérique; on la consultera avant de légiférer sur des questions d'ordre social comme pour la loi des assurances sociales, ou des questions médico-légales comme pour les questions d'accidents du travail.

Si on ne la consulte pas, elle fera quand même entendre sa voix, comme elle l'a fait tout récemment au sujet des honoraires pour soins aux chômeurs.

Il est indiscutable que notre Société est considérée dans tous les milieux comme le représentant reconnu de la profession de la région de Montréal.

Notre Société, messieurs, a été fondée en octobre 1871, par un groupe de médecins patriotes, l'élite de la profession à Montréal: les docteurs Rottot, Dagenais, Desrosiers, Laramée, Lachapelle et autres, non seulement comme société d'études mais aussi pour grouper des forces qui luttaient contre le projet de former un Collège Fédéral des Médecins, dans lequel, nous, de langue française, aurions été infailliblement noyés. La Société a pu suspendre ses séances pendant

certaines périodes; elle a pu être réorganisée, mais elle n'en existe pas moins depuis 62 ans.

Elle a fonctionné dans la période préantiseptique, elle a vécu la merveilleuse transformation que la médecine a subi de 1875 à 1890. Toutes les découvertes, toutes les applications thérapeutiques ont été exposées à cette tribune, soit par des membres revenant de voyages d'études, soit par des médecins plus audacieux qui expérimentaient ce qu'ils lisaient dans des revues étrangères et soumettaient les résultats obtenus. On peut dire sans crainte d'exagération que la Société Médicale de Montréal a contribué largement à l'instruction du corps médical depuis sa fondation. Quelqu'un disait un jour qu'il n'était jamais venu à une séance sans apprendre quelque chose. Quel est celui d'entre nous qui ne peut pas en dire autant en toute sincérité.

Il est excessivement intéressant de lire les communications qui se faisaient à notre Société, il y a 60 ans, à la lumière de nos connaissances actuelles.

Il n'était naturellement pas question de microbes; on parlait "d'influences morbifiques qui prennent naissance et se développent dans l'atmosphère" et l'on attribuait à de vagues miasmes tous les crimes dont on accuse maintenant les microbes. La chirurgie abdominale n'existait pas, et pour cause.

La médecine ne s'était pas encore débarrassée d'une certaine tournure d'esprit dogmatique qu'elle tenait d'un lointain passé, et la dialectique jouait un rôle souvent considérable dans l'établissement du diagnostic. Ce n'est que plus tard que certains esprits d'avant-garde ont osé bousculer les vieux dogmes et proclamer, comme Claude Bernard, que "lorsque le fait que l'on rencontre est en opposition avec les théories régnantes, il faut accepter le fait et abandonner la théorie lors même que celle-ci, soutenue par les plus grands noms, est généralement adoptée".

Henri de Tourville a concentré la même idée en disant: "Quand la raison et le fait sont en opposition, c'est le fait qui a raison".

En 1873, il y a 60 ans, le Dr Bibaud, professeur d'anatomie à l'Ecole Victoria, est président et la Société fonctionne régulièrement. Je ne vous réciterai pas tout ce qui s'est passé au cours de l'année, mais il y a certains sujets qui vous intéresseront sûrement.

Il y avait d'abord trois questions qui sont encore débattues de nos jours, l'une sous une forme un peu différente; les deux autres sont exactement les mêmes. Il y avait la question du tarif pour les médecins de campagne. Si l'on tient compte, comme il faut le faire,

du pouvoir d'achat du dollar qui était certainement trois fois plus fort, il y a 60 ans, que maintenant, il semble qu'il était plus lucratif d'exercer dans ce temps-là qu'aujourd'hui. On peut y lire, entre autres choses:

Visite de jour, moins d'un demi-mille	$ 1.00
Visite de nuit, moins d'un demi-mille	2.00
Certificat de santé	5.00
Accouchement naturel	8.00
Version ou forceps	20.00
Amputation de jambe ou bras	100.00
Amputation de cuisse	150.00
Lithotomie	400.00
Ovariotomie	400.00

Ces prix ne devaient pas être exigés. Est-il possible de refuser d'opérer une hernie étranglée si le malade n'a pas $200 à vous donner? Autrefois, comme aujourd'hui, un tarif médical est pratiquement impossible à suivre. Les honoraires dépendent plus de la capacité de payer du malade que des services rendus.

Une autre question débattue était celle des charlatans. On rapporte que certains charlatans n'hésitaient pas à singer des gestes et des attitudes rituelles pour impressionner les "poires" qui leur confiaient leur peau.

Enfin la troisième question nous touche tout particulièrement. A la séance du 11 janvier 1873, avant de passer à l'ordre du jour, la Président désire faire remarquer le petit nombre des membres présents aux séances de la Société Médicale de Montréal depuis quelque temps, etc., etc.

Je n'analyserai aucune des communications faites en 1873; ce serait trop long. Je ne rapporterai que quelques passages pris ici et là.

Le Dr A.-B. Larocque, officier de Santé, fulmine contre la jeunesse de son temps. "La jeunesse d'aujourd'hui", s'écrie-t-il, "énervée par un sensualisme destructeur, pourra-t-elle léguer à la génération future cette plasticité sociale et ces mâles vertus que possédaient nos ancêtres?". Que dirait-il donc, ce bon grand-père, s'il suivait la jeunesse de 1933, avec ses jeunes filles qui s'enfilent du scotch et des cocktails, qui se passionnent pour la cigarette, qui se promènent l'hiver en bas de soie et l'été, sur les plages, en cache-sexe et brassière?

C'est l'éternel refrain. L'homme des cavernes devait grogner sur les écarts de la jeunesse paléolithique, et je me demande ce que

diront les hygiénistes et les moralistes de l'an 2000, quand le nudisme intégral aura conquis l'univers.

Le Dr Hingston en parlant de l'acide carbolique "croit qu'il prendra la place qui lui convient, non pour détruire des germes créés par des enthousiastes pour le plaisir de les tuer, mais afin de diminuer la suppuration et de combattre la septicémie".

Il rapporte ailleurs l'observation d'un cancer de la langue ayant envahi une partie de la mâchoire. Opération brillante, magnifique succès opératoire. "Nonobstant l'emploi de l'Ecraseur", dit-il, "il y eu un jet de sang un peu alarmant, mais il fut parfaitement contrôlé par une ligature. Ce n'est que la 3ème ou 4ème fois que je me suis servi de la ligature depuis six ans, l'Acupressure ayant toujours suffi. Le temps n'est pas loin où la ligature sera abandonnée par d'autres comme elle l'a été par moi."

Je n'ai jamais vu pratiquer l'Acupressure. Littré dit que cette pratique consistait à passer une épingle à travers les tissus puis par dessus l'artère, puis de nouveau dans les tissus de façon à comprimer le vaisseau, soit sur un os quand c'était possible, soit sur d'autres tissus. L'épingle était enlevée deux ou trois jours plus tard quand l'artère était oblitérée par le caillot. L'idée était de ne pas laisser de corps étranger dans une plaie et de prolonger ainsi la suppuration. Il ne faut pas oublier que toute plaie pour évoluer normalement devait suppurer, et il arrivait trop souvent, hélas! à cette suppuration de dégénérer en septicémie ou en pyohémie.

Mais là où on peut le mieux se rendre compte de la manière de penser de l'époque, c'est en lisant le travail du Dr Rottot sur le traitement antiphlogistique, lu à la séance du 22 octobre 1873. On ne peut pas lire une observation de ce temps-là sans qu'il soit question du traitement antiphlogistique. Qu'est-ce donc que ce fameux traitement? C'est l'emploi du tartre émétique, des sudorifiques, des purgatifs et surtout... de la saignée; et on ne saignait pas de main morte! Je lis dans une observation de pneumothorax traumatique, malade encorné par un bœuf, que le 9 juillet le malade a subi une saignée de 36 à 40 onces; le 12, saignée de 45 à 50 onces; le 14, troisième saignée, de 36 à 40 onces; cela fait, à part de l'hémorragie causée par le traumatisme, une perte de sang de 120 à 130 onces dans l'espace de 4 jours, et le malade a guéri quand même. Je crois que c'est un maître de Lyon qui disait qu'il est souvent bien difficile d'empêcher un malade de guérir.

Je résume brièvement la communication du Dr Rottot: "Le siège de la maladie", dit-il, "paraît être dans les dernières ramifications des

vaisseaux capillaires, là où se passent les phénomènes de la nutrition; il en résulte toujours un trouble dans les fonctions de la nutrition et on obtient comme résultat soit l'atrophie, l'hypertrophie, l'ulcération ou la gangrène. Dans un organe enflammé, il y a plus de sang, il circule avec plus de vitesse, l'action nerveuse est plus intense, les fonctions de la nutrition se font plus rapidement. Il y a par conséquent excès de vitalité. Pour ramener l'organe à son état normal, il faut donc diminuer la quantité de sang qu'il contient, diminuer la circulation, employer en un mot le traitement antiphlogistique.

"Comme la santé n'existe que lorsqu'il y a un rapport parfait dans les fonctions des divers organes, on n'affaiblit pas un organisme quand on lui enlève ce qu'il a de trop et que l'on rétablit l'équilibre. Les toniques et les stimulants constituent de nouveaux auxiliaires à la maladie.

"S'il y a excès de vitalité on a donc tort de dire que maladie est synonyme de faiblesse. L'excès de vitalité dans un organe ou dans un organisme tout entier n'est pas de nature à fortifier; ce surcroît d'action détériore l'organe, use la constitution de sorte que l'on a bientôt la faiblesse, l'inertie et la mort."

Dans la longue discussion qui suivit cette communication, seul le Dr Hingston se pose en adversaire du traitement antiphlogistique. Pour lui, la maladie affaiblit, et on ne doit pas augmenter la faiblesse par une perte de sang. Tous les autres membres présents, qui étaient les médecins les plus réputés de l'époque, sont tous plus ou moins chauds partisans de la saignée locale ou générale, tous sont des croyants du Credo antiphlogistique.

Le Dr Rottot dans sa réplique pousse plusieurs bottes à son ami Hingston, se demande si l'érysipèle n'est pas plutôt une fièvre qu'une inflammation et conclut en disant que "jamais la médecine ne pourra se passer de ce puissant moyen antiphlogistique".

Ce qu'il y a de surprenant, c'est que ces hommes étaient intelligents, instruits, des hommes qui ont fait leur marque. Presque tous étaient professeurs à l'Ecole de Médecine; ils étaient l'élite des praticiens de l'époque.

Cette manière de penser n'était pas particulière à notre pays. Je me rappelle avoir lu que Peter, un grand médecin parisien, ennemi acharné des doctrines pasteuriennes, avait importé d'Angleterre des coqs de race pour sa ferme. Il se plaignait que ses coqs avaient de la difficulté à s'acclimater, qu'ils manquaient d'entrain, et "pourtant, disait-il, je les saigne régulièrement tous les deux jours".

Ne sourions pas aux erreurs de nos ancêtres; ce serait de la

dernière cruauté; n'oublions pas que nous bénéficions des progrès des 60 dernières années, progrès plus grands que ceux de tous les siècles précédents, et que nous avons à notre disposition une foule de moyens qu'ils ne soupçonnaient même pas; n'oublions pas, comme le dit Anatole de Monzie, que "le progrès se construit à coup de rectifications sur une base de vérités provisoires et parce que ces vérités provisoires ont tenu en haleine non seulement la raison des hommes mais aussi leurs espoirs et leur foi". C'est dans cet esprit que Renan recommandait l'indulgence envers le passé, une indulgence sans morgue et sans dédain.

Je vous remercie du conseil que vous avez élu et sur lequel j'aurai à m'appuyer pour bien m'acquitter de ma tâche.

Notre Vice, M. Guy Hamel, en plus d'être un médecin averti et de belle réputation, est ce qu'on est convenu d'appeler un chic type, c'est-à-dire un gentilhomme d'une grande popularité auprès de tous ceux qui le connaissent. Il sera un Vice aimable et une président écouté et très distingué.

