

BULLETIN

MÉDECINS
et
CONSEILS MUNICIPAUX

Que pense-t-on du médecin dans certains conseils municipaux des environs de Montréal... ou d'ailleurs?

Si l'un d'entre nous, bien renseigné sur la politique municipale, voulait écrire ce que l'on sait des rapports qui existent entre les conseils municipaux et les médecins, nous serions forcés d'admettre, en faisant des comparaisons entre médecins, notaires et avocats, que nous avons toujours la portion congrue: les petits salaires, les critiques amères, les tâches ingrates, les graves responsabilités, puis les démissions injustifiées et l'oubli constant des services rendus à la santé publique.

On s'empresse de diminuer les émoluments du médecin, peu rémunéré, et on ne touche jamais à ceux, plantureux, de l'avocat ou du notaire.

Vous en doutez?

Laissez-moi vous raconter un fait tout récent, recueilli de la bouche d'un contribuable appartenant à une petite ville des environs de Montréal:

Un jour, les nouveaux conseillers, pris d'une sainte ferveur pour les finances de la ville, se réunirent en caucus pour savoir quel serait le moyen le plus efficace de remplir le trésor. Après des discussions, empreintes sans doute de cet esprit social!... que l'on rencontre si souvent chez la plupart d'entre eux, les augures décidèrent, sans la moindre hésitation, que le salaire du médecin de la ville devait être amputé et, sans préambule, on notifia cet excellent confrère qu'à partir d'une certaine date il recevrait treize cents dollars de moins par année!...

Une bagatelle!

Surprise du médecin: homme consciencieux ayant rendu des services publics grâce à des mesures d'hygiène efficaces contre l'essaimage des maladies contagieuses. *Et quanta!*...

On ajoute... ô ironie!... qu'on était satisfait de ses services, mais qu'il fallait, en ces temps de chômage, que le médecin subisse comme les autres le sort du plus faible :

“...que le plus coupable de nous
Se sacrifie aux traits du céleste courroux”.

disait le Lion à ses compères, dans la fable des *Animaux malades de la Peste*.

“Car on doit souhaiter, selon toute justice,
Que le plus coupable périsse”.

Et l'on s'empressa — ô courage! — de tondre le médecin :

“Ce pelé, ce galeux, d'où venait tout le mal...”

Le médecin n'est pas querelleur,

“C'est là son moindre défaut...”

mais il a le respect des autres et de lui-même. Lorsqu'il est conscient d'avoir accompli son devoir, simplement, il trouve quelquefois une bonne formule pour guérir le prétendu mal dont on l'accuse : *celui de servir sans mot dire!*

Donc, notre médecin fait la sourde oreille. Nos conseillers municipaux, indignés, lui intiment l'ordre de quitter les lieux, sans plus de façon. Fort de son droit, il ne bouge. Bientôt, un gendarme — brave homme — s'offre ostensiblement pour lui aider à déguerpir!... Le médecin annonce qu'il demeure à son poste. Les maîtres de l'heure, outragés, s'adressent au gouvernement. Celui-ci leur donne le conseil de lire l'article 28-A de la “Loi de l'Hygiène publique de Québec et des Unités sanitaires”. Le voici :

“A compter du 1er juillet 1928, il est du devoir de toute municipalité dont la population atteint ou dépasse cinq mille âmes et qui ne fait pas partie d'une unité sanitaire de comté, de pourvoir à l'organisation et au maintien d'un service d'hygiène dirigé par un médecin ayant le droit de pratiquer dans la province de Québec, et ce médecin ne peut être nommé officier médical de santé que par le lieutenant-gouverneur en conseil, à la recommandation du conseil municipal, ou, s'il s'agit d'un groupe de municipalités employant un seul médecin, des conseils municipaux intéressés. A défaut, par la municipalité, ou par les municipalités sus-dites, de recommander un tel officier médical de santé, le lieutenant-gouverneur en conseil peut le choisir, le nommer lui-même et fixer son traitement après un avis de trois mois; la municipalité, ou les municipalités intéressées, pourvoyant au dit traitement.

Cet officier médical de santé ne peut être démis de ses fonctions, ni les conditions de son engagement changées, que par le lieutenant-gouverneur en conseil et sur un vote des deux-tiers des membres du dit conseil municipal, ou des dits conseils municipaux, suivant le cas..."

Depuis ce temps, le conseil municipal de l'endroit, reconnaissant, sans doute, qu'après avoir commis une grave injustice, il péchait par ignorance, versa intégralement au médecin les émoluments habituels et ne dit plus rien.

Morale: Dans certains milieux, on dira que cette histoire est une fable. Moi je vous dis que c'est un fait réel, et qu'il est pénible de constater, une fois de plus, que le médecin a peu de prestige auprès des conseils municipaux, malgré sa compétence, son désintéressement et sa ponctualité à remplir ses obligations dans toutes les charges publiques qu'il occupe.

Notons, en terminant, qu'il ne fut pas question de diminuer les émoluments de l'avocat ni du notaire.

Pourquoi?

Nous donnerons un prix de vertu à celui qui nous le dira... mais nous félicitons le médecin — qui se reconnaîtra sans doute — de l'attitude digne qu'il a tenue en cette circonstance, et nous rendons hommage au directeur provincial des unités sanitaires, le Dr Arthur Lessard, d'avoir fait insérer dans la Loi cet article qui protège nos intérêts généraux puisqu'il décide que le médecin des unités sanitaires relève, avant tout, de l'autorité provinciale, gardienne officielle et vigilante de la santé publique.

Ce fait démontre, évidemment, qu'il faut, dans toutes les questions d'hygiène, soustraire le médecin à l'influence délétère des conseils municipaux.

"C'est quelquefois pénible de faire son devoir, ça ne l'est jamais autant que de ne pas l'avoir fait."

— Cette parole est d'Alexandre Dumas.

LeSage.



MÉMOIRES

COMMENT SE RÉVÈLE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Par J.-E. DUBE

Professeur de clinique médicale à l'Université de Montréal,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

J'ai si souvent rencontré des hypertendus absolument ignorants de leur état, qu'il m'est venu à l'esprit de rechercher de quelle façon se révèle l'hypertension, dans la majorité des cas, en consultant les dossiers de mes malades.

Il est un fait indéniable, c'est que l'hypertendu qui voit un médecin pour la première fois ne le consulte pas parce qu'il se croit hypertendu. Assurément non, car ces malades sont toujours très surpris d'apprendre qu'ils ont "une forte pression de sang", comme ils le disent eux-mêmes.

Il n'existe guère, d'ailleurs, de signes *subjectifs* constituant pour les malades eux-mêmes un syndrome connu de l'hypertension. On prétendait autrefois que les individus trop gras, avec cou très court et face congestionnée, étaient toujours menacés d'apoplexie ou "coup de sang". C'est souvent le cas, il faut bien l'avouer, mais depuis l'emploi du sphygmomanomètre tous les médecins ont constaté, comme moi-même d'ailleurs, souvent chez des obèses une tension artérielle normale ou même abaissée. Voici, par exemple, quelques observations intéressantes à ce point de vue:

- Obs.* 1 — A. P., prêtre, âgé de 52 ans en 1915, alors que je le vis pour la première fois. Encore vivant. Poids 190. T. A. 140/95. Pouls 60. Lithiase biliaire. Opéré plus tard.
En 1925 T. A. 145/85.
- Obs.* 2 — T. N., prêtre, âgé de 61 ans en 1924 à sa première consultation. Mort en 1925 subitement. Poids 208; avait pesé 280 à 40 ans et 250 à 50 ans. T. A. 105/65. Glycosurie alimentaire.
- Obs.* 3 — J.-B. F., médecin, âgé de 40 ans en 1914, première consultation. Encore vivant. Poids 208. T. A. 110/80. Pouls 80.
Pyélo-néphrite calculeuse, rein droit.
En 1923 T. A. 120/72. En 1931 T. A. 155/90.
- Obs.* 4 — E. G., marchand, âgé de 52 ans en 1924, première consultation. Poids 176. T. A. 125/85. Pouls 88. Mort en 1926.
Cardiopathie, insuffisance mitrale et hypo-systolie. En 1925 T. A. 140/90

- Obs.* 5 — D. R., médecin, âgé de 47 ans en 1932, première consultation. Mort quelque temps après. Poids 204. T. A. 130/90. Pouls 84.
Spécifique, troubles toxiques d'origine médicamenteuse suivis d'urémie.
- Obs.* 6 — G. B., médecin, âgé de 46 ans en 1920. Encore vivant. Poids 194. T. A. 135/70. Pouls 70.
Glycosurie alimentaire.
En 1934 poids 180. T. A. 130/90.
- Obs.* 7 — A. L., dentiste, âgé de 59 ans en 1921. Poids 178. T. A. 140/85.
Troubles digestifs.
En 1934: T. A. 145/85. Pouls 68, à l'âge de 72 ans.
- Obs.* 8 — J. Q., âgé de 76 ans, entré dans mon service à l'Hôtel-Dieu, le 22 février 1934 pour insuffisance cardiaque avec asystolie. Poids 170. T. A. 148/105 avant traitement. 8 jours après, oedème disparu et T. A. 148/88.