J'endosse entièrement ce que notre ex-président disait de notre secrétaire-trésorier général à la dernière séance. Il est indéniable que depuis que M. Gérin-Lajoie occupe ce poste, notre Société fonctionne mieux, plus régulièrement qu'auparavant, que nos livres sont tenus à la perfection. Par sa position de secrétaire de l'Association Médicale Provinciale, il a contribué à nous faire connaître, à nous rapprocher de l'élément anglais; cela ne peut être qu'avantageux pour les deux races qui doivent, bon gré, mal gré, vivre côté à côte et se frotter un peu tous les jours. Je souhaite que le Secrétaire des séances, dont je pense le plus grand bien, suive son exemple quand il lui aura succédé, comme l'ex-président l'a laissé entendre.

Avant de quitter le fauteuil, mon ami M. Gagnon vous a fait de son successeur un éloge dithyrambique, que j'ai pris pour une aimable plaisanterie. Fontenelle dit bien qu'aucune voix n'est plus douce à l'oreille que celle qui chante nos louanges, mais La Fontaine nous avertit de nous méfier des flatteurs.

Je serai plus sobre et je lui dirai que j'ai beaucoup admiré la dignité sans prétention, la fermeté et le tact qu'il a montrés pendant sa présidence. Je n'espère même pas déployer les mêmes qualités et les mêmes talents; aussi je compte sur le concours de chacun pour que notre Société fonctionne aussi dignement, aussi régulièrement, aussi profitablement en 1934 qu'elle l'a fait jusqu'à présent.

16 janvier 1934.

REVUE DES LIVRES

P. NOBECOURT et L. BABONNEIX. — **Traité de Médecine des Enfants, Tome I.** Maladies de la croissance et de la nutrition. Pathologie des glandes endocrines. Un volume de 988 pages avec nombreuses figures. Paris, 1934 (Masson et Cie, éditeurs).

Nous devons savoir gré au professeur Nobécourt et au docteur Babonneix d'avoir entrepris la tâche de publier un Traité de Médecine des Enfants. Il n'existait pas, en France, un grand Traité de Pédiatrie de date récente. Il faut, en effet, remonter à 1909 pour trouver dans la littérature médicale française un ouvrage de ce genre.

"Relier le présent au passé qui nous a laissé tant de données précieuses; faire à la clinique traditionnelle une large place, sans négliger aucun des moyens d'investigation que la physique, la chimie, la physiologie, la bactériologie, l'histologie mettent à la disposition du médecin; décrire les lésions essentielles, sans se perdre dans des détails trop techniques; insister sur l'étiologie et la pathogénie, sans attribuer une importance trop grande aux théories souvent éphémères; donner à la prophylaxie et à la thérapeutique, qui est le but de la médecine, le développement indispensable, mais en négligeant le fatras qui l'encombre au détriment des méthodes véritablement utiles", telles sont les directives de ce Traité.

Le Tome I vient de paraître. C'est un volume d'environ 1000 pages, élégamment édité, avec de nombreuses figures bien choisies et pour la plupart originales. L'ouvrage est consacré principalement aux maladies de la croissance et de la nutrition et à la pathologie des glandes endocrines. Il comprend d'abord la table des matières analytique détaillée des Tomes I à V, et une Introduction à la Médecine des Enfants par Babonneix qu'il faut avoir lu.

On trouve, dans la première partie de cette Introduction, un intéressant historique de la Pédiatrie de ses origines jusqu'à nos jours. "Bien que les érudits aient cherché à retrouver dans les Aphorismes d'Hippocrate des passages concernant notre spécialité, écrit Babonneix, bien qu'elle ait été l'objet de monographies au XVIe, au XVIIe et au XVIIIe siècle, on peut dire qu'elle n'a pris son essor qu'au XIXe". A cet essor les pédiatres français ont contribué de façon importante avec Barthez et Rilliet, Trousseau, Henri Roger, Germain Sée, Parrot, Grancher, V. Hutinel, Variot, Weill, Comby, Netter, Marfan.

Après avoir ainsi rendu hommage à l'œuvre de nos prédécesseurs et de nos maîtres de France, M. Babonneix expose dans une seconde partie les acquisitions récentes de la Médecine Infantile, montrant quelles sont les préoccupations actuelles des pédiâtres et dans quelles voies sont orientées aujourd'hui les recherches.

Dans ce volume sont étudiés les troubles de la croissance et les maladies de la nutrition par P. Nobécourt; les maladies par carence par E. Lesné; l'hypertrophie du thymus et le lymphatisme par G. Mouriquand (de Lyon); la débilité congénitale et la prématuration par P. Rohmer (de Strasbourg); les affections provoquées par les agents physiques par L. Ribadeau-Dumas; la pathologie des glandes endocrines par H. Janet et L. Babonneix; les affections congénitales par E. Apert; les fièvres prolongées de cause obscure des enfants et des adolescents par J. Cathala; le syndrome pâleur-hyperthermie des nouveau-nés opérés par J. Hutinel et L. Aurousseau; le sclérème et l'œdème des nouveau-nés, la cellulite, la lipodystrophie progressive (maladie de Barraquer-Simons), l'œdème angioneurotique (maladie de Quincke) par E. Fichon.

On sait que le professeur Nobécourt s'est attaché depuis plusieurs années à l'étude des troubles de la croissance et des maladies de la nutrition et qu'il a beaucoup publié sur ce sujet. Les chapitres qu'il consacre à la croissance normale et pathologique, au nanisme et au gigantisme, aux états de dénutrition et à l'athrepsie, aux obésités et au diabète sucré des enfants contiennent des aperçus et des documents d'une exceptionnelle valeur.

L'article de E. Lesné sur les maladies par carence résume également plusieurs années de patientes recherches et comprend une riche documentation personnelle. Après avoir exposé les généralités indispensables sur les carences et les avitaminoses, l'auteur présente une excellente étude clinique du rachitisme et du scorbut.

Le diagnostic de l'hypertrophie du thymus ne peut être fait que lorsque la radiographie est prise dans des conditions particulières que précise le professeur Mouriquand (de Lyon). A l'aide d'observations cliniques et de clichés très démonstratifs, il insiste sur certaines erreurs de diagnostic et indique les moyens de les éviter. Que faut-il penser du lymphatisme chez les enfants? Quels sont ses rapports avec la scrofule? C'est à ces questions que répond G. Mouriquand en exposant sa conception du "terrain lymphatique".

Malgré les progrès de la diététique, l'alimentation des débiles et des prématurés demeure encore un angoissant problème qui ne peut être résolu uniquement par le calcul des calories. Il y a lieu en outre de tenir compte du facteur individuel, de la capacité digestive et de la tolérance alimentaire du nouveau-né. En d'autres termes, il faut savoir observer l'enfant. Il y a plus. A côté du problème alimentaire existe un autre problème, non moins ardu, celui de la régulation thermique, qui est loin d'être entièrement solutionné malgré tous les efforts qui ont été faits dans ce sens. C'est avec cet esprit critique et clinique que le professeur P. Rohmer (de Strasbourg) traite de la débilité congénitale et de la prématuration, indiquant de façon très pratique la manière d'alimenter ces enfants, de les réchauffer et de régulariser leur température.

Sous le titre d'affections provoquées par les agents physiques, L. Ribadeau-Dumas étudie l'action du froid, de la chaleur et l'influence des saisons sur la santé des nourrissons. C'est là un chapitre de pathologie générale du premier âge, d'une importance considérable, qui permet de prévoir quelles transformations subiront, dans quelques années, certaines de nos conceptions sur l'étiologie et la pathogénie des maladies du nourrisson.

La pathologie des glandes endocrines a fait l'objet de nouvelles recherches dont a su tenir compte H. Janet dans les chapitres qu'il a consacrés aux maladies de la glande thyroïde, des glandes surrénales et de l'hypophyse. Chaque article est précédé d'un rappel anatomo-physiologique et rédigé dans dans un style sobre, clair et net qui en rend la lecture facile. Les syndromes testiculaires et ovariens, les syndromes pluriglandulaires sont rédigés par L. Babonneix.

Qui mieux que E. Apert, à la fois savant et vulgarisateur hors-ligne, pouvait traiter des affections congénitales et rendre accessibles certaines notions complexes, mais nécessaires sur les maladies germinales et les affections acquises pendant la vie embryonnaire ou fœtale. Rappelons que, depuis la publication de son Traité des maladies familiales et des maladies congénitales, paru en 1907, l'auteur n'a cessé de s'intéresser à ce sujet.

Les fièvres prolongées de cause obscure des enfants et des adolescents constituent un problème clinique particulièrement délicat dans la clientèle privée. J. Cathala indique comment il faut procéder pour en préciser l'étiologie, et quelle ligne de conduite il convient de tenir vis-à-vis du malade et des parents.

Depuis le rapport d'Ombrédanne au Congrès de Montréal en 1922, le syndrome pâleur-hyperthermie des nouveau-nés opérés a fait l'objet de nombreuses publications, parmi lesquelles nous mentionnerons la thèse d'Armingeat parue en 1929. En s'inspirant de ces travaux, J. Hutinel et L. Aurousseau ont rédigé sur le syndrome un article court, mais substantiel.

Enfin, les directeurs ont confié à E. Pichon le soin de traiter du sclérème et de l'œdème des nouveau-nés, de la cellulite, de la lipodystrophie progressive (maladie de Barraquer-Simons), de l'œdème angioneurotique (maladie de Quincke). Il s'en est acquitté avec honneur.

Le Traité de Médecine des Enfants de P. Nobécourt et L. Babonneix "vient au monde après une gestation aussi courte que possible, étant donné le travail considérable qu'il a nécessité"; il comprend cinq volumes qui paraîtront d'ici le 15 avril prochain. Contrairement à d'autres traités, "il n'aura pas vieilli au moment de son apparition".

Paul LETONDAL.

ECOLE DES GARDES-MALADES
LES TROIS RIVIERES
HOPITAL SAINT JOSEPH

FORMULAIRE

TRAITEMENT DES PYODERMITES DU NOURRISSON. — ABCÈS SOUS-CUTANÉS MULTIPLES.

1° Ne pas baigner l'enfant.

2° Laver tous les jours les téguments avec une solution antiseptique chaude et non irritante, comme l'eau d'Alibour dédoublée. On sait que l'eau d'Alibour a pour formule:

Sulfate de cuivre	3 grammes
Sulfate de zinc	2 "
Teinture de safran	0 gr. 50
Eau-de-vie camphrée	5 grammes
Eau distillée	1 litre

3° Sécher avec de la ouate aseptique.

4° Appliquer une fois par jour sur les lésions un peu de la solution suivante:

Bleu de méthylène	0 gr. 60
Eau distillée	60 grammes

5° Vêtir l'enfant de linges stérilisés autant que possible à l'étuve, suivant le conseil de E. Weill (de Lyon).

6° Cylindres de carton aux coudes pour éviter les réinoculations par le grattage.

7° Ne pas inciser les abcès superficiels qui s'ouvrent tout seuls, mais ouvrir les abcès profonds.

8° Dans les cas de lésions très étendues ou récidivantes, faire de la vaccinothérapie au moyen de l'auto-vaccin.

9° Surveiller l'alimentation et l'hygiène générale.

Paul LETONDAL.

ANALYSES

CHIRURGIE

L. SABADINI, — **Formes cliniques et traitement des occlusions intestinales consécutives aux opérations d'appendicite à chaud.** La Presse Médicale, Paris, an. XLI, No 64, août 1933, p. 1265-1267.

Les occlusions intestinales à la suite d'appendicectomies à chaud sont assez fréquentes et l'accord ne semble pas être fait encore sur la meilleure méthode à opposer à cette complication. L'A. rapporte d'abord 3 observations personnelles:

Ière observation. Jeune homme de 18 ans opéré pour appendicite gangrenée avec liquide louche dans le ventre que l'on draine par deux mèches. Quatre jours après, douleurs abdominales, arrêt des matières et des gaz, vomissements, défense pariétale, température et accélération du pouls. Après 20 heures d'attente et de traitement médical, nouvelle intervention. Il s'écoule du liquide louche, mais pas de pus; le caecum forme avec des anses iléales un bloc agglutiné; la séreuse est rouge, congestionnée, et parsemée de fausses membranes. Le doigt ganté, avec précaution ces agglutinations sont détruites. Suites opératoires parfaites. Guérison.

IIième observation. Homme de 35 ans, opéré un an auparavant pour appendicite aiguë banale. Douleurs abdominales généralisées, arrêt des matières et des gaz. A l'intervention, la terminaison de l'iléon est unie à une partie du grêle, située en amont à 40 cm. environ, par une bride, d'une longueur de 3 cm., très épaisse et très résistante. Section de la bride. Guérison.

IIIième observation. Homme de 45 ans, présente tous les signes d'une appendicite aiguë grave. Opération d'urgence. La cavité péritonéale est envahie par un liquide sanieux, très fétide; l'appendice est volumineux, turgescent, plein de pus et gangrené. Appendicectomie. Drainage. Les jours suivants, aucune émission de gaz, distension abdominale considérable. Le diagnostic d'iléus paralytique est posé et l'on institue le traitement approprié; débâcle intestinale que le 6ième jour. Guérison.

Ces trois observations sont intéressantes au double point de vue pathogénique et thérapeutique. Chacune relève d'une des trois causes d'occlusion intestinale post-appendiculaire: occlusion précoce par agglutination des anses intestinales ou par parésie, occlusion tardive par brides. Chacune d'elles impose un mode de traitement différent. Les opinions varient sur le traitement à instituer contre les occlusions précoces par agglutination. Schématiquement, quatre méthodes sont en présence: désagglutination des anses par incision médiane ou par la brèche opératoire; anus caecal par l'incision appendiculaire; anus iléal, le plus près possible du caecum par laparotomie médiane; enfin, l'entéro-anastomose.

L'A. discute ensuite la valeur de ces différentes méthodes. L'entéro-anostomose ne paraît pas, de prime abord, très satisfaisante. Elle est longue; elle est choquante, chez un malade déjà infecté. Elle a été peu employée et son indication est rare. L'anus iléal soulève aussi certaines objections: la parotomie médiane, malaxage des anses pouvant entraîner la rupture de la barrière réactionnelle qui limite l'infection sans parler des ennuis que peuvent entraîner un anus sur le grêle haut situé et l'obligation d'une nouvelle intervention pour refermer cet anus. La caecostomie ne pourra être pratiquée que si le caecum se présente à la paroi; ce qui n'est pas toujours le cas. En outre, elle aura peu de chances d'aboutir à un résultat, l'obstruction siégeant en amont. Aussi l'A. donne-t-il la préférence à la désagglutination des anses; technique simple, facile, pouvant procurer et à peu de frais, la guérison cherchée.

Mercier FAUTEUX.

P. DREYFUS-LeROYER. — **L'anesthésie du nerf sus-scapulaire au cours des thoracoplasties.** La Presse Médicale, Paris, XLI an., No 103, déc. 1933, p. 2097-2098, avec 2 figures.

Au cours des thoracoplasties, la traction en haut et en dehors du bord spinal de l'omoplate est toujours douloureuse malgré des injections assez importantes de novocaïne. Des recherches anatomiques de l'A., faites sous la direction de Rouvière, ont permis d'entrevoir le mécanisme de cette douleur, de préciser la technique de l'anesthésie sous acromio-coracoïdienne et d'en comprendre les effets.

Une solution de novocaïne à 1/200 est employée. L'anesthésie du nerf sus-scapulaire est faite indifféremment au début ou à la fin de l'anesthésie de la peau et des plans profonds. Le malade étant en position opératoire, l'on badigeonne à l'iode l'hémi-thorax, le moignon de l'épaule et le creux sus-claviculaire. La dépression, située à la jonction du bord postérieur de la clavicule et du bord antérieur de l'acromion, est répérée.

Ces deux saillies osseuses constituent un angle ouvert en dedans et limitent cette dépression. On note sur le bord inférieur de l'acromion un nouveau point de repère situé sur la verticale abaissée de l'angle acromio-claviculaire. C'est à un travers de doigt en dedans de ce dernier point et à 2 mm. au-dessous du bord postérieur de l'épine de l'omoplate que l'on pratique un bouton intradermique de novocaïne. A ce même niveau, avec une aiguille plus longue et de calibre plus fort, on pénètre librement sur une longueur de 3 à 5 cm., puis elle s'arrête sur un plan résistant qui est la face inférieure de l'épine de l'omoplate. L'aiguille, légèrement retirée, est penchée en dedans de telle sorte que celle-ci constitue avec le plan cutané un angle de 60 à 70° ouvert en dedans. Enfoncée de nouveau de 1 à 2 cm., elle contourne le bord externe de l'épine de l'omoplate et l'on atteint la région du nerf scapulaire.

Mercier FAUTEUX.

ROBERTS, JOHNSON et BRUCKNER. — **La cavité péritonéale aseptique. Fausse appellation.** Surg., Gyn. &bst., vol. LVIII, No 6, déc. 1933, p. 752-761.

Des expériences pratiquées par les A., il semble que dans 80% des cultures prélevées de la cavité péritonéale, l'ensemencement serait positif. Ces résultats seraient obtenus d'une façon toujours identique, qu'il s'agisse de mâles ou de femelles et en dehors de toute évidence d'inflammation intra-péritonéale. Les A. concluent que la cavité péritonéale aseptique est une ineptie.

Mercier FAUTEUX.

R. A. SCARBOROUGH. — **Le prurit anal: son étiologie et son traitement.** Annals of Surgery, vol. XCVIII, No 6, déc. 1933, p. 1039-1045.

Une étude des publications sur le prurit anal donne la conviction que l'étiologie de cette affection est incomprise et que son traitement n'est pas très satisfaisant. Les premières conceptions étiologiques rattachent ce trouble à un état hystérique; puis presque toutes les affections organiques ont été tenues responsables: la goutte, le diabète, le rhumatisme, la néphrite, l'hépatite, la syphilis et la tuberculose. On a même accusé la pyorrhée alvéolo-dentaire. L'expérience montre qu'il y a toujours une cause locale pour expliquer le prurit anal. Le facteur essentiel est la présence de sécrétions irritantes: relâchement sphinctérien, hémorroïdes internes ou externes, rectites. Le traitement, lorsqu'il est dirigé contre ces causes locales, amène la guérison.

Mercier FAUTEUX.

Fred. W. RANKIN et James T. PRIESTLEY. — **Prolapsus du rectum.** Annals of Surgery, déc. 1933.

Il existe une grande divergence d'opinions relativement aux changements pathologiques, à la classification et aux traitements du prolapsus rectal.

I. — Prolapsus de la muqueuse rectale.

Surtout fréquent chez les enfants et les vieillards. La muqueuse seule est altérée. La constipation et la diarrhée prédisposent au prolapsus chez les enfants débiles. Chez l'adulte, il est ordinairement secondaire à une affection qui oblige le malade à forcer pour aller à la selle.

Le diagnostic est à faire avec le prolapsus vrai du rectum, un polype, des hémorroïdes.

Le traitement, médical au début, a pour objet d'éliminer les causes prédisposantes. Fraser rapporte 50 cas guéris avec des injections d'alcool. On peut aussi cautériser la muqueuse. L'excitation est la méthode la plus sûre.

II. — Prolapsus vrai du rectum (procidence).

Il est caractérisé par la procidence à la fois de toutes les couches du rectum. On reconnaît deux types distincts. Le premier commence en bas

du repli péritonéal sur le rectum; il n'y a pas de sillon marginal. Le second commence au-dessus de ce repli; il a un sillon marginal. On rencontre ce dernier presque toujours chez l'adulte.

Etiologie. Assimilable aux hernies. Le facteur principal serait la faiblesse du fascia transversalis causée par certaines influences pathologiques, comme l'accroissement de la pression intra-abdominale, la constipation, la diarrhée, etc.

Les A. décrivent brièvement les symptômes, puis passent au traitement.

Traitement. Hygiène générale. Traitement médical au début. Pommades et lotions adoucissantes; injections sous-muqueuses d'astringents; supports mécaniques; traitements électriques.

Les interventions chirurgicales usitées sont ensuite mentionnées.

La sigmoïdopexie donne des résultats satisfaisants dans les cas légers.

La résection serait surtout avantageuse dans les prolapsus étranglés et s'il se produit de la gangrène.

L'opération de Moschcowitz, oblitération du cul-de-sac Douglas, un tube étant placé dans le rectum, a été pratiquée neuf fois par les A. avec sept succès.

III. — L'invagination du rectosigmoïde.

Elle n'est pas à proprement parler un vrai prolapsus, mais l'invagination du segment inférieur du sigmoïde et du rectosigmoïde dans la portion ampullaire du rectum.

L'étiologie et les symptômes cliniques sont comparables à ceux du porlapsus.

Le traitement est également le même; opération de Moschcowitz.

Le diagnostic est fait par le toucher rectal et l'examen rectoscopique.

Contrairement aux autres invaginations du gros intestin, l'étranglement, l'obstruction complète ou les adhérences des portions invaginées, se produisent rarement

L.-A. BOURBEAU.

M. D. LE GRAND GUERRY. — **Le jugement chirurgical dans les cas aigus de l'abdomen.** Annals of Surgery, nov. 1933, p. 922-927.

L'A. établit une distinction entre un opérateur et un chirurgien. Le premier s'occupe surtout de problème de méthodes et de technique, oubliant les principes fondamentaux de la médecine qui sont à la base de la pratique de la chirurgie. Le second est cultivé, il a un jugement sûr, il sait écarter les doutes au point de vue diagnostic; il comprend quand et où opérer, de même qu'il sait bien opérer.

Le jugement chirurgical fait éviter des fatalités dans les crises abdominales. Sir Frederick Treves, dit l'A., nous a légué cet aphorisme: "Le tremblement de la main peut nuire au succès d'une opération, mais une intelligence indécise est sans ressources."

Dans un cas d'opération simple, les questions de technique sont de première importance. Chez un blessé de l'abdomen par arme à feu, le problème est différent; celui-ci est en état de "shock," pouls rapide, peau

moite, température en bas de la normale, cyanosé, faisant une hémorragie interne peut-être. Il est sur le seuil de sa vitalité et de sa résistance. Quoi faire? Opérer immédiatement? Non.

Le réchauffer, calmer ses douleurs, faire une transfusion sanguine, etc. Souvent l'hémorragie s'arrêtera. Le malade pourra plus tard être opéré avec succès; une intervention hâtive l'aurait tué.

Le commencement de la sagesse chez un chirurgien, est de savoir évaluer le "vis naturae medicatrix." Se dépêcher d'opérer, parce que c'est un cas aigu de l'abdomen, est la marque de l'incompétence. Dans plusieurs cas, la chose la plus urgente à faire, est de laisser le malade aux ressources de la nature.

L'A. résume par les axiomes suivants:

1 — Il ne faut pas trop se presser. Améliorer l'état général.

2—Ne pas trop retarder l'intervention dans le but de faire un diagnostic précis. Les raisons d'intervenir sont-elles suffisantes?

3 — Pas de purgatifs; ceci pourrait être fatal.

4 — Pas de morphine. Celle-ci endort le patient et le chirurgien... en masquant les symptômes. Si un demi grain de morphine ne calme pas le patient, penser à autre chose qu'à l'appendicite: calculs de la vésicule, du rein ou de l'uretère.

5 — Le drainage approprié est la clef du succès.

6 — Il faut différencier une plaie contaminée et une plaie infectée. Les tissus ayant été contaminés pendant l'intervention, la paroi par exemple, si le drainage est bien fait, on peut avoir une guérison par première intention dans 85 à 90% des cas. D'un autre côté, si la même plaie est fermée hermétiquement, les points cèdent dans 90% des cas avec suppuration abondante. Le pus qui cause des dégats est celui qui est sous pression.