Par contre, combien d'individus malingres, à épaules étroites et à cou allongé qui m'ont surpris par la haute tension artérielle qu'indiquait mon sphygmomanomètre. Voici quelques observations intéressantes à ce point de vue :

- Obs.* 1 — Mlle A. F., âgée de 53 ans en 1917, première consultation. Poids 88, T. A. 240/130. Pouls 100.
Artério-sclérose et néphrite chronique. Morte en asystolie avec anasarque généralisée en 1922.
- Obs.* 2 — Mlle E. ., âgée de 61 ans en 1917, première consultation. Poids 104. T. A. 200/120. Pouls 88.
Lithiase rénale et coliques néphritiques répétées. Morte subitement en 1929. Quelques jours avant sa tension artérielle était de 190/120.
- Obs.* 3 — Mme J. H., âgée de 45 ans en 1919, première consultation. Poids 114, T. A. 240/140, pouls 90.
Néphrite chronique hypertensive.
Morte subitement en 1921.
- Obs.* 4 — Mlle L. Q., âgée de 36 ans en 1917, première consultation. Poids 130. T. A. 265/150. Pouls 110.
Néphrite chronique et insuffisance cardiaque.
Morte en 1919 d'urémie.
- Obs.* 5 — Mlle C. G., âgée de 17 ans en 1920. Poids 91 lbs. T. A. 280/200. Pouls 120.
Néphrite chronique et urémie.
Morte peu de temps après.
- Obs.* 6 — Mme A. P., âgée de 56 ans en 1917, première consultation. Poids 125, T. A. 240/120. Pouls 90.
Néphrite chronique avec cardiopathie.
En 1923 T. A. 230/100. Poids 103.
Morte en 1926 en asystolie avec anasarque généralisée.

- Obs.* 7 — M. G. S. M., marchand, âgé de 55 ans en 1917. Poids 129, T. A. 240/160. Pouls 90.
Néphrite chronique et cardiopathie, insuffisance mitrale.
Mort en 1918 en asystolie.
- Obs.* 8 — Mlle A. G., âgée de 31 ans en 1919, première consultation. Poids 110, T. A. 185/60. Pouls 100.
Cardiopathie, double lésion mitrale et aortique, néphrite chronique hypertensive.
Morte d'urémie quelques années après.
- Obs.* 9 — Mme E. J., âgée de 52 ans en 1914, première consultation. Poids 90 lbs. T. A. 210/130. Pouls 100.
Ancienne tuberculose pulmonaire, néphrite chronique hypertensive.
Morte en 1922 en asystolie.
- Obs.* 10 — Mme J. L., âgée de 45 ans en 1914, première consultation. Poids 105. T. A. 230/160. Pouls 140.
Cardiopathie et asystolie.
Morte quatre ans plus tard au cours d'une nouvelle attaque d'asystolie.

Il est également trop répandu dans le public, sinon chez les médecins, que l'hypertension artérielle est affaire d'âge et qu'elle se rencontre seulement chez les individus de 50 ans et plus, chez ceux qui ont souffert de maladies graves ou qui sont surmenés par le travail et qui ont abusé de la vie par des excès de toutes sortes.

Voici quelques observations types qui prouveront qu'en matière d'hypertension artérielle les chiffres élevés n'attendent pas toujours le nombre des années :

- Obs.* 1 — Mlle C. G., citée plus haut parmi les hypertendus maigres. Cette malade était âgée de 17 ans lorsque je la vis en consultation avec son médecin. Elle pesait 91 lbs et avait une tension artérielle de 280/200.
Néphrite chronique et morte d'urémie.
- Obs.* 2 — A. G., vu pour la première fois en 1914 à l'âge de 18 ans. 6 pieds de taille, poids 134, T. A. 160/100, pouls 72.
Néphrite chronique. Malade très indocile, surmenage de toutes sortes, développa plus tard de la tuberculose pulmonaire dont il mourut en 1917.
En 1915 sa tension artérielle était de 150/100. En 1930 elle s'abaissa à 135/90. Il toussait déjà depuis quelque temps.
- Obs.* 3 — J. O., âgé de 30 ans en 1917, première consultation. Poids 164. T. A. 220/130, pouls 64.
Néphrite chronique, cardiopathie, insuffisance mitrale.
Mort en 1918 d'urémie.
- Obs.* 4 — Mlle R. T., âgé de 22 ans en 1915, première consultation. Poids 90 lbs. T. A. 270/170.
Néphrite chronique.

Obs. 5 — Mlle A. ., âgée de 21 ans en 1913, première consultation. Poids 128, T. A. 200/100. Pouls 120.

Cardiopathie, double lésion mitrale et aortique et néphrite chronique. A vécu jusqu'en 1919 avec tension artérielle toujours très élevée. Mourut d'urémie au cours d'une fièvre typhoïde.

J'ai, cependant, constaté assez souvent chez les hypertendus que j'examinais pour la première fois qu'un certain nombre avaient déjà été examinés mais sans qu'on ait mesuré leur tension artérielle. Combien de malheureux hypertendus passent ainsi à travers le filtre médical sans être étiquetés convenablement et traînent une existence misérable.

Je crois, qu'en général, nous nous laissons trop influencer, durant l'examen de nos malades, par le récit de leurs doléances. Nous les écoutons plus complaisamment qu'attentivement et nous voulons trop leur faire plaisir en leur montrant que nous acceptons comme pure vérité tout ce qu'ils nous racontent sur leur état de santé. Il est notoire que certains malades n'aiment pas à être contredits par leur médecins lorsqu'après un examen attentif il veut leur prouver qu'ils n'ont pas la maladie qu'ils croyaient avoir. Il en est de même lorsque nous cherchons à convaincre les imaginaires et autres nerveux qu'ils ne sont pas malades, car les uns comme les autres n'aiment pas à être contrariés.

Il faut donc du courage pour ne pas tomber dans cet état psychique du laisser-faire du médecin peu soucieux de sa réputation qui renvoie son malade toujours satisfait de lui-même et du médecin qui l'a compris enfin, puisqu'il lui a donné raison. C'est, d'ailleurs, la clé du succès pour les charlatans qui n'examinent pas ceux qui se présentent chez eux et qui se gardent bien de les contredire. Le médecin qui désire examiner un malade avec soin et aussi rapidement que possible, ne doit donc pas tout d'abord lui permettre de dire tout ce qu'il pense et croit savoir sur son état de santé avant qu'il l'ait invité à le faire. Loin de moi la pensée de prétendre qu'il faille brusquer un malade pour mieux l'examiner. Non, assurément, mais ce que je veux dire c'est qu'il ne faut pas perdre un temps précieux dans des conversations inutiles qui déroutent très souvent au lieu de conduire au diagnostic.

Il convient d'avoir de la méthode dans l'examen d'un malade: il faut faire et *écrire* une bonne histoire de cas, en suivant la filière habituelle.

En premier lieu inscrire ce pourquoi le malade vient consulter, en quelques mots seulement et en ayant soin de l'empêcher de s'écarter des questions qui lui sont posées.

Toujours faire l'histoire de famille qui fournit si souvent des renseignements ou des jalons très précieux.

Puis vient l'histoire personnelle, en commençant avec les maladies de l'enfance, de l'adolescence et de l'âge adulte. S'informer ensuite des habitudes alimentaires, souvent exagérées soit dans les viandes ou les farineux et les aliments gras. S'assurer s'il y a abus de tabac et d'alcool, si les occupations sont hygiéniques ou non, s'il y a surmenage de bon ou mauvais aloi, si l'habitation est confortable. Ce sont là toutes des questions importantes à relever comme cause de maladie.