7 — Une technique simple, aseptique, la douceur dans le maniement des tissus sont très importantes.

Savoir ce qu'il ne faut pas faire est aussi important que savoir quoi faire.

Pour terminer, l'A. rapporte cet axiome du père de la médecine: "La vie est courte; l'art est long à acquérir; l'expérience est fallacieuse; le jugement difficile."

L.-A. BOURBEAU.

GYNECOLOGIE

Jean QUENU et Claude BECLERE. — **Diagnostic des hémorragies utérines à l'âge de la ménopause.** Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gynécologie de Paris, No 9, nov. 1933.

A partir de 40 ans, on peut observer des métrorragies qui posent un problème thérapeutique souvent embarrassant. Le diagnostic étiologique est difficile. Depuis 1925, les auteurs ont observé 44 cas.

Les causes des métrorragies ont été les suivantes: 1°. Le cancer du corps, 4 cas, soit 9%; 2°. Des petits fibromes sous-muqueux, 4 cas, soit 9%;

3°. Des polypes intra-utérins, 2 cas, soit 4%; 4°. Une salpingite bilatérale, soit 2%; 5°. Chez 32 autres malades, soit 73%, on a trouvé des lésions du type hyperplasie glandulaire bénigne.

Après avoir énoncé les moyens de diagnostic en insistant sur le curettage explorateur, la biopsie, etc., les auteurs concluent:

"Au point de vue de leur cause les métrorragies survenant à l'âge de la ménopause peuvent être réparties en deux groupes. Les unes sont dues à une lésion organique de l'utérus ou des annexes: cancer, fibrome sous-muqueux, polype, annexite. Ce groupe ne représente QU'UN QUART des cas observés. Les autres qui représentent les TROIS QUARTS des cas n'ont pour substratum anatomique qu'un état d'hyperplasie bénigne de la muqueuse utérine. Les métrorragies de ce groupe sont des métrorragies FONCTIONNELLES, d'origine OVARIENNE, relevant soit de troubles hormonaux, soit de lésions infectieuses de l'ovaire. Il est évident qu'à des causes aussi différentes doivent s'opposer des traitements différents. Il ne saurait être question d'hystérectomie systématique qui serait illégitime dans 3 cas sur 4. L'abstention systématique serait aussi dangereuse en laissant évoluer des tumeurs intra-utérines bénignes ou malignes.

La question primordiale est donc celle du DIAGNOSTIC. Dans certains cas il peut être presque affirmé par les modalités cliniques de l'hémorragie. Mais l'idée dominante du chirurgien doit toujours être la CRAINTE DU CANCER, si peu fréquent soit-il encore à cet âge. Pour éliminer le cancer on se basera sur le résultat du CURETTAGE EXPLORATEUR. Quoi qu'on en ait dit, le curettage n'est pas dangereux, et il ne passe pas à côté d'un cancer, à condition qu'il soit bien fait.

Au point de vue THERAPEUTIQUE, il suffit de distinguer entre les hémorragies dues au *cancer* de l'utérus et celles qui sont dues à une lésion BENIGNE. Dans ce 1er cas l'HYSTERECTOMIE s'impose. Les autres cas sont justiciables de la RADIOTHERAPIE, soit après un délai d'observation de quelques mois".

L.-Arthur MAGNAN.

Claude BECLERE. — **Métrorragie fonctionnelle d'origine ovarienne et ménopausique.** Bull. de la Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 9 nov. 1933.

Au récent Congrès d'obstétrique et de gynécologie, C.B. a fait une communication sur les métrorragies de la ménopause. Il a décrit un syndrome clinique, histologique et physiologique observé dans un grand nombre de cas typiques.

Depuis 1925 il a étudié par l'hysthérographie 38 cas de métrorragie monosymptomatique chez des femmes ayant dépassé 40 ans et n'étant pas encore ménopausées. Après avoir donné sa statistique, il a constaté que dans 60% des cas on ne trouve pas de lésions chirurgicales précises. La statistique de C.B. est semblable à celle du professeur Jean Quénu, rapportée à la même Société.

Le syndrome histologique est constitué par une multiplication et une dilatation des glandes de la muqueuse sans infiltration inflammatoire.

D'ailleurs cette hyperplasie glandulaire bénigne est décrite en détail dans le livre de Lecène et Moulonguet.

Le syndrome physiologique montre que les aspects histologiques permettent de comparer terme par terme l'hyperplésie muqueuse utérine et les phases évolutives normales de prémenstruentions et de nidation. Aussi a-t-on rattaché l'existence des modifications analogues de la muqueuse utérine à des troubles hormonaux venus de l'ovaire. Il s'agit donc de métrorragie fonctionnelle d'origine ovarienne.

Le syndrome clinique semble bien individualisé.

Les trois grands signes qui caractérisent le tableau clinique sont: 1°. Le début brusque; 2°. Les périodes d'aménorrhée; 3°. L'alternance irrégulière des périodes d'aménorrhée et des périodes de métrorragie.

Le diagnostic est basé: 1°. Sur cette triade symptomatique qui s'est rencontrée dans 30% des cas de l'auteur; 2°. Dans les autres cas, soit 70% environ, les métrorragies ne se présentent pas suivant le tableau typique décrit. Il est alors indispensable de pratiquer systématiquement un curettage explorateur complet et un examen histologique soigné. Faut-il faire une hystérographie préalable? Il est certain qu'elle rend de très grands services, car elle montre: 1°. Qu'il existe une lésion intra-utérine; 2°. L'endroit précis où siège la lésion.

Quant au traitement, il existe trois éventualités différentes:

1°. Le syndrome clinique est typique: il s'agit de métrorragie d'origine ovarienne. Si le curettage n'arrête pas les hémorragies la roentgenthérapie détruira la fonction ovarienne troublée;

2°. Le syndrome clinique n'est pas typique. On fait une hystérographie qui montre une cavité utérine normale. Le curettage et l'examen histologique montrent l'existence de lésions bénignes de la muqueuse utérine. Là encore la roentgenthérapie est indiquée.

3°. Enfin, lorsque l'hystérographie montre une lésion intra-utérine ou salpingienne, seul le traitement chirurgical est indiqué.

Ls-Arthur MAGNAN.

PEDIATRIE

PAISSEAU, TOURNANT et PATEY. — **Sur le traitement de la méningite cérébro-spinale.** ("Archives de Médecine des Enfants", tome XXXVI, No 11, novembre 1933, p. 664.)

Ce travail, basé sur treize observations personnelles, peut être résumé, avec les auteurs, de la façon suivante.

"La ponction sous-occipitale faite selon la technique habituelle récemment précisée par Pires et avec précaution est une intervention facile qui n'a provoqué chez aucun de nos malades d'alerte sérieuse, à condition d'injecter lentement le sérum tiédi.

Nous y avons eu recours toutes les fois qu'une méningite semblait insuffisamment ou trop lentement influencée par la sérothérapie par voie lombaire; elle remplace avantageusement les ponctions étagées et, à moins

d'intervention trop tardive, elle semble devoir permettre d'éviter la ponction ventriculaire à laquelle on doit à notre avis lui donner la préférence, même chez le nourrisson dont la fontanelle n'est pas encore fermée.

On doit lui reconnaître trois indications formelles:

Elle doit être faite dès qu'une méningite présente des signes de cloisonnement, lorsque la ponction lombaire donne issue à une quantité insuffisante de liquide coulant difficilement ou lorsque ce liquide est en partie constitué par du sérum injecté à la ponction précédente.

Il convient d'y recourir systématiquement et précocement chez le nourrisson, en raison de la tendance au cloisonnement et à la localisation ventriculaire si communs à cet âge.

Enfin, on injectera toujours du sérum par cette voie dès que les identifications auront démontré qu'il s'agit d'une infection par un méningocoque du type B dont la tendance à provoquer le cloisonnement est une des causes de la gravité des méningites qu'il provoque.

Sans vouloir contester l'influence importante des variations épidémiologiques de la gravité des méningites cérébro-spinales, il nous paraît légitime de conclure que l'emploi systématique des injections intramusculaires de sérum et la pratique des injections hautes, sous-occipitales, associés à la sérothérapie selon les méthodes classiques, sont susceptibles d'améliorer dans des proportions notables le pronostic de la méningite à méningocoques."

Paul LETONDAL.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

Claude HENRI et Macquin PIERRE. — **Le devenir des paralytiques généraux malarisés.** La Presse Médicale, 13 déc. 1933.

Ce travail de la Clinique des Maladies Mentales de la Faculté de Médecine de Paris, basé sur une expérience de neuf ans de malariathérapie apporte un argument non équivoque en faveur du traitement de la paralysie générale par la fièvre tierce.

Les auteurs basent leurs statistiques sur les modifications psychiques plus que sur l'évolution de l'état général et la formule liquidienne d'ailleurs améliorés dans la presque totalité des cas.

Leur statistique porte sur 260 cas.	
Recupérations sociales	41.2%
Bonnes rémissions	23.6%
Assez bonnes rémissions	17.6%
Résultats médiocres	17 %
Résultats nuls	18 %
Décès	23.8%

Cette statistique est une statistique de malades d'asile (hommes) qui, pour la plupart, ont été amenés en état avancé et souvent lorsque tous autres essais thérapeutiques avaient échoué.

Et chez une statistique de 47 cas de malades de ville, impaludés, les auteurs ont obtenu 23 recupérations sociales complètes soit 50%.

Quels sont les enseignements que nous pouvons tirer de cette étude? C'est que la malariathérapie n'a pas une simple action éphémère contrairement à ce qu'en pensent certains auteurs.

Les cas les plus influencés sont les cas les plus récents et surtout les formes expansives de la paralysie générale.

Il n'y a pas eu d'explications de l'action heureuse de la malaria et de l'échec presque absolu dans certains cas. Ce problème reste insoluble tant qu'on ne connaîtra pas le mécanisme d'action de cette thérapeutique, notion de terrain, de résistance, de la sensibilité des lésions sont autant d'inconnus qui dépassent les moyens d'investigation.

Paul POIRIER.

P. DEGRAIS et A. BELLOT. — **Les méfaits de l'attente dans le traitement des angiomes.** La Presse Médicale, novembre 1933.

Les auteurs insistent sur l'avantage du traitement précoce dans le traitement des angiomes; car il faut bien savoir qu'en règle générale, tout angiome tubéreux augmente de volume dès les premières semaines qui suivent la naissance.

Inconvénients de l'attente:

a) augmentation de volume

b) ulcération, d'où cicatrice; c'est une éventualité fâcheuse et cependant assez fréquente.

c) diminution de la sensibilité; c'est là une constatation d'ordre général, qui fait que toute lésion angiomateuse est d'autant plus sensible aux agents thérapeutiques qu'elle est plus jeune.

d) augmentation de la durée du traitement; il est incontestable que la durée du traitement sera d'autant plus réduite que la lésion sera de dimensions moindres.

Les auteurs parlent d'après leur expérience personnelle car ils ont traité depuis 1906, 2000 angiomes par la radiumthérapie en surface. La curiethérapie, disent ces auteurs, exige évidemment de celui qui l'utilise une parfaite connaissance du radium, du maniement des doses et des filtres; elle a cependant pour elle, ce qui, semble-t-il, fait défaut aux autres procédés de traitement des angiomes, de reposer sur des principes fondamentaux dont les bases scientifiques lui assurent une marche parfaitement réglée, ne confiant rien à l'empirisme ou au hasard.

Avantages de la curiethérapie en surface.

1° Les applications de radium sont complètement indolores.

2° Il est possible d'appliquer le radium dès la naissance ou les toutes premières semaines.

3° Le radium offre de meilleures conditions de commodité au point de vue manuel opératoire, susceptible qu'il est de s'adresser à toutes les localisations d'angiomes sans exception.