Il faut ensuite faire un bon examen subjectif du malade. C'est pourtant ce qui est presque toujours négligé, bien qu'il donne souvent des renseignements des plus utiles au point de vue du diagnostic. Pourquoi, en effet, avoir appris la physiologie au cours de nos études médicales si nous ne cherchons pas à faire l'application de cette science dans l'examen d'un malade, en étudiant avec soin le fonctionnement de ses organes. Si, par exemple, un patient nous déclare qu'il souffre de céphalée ou d'insomnie, de troubles de la vue, des oreilles, du nez, de la gorge ou dans sa dentition; s'il nous avoue qu'il tousse et même qu'il crache du sang, ou encore qu'il s'essouffle au moindre effort, qu'il a peu d'appétit ou qu'il digère mal ce qu'il mange avec goût; qu'il a du pyrosis avec ou sans vomissements, de l'aérophagie, qu'il a déjà eu de l'ictère ou simplement de fortes douleurs au flanc droit, qu'il a de la diarrhée ou qu'il est constipé avec présence ou non de glaires dans ses selles, qu'il urine souvent, parfois du sang et fréquemment la nuit, peut-être a-t-il déjà passé un calcul dans ses urines; s'il vous dit qu'il a une hernie ou des hémorroïdes, des œdèmes des membres inférieurs, etc., il est évident que les troubles constatés dans l'un ou plusieurs des organes du malade seront très utiles pour le diagnostic.

L'examen objectif du malade doit être fait en procédant de la même façon, c'est-à-dire en examinant avec soin tous les organes, en tenant bien compte de l'apparence générale, du poids antérieur et actuel, de la tension artérielle, du pouls et de la température sans oublier l'analyse des urines et de l'expectoration s'il y a de la toux, ainsi que l'analyse du sang à tous les points de vue lorsque la chose est possible.

Les examens radiologiques et électrocardiographiques sont indispensables dans nombre de cas, surtout dans les affections pulmonaires, gastro-intestinales et cardio-artérielles.

Nous voyons qu'il est rare qu'un malade indique de lui-même clairement à sa première consultation les symptômes de la maladie

dont il est atteint, surtout si elle n'en est qu'à ses débuts ou pas encore très avancée.

Le rôle du médecin examinateur deviendrait facile si les organes tels que le poumon, le cœur, le foie, l'estomac, le rein, etc., donnaient l'alarme dès les premières atteintes du mal qui les frappe. N'est-ce pas plutôt le contraire qui arrive? En effet, combien faut-il de temps pour que le paralytique général spécifique laisse voir clairement à sa famille et à son médecin que son cerveau est malade. La même chose pour l'endartérite qui finit tôt ou tard par le ramollissement cérébral et ses conséquences graves. Comme la tuberculose disparaîtrait vite de notre population si les premiers méfaits du bacille de Koch donnaient au malade des signes certains de sa grave maladie. Combien de temps faut-il au cardiaque avant qu'il consulte son médecin au sujet de son cœur. Nous constatons toujours qu'il s'essouffait depuis des mois et peut-être des années avant de consulter, croyant qu'il ne s'agissait que de son âge ou d'un surcroît de travail. D'ailleurs, est-ce que le cardiopathe ne se plaint pas plutôt de son estomac que de son cœur.

Les mêmes considérations peuvent s'appliquer à l'hépatique qui ne parle de son foie qu'à l'occasion d'une colique biliaire ou à l'apparition d'un ictère qui ne veut pas disparaître, alors que le constipé opiniâtre songe toujours à son foie sans chercher à obtenir un fonctionnement normal de son intestin par un régime approprié.

L'ulcus et le néoplasme de l'estomac sont parfois très tardifs dans leurs manifestations symptomatiques capables de donner l'éveil au malade et de le conduire chez son médecin. C'est parfois l'hématémèse qui révèle l'ulcus et la tumeur au creux épigastrique qui annonce le cancer pour la première fois.

Existe-t-il des maladies plus insidieuses que la néphrite chronique ou la tuberculose pulmonaire chronique à leur début, dont la durée peut être si longue et qui présentent une symptomatologie si troublante pour le médecin négligent qui ne s'arrête qu'aux gros symptômes ou qui ne prend pas toujours le temps d'examiner son malade au double point de vue *subjectif* et *objectif*.

Est-il étonnant, après tout ce que je viens de dire, que l'hypertension artérielle soit si souvent ignorée des malades et malheureusement aussi de leurs médecins. Je l'ai déjà dit, et je le répète chaque jour au lit des malades de mon service, il n'existe qu'une seule manière d'éviter des erreurs grossières de diagnostic, c'est d'employer de la méthode dans l'examen d'un malade. Je ne crois pas à ces prétendus grands médecins qui analysent tout un malade dans quelques mi-

nutes, en posant quelques questions et en appliquant une oreille distraite sur sa poitrine. Pour ne pas laisser passer inaperçus les hypertendus, il faut toujours, je le dis encore, faire l'histoire de chaque malade qui se présente à la consultation, du point de vue des antécédents héréditaires et personnels, car on rencontre généralement une ou plusieurs maladies contagieuses, entre autre la scarlatine dans le bas âge et autres affections graves plus tard, du surmenage, des abus alimentaires, etc. Au point de vue subjectif la présence de céphalée fréquente, de troubles visuels avec scotômes, épistaxis fréquents, de l'essoufflement avec parfois des palpitations, de l'œdème des membres inférieurs, des troubles urinaires tels que nycturie, des crampes dans les membres, de la sensibilité au froid.

Quelques-uns des signes subjectifs ci-dessus devraient suffire pour attirer l'attention du médecin sur le système cardio-artériel et les reins, et faire songer à leurs maladies qui accompagnent presque toujours l'hypertension.

Lorsque pour une raison ou pour une autre on néglige de prendre ces informations, pourtant si importantes, on ne devrait pas au moins négliger de prendre la tension artérielle chez tous les patients examinés. J'affirme que si nous nous servons du sphygmomanomètre chez chaque consultant, aucune hypertension ne nous échappera, à condition que nous ne perdions pas de vue que les chiffres de la tension artérielle qui représentent de l'hypertension varient avec l'âge des sujets examinés, tout comme les chiffres de la tension normale. Une tension de 140/80 est une tension normale pour une personne de 40, 50 ans ou plus, alors que ces mêmes chiffres indiquent de l'hypertension chez une personne de 15, 20 et 25 ans. Chez ces malades jeunes la tension artérielle peut tout de même s'élever à 200/110 et même plus lorsque leur état est devenu très grave.

Il faut donc toujours avoir en mémoire les chiffres de la tension artérielle normale aux différents âges de la vie, afin de mieux leur opposer les chiffres indiquant de l'hypertension également à tous les âges :

"D'après Vaquez, le chiffre de la pression artérielle varie nécessairement avec l'âge du sujet et l'appareil dont on fait usage".

D'après Kaupé, cité par Vaquez :

| | | | | |
|-------------------|--------|--------------------|-------------|---------------|
| chez un enfant de | 4 ans, | tension artérielle | systolique | 88 mm. de hg. |
| " " " " | 4 " " | " " " | diastolique | 80 mm. de hg. |
| " " " " | 12 " " | " " " | systolique | 98 mm. de hg. |
| " " " " | 12 " " | " " " | diastolique | 88 mm. de hg. |

La tension artérielle est plus faible d'environ 5 mm. de hg. chez les filles que chez les garçons.

| | | | |
|------------------|---------------|-------------------|----------------------|
| Chez l'adulte de | 20 à 40 ans : | T. A. systolique | 120 à 140 mm. de hg. |
| " " " " | " " " " | T. A. diastolique | 70 à 80 mm. de hg. |

En résumé, l'hypertension artérielle qui est plutôt un syndrome très important d'une maladie grave qu'une maladie proprement dite, pourrait être reconnue dès son début pourvu que l'individu qui en souffre ait l'habitude de consulter fréquemment son médecin, et que ce dernier ne néglige jamais de se servir de son sphygmomanomètre à chaque consultation de son malade.