4° L'action du radium est aussi efficace dans les zones superficielles que dans les zones profondes.

5° Avec la curiethérapie enfin, l'esthétique est largement satisfaisante, souvent parfaite.

La méthode employée a consisté en des doses fractionnées et de l'emploi d'appareils de faible teneur radio-active.

L'ulcération, loin d'être une contre-indication à la curiethérapie, va en bénificier.

La radiumpuncture est rejetée d'une façon absolue par les auteurs, bien qu'elle détermine une régression plus rapide de l'angiome, pour la douleur qu'elle occasionne forcément, pour sa moins grande électivité d'action par insuffisance du filtrage, et pour les risques qui peuvent en résulter pour les cartilages et pour les os.

C'est ici, la prétention que défendent deux auteurs. Beaucoup d'autres ont donné à la radiumpuncture la préférence avec des résultats non moins brillants sinon plus.

Paul POIRIER.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

GHORMLEY et BRAY. — **Les résections du genou (Resected Knee Joints).** Archives of Surgery, No 26, 1933.

Dans l'espace de dix années, à la clinique Mayo, les auteurs ont étudié les résultats de 236 interventions pour des lésions du genou, consécutives à des traumatismes et à des infections. Dans plus de la moitié des cas les malades étaient des hommes.

Au début des lésions et dans les cas avancés, l'examen radiologique ne permet pas de poser un diagnostic certain entre l'infection tuberculeuse et l'infection traumatique. L'examen de l'interligne articulaire sur les clichés doit être fait avec prudence; la destruction des cartilages était plus évidente dans les cas traumatiques.

L'épreuve de la tuberculine, surtout chez l'adulte, est rarement un moyen sûr de diagnostic; une réaction négative a plus d'importance qu'une réaction positive. L'inoculation au cobaye ne confirme pas toujours les examens macroscopiques et microscopiques.

En conclusion, les auteurs considèrent que ces lésions présentent des difficultés réelles de diagnostic.

Edmond DUBE.

MAGNUSON. — **Le traitement simplifié des fractures (The Simplification of the Treatmen of Fractures).** Sugery, Gyne. and Osb., No 37, 1933.

Dans le traitement de toute fracture, il faut avoir une connaissance anatomique parfaite de la région intéressée et se rendre compte de la force et de l'action des masses musculaires. Avant tout, il faut envisager l'extension et la contrextension; la réduction doit être graduelle et obtenue sans efforts; si elle n'est pas possible par les moyens ordinaires, il faut recourir aux interventions sanglantes.

L'auteur envisage successivement les fractures du bras, de la jambe, de la cheville, du genou, de la tête humérale, du coude, de l'avant-bras et étudie les meilleures méthodes de traitement pour ces différentes lésions; dans presque tous les cas, l'extension et la contrextension suffisent pour obtenir les résultats désirés.

Edmond DUBE.

NEURO-PSYCHIATRIE

Henri ROGER et VAISSADE. — **Méningite tuberculeuse apyrétique de l'adolescence avec inversion du rythme du sommeil et paralysie verticale du regard. Traitement par l'Allergine. Guérison.** Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, No 28, novembre 1933, p. 1309.

Depuis une quarantaine d'années, 72 cas seulement de méningite tuberculeuse, bactériologiquement confirmés, ont été rapportés dans la littérature médicale mondiale comme ayant guéri, soit spontanément, soit plus rarement sous l'influence de médications variées. D'autre part, depuis quatre ans, 15 cas, bien contrôlés par l'examen bactériologique, ont guéri sous l'influence d'un seul traitement, par l'action de l'Allergine de Jousset.

Les auteurs rapportent leur observation de méningite tuberculeuse indubitable, parce qu'elle présente une symptomatologie inusitée et intéressante (troubles du sommeil, hémisyndrome cérébelleux gauche, paralysie des supérogyres) qui fait présumer la présence prédominante des lésions méningées dans la région du pédoncule cérébral gauche, parce que l'Allergine de Jousset apparaît inéluctablement avoir été le facteur de la guérison de cette affection, reconnue comme incurable et qui persistait depuis quatre mois. Résultat encourageant à ajouter à ceux de Jousset.

Roma AMYOT.

Jean PARAF et Jaan BERNARD. — **Intoxication strychnique grave guérie par l'administration intraveineuse, à dose massive, d'un barbiturique.** Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, No 28, 20 nov. 1933, p. 1324.

Les travaux de Haggard et de Greenberg ont démontré expérimentalement l'antidotisme qui existe entre la strychnine et les composés barbituriques. Aussi, depuis qu'en France, Ide de Lille fit connaître ces travaux, en démontra les applications thérapeutiques et établit les bases toxicologiques, on y traita, par la strychnine à dose massive et en injections intraveineuses, de nombreux cas d'intoxication barbiturique profonde.

L'expérience clinique, par certains succès éclatants, confirme les données expérimentales.

Les auteurs rapportent ici une observation où l'antidotisme se montre réversif, comme l'avaient démontré d'ailleurs Haggard et Greenberg, et où un barbiturique s'applique à combattre efficacement une intoxication aiguë par la strychnine.

L'intoxiquée, dans une intention de suicide, avait ingéré 270 granules de un milligramme de strychnine, c'est-à-dire 0.27 centigrammes, soit 9 fois la dose reconnue mortelle.

Un traitement par le Somnifène intraveineux fut institué 6 heures environ après cette ingestion. La malade était, à ce moment, l'objet d'un tétanos strychnique excessivement violent. Elle guérit après introduction intraveineuse de 25 cmc. de Somnifène faite durant une période de 3 heures et par doses de 5 cmc. chaque fois. Les trois premières furent administrées à une demi-heure d'intervalle, alors que la quatrième fut donnée une heure après la troisième et la cinquième, une heure après la quatrième.

Dans l'intoxication strychnique avec contractures violentes, comme d'ailleurs dans le tétanos infectieux, il ne faut pas hésiter à recourir à une médication antagoniste énergique: chloroforme et barbiturique.

En l'occurrence, l'antidotisme strychnine-barbiturique a agi par action physico-chimique sur les cellules des centres nerveux.

Roma AMYOT.

SOCIÉTÉS

RAPPORT DU SECRETAIRE-TRESORIER GENERAL DE LA SOCIETE MEDICALE DE MONTREAL POUR LA SESSION 1933

Monsieur le Président,
Messieurs,

La Société Médicale de Montréal n'a eu la douleur de perdre en 1933 que deux membres, MM. les docteurs J.-H. Brossard et G.-E. Bédard.

Par contre, un certain nombre, 17 exactement, ont envoyé leur démission, tandis que 49 nouveaux confrères ont été élus membres titulaires. De ces 49, 10 ont été recrutés en dehors des limites de la Ville, dans un rayon de 40 milles.

La Société se réunit 13 fois en séances régulières et deux fois en séances extraordinaires. Le Comité de Régie siégea 4 fois.

En continuant les séances cliniques dans les hôpitaux, la Société Médicale a certainement répondu à la demande de la grande majorité de la profession de rendre les réunions le plus pratiques possibles. N'avons-nous pas eu les demandes de séances bi-mensuelles dans les hôpitaux? Nous ne croyons pas qu'il faille changer notre mode actuel de fonctionnement; la charge des médecins des hôpitaux et des administrations hospitalières deviendraient onéreuse. Il faut user mais ne pas abuser.

Pour répondre au désir de la majorité des membres, dès le début de l'année, une motion fut votée afin de diminuer le montant de la cotisation annuelle de cinq à trois dollars. Les règlements furent donc amendés en conséquence. Je me permettrai de revenir sur cette innovation lorsqu'il sera question du rapport financier.

Sous les auspices du Bureau d'hygiène Municipal, une campagne favorisant la vaccination antidiphtérique fut entreprise et le patronage de la Société Médicale fut accordée dans la poursuite de cette œuvre sociale.

Grâce à l'initiative de son président, monsieur le docteur J. C. Meakins, les portes de l'American College of Physicians furent grandes ouvertes aux membres en règle de la Société Médicale, lors de la tenue de leur Congrès en février dernier. Un très grand nombre de médecins canadiens-français prirent ainsi part à cette Convention qui eut lieu à l'Hôtel Windsor.

La Société a collaboré à la campagne entreprise par le Lions Club afin de propager les avantages de l'examen périodique des enfants, même de ceux qui paraissent en bonne santé. Trente-cinq médecins de langue française dispensèrent leur service durant une ou deux heures pour l'examen des enfants, dans un concours organisé par ce Club.

A l'issue d'une séance les membres ont approuvé l'attitude du Comité de Régie de soutenir le Comité des Professeurs de l'Université de Montréal dans le mouvement qu'il a entrepris.

La profession ne pouvait se désintéresser d'un avancé publié dans les journaux qui relatait un discours à une convention d'embaumeurs où ceux-ci voulaient proposer de limiter le nombre des autopsies dans les hôpitaux. Une protestation officielle, au nom des membres, fut adressée au secrétaire de l'Université de Montréal, sous les auspices de laquelle cette convention aurait eu lieu. L'échange de correspondance prouva que l'Université n'avait fait que prêter l'une de ses salles.

A chacune des réunions du Comité de Régie, la question de la publication d'un bulletin fut mise à l'ordre du jour. Malheureusement aucune décision ne fut obtenue à cause de la difficulté de trouver un publiciste qui voulût prendre la responsabilité d'une telle publication. Il faut ajouter que les maisons sollicitées ne se sont pas désintéressées du mouvement, mais elles ne pouvaient, dans le moment précis où elles furent approchées grever davantage leur budget. Cette question reste toujours à l'étude pour l'année qui commence.

L'Association Pharmaceutique de la Province de Québec qui avait demandé le concours de la Société Médicale pour collaborer à la publication d'un formulaire canadien n'a pas répondu aux dernières lettres de demande de renseignements que sollicitait la Société Médicale et après enquête poursuivie dans d'autres milieux, cette question est déposée sur la table.

Bien que la relation des activités scientifiques relèvent du rapport du secrétaire de séances, nous ne pouvons passer sous silence la visite de trois grands spécialistes américains qui sont venus nous adresser la parole en deux séances extraordinaires: MM. J. Eastman Sheehan, de New-York, et Chevalier-Jackson, père et fils. A monsieur le docteur J.-N. Roy, ancien président, nous sommes redevables de la venue de ces savants.

En plus, le laboratoire de physiologie de l'Université de Montréal a contribué considérablement dans l'organisation d'une série de causerie, aux séances universitaires, sur la question importante des glandes endocrines, dont il resterait encore un ou deux chapitres à traiter avant de considérer ces conférences comme terminées.

Dans la liste des noms de conférenciers rapportés le mois dernier par le secrétaire de séances, le nom de monsieur Albert Jutras, qui traita de la radiothérapie des cancers amygdaliens a été omis. Nous devons en toute justice pour l'auteur, le signaler à l'attention des membres.

Le tout humblement soumis.

Léon GERIN-LAJOIE.

Avant d'aborder le compte-rendu audité des finances, vous me permettrez, monsieur le Président, d'attirer l'attention sur le fait que les revenus ont été moindres cette année, à cause de la diminution de la contribution, et malgré l'augmentation du nombre de membres. Les dépenses ont toutefois été sensiblement diminuées, surtout pour le compte des impressions, celles-ci ayant été faites sur la machine rotative de l'Association Médicale de la Province de Québec, qui se trouve au secrétariat.

Nous aurions également pu sauver $27.20 de frais de collection si chaque membre avait bien voulu adresser sa cotisation directement au trésorier dès la réception de la note, et ne pas attendre la visite de la jeune fille qui fait la sollicitation. Nous comprenons que les temps sont difficiles, mais La Société Médicale fait œuvre utile et elle ne doit pas cesser d'exister...