Donc, si les gens avaient l'habitude de consulter leur médecin au moins une à deux fois l'an, les premiers signes de l'hypertension seraient invariablement signalés et un traitement curatif ou palliatif de la cause serait vigoureusement prescrit avec avantage, et nous verrions beaucoup moins de morts subites par apoplexie, angine de poitrine, urémie, etc.

Il faudra peut-être encore plusieurs années avant que le public soit suffisamment averti sur les avantages de l'examen médical périodique, et apprenne à en bénéficier. Quand donc comprendra-t-on que les maladies chroniques graves du cerveau, des poumons, du cœur, de l'estomac, du foie, des reins et des organes génitaux ont généralement des débuts insidieux. Ce n'est malheureusement que longtemps après les débuts et lorsque la maladie est devenue presque incurable, qu'elle donne des symptômes assez évidents pour éveiller l'attention des malades et, même alors, combien d'entre eux attendent encore des années avant de consulter leur médecin. N'est-ce pas le cas trop fréquent dans la syphilis du système nerveux comme la paralysie générale et l'ataxie locomotrice, dans la tuberculose pulmonaire aiguë et chronique, dans les affections cardiaques, l'ulcère et le néoplasme de l'estomac, les affections du foie, les pancréatites chroniques et le diabète, dans les néphrites chroniques, les cancers et la tuberculose des reins, le cancer utérin et du gros intestin et dans combien d'autres affections encore.

Efforçons-nous donc, comme conclusion, d'être très prudents lorsque un client vient nous consulter. Trop souvent, hélas, nous nous attardons uniquement à prescrire pour le "bobo" dont il se plaint; nous sommes trop pressés ou nous donnons, malheureusement, l'impression que nous le sommes en examinant si peu soigneusement les malades qui viennent nous consulter.

Qu'on me permette maintenant d'ajouter quelques observations de malades chez lesquels j'ai relevé avec soin les symptômes révélateurs des maladies graves qui s'accompagnent généralement d'hypertension artérielle:

- Obs.* 1 — T. M., vu en 1904 à l'âge de 40 ans. Poids 215. T. A. 17 au sphygmomanomètre Potain. Mort en 1922 d'apoplexie foudroyante. Pendant les 18 ans que je l'observai ce malade présenta des tensions artérielles qui varièrent entre 200/100 et 250/150 dans les dernières années de sa vie. En rédigeant l'observation de ce malade je constatai que son père et ses oncles paternels étaient morts d'apoplexie. Au cours de mon examen, alors qu'il me consultait pour ses poumons qu'il croyait malades, je constatai une tension artérielle élevée. Ce fut le premier signe révélateur de l'artério-sclérose qui devait l'emporter plus tard.
- Obs.* 2 — N. F., prêtre, vu pour la première fois en 1909, à l'âge de 42 ans, pour troubles urinaires. Glycosurie alimentaire. Poids 191. T. A. 180/100. Poids 70. Mort en 1917 d'hémorragie cérébrale et coma. Il avait depuis quelque temps une tension artérielle de 220/120.
Abus considérable de viande aux trois repas. Le malade consulta pour troubles urinaires et c'est ainsi qu'il apprit qu'il avait de l'hypertension.
- Obs.* 3 — Mme C. D., vue en 1912, à l'âge de 66 ans. Poids 180. T. A. 280/150. Poids 110. La tension artérielle resta toujours élevée jusqu'à sa mort par apoplexie en 1918.
Père et deux sœurs morts subitement. Elle avait eu la fièvre typhoïde à 50 ans. Me consulta pour céphalée, vue embrouillée, essoufflement, et apprit pour la première fois que sa tension artérielle était très élevée.
- Obs.* 4 — Mlle A. D., vue pour la première fois en 1913, alors âgée de 21 ans. Poids 128, T. A. 200/100, poids 120. Double lésion mitrale et aortique.
Scarlatine et rougeole en bas âge. Morte de fièvre typhoïde en 1919.
Me consulta pour de l'essoufflement et insomnie.
- Obs.* 5 — J. S., médecin, vu pour la première fois en 1913, à l'âge de 43 ans. Poids 171, T. A. 250/150. Mort d'apoplexie en 1919. Me consulta pour céphalée, douleurs rétrosternales et essoufflement. Il ignorait que sa tension artérielle fut élevée.
- Obs.* 6 — Mme J. L., vue en 1914, à l'âge de 45 ans. Poids 105. T. A. 230/160. Poids 150. Double lésion mitrale, morte d'asystolie en 1918.
Tuberculose chez les ascendants et collatéraux. Elle eut pleurésie et rhumatisme inflammatoire à 30 ans. Pneumonie à 42 ans.
Me consulta pour essoufflement, œdème des pieds et insomnie.
- Obs.* 7 — Mme J. A., vue en 1914 à l'âge de 65 ans. Poids 122, T. A. 230/120. Poids 76. Morte d'urémie en 1929.
Me consulta pour forte céphalée fréquente, accompagnée même de vomissements.
- Obs.* 8 — P. T., avocat, vue en 1914, à l'âge de 60 ans. Poids 124, T. A. 270/210. Poids 80. Revu en 1915. T. A. 250/160. Mort d'urémie quelques mois après.

Artério-sclérose et néphrite chronique. Bronchites fréquentes, pneumonie, gros mangeur de viande. Fréquents abus d'alcool, buveur de thé et de café forts en abondance.

Me consulta pour de l'essoufflement et sensation d'étouffement à l'effort. Présence d'hydrothorax abondant qu'il fallut ponctionner. Le malade ignorait qu'il avait une tension artérielle élevée.

Obs. 9 — L. M., marchand, vu en 1915, à l'âge de 46 ans. Poids 163. T. A. 240/115. Pouls 90. Artério-sclérose. Mort en 1917 d'oedème aigu du poumon.

Antécédents héréditaires excellents. Antécédents personnels: scarlatine, rougeole, pneumonie à 40 ans. Epistaxis abondants avec perte de connaissance, à deux reprises depuis 2 ans. Il ignorait qu'il avait une T. A. élevée.

Obs. 10 — Mlle M. J., vue en 1915 à l'âge de 67 ans. Poids 182. T. A. 210/130. Artério-sclérose, encore vivante et assez bien portante malgré son âge avancé, 86 ans, et sa tension artérielle qui est toujours élevée.

Père, mère morts très âgés. Elle-même n'a jamais présenté de graves maladies de l'enfance ou de l'âge adulte. Elle me consulta pour de l'essoufflement et des maux de tête.

Obs. 11 — S. C., artiste-peintre, vu en 1919 à l'âge de 50 ans. Poids 168. T. A. 200/120. Pouls 80.

Artério-sclérose. Encore vivant, 65 ans. Hémiplegique depuis 1927.

Parents morts âgés. Pas de maladies graves de l'enfance ni de l'âge adulte.

Me consulta pour forte céphalée survenue après un travail très ardu.

Obs. 12 — L.-P. G., médecin vu en 1919 à 57 ans. Poids 143. T. A. 200/120. Artério-sclérose. Mort d'angine de poitrine en 1928.

Parents morts très âgés. Il eut la variole à l'âge de 3 ans. Pleurésie à 13 ans. Parathyphoïde à 53 ans. Se croyait très bien jusqu'au jour où, après un gros repas, il eut un léger ictus apoplectique avec lourdeur et faiblesse de tout le côté droit. Une autre attaque dans les mêmes circonstances après un gros repas.

Obs. 13 — M. P., vu à 58 ans en 1918. Poids 160. T. A. 180/110. Artério-sclérose et néphrite chronique. Mort subitement en 1922.

Mère morte subitement à 72 ans. N'eut jamais de maladies graves; gros mangeur de viande aux trois repas. Se croyait bien portant lorsqu'il eut une perte de connaissance avec oedème pulmonaire. Le médecin constata que la T. A. était très élevée.

Obs. 14 — Mme A. L., vue en 1918 à l'âge de 50 ans. Poids 129. T. A. 210/140. Pouls 80. Artério-sclérose et néphrite chronique. A eu la scarlatine, rougeole, coqueluche. Viande aux trois repas.

Vertiges légers, un peu de céphalée, scotômes. Consulta seulement après un grand épistaxis qui l'alarma. Morte d'angine de poitrine plusieurs années après.

- Obs.* 15 — A. D., vu en 1916 à l'âge de 61 ans. Poids 200 lbs. T. A. 200/125. Pouls 84. Artério-sclérose et néphrite chronique. Vertiges fréquents depuis deux ans. Léger essoufflement, pollakiurie nocturne.
Père mort subitement. Mère et un frère morts de diabète.
Lithiase biliaire à 45 ans. Abus considérable de tabac et surmenage physique et intellectuel. Mort d'urémie en 1920.
- Obs.* 16 — F.-X. D., vu en 1903 à l'âge de 32 ans. Poids 140. T. A. 180/110. En 1913 T. A. 200/140. Pouls 88. Artério-sclérose. Père mort d'hémorragie cérébrale. Mère morte du cœur. Un frère et une sœur morts d'artério-sclérose avec forte hypertension.
Fièvre typhoïde, abus considérable de tabac, mangeur de viande. Consulta pour sensation pénible rétrosternale. Mort en 1929 d'insuffisance cardiaque aiguë, après avoir eu des attaques répétées d'angine de poitrine depuis 1903, forme légère.
- Obs.* 17 — Mlle C. G., vue en 1920 à l'âge de 17 ans. Poids 91. T. A. 280/200. Pouls 120. Néphrite chronique.
Scarlatine grave avec impotence des membres qui dura 8 mois, à l'âge de 8 ans.
Consulta pour vomissement grave survenu après promenade en automobile. Morte d'urémie en juin 1920.
- Obs.* 18 — H. J., vu en 1918 à l'âge de 34 ans. Poids 155. T. A. 220/135. Néphrite chronique. Père mort d'urémie; oncle paternel mort subitement; tante paternelle artério-scléreuse très hypertendue. Rougeole, pneumonie, 2 attaques.
Fut amené à consulter parce qu'il avait été refusé par une compagnie d'Assurance pour présence d'albumine dans ses urines. Mort d'urémie en 1922.

J'ai eu l'occasion, comme plusieurs de mes confrères d'ailleurs, d'examiner des malades qui se croyaient très bien portants jusqu'au moment où ils furent examinés et refusés par le médecin examinateur d'une Compagnie d'Assurance, pour présence d'albumine dans les urines ou hypertension artérielle.

Cette dernière observation nous permet d'affirmer que la médecine préventive, qui conseille l'examen médical au moins une fois l'an pour tous, rendrait des services appréciables.

CONCLUSIONS

Il est actuellement bien reconnu que l'hypertension artérielle n'est pas une maladie par elle-même, mais bien l'expression d'une gêne croissante de la circulation artérielle provoquée tantôt par l'artério-sclérose ou la néphrite chronique ou les deux à la fois. Tant qu'à l'influence de lésions rénales sur la tension artérielle, il est intéressant, je crois, de citer le résumé de la communication de MM. Ch. Laubry et J. Walser, sur "l'hypertension artérielle permanente et

troubles de la fonction rénale", faite au Congrès de l'Insuffisance Rénale, qui eut lieu à Evian du 18 au 20 septembre, 1933, d'après le résumé publié dans La Presse Médicale du 18 octobre 1933 :

MM. Laubry et Walser reprenant l'examen de la théorie rénale de l'hypertension, concluent que :

1° Il existe de nombreuses hypertensions indépendantes de toute altération rénale, tant fonctionnelle qu'anatomique ;

2° Il existe de nombreuses atteintes rénales sans hypertension ;

3° Cependant un grand nombre d'hypertensions coïncident avec les troubles de la fonction rénale, suivant trois modalités ;

La première est caractérisée par la coexistence simultanée d'un syndrome hypertensif et d'un syndrome rénal.

La seconde concerne les hypertensions qui ont précédé les manifestations rénales. Celles-ci apparaissent ici comme un trouble fonctionnel secondaire à l'hypertension.

La troisième réunit les cas où l'hypertension succède à une période de néphrite isolée. C'est pour ces cas qu'il faut maintenir la pathogénie rénale de l'hypertension.

Ces cas restent exceptionnels, l'hypertension est un syndrome relevant de mécanismes multiples où le rein peut avoir sa part, mais le plus souvent secondaire. M. Laubry, en commentant son rapport, exprime l'idée que "le véritable rôle du rein est d'aider à l'hypertension, et non de la produire de toutes pièces."

Nous voyons par les observations de malades citées plus haut combien souvent la scarlatine et les autres maladies infectieuses graves : pneumonie, typhoïde, etc., sont relevées dans les antécédents personnels des brightiques et des artério-scléreux.

Quant à la cause de l'artério-sclérose je ne voudrais pas m'attarder à donner ici les théories modernes qui ne semblent pas encore satisfaire tous les esprits. Qu'on me permette, cependant, de citer les recherches récentes de MM. les docteurs Edgar A. Hines et George E. Brown, de la Clinique Mayo, publiées dans "Annals of Internal Medicine", août 1933, et la traduction française de ce travail publiée dans l'Union Médicale du Canada, janvier 1934, dont voici quelques extraits :

"Premièrement, il existe une cause première ou principale de l'hypertension consistant en un mécanisme d'hyperactivité du système sympathique vaso-moteur, dépendant d'un état constitutionnel anormal ou manque d'équilibre.

Deuxièmement, un facteur auxiliaire de fatigue ou de surmenage provoqué par les événements quotidiens de la vie, qui modifie ou exagère ou réactive le facteur constitutionnel. Il est possible que ce mécanisme d'hyperactivité s'acquière.

Le noir primitif de l'Afrique ne souffre pas d'hypertension. Cette affection, cependant, est très commune dans la première et deuxième générations des noirs transplantés dans d'autres pays, et parfois à un degré beaucoup plus élevé que chez les blancs avec qui ils sont en contact."

L'alimentation fortement carnée est relevée chez presque tous les artério-scléreux avec hypertention. Mêmes constatations pour l'alcool et le tabac. Le surmenage, les fatigues et les tracasseries semblent avoir des conséquences plus graves.

Les premiers signes de l'hypertension artérielle sont généralement les mêmes à peu de chose près. Les malades accusent de la céphalée persistante et de l'essoufflement assez souvent. Les algies cardiaques sont accusées par beaucoup de malades et l'angine de poitrine est souvent une cause de mort. Les troubles digestifs avec vomissements sont, dans quelques cas, les premiers symptômes qui conduisent les hypertendus chez le médecin. Chez plusieurs les vertiges avec ou sans céphalée, comme chez d'autres l'ictus apoplectique avec hémiparésie éveillent l'attention des malades.

Nous savons tous que quelques hypertendus se croient bien portants jusqu'au moment où ils sont frappés d'une hémorragie cérébrale fatale, par une attaque mortelle d'angine de poitrine ou d'œdème aigu du poumon foudroyant.

Quant aux signes révélateurs de l'hypertension artérielle, pouvant donner l'éveil au médecin, ils sont assez nombreux, comme nous l'avons vu par l'étude des observations précédentes choisies avec intention. Il doit tenir grand compte de la céphalée persistante qui, on le sait, peut, évidemment, avoir plusieurs causes telles que: troubles oculaires, astigmatisme, hypermétropie, presbytie, myopie, glaucôme, etc.; mais il convient de répéter que l'hypertension d'origine endartérielle ou brightique est presque toujours accompagnée de céphalée persistante siégeant à la nuque. Les scotômes, tout comme des poussées d'amaurose, surviennent quelquefois. Les épistaxis, quoique moins fréquents, sont généralement abondants et, fait important à noter, soulagent le malade.

Si l'essoufflement survient tôt ou tard chez les cardiopathes valvulaires sans hypertension au début de l'insuffisance ventriculaire, le

brightique et l'artério-scléreux se plaignent également d'essoufflement lorsque leur cœur, constamment à l'effort, se fatigue pour assurer la circulation que rend de plus en plus difficile l'hypertension artérielle croissante.

Les troubles urinaires, entre autres la pollakyurie nocturne, doivent toujours faire soupçonner la néphrite chronique et l'hypertension qui l'accompagne. Même chose pour la cryesthésie, les crampes et les engourdissement périphériques.

J'ai reproduit avec intention quelques observations de personnes grasses avec tension artérielle normale et même abaissée; des observations de personnes maigres avec tension artérielle très élevée; des observations de malades âgés avec tension artérielle normale et des observations de malades jeunes avec des tensions artérielles très élevées, pour prouver une fois de plus que les signes extérieurs sont souvent trompeurs.