Les médecins qui avaient négligé de faire parvenir leur cotisation à la fin d'octobre, reçurent la visite d'une jeune fille qui réussit à rentrer 272 dollars, sur environ 400 qui étaient dus. L'accueil sympathique qu'elle reçut de la part de la très grande majorité des confrères fut une preuve qu'on avait simplement négligé de s'acquitter d'une dette que l'on reconnaissait. Toutefois certaines remarques furent collationnées au cours de ces visites, remarques qui sont plutôt désobligeantes pour la Société et son Exécutif, et peut-être davantage pour son secrétaire-trésorier, mais elles sont également très instructives, et méritent croyons-nous d'être signalées...

"Pourquoi payerais-je? Il y en a qui ne sont pas membres et ils assistent aux séances quand même". Nous avons la conviction que le nombre de ceux qui viennent aux séances régulièrement et qui n'ont jamais demandé leur admission est très petit et nous pouvons espérer que vraiment cette assiduité scientifique finira par amener un souci de devenir plus qu'un auditeur, mais aussi, sinon un conférencier, un membre qui discutera et émettra ses opinions.

"Il paraît que la Société est pressée de collecter cette année?". Et nous étions en octobre ou novembre, quand les règlements se lisent:

au chapitre "Recettes et Dépenses", article 25:

Tout membre titulaire devra verser entre les mains du secrétaire-trésorier général le montant de sa cotisation annuelle, un an d'avance, à la première séance de janvier ou avant.

"Je n'y vais jamais aux séances, ça finit trop tard". Il doit, en effet, y avoir quelques membres qui ne sont pas venus depuis deux ans, alors que la politique de terminer les séances à 11 heures précises a été préconisée et maintenue.

"Il n'y a jamais personne aux séances universitaires, pourquoi ne pas avoir deux séances hospitalières par mois?" J'ai déjà répondu à cette observation au début de mon rapport. Et pourtant l'assistance moyenne aux séances universitaires a été de 47, sans compter les séances extraordinaires de 175 à au-delà de 300 médecins.

"C'est bien cher trois dollars, pour ne rien avoir". Faut-il vraiment que nous donnions une prime à chaque séance. Et les goûters dans les hôpitaux, et les conférenciers étrangers, et la correspondance, etc., etc.

Non, les objections ne sont pas sérieuses. Il faudrait pour bien faire que chaque membre fasse rentrer un collègue nouveau, ami à lui, au sein de la Société Médicale afin de pouvoir boucler un budget qui s'annonce presque aussi chargé que celui de l'an dernier.

Allons, faisons tous un petit effort. Les temps sont durs; il fait bon se sentir les coudes; unissons-nous autour de la lampe qui flambe et

mettant en pratique ce que son Eminence le Cardinal Villeneuve nous conseillait samedi dernier, montrons au monde que les universitaires canadiens-français existent parce qu'ils recherchent et travaillent!

Le trésorier présente ensuite le rapport audité de l'état financier indiquant:

1. L'état des revenus et dépenses pour la session 1933;
2. L'état des recettes et déboursés pour la session 1933;
3. La conciliation des comptes des membres au 31 décembre 1933.

L'année 1933 accuse un déficit de l'exercice de $95.19;
La balance en banque est de $301.59;
Les comptes dus s'élèvent à $357.00.

Léon GERIN-LAJOIE,
secrétaire-trésorier général
de la Société Médicale de
Montréal.

LA SOCIETE DE CHIRURGIE DE MONTREAL

Séance du 13 décembre 1933

Procès-verbal

Présidence de M. A. Ethier, président

Question à l'ordre du jour: **La ligamentopexie**

M. GERIN-LAJOIE, ouvrant la discussion sur la Ligementopexie, énonce d'abord les raisons qui nécessitent une intervention dans le but de redresser un utérus dévié. Il rappelle les différents procédés préconisés par certains auteurs. Il les décrit brièvement: l'hystéropexie abdominale ou opération de Terrier, la gastro-hystéropexie ou modification de Legueu, la cunéo- hystérectomie antérieure ou opération de Thiriar, le raccourcissement extra-péritonéal des ligaments ronds ou opération de Alquié-Alexander, le raccourcissement intra-péritonéal des ligaments ronds, avec plicature des ligaments, ou procédé de Wylie, la ligamentopexie intrapéritonéale, procédé de Doléris-Richelot ou l'inclusion pariétale des ligaments ronds, procédé de Doléris, l'oblitération du cul-de-sac de Douglas suivant le procédé de Marion, et enfin la fixation rétro-utérine ou ligamento-pexie rétro-utérine ou sous-tubo-ovarienne, suivant le procédé de Dartigues-Baldey.

Il considère la grande variété des opérations préconisées comme une évidence de la difficulté de trouver un procédé satisfaisant. Chacune des interventions mentionnées peuvent avoir des indications précises, mais tout d'abord il émet l'opinion que dans les prolapsus utérins quels qu'ils soient. la réfection du plancher périnéal est indispensable pour assurer le succès d'une intervention pratiquée sur la voie haute. Il est exceptionnel que même l'hystérectomie puisse corriger un prolapsus complet. L'élongation hypertrophique sus-vaginal du col ou la simple descente de celui-ci est la signature de l'insuccès. Il faut nécessairement que les moyens de soutien soient d'abord réparés.

Le Dr Gérin-Lajoie a eu l'occasin de voir un grand nombre de ces cas opérés par lui-même et d'autres chirurgiens, où les procédés se variaient et chez lesquels la technique était irréprochable. Cependant les malades avaient eu peu ou pas d'amélioration.

Dans les cas de rétroversion, la ligamentopexie extra-péritonéale avec inclusion pariétale des ligaments suivant la méthode de Doléris et l'adjonction d'une fixation directe avec avivement de la paroi antérieure de l'utérus semble avoir donné jusqu'ici les meilleurs résultats.

Le Dr Gérin-Lajoie souligne le fait que le succès des opérations pour obtenir le redressement d'un organe est souvent bien aléatoire et tient à de multiples causes, tant de l'état général que de l'état local des tissus sur lesquels on travaille.

M. François de MARTIGNY; Avant tout, l'on doit prendre en considération l'âge de la malade. S'il s'agit d'une jeune femme il est assez difficile à se résoudre à pratiquer une hystérectomie; il faudra donc donner préséance aux pexies utérines; chez une femme âgée, l'hystérectomie nous

semble indiquée, les autres procédés ne donnant guère de succès; elle sera faite par voie vaginale permettant ainsi d'éviter un choc opératoire et d'enlever le col, toujours susceptible de se cancériser. Le plancher périnéal sera reconstitué à la fin de l'intervention.

M. Eugène DUFRESNE: Je suis très sceptique sur la valeur des procédés opératoires dirigés contre le prolapsus utérin. Les suspensions les plus solides en apparence ne valent pas ce que l'on attend d'elles.

M. A.-Z. CREPAULT: Le point le plus important dans le traitement du prolapsus utérin, c'est la réparation du périnée. Si les releveurs sont suffisamment bons, nous obtiendrons d'heureux résultats; au contraire, s'ils sont pratiquement détruits, les résultats seront médiocres.

M. MERCIER FAUTEUX: Lorsque, dans une séance antérieure, j'ai donné les résultats obtenus par l'oblitération du Douglas, je n'avais pas l'intention de prétendre que cette intervention est indiquée dans le prolapsus utérin. J'emploie cette méthode dans certains cas de rétroversion utérine chez des femmes jeunes, dans le but de corriger la déviation avec le moins de changements anatomiques de la région pelvienne. Dans le prolapsus, je suis de l'avis de M. Gérin-Lajoie qu'il faut donner la préférence aux périnéorraphies. Au sujet des hystéropexies où, pour suspendre l'utérus, on passe quelques points séparés au catgut lent ou avec des crins dans le muscle utérin, l'expérience m'a démontré que souvent ces points traversaient un corps utérin infecté et qu'il en résultait des abcès post-opératoires. J'ai eu quelquefois cette complication, qui heureusement, ne s'est pas terminée d'une façon fâcheuse; seulement je suis demeuré depuis très circonspect dans l'emploi de cette manière de faire.

Quant aux échecs obtenus après les périnéorraphies faites dans le but de lutter contre un prolapsus, je crois qu'il ne faut pas se hâter de porter un jugement défavorable contre cette intervention; les échecs sont peut-être plus souvent qu'on le croit dus à ce que les périnéorraphies ne sont pas toujours très bien faites. Dans bien des milieux l'on considère cette intervention d'une grande simplicité. Tel n'est pas mon avis. Je crois que pour obtenir d'elle les résultats espérés, il faut des connaissances parfaites du plancher périnéal, beaucoup de minutie et une expérience assez grande de cette opération.

M. Léon GERIN-LAJOIE: Si l'on enregistre souvent des échecs à la suite des périnéorraphies, je ne crois pas qu'il faille impliquer tant un manque de technique de la part de l'opérateur qu'un manque de soins pré et post-opératoires. Trop souvent ces soins sont négligés. Voici d'ailleurs comment je procède. Avant l'opération, désinfection minutieuse du vagin; après, mèche iodoformée laissée en place durant trois jours; au bout de ce temps, la mèche est enlevée; j'attouche la région au mercurochrome et j'installe à nouveau une mèche iodoformée qui restera en place encore trois jours. Je crois qu'il ne faut pas abuser des pansements après l'intervention. Il faut savoir s'abstenir de toucher inutilement le périnée.

M. Aldège ETHIER; Le Dr Brennan était très en faveur de l'hystéropexie, qui lui donnait de bons résultats. Personnellement, j'ai eu des succès et des échecs. Je prends toujours en considération l'âge de la malade avant de décider d'un procédé opératoire.

RAPPORTS

L'occlusion intestinale post-opératoire de l'appendicite. Observations cliniques. Réflexions. — Par M. Pierre SMITH.

Rapport de M. P.-Z. Rhéaume.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de Chirurgie les deux observations cliniques suivantes. Les deux malades, l'une âgée de 42 ans, l'autre, un enfant de 7 ans, ont présenté, à la suite d'une appendicectomie, des signes nets d'occlusion précoce du grêle: occlusion par agglutination adhérente d'anses grêles dans la fosse iliaque droite, dans les deux cas.

Réopérés; tous les deux ont subi une anastomose de dérivation interne par iléo-iléostomie latéro-latérale; sutures aux points de Cushing, de Lembret et de Connell entre une anse dilatée en amont de l'obstacle et une anse aplatie en aval. Guérison dans les deux cas. Ces deux occlusions, sur 126 appendicectomisés opérés par moi-même jusqu'à date, donneraient un pourcentage de moins de 2p. 100. Peters de Vienne donne 0.4 p. 100 et Korte 2 p. 100. Cette complication entraînerait une mortalité de 50 p. 100 d'après Lenormant. L'occlusion tardive est généralement due à une ou à des brides étranglant l'intestin; leur section amène la guérison. L'occlusion précoce reconnaît comme cause: une parésie toxi-infectieuse ou une coudure adhérente (agglomération ou agglutination d'anses). Cette dernière est à l'origine des deux occlusions rapportées; occlusions favorisées ici par un foyer infectieux dans le voisinage de l'appendice.

L'occlusion par toxi-infection (iléus paralytique) comporte un traitement médical: pituitrine, toni-cardiaques, sérum physiologique sous-cutané, sérum hypertonique intraveineux et intrarectal, purgation et, exceptionnellement, on devra pratiquer une fistule intestinale.

L'occlusion par coudure adhérente sera traitée chirurgicalement et ici les opérations divergent quand au mode d'intervention: désagglutination des anses, anus iléal près du caecum, dérivation interne par entéro-anastomose. Cette façon de procéder a rallié de nombreux partisans dont moi-même. La guérison de mes deux malades semble confirmer cette manière de voir et d'agir ainsi en l'occurence.

M. François de MARTIGNY: Je félicite M. Pierre Smith de son intéressante communication et je demande à la Société d'en tenir compte lorsque plus tard il fera sa demande de membre à la Société.

M. Edmond DUBE: Tous les cas d'occlusion intestinale chez les opérés d'appendicite ne relèvent pas d'obstacles mécaniques. Le diagnostic de ces occlusions n'est pas toujours facile à faire et je crois qu'avant d'entreprendre des interventions de la gravité de celles rapportées par M. Smith il vaut mieux commencer par les moyens les plus simples.

M. C.-A. BOHEMIER: J'ai eu l'occasion d'observer récemment un cas d'occlusion survenu 13 jours après une appendicectomie pour appendicite gangréneuse. Les moyens médicaux, sérum physiologique, pituitrine, ne donnant pas de résultat, j'ai pratiqué une caecostomie et tout rentra dans l'ordre.

M. Eugène DUFRESNE: La statistique de 2 p. 100 rapportée par M. Smith me paraît très élevée. Pour ma part, je n'ai jamais rencontré de ces occlusions mécaniques.

Présentation de pièce:

Utérus bicorne double. — Par M. Mercier FAUTEUX.

La pièce opératoire que j'ai l'honneur de présenter devant cette Société m'apparaît intéressante à plusieurs points de vue. Tout d'abord, il s'agit d'une malformation que l'on rencontre rarement. Comme vous pouvez le constater, les deux corps utérins sont de volume identique, ce qui ne se rencontre généralement pas, l'un étant le plus souvent plus petit que l'autre. Ces deux utérus ont été le siège de grossesses. Enfin, le col de l'un montre un cancer végétant, tandis que l'autre est tout à fait indemne.

Elections du Bureau pour 1934

Sur proposition de M. A.-Z. CREPAULT sont élus à l'unanimité:

Président: M. Eugène Dufresne,
Vice-Prés.: M. A. Ferron,
Sec. gen.: M. Léon Gérin-Lajoie,
Sec. annuel: M. Mercier Fauteux,
Trésorier: M. J.-H. Rivard,
Bibliothécaire-archiviste: M. P. Sénécal.

M. GERIN-LAJOIE, secondé par M. François de MARTIGNY propose que des remerciements et des félicitations soient offerts aux membres du Bureau sortant de charge pour le dévouement qu'ils ont déployé au cours de l'exercice de l'année 1933.

M. François de MARTIGNY suggère que nos réunions aient lieu dorénavant dans les hôpitaux, où il serait plus facile de trouver le matériel nécessaire pour les communications et où il serait plus aisé d'attirer en plus grand nombre les Membres de la Société.

M. GERIN-LAJOIE croit que cette suggestion devrait être laissée à l'étude du prochain Bureau, qui pourrait faire rapport.

Mercier FAUTEUX.

SOCIETE DE GASTRO-ENTEROLOGIE ET D'ALIMENTATION

Séance du 20 décembre 1933

1o Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente, par M. Paul Letondal.

2o M. MERCIER FAUTEUX: **"Considérations sur un cas d'hémorragie gastrique profuse".**

A propos d'une première hématémèse survenue chez un alcoolique âgé de 50 ans ayant un passé de douleurs tardives, périodiques avec melœnas et traité médicalement, M. Fauteux soulève toute l'angoissante question de la conduite à tenir en présence d'une hémorragie gastrique foudroyante. *Thérapeutique médcale énergique ou intervention d'urgence?*

Dans l'histoire de la question, les chirurgiens allemands, dont Von Eiselberg, Von Kleef (1880-1882) avaient en conclusion adopté de traiter l'hémorragie aiguë de l'estomac par des moyens médicaux, et l'hémorragie récidivante par une opération immédiate. En 1920, Gosset suggère de traiter la grande hémorragie médicalement et cette manière tend à se généraliser.

Finsterer, depuis 1928, accumule un dossier écrasant démontrant que les statistiques médicales restent toujours au-dessous de la mortalité et que les statistiques chirurgicales sont faussées parce que la plupart des malades conduits à l'opération ont atteint le stade de moribonds — quand le traitement médical s'est montré impuisant. Il faudrait pouvoir sérier les cas: on ne devrait reconnaître que les statistiques composées: 1o de cas traités médicalement jusqu'à la fin, ou: 2o de cas opérés d'emblée sans traitement médical préalable.

Par ailleurs, sur la mortalité réelle, les opinions se trouvent très divergentes. De 0.37 p. 100 (Hurst, Conybeare), à 25 p. 100 (Bulmer, Chiesman), (simple traitement médical).

En général, le malade est dans un second temps soumis à l'intervention, quand les moyens médicaux ont échoué devant la récidive de l'hémorragie. Ce procédé "handicappe" injustement les succès opératoires.

En définitive, si le traitement médical demeure le traitement de choix dans les hématémèses d'origine extra-gastrique et chez les tarés hépatiques ou rénaux, il doit vite céder sa place à l'intervention chirurgicale précoce chez les sujets jeunes et sains (Pauchet, Papin et Wilmoth).

Discussion:

M. NOVÉ JOSSERAND: croit que la mort par hématémèse est généralement fatale chez les tarés hépatiques ou rénaux et les obèses. Ils appartiennent à la médecine.

La mort par perforation et hématémèse semble le rendre plutôt interventionniste, à titre préventif.

M. HYACINTHE LEBEL: est d'avis que les premières hématémèses par ulcus gastrique — en général superficiels — ressortissent au traitement médical. Le malade survit.

L'intervention, nécessaire dans certains cas de perforation avec hématémèse, ne met pas à l'abri d'une récidive pouvant apparaître 8 à 10 ans plus tard. Il en cite un cas.

M. JEAN LeSAGE: rapporte quelques-unes des conclusions tenues au Congrès de Chirurgie de Paris, en octobre 1933, à savoir que la lésion, anatomo-pathologique doit conditionner le type de traitement. Il est évident que l'hématémèse apparaissant chez un sujet porteur d'un ulcus ancien, calleux ou térébrant exige une intervention urgente. L'hématémèse répétée, même peu abondante, chez un ulcéreux récent et "a fortiori ancien", réclame aussi l'opération.

M. H. LEBEL constate que les ulcéreux anciens, cliniquement guéris, présentant une nouvelle hématémèse, se soumettent difficilement à une intervention.

M. le professeur E. DUBE: rapporte plusieurs cas personnels d'hématémèses opérés d'urgence et morts à brève échéance. L'ablation de foyers dentaires infectieux avait différé l'opération de l'un d'eux qui guérit dans la suite. Cette statistique ne l'empêche pas de croire que la chirurgie, grâce à une technique plus perfectionnée, acquiert une supériorité.

M. PRUD'HOMME: professe la collaboration intime du médecin et du chirurgien. Le diagnostic est le plus souvent d'ordre médical de même que les soins post-opératoires. A l'Hôtel-Dieu, le Dr P. rappelle de rares hématémèses mortelles. Il cite un cas d'hématémèse par ulcus pylorique opéré (enfouissement) qui a récidivé 8 ans après. A son avis, opérer les ulcus anciens ou calleux qui se révèlent par une hématémèse. La première hémorragie est d'ordre médical; la mort est improbable.

M. PIERRE SMITH: déplore le fait que le chirurgien est trop souvent appelé quand le malade est trop anémié et se dit en faveur d'une intervention précoce, même dans l'hypothèse d'une hématémèse au cours d'une première poussée, à la condition que le chirurgien d'expérience soit aidé d'assistants eux-mêmes rompus à la technique.

M. M. FAUTEUX: insiste, dans le choix des moyens à employer, sur l'abondance de l'hémorragie plus que sur la répétition de celle-ci, pour décider de l'opération. La mortalité par hématémèse, en clientèle, est, d'après lui, plus élevée qu'on ne s'en doute. Il rapporte deux opinions: 1o Celle de Pauchet qui, *grâce à l'usage et au perfectionnement de la transfusion sanguine*, de non-interventionniste est devenu un interventionniste; 2o Celle de Finsterer, qui préconise l'intervention exploratrice d'emblée, quitte à juger dans un 2ème temps du type de technique opératoire à choisir.

3o Dr GABRIEL NADEAU: Sur **"le traitement du diabète de l'adolescent".**(1)

Jean LeSAGE,
Secrétaire conjoint.

(1) Nous regrettons de ne pouvoir publier ici l'analyse de l'observation du Dr Nadeau, qui ne nous est pas encore parvenue. — J. L.

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

COMITE EXECUTIF:

Président: Prof. Albert Paquet, Québec; 1*er vice-président*: Prof. L. de Lotbinière-Harwood, Montréal; 2*ème vice-président*: Dr E. Chaput, Holyoke, Mass.; 3*ème vice-président*: Dr Charles de Blois, Trois-Rivières; *Secrétaire*: Prof. J. Vaillancourt, Québec; *Trésorier*: Prof. P. Garneau, Québec.

XXIIIe SESSION DE L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

Tenue à Québec les 27, 28 et 29 août 1934

COMITE EXECUTIF:

Président: Prof. Arthur Rousseau, Québec; *Président-adjoint*: Prof. Emile Sergent, Paris; 1*er vice-président*: Prof. J.-E. Dubé, Montréal; 2*ème vice-président*: Dr J.-H. Lapointe, Ottawa; *Secrétaire*: Prof. Emile Fortier, Québec; *Trésorier*: Dr Renaud Lemieux, Québec; *Secrétaire-adjoint*: Prof. F. Arloing, Lyon; *Trésorier-adjoint*: M. Masson, Paris.

Québec, le 30 décembre 1933.

Monsieur et honoré confrère,

L'essor qu'a pris notre Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord, et l'importance qu'on lui reconnaît à l'étranger aussi bien qu'en notre pays, s'affirment nettement dans le caractère que revêt dès maintenant notre XIIIe Congrès.

Ce Congrès, qui aura lieu à Québec, les 27, 28, 29 et 30 août 1934, coïncidera avec la célébration du Quatrième Centenaire de la découverte du Canada par Jacques Cartier.

Le caractère hautement scientifique de nos assises médicales nous a valu la précieuse adhésion de l'Association des médecins de Langue Française d'Europe. Les directeurs de cette Association nous ont proposé non seulement de tenir leur XXIIIe Session conjointement avec notre XIII Congrès, mais de faire de cette Session une partie intégrante de notre Congrès, en l'y incluant à titre de Section de Médecine Interne. Comme vous pourrez le constater dans le programme ci-joint, cette participation nous assurera des travaux inédits de premier ordre par quelques-uns des plus éminents professeurs de France et de Belgique, cependant que leurs collègues d'Europe seront là pour discuter leurs exposés. A ces travaux s'ajouteront les rapports de nos médecins et professeurs, ainsi que des séances cliniques dans nos hôpitaux, de façon à couvrir toutes les spécialités de la médecine et de la chirurgie.

L'agréable s'alliera à l'utile. Outre les fêtes du Quatrième Centenaire auxquelles ils seront invités à prendre part, les Congressistes bénéficieront de toute une série de réceptions organisées en leur honneur. Grâce à un Comité

de dames qui est en voie de formation, l'élément féminin peut d'ores et déjà compter sur des journées bien remplies.

Québec offrira des conditions de séjour particulièrement faciles, et une remise appréciable sera consentie aux Congressistes par les Compagnies de chemin de fer et de navigation.

Bien qu'il comprenne ces multiples avantages, le prix d'inscription au Congrès, qui couvre également la XXIIIe Session des Médecins de Langue Française d'Europe, a été limité à six dollars. Cette inscription donnera droit, sans frais supplémentaires, à un exemplaire du volumineux rapport que notre Associaton se propose de publier et où seront consignés les travaux présentés au Congrès.

Pour permettre à notre Comité exécutif de prendre toutes les dispositions voulues, vous êtes instamment prié de remplir sans retard le bulletin d'adhésion ci-annexé, et de transmettre en même temps à notre trésorier le montant de votre incription.

Sous peu nous serons en état de vous fournir tous les renseignements requis sur les facilités de transport et sur les conditions de séjour à Québec, et nous vous communiquerons un programme plus détaillé.

Nous comptons que vous aurez à cœur de participer à ce double Congrès d'un ordre scientifique si élevé, qui vous offre en outre l'avantage d'assister aux fêtes du Quatrième Centenaire à Québec, où elles prendront un éclat exceptionnel.