Dans mon expérience, déjà assez longue, je suis arrivé à la conclusion, d'ailleurs bien simple, qu'il fallait, pour chaque malade, faire une bonne histoire de cas, suivie d'un bon examen clinique, sans oublier jamais de mesurer la tension artérielle, afin de ne pas laisser passer inaperçue une tension artérielle élevée.

A PROPOS DE RÉIMPALUDATIONS

Par Antonio BARBEAU,

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine,
Médecin de l'hôpital de Bordeaux.

La mise au point et l'extension d'une thérapeutique héroïque dans une maladie en soi fatalement et rapidement évolutive placent Wagner Von Jauregg(1) parmi les grands bienfaiteurs de l'humanité.

La malariathérapie de la paralysie générale, selon les statistiques colligées dans le monde entier, fournit 30 à 40% de rémissions complètes du syndrome psychique. Certains auteurs (v.g. Gertsmann) avouent, dans des séries éminemment favorables, 80 à 90% de résultats heureux. Depuis 7 ans bientôt que nous utilisons personnellement cette méthode à l'Hôpital de Bordeaux, nous avons eu la bonne fortune de rendre à la vie sociale pratiquement normale un sur deux de nos malades impaludés. (2-3). Evidemment, la proportion des rémissions complètes obtenues est fonction de maints facteurs; nombre de cas traités, antécédents personnels, pathologiques, âge du sujet, durée antérieure de la maladie, qualité du traitement avant, pendant et après la malariathérapie, etc., etc. Mais l'accord est universel en un point: l'impaludation demeure à l'heure actuelle, de tous les traitements suggérés et utilisés contre la méningo-encéphalite diffuse progressive, le plus sûr, le plus constamment efficace et le plus généralisé.

L'emploi de la pyrothérapie dans la paralysie générale a posé néanmoins toute une série de problèmes d'ordre biologique, sociologique, économique, médico-légal et simplement médical. Et cela, pour les cas favorablement influencés (4-5). Et cela surtout, pour les cas qui n'ont pas, qui ont peu ou qui ont mal réagi à une première malariation. Fait certain et que nos statistiques personnelles confirment abondamment, ces anciens impaludés jouissent dans un état mental figé d'une survie presque indéterminée. Laissés à eux-mêmes, ils devaient mourir en quelques années. Ils deviennent à cause de la malariathérapie un passif économique pour leur famille et pour la société. Ils restent, par delà ces considérations, des malades, dignes de l'attention et des soins du médecin.

Ainsi se présente théoriquement la question des réimpaludations. En pratique, les cas se diversifient. On peut schématiquement les grouper de la façon suivante: 1er: Un malade est impaludé. Le temps de la période d'invasion passe. Nous attendons l'élévation thermique.

Nous l'attendons des jours et des jours. Elle ne se montre pas. Voie d'introduction inappropriée, quantité de sang insuffisante, contamination de la souche employée, incompatibilité biologique indéterminée, la plupart du temps indéterminable, maladie intercurrente, ingestion intempestive de médicaments antagonistes, etc., tout cela peut expliquer l'insuccès que la recherche de l'hématozoaire dans le sang, la numération globulaire, l'étude de la formule leucocytaire permettront de préciser encore. On a vu certes des paralytiques généraux entrer en rémission complète post-malarique, sans avoir présenté d'accès thermiques bien francs. La température est prise toutes les deux heures. De petites ascensions erratiques peuvent échapper au thermomètre. Mais ça n'est là qu'infime exception et peut-être simple supposition logique. En réalité il existe en deça de certaines limites, sinon une proportion directe, du moins un certain rapport habituel entre l'évolution psychique, la quantité et la qualité des élévations thermiques. Quoiqu'il en soit, notre malade type n'a pas réagi. Il ne semble pas devoir réagir. Nous avons attendu bien au delà de la durée usuelle d'une malariathérapie. Il nous faut penser à réimpaluder.

2ième: La malariathérapie est amorcée. Sur sa feuille de température le malade a dessiné quelques pics et caricaturé quelques clochers. Voici brusquement la plaine à perte de vue, dont la monotonie nous ennuie d'abord, nous inquiète ensuite. Les accès thermiques ne se renouvellent toujours plus. Leur nombre (2, 3 parfois 4) nous paraît insuffisant. Les semaines passent. L'état psychique ne s'améliore pas. Malariathérapie incomplète. Re commençons.

3ième: Malade en marasme physique, chez qui nous injectons la malaria presque en désespoir de cause (6). Evolution palludéenne normale. Quelques pyrexies. Sous les coups de bélier thermiques répétés, l'état général fléchit. Nous nous alarmons. Et pour sauver la place, nous bouchons les brèches avec de la quinine.

4ième: Malariathérapie complète à notre sens. 8, 10, 12, accès thermiques francs, suivis de la chimiothérapie appropriée. Nous attendons une évolution heureuse qui ne vient pas. L'agitation submanique ou la dépression se dissipe peu ou prou. Le délire mégalomaniaque est moins fantastique. En tout cas, moins extériorisé. Et c'est tout. Le malade reste en quelque sorte psychiquement fixé pour une période presque indéfinie. En d'autres circonstances, après des prodromes prometteurs, la maladie se transforme. Une psychose apparaît.

5ième: Enfin, un dernier cas. Nous avons chanté victoire. La malariathérapie a sauvé la vie mentale de notre homme. Quelques mois, 3, 6, 12 plus tard, le malade rechute. Tout est à recommencer.

Voilà donc 5 variétés de cas concrets, entre bien d'autres possibles, qui se sont présentés à nous, comme ils se présentent journellement à nos confrères spécialisés. Comme tout le monde, nous avons recherché les raisons de ces évolutions anormales et de ces insuccès en malariathérapie. Sujet passionnant et fécond sur lequel nous aurons peut-être bientôt l'occasion de revenir. Pour aujourd'hui une question liminaire se pose. Que donnent les réimpaludations? Bien des auteurs ont déjà répondu. Voyons par nous-mêmes. Au lieu de feuilleter et de rééditer leurs excellents travaux, ouvrons nos dossiers.

TABLEAU I. — RESULTATS AU POINT DE VUE MENTAL

| Non modifiés | Rémissions partielles | Rémissions complètes | Total |
|--------------|-----------------------|----------------------|-------|
| 10 | 4 | 3 | 17 |

TABLEAU II. — REACTIONS BIOLOGIQUES SANS AMELIORATION PSYCHIQUE;

Nombre d'ascensions thermiques

IMPALUDATIONS

| Cas nos. | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | Total |
|----------|----|----|---------|----|----|----|-------|
| 1 Roc | 9 | 2 | | | | | 2 |
| 2 StP | ? | 13 | | | | | 2 |
| 3 Bro | 8 | 0 | mort | | | | 2 |
| 4 Rob | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 13 | 6 |
| 5 Dum | 8 | 13 | 0 | 3 | 0 | 0 | 6 |
| 6 Ros | 7 | 11 | | | | | 2 |
| 7 Bru | 5 | 0 | 0 | | | | 3 |
| 8 Gil | 10 | 4 | 0 | 0 | 0 | | 5 |
| 9 Or | 2 | 13 | | | | | 2 |
| 10 Urs | 0 | 0 | déporté | | | | 2 |

TABLEAU III. — REMISSIONS PSYCHIQUES;

Nombre d'accès thermiques au cours des impaludations et des réimpaludations.

M A L A R I A S

| Rémissions partielles | 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | Total |
|-----------------------|----|----|----|----|----|----|--------|
| I | ? | 12 | | | | | 2 |
| II | 0 | 3 | 4 | | | | 3 |
| III | 13 | 4 | 0 | 0 | | | 4 |
| IV | 5 | 12 | | | | | 2 |
| Rémissions complètes | | | | | | | |
| V | 11 | 4 | 0 | 0 | 0 | | 0... 6 |
| VI | 16 | 0 | 0 | 0 | | | ... 5 |
| VII | 2 | 13 | | | | | ... 2 |

TABLEAU IV. — EFFETS DE LA REIMPALUDATION
SUIVANT LA FORME CLINIQUE

| | affaiblissement sans délire | forme expansive | tabétique | confuse | paranoïde |
|-------------------------|--------------------------------|--------------------|-----------|---------|-----------|
| I. — Non modifiés | 2 | 7 | | | 1 |
| II. — Rémissions part. | 1 | 2 | | | 1 |
| III. — Rémissions comp. | 1 | 2 | | | |

RESULTATS PERSONNELS.

Au total nous avons sur dix-sept malades seulement pratiqué 39 réimpaludations. Nous n'entendons pas que la malariathérapie ait été complète chaque fois. Bien loin de là. Si nous avons malarisé certains malades, 4, 5 ou 6 fois, c'est sans doute que nous n'obtenions pas l'amélioration psychique espérée, mais surtout parce que biologiquement nous n'avions pas de réponse. Pourquoi celui-ci, injecté par une même voie (l'intramusculaire) avec une même quantité d'un même sang ne réagissait-il pas? Pourquoi n'ayant pas réagi une fois, deux fois, trois fois cet autre réagit-il maintenant? Pourquoi, ayant réagi une première fois, un dernier ne réagit-il pas une deuxième, troisième, quatrième fois, pour enfin réaliser une malariathérapie parfaite? Seule l'analyse individuelle soignée peut nous fournir à ces questions une réponse adéquate. Nous y reviendrons. Nous ne sommes aujourd'hui intéressés que par la statistique et les idées générales.

Pareillement, nous pourrions rechercher comment une malariathérapie complète (11 accès thermiques), suivie d'une seconde très partielle (4 accès) et de trois autres neutres, n'a apporté une très bonne rémission psychique qu'au terme de la cinquième impaludation. Comment se fait-il enfin qu'après une première malariathérapie très poussée (16 accès) trois autres sont restées ineffectives biologiquement, mais heureuses au point de vue psychique. Cas bizarres et d'autant plus intéressants.

De toutes façons, sur 17 malades réimpaludés 10 n'ont pas répondu au point de vue mental; 7 ont bénéficié complètement ou partiellement d'une rémission psychique. Tableau I.

Le groupe de nos patients non modifiés mentalement est assez hétérogène. Le cas 1 a réalisé tout d'abord une excellente malaria (9 accès), sans amélioration psychique consécutive. Une deuxième malarisation s'est spontanément arrêtée au bout de 2 accès. Nous ne constatons pas encore d'amélioration mentale. Le no 2 a subi deux belles malarías. Résultats psychiques, nuls. Le troisième malade, au cours de sa première pyrexie provoquée, a eu 8 accès thermiques, 0

au cours de la seconde. Il est mort, longtemps après que nous eussions interrompu la seconde malaria, sans qu'il y ait à notre sens relation entre son décès et le paludisme thérapeutique. Le no 4, non modifié mentalement, avait présenté lors d'une première tentative thérapeutique 4 accès thermiques et une rémission psychique partielle. 4 autres impaludations sont restées chez lui négatives. Une récemment faite a produit 13 ascensions thermiques. Nous attendons. Le pronostic demeure en suspens. Le no 5, malarisé 6 fois; deux fois complètement, une 3^e fois 3 accès, les trois autres neutres, sans aucune amélioration mentale. Le no 6, 2 bonnes malariathérapies. Amélioration psychique légère. Nous espérons pour lui un avenir meilleur. Le no 7 n'a eu en fait qu'une impaludation partiellement effective à 5 accès, les deux autres, neutres. De même pour le no 8, qui eut, lui, 10 accès, une première fois avec amélioration psychique partielle, 4 accès à une seconde tentative, 0 aux trois autres. Le no 9 est un cas de transformation psychosique, type Gertsman, dont nous avons déjà rapporté l'histoire clinique (7), et chez qui une seconde malariathérapie à 13 accès n'a rien modifié. Un dernier malade, no 10, fut impaludé à deux reprises sans présenter jamais une ascension thermique. Il fut déporté depuis et nous n'en avons plus entendu parler. Donc sur 32 impaludations faites pour ce groupe 15 furent absolument ineffectives, 6 partiellement ineffectives, 9 très bonnes biologiquement. Et de cette réceptivité plus ou moins grande à l'impaludation par voie intramusculaire nous aurons à tenir compte, quand prochainement nous réimpaluderons encore ces cas malheureux. Signalons enfin pour être complet que certaines réimpaludations rapportées dans ce groupe ne datent que de quelques mois et que, en conséquence, nos résultats ne sauraient être que provisoires.

Relativement aux cas heureux, schématisés sur notre tableau 2, le nombre des ascensions thermiques est aussi intéressant à noter. Chez nos rémissions incomplètes, une fut obtenue après une seconde malariathérapie à 13 accès, une deuxième après la troisième tentative (4 accès), une antérieure ayant donné 3 accès et la première impaludation 0. Le troisième cas eut tout d'abord 13 accès, 4 à la deuxième reprise, aux deux dernières pas d'ascensions thermiques. Le dernier patient après une malariathérapie à 5 accès, en a présenté 12 à une seconde impaludation, après laquelle il a commencé à s'améliorer mentalement. Nos rémissions pratiquement complètes se décomposent ainsi: Un cas où une première impaludation avait fourni une modification du syndrome mental paralytique tel que nous avons pendant un certain temps pensé à la possibilité d'une transformation

psychosique. La première impaludation avait fourni 11 ascensions thermiques. La deuxième réimpaludation 4. Les quatre autres 0. Le malade fut remis à sa famille très considérablement amélioré au point de vue mental. Notre second malade n'eut en fait qu'une malariathérapie efficace à 16 accès de température suivie d'aucuns résultats psychiques. A trois reprises nous avons tenté une nouvelle pyrexie provoquée sans effets biologiques. Voici qu'à la fin, le malade entre en rémission complète et nous demandons sa libération de l'hôpital. Notre dernier patient n'eut que 2 ascensions thermiques lors de sa première malaria. Pas de résultats psychiques. Nouvelle impaludation qui donne 13 accès de température et une rémission complète.

Il n'est pas toujours facile de classer les paralytiques généraux sous une forme clinique précise. Surtout quand une première malariathérapie a perturbé le beau tableau clinique du paralytique général vierge de toute thérapeutique antérieure. Il faut se contenter, comme critères de classification, des dominantes symptomatiques, parfois très complexes, avec tout ce que ce procédé comporte d'aléatoire et de subjectif. Et puis le nombre de nos cas est tellement restreint que nous nous gardons bien de déductions à ce chapitre. Notre dernier tableau indique donc, sous toutes réserves, que parmi nos malades non modifiés par la réimpaludation 2 accusaient la forme affaiblissement sans délire, 7 la forme expansive, un la forme paranoïde. Chez nos rémissions partielles, une forme affaiblissement sans délire, deux formes expansives, une paranoïde. Une forme affaiblissement sans délire, deux formes expansives composent notre série heureuse.

L'analyse de nos statistiques suggéreraient maints autres problèmes. Nous ne l'ignorons pas. Et nous y reviendrons quand le nombre de nos réimpaludations sera plus considérable et l'avenir de nos réimpaludés plus éclairci.

Retenons toutefois la grande irrégularité dans le rythme des accès thermiques, leur non-apparition très fréquente, leur extinction spontanée coutumière. Toutes choses déjà connues. Dans leur excellent ouvrage: "Paralysie générale et Malariathérapie", paru en 1931, Leroy et Médakovitch s'expriment ainsi: "Les réinfections par la malaria thérapeutique ne donnent pas toujours un résultat positif, même quand on s'adresse à une bonne souche. La fréquence des résultats positifs est beaucoup plus inconstante et irrégulière que dans les cas de première infection. Si la malaria thérapeutique ne laisse pas, en général, une immunité profonde ni durable, elle confère cependant une immunité relative. Dans la deuxième ou troisième rechute, on observe, dans la majorité des cas, une évolution plus atténuée caractérisée par une température moins élevée, symptômes cliniques moins

graves et parasites moins nombreux dans le sang. La période d'incubation se montre nettement prolongée et s'arrête spontanément au bout de quatre à six accès. Les moyens de provocation ne réussissent pas dans un tiers des cas, en raison de l'immunité acquise."

REFLEXIONS

Voilà donc notre bilan. Il est maigre. Le nombre restreint de nos réimpaludations ne saurait nous permettre de conclusions solides. Il autorise néanmoins quelques réflexions, basées sur lui mais débordant largement les cadres de ce travail.