Veuillez agréer, monsieur et honoré confrère, l'expression de mes sentiments dévoués.

Albert PAQUET,
Président de l'Association des Médecins de Langue Française de l'Amérique du Nord.

PROGRAMME PRELIMINAIRE

Trois questions seront l'objet des travaux de cette Session:

1o *Les syndromes pancréatiques;*
2o *Les états hypoglycémiques;*
3o *La pyrétothérapie.*

Lundi 27 août
Syndromes pancréatiques

Rapporteurs

A.—Pancréatites aiguës:
Professeur A. LeSAGE, de Montréal.
Professeur agrégé J.-R. PEPIN, de Montréal.
Professeur agrégé R.-R. BOUCHER, de Montréal.
Docteur Jean LeSAGE, de Montréal.

B.—Pancréatites chroniques avec troubles de la sécrétion externe:
Professeur A. CADE, de Lyon.

C.—Pancréatites chroniques avec troubles de la sécrétion interne:
Professeur A. PUECH, de Montpellier.
Docteur Pierre RIMBAUD, de Montpellier.

D.—Traitement chirurgical des pancréatites aiguës:
Docteur BROCQ, professeur agrégé, de Paris.

E.—Traitement chirurgical des pancréatites chroniques:
Professeur BERARD, de Lyon.
Docteur MALLET-GUI, de Lyon.

Mardi 28 août
Les Etats Hypoglycémiques

Rapporteurs

A.—Physiologie pathologique:
Professeur J. LABARRE, de Bruxelles.

B.—Les états hypoglycémiques en clinique:
Professeur Marcel LABBE, de Paris.
Docteur Sylvio LEBLOND, de Québec.
Docteur Renaud LEMIEUX, de Québec.

Mercredi 29 août
La Pyrétothérapie

Rapporteurs

A.—Généralités, Agents pyrétogènes biologiques, Mode d'action:
Professeur agrégé Ch. RICHET, fils, de Paris.

B.—Pyrétothérapie et affections du système nerveux:
Professeur H. ROGER, de Marseille.

C.—Pyrétothérapie dans les infections et dans les maladies de la nutrition et du sang:
Professeur FRIBOURG-BLANC, de Paris.

D.—Pyrétothérapie par moyens physiques thermogènes:
Docteur A. HALPHEN, de Paris.
Docteur J. AUCLAIR, de Paris.

E.—Pyrétothérapie et pyrétoprophylaxie antisyphilitique par moyens physiques thermogènes:
Professeur A. BESSEMANS, de Gand.

NOUVELLES

1er CONGRES INTERNATIONAL DE GASTRO-ENTEROLOGIE[1]

Bruxelles: 5-6-7 août 1935

Monsieur et honoré confrère,

Le Comité d'Organisation a l'honneur d'appeler votre attention sur le *Congrès International de Gastro-Entérologie* qui se tienda à Bruxelles, du 5 au 7 août 1935.

La fonction digestive est une des plus importantes fonctions de l'organsme humain.

L'étude des troubles de cette fonction ainsi que l'étude des maladies de son appareil exigent, à l'heure actuelle, des réunions communes de tous ceux qui ont fait de cete étude l'objet de leurs observations, de leur pratique journalière ou de leurs recherches spéc'ales.

Les questions de Gastro-Entérologie ont été discutées, jusqu'à ce jour, dans des Congrès nationaux ou internationaux de Sociétés dont l'activité ne vise qu'une seule des branches de l'art de guérir: Sociétés de Médecine, Sociétés de Chirurgie, etc.

On estime, aujourd'hui, que l'heure est venue d'envisager ces questions dans leur ensemble et sous leurs divers aspects, dans des séances communes réunissant les Médecins, les Chirurgiens, les Radiologues, les Physiologues, les Anatomo-Pathologues et les Bio-Chimistes de tous les pays.

A l'initiative de la Société Belge de Gastro-Entérologie, il s'est constitué un Comité pour l'organisation de la première Réunion Internationale de Gastro-Entérologie qui aura lieu, à Bruxelles, au début du mois d'août 1935 à l'occasion de l'Exposition Universelle de Bruxelles en 1935 et pendant celle-ci.

Le Comité est composé comme suit: *Président*: Dr J. Schoemaker (La Haye, Hollande); *Vice-président*: Prof. Jean Demoor (Bruxelles); Prof. M. Ide (Louvain); *Secrétaire général*: Dr Georges Brohée (Bruxelles); *Secrétaires-adjoints*: Dr L. Daumerie (Bruxelles); Dr J. Massion (Bruxelles); *Trésorier*: Dr F. Evely (Bruxelles); *Présidents des Sections*: Médecine, Prof. O. Weill (Bruxelles); Chirurgie, Docteur L. Mayer (Bruxelles); Radiologie, Docteur E. Henrard (Bruxelles); Anatomo-Pathologie et Bio-Chimie: Prof. A. Dustin (Bruxelles); *Membres*: Les Professeurs F. De Beule (Gand); L. Delrez (Liège); J. Firket (Liège; F. Neuman (Bruxelles); P. Nolf (Liége); J. Sebrechts (Bruges); Snoeks (Anvers); P. Vandervelde (Bruxelles); Van Goidsenhove (Louvain); J. Verhoogen (Bruxelles).

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour.

---

(1) Le Dr J. LeSage nous communique cette invitation.

Première question: **Les Gastrites**

Rapporteurs:

1o *Médecine*: 1.—Angleterre, M. A.-F. Hurst (Windsor Berkshire);
2.—Autriche, M. Walter Zweig (Vienne);

2o *Chirurgie*: 1.—Allemagne, M. G.-E. Konjetzny (Dortmund);
2.—Suisse, M. Paschoud (Lausanne);

3o *Radiologie*: 1.—Allemagne, M. H.-H. Berg (Dortmund);

4o *Anatomo-Pathologie*: 1.—France, M. F. Moutier (Paris);

5o *Bio-Chimie*: 1.—France, M. G. Lion (Paris).

Deuxième question: **Les Colites ulcéreuses graves non-amibiennes**

Rapporteurs:

1o *Médecine*: 1.—Espagne, M. Gallart-Monès (Barcelone);
2.—Hollande, M. Snapper (Amsterdam);

2o *Chirurgie*: 1.—France, M. Lardennois (Paris);
2.—Italie, M. Donati M. (Milano);

3o *Radiologie*: Italie, M. V. Dall'acqua (Milano);

4o *Anatomo-Pathologie*: 1.—Belgique, M. A. Dustin (Bruxelles);
2.—Danemark, M. Wimtrup (Copenhague);

5o *Bio-Chimie*: 1.—France, M. Goiffon (Paris).

Les médecins qui désireraient assister aux séances de ce Premier Congrès de Gastro-Entérologie et prendre part aux discussions d'un des aspects d'une de ces questions sont instamment priés d'en aviser le Secrétaire général: Monsieur le Docteur Georges Brohée, 64, rue de la Concorde, Bruxelles.

Veuillez agréer, monsieur et honoré confrère, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Le Secrétaire général, Dr G. BROHEE,

Le Président, Dr J. SCHOEMAKER.

LAUREAT DE L'ACADEMIE DE MEDECINE

Monsieur le docteur Doriva Léonard, assistant au service d'électroradiologie à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal et à l'Hôpital Notre-Dame, vient de recevoir l'avis officiel de l'Académie de Médecine de Paris, que le prix Apostoli lui a été décerné pour son travail "Les Courants à Haute Fréquence en Gynécologie" qu'il a écrit en collaboration avec son chef, monsieur le professeur A. Laquerrière. Les membres canadiens-français de la profession médicale se réjouiront de l'honneur qui vient d'être conféré à l'un des leurs, et l'Union Médicale du Canada qui se flatte d'avoir comme collaborateur occasionnel le nouveau lauréat de l'Académie de Médecine, se joint aux deux institutions qu'il dessert pour adresser à monsieur le docteur Léonard ses plus sincères félicitations.

L. G.-L.

MEMBRE DE LA SOCIETE DE CHIRURGIE DE PARIS

M. le prof. B.-G. Bourgeois, chirurgien-en-chef de l'hôpital Notre-Dame et l'un des directeurs de l'Union Médica'e du Canada, vient d'être élu membre-correspondant de la Société Nationale de Chirurgie de Paris. C'est un honneur bien mérité, et le nouvel élu voudra bien accepter les félicitations de la grande famille des lecteurs de l'Union Médicale.

L. G.-L.

NÉCROLOGIE

C'est avec regret que les lecteurs de l'Union Médicale ont appris le deuil récent qui a frappé deux de nos membres et collaborateurs dévoués au cours du mois dernier. En effet, monsieur le docteur Albert LeSage, notre Rédacteur en Chef a eu la douleur de perdre sa belle-mère, Madame Dubuc, et monsieur le docteur Gaston Lapierre, son beau-père, l'honorable juge Martineau. Nous voulons répéter ici les témoignages de profondes condoléances que nous leur avons exprimés au nom de la grande famille de l'Union Médicale du Canada.

L. G.-L.

DEMANDES D'INTERNES

On demande des Internes à l'Hôpital Pasteur, pour le service des maladies contagieuses.

S'adresser au Docteur Pierre-Z. Rhéaume, Hôpital St-Luc, 1058, rue St-Denis.

REVUE DES LIVRES

LE MEDECIN — SERVITUDE ET GRANDEUR

C'est le nom d'un livre magnifiquement édité, publié par la maison Midy, de Paris.

Je ne saurais mieux dire que d'en extraire quelques passages:

"Tout enfant, dès qu'il se sent naître à la vie logique, alors que l'éducation lui a permis de raisonner et d'entrevoir les obscures aspirations qui naissent en lui, fait, d'enthousiasme, le choix d'une carrière... La plupart entreront dans la vie par la porte dorée des illusions. Quelques-uns choisiront le dur chemin des réalités. Délibérément, ils franchiront le seuil des souffrances humaines... Ceux-là ont choisi la profession médicale — rude, sévère, impitoyable... Le médecin demeure le plus fervent disciple de cette science qui croît et persévère sous le signe de la Charité."

Voici un autre passage, plus loin:

"Parler du médecin, ce n'est pas l'expliquer; mais parler du malade, c'est peut-être expliquer le médecin. Car son plus dur combat, ce n'est pas toujours contre la maladie qu'il le livre, c'est souvent contre le malade, c'est-à-dire contre le faux bon sens, l'ignorance, le préjugé, le conseil d'ami, le mensonge, la demi-science, la lâcheté, la peur."

Forte vérité!...

"Si le cas est grave, le médecin envisagera la double lutte: contre le mal et contre le mensonge... car dans la chambre du malade, la maladie n'entre jamais seule: elle tient par la main ses fidèles compagnes, la peur et la ruse."

"A ce banquier incertain nous confierons nos biens; à cette commère illettrée, nous confierons plus encore: notre santé!..."

"Egarés par une sorte de méfiance... nous nous vengerons de la maladie sur le médecin, afin d'assouvir cette étrange rancune. Ce n'est pas seulement de ses capacités que nous affectons de douter, mais de sa probité, de son honneur même."...

"Les honoraires du médecin! Avec quel ressentiment nous les payons lorsque — et le plus tard possible — nous les payons... les derniers!..." "Docteur! ma femme, mon enfant, c'est ce que j'ai de plus cher au monde! Sauvez-les: ce que j'ai est à vous..."

"La belle santé revenue, avec la froide estimation des services rendus place le médecin au rang d'un vulgaire créancier"...

Nous connaissons la devise du Taciturne: "J'ai besoin d'espérer pour entreprendre et de réussir pour persévérer."

"Esculape demeure, reposant sur son seul Codex. Image antique, parfaite, de la Philosophie Médicale, tel un dieu paisible dont les rites changent sans que varie son éthique de dévouement."

Ce livre est un bréviaire. Il fait bon de retrouver ces fortes vérités dans les livres, tandis qu'elles quittent peu à peu la terre.

L...