Les anciens impaludés doivent, sans exception, demeurer sous surveillance médicale. En rémission psychique complète, ils ne sont pas à l'abri de toutes sortes d'ennuis (8-4). On ne connaît pas beaucoup, en matière de paralysie générale traitée, de "restitutio ad integrum". La malariathérapie a restauré la stabilité du rendement, relevé le niveau intellectuel général précédemment abaissé. Persistent cependant, dans le caractère, des modifications plus ou moins périlleuses (9). Des attaques épileptiformes, rarissimes, éclatent parfois, dont l'étiologie reste trouble (10). On a signalé des manifestations syphilitiques tertiaires chez des paralytiques généraux impaludés (11). Et puis, il y a les rechutes. Si les malades étaient plus longuement suivis après traitement, peut-être s'avèrent-elles plus fréquentes (12-4). Tel ce cas de Claude. Malade antérieurement traité au Dmelcos et aup Stovarsol par le regretté Sicard. Rémission complète. Dix-huit mois après, rechute. Claude impalude le malade. Nouvelle rémission complète au bout de 6 mois. Durée: un an. Rechute. Seconde impaludation. Rémission parfaite persistant depuis 5 ans. (13). Tel encore ce cas de Vermeulen (14), où deux ans après une rémission complète apparut une récurrence sous forme de délire chronique hallucinatoire. Deux exemples entre mille. Tous les spécialistes s'accordent d'ailleurs sur la nécessité d'un traitement post-malarique intense et prolongé même pour les cas les plus favorablement influencés.

Que dire des autres? Doit-on se contenter d'une rémission incomplète, laisser à elles-mêmes les transformations psychosiques, reléguer aux oubliettes les malades non modifiés? Courbon et Tusque ont raconté (15), il y a quelques années, l'histoire d'une malade ayant subi deux impaludations sans aucun résultat appréciable. Pendant un an, l'excitation persiste. Le certificat d'internement, confirmé par d'excellents psychiatres porte "état démentiel complet". Puis, petit à petit, la malade s'améliore et accuse une rémission non complète quoique très marquée. Il ne faut donc pas désespérer trop tôt. Mais il s'agit là d'un cas tout à fait exceptionnel. Ne comptons pas sur

de semblables éventualités. La malariathérapie n'a pas donné les résultats que nous désirions. Essayons autre chose, autrement, ou une autre fois.

Autre chose. "Les traitements sont innombrables qu'on a dirigés contre la paralysie générale. Les uns rationnels, étant donné la nature para-syphilitique de cette maladie. (Iodures, mercure, bismuth, arsenics tri et pentavalents; parmi ces derniers, il convient de signaler tout spécialement le tryparsamide et le stovarsol, (16-17), les autres, empiriques, nucléinate de soude, vaccin typhique et para-typhique, tuberculine, fièvre récurrente, sodoku, etc. ... et en ces derniers temps, la pyrothérapie soufrée et diathermique"(2). On a donc le choix si une technique fait défaut. Le choix même d'une variante de technique. La diathermie trans-cérébrale, par exemple (18) quand la pyrexie électriquement provoquée n'amène pas d'amélioration psychique. A notre très humble avis, la malariathérapie demeure néanmoins, la méthode de choix. Et alors, il s'agit de réimpaludation.

Quand, comment et combien de fois doit-on réimpaluder? Trois questions auxquelles nous voudrions donner une réponse sommaire.

Quand? Cela dépend évidemment de l'évolution de la première malarisation. Dans la première catégorie de malades dont nous avons parlé au début de ce travail (malades n'ayant aucunement répondu au point de vue biologique à l'inoculation paludéenne) nous laissons passer quelques mois. En certains cas, où nous avons raison de douter de l'efficacité pyrogénique du sang donneur, nous avons procédé au bout de quelques semaines. En général nous attendons plus longtemps pour réimpaluder chez nos patients qui ont présenté quelques accès thermiques spontanément interrompus et nous attendons davantage encore chez ceux dont l'état physique a commandé une interruption de la malariathérapie. Six mois, 8 mois et plus. Bref, question d'appréciation clinique portant sur l'état mental et physique de chaque client. Chez les malades, dont la malariathérapie fut complète, nous attendons en moyenne 9 mois, employés d'ailleurs par la chimiothérapie au Stovarsol. Et si l'amélioration mentale n'apparaît toujours pas, nous songeons à une réimpaludation. Nos chances de succès, biologiques et psychologiques, sans être aussi brillantes qu'à une première malaria, n'en existent pas moins, ainsi qu'il appert de notre petite expérience personnelle, confirmée en bloc par celle plus étendue des auteurs. De toute façon, le jeu vaut la chandelle. Pour les transformations psychosiques réimpaludées, nous avons peu à espérer. Une forme franche, type Gertamn, que nous avons malarisé à nouveau, n'a rien donné. Une autre, à évolution précoce après la pre-

mière malaria, est entrée en rémission quasi complète. Mais nous sommes ici bien loin d'être sûr de notre diagnostic.

Comment procéder à la réimpaludation? Jusqu'à maintenant nous avons toujours employé la voie intramusculaire. Ça n'est pas la seule possible. Ça n'est même pas la plus communément utilisée. Nous nous proposons de réimpaluder nos sujets rebelles aux malariathérapies par voie intramusculaire au moyen de la voie intraveineuse et si nous ne réussissons encore pas, nous aurons recours à la voie rachidienne. Pour toutes sortes de raisons, nous ne croyons pas qu'il existe de sujets absolument réfractaires au paludisme. En tout cas, on ne saurait l'affirmer qu'après avoir essayé toutes les voies possibles d'impaludations.

Enfin, combien de fois, peut-on réimpaluder? Théoriquement, nous ne voyons pas d'autres limites que celles posées par la résistance physiologique du sujet. Il y a de telles surprises, de quasi résurrections en matière de malariathérapie. Et puis, notre devoir, le seul que nous voulons connaître en présence de la méningo-encéphalite diffuse progressive, c'est de la traquer jusqu'au bout.

Les médecins intéressés à ce travail savent combien il est pénible et combien à chaque instant il soulève de points d'interrogation et commande l'emploi de techniques variées. Aussi bien, sentent-ils le besoin de voir se créer chez nous, comme en d'autres pays, des centres de malariathérapie, bien équipés sous tout rapport. Centres de traitement où les malades iront retrouver la santé physique et mentale, centres de recherche également où le médecin creusera maints problèmes.

« La maladie, écrivait autrefois Ribot, est, une expérimentation de l'ordre le plus subtil, instituée par la nature elle-même et avec des procédés dont l'art humain ne dispose pas. Elle atteint l'inaccessible (19) ». Qui saurait déterminer à l'avance où l'emploi d'une technique nouvelle peut conduire les chercheurs à l'affût.

Résumé et conclusions :

1) Méthode héroïque dans le traitement de la méningo-encéphalite diffuse progressive, la malariathérapie fournit environ 30% de rémissions complètes du syndrome psychique, 60 à 70% de rémissions incomplètes et d'insuccès total.

2) Cas heureux ou malheureux doivent être surveillés après malarisation. Les premiers en vue de consolider les effets de la cure et de prévenir ou de pallier aux complications et rechutes possibles. Les seconds commandent la récurrence thérapeutique ou l'emploi de mesures nouvelles de traitement. La malariathérapie étant la mé-

thode de choix, la réimpaludation s'impose souvent, soit que la première malarisation ait été nulle, insuffisante ou ineffective biologiquement et psychiquement ou qu'après amélioration une rechute se soit produite.

3) Sur 17 malades, après 1, 2, 3 et jusqu'à 5 réimpaludations, nous avons obtenu 3 rémissions complètes, 4 rémissions incomplètes; 10 patients n'ont pas répondu par une amélioration mentale (Tableau I).

4) Sur 2 tableaux schématiques, (Tableaux 2 et 3), nous avons représenté les résultats mentaux obtenus en regard du nombre de réimpaludations et du nombre des accès thermiques provoqués.

5) Sur un dernier tableau (4), nous avons résumé nos résultats en fonction de la forme clinique.

6) Suivent quelques réflexions rapides portant sur l'évolution des paralysies générales traitées par la malariathérapie, sur les indications, et les modes de la réimpaludation et sur les problèmes soulevés par la méthode de Wagner Jauregg.

7) En conclusion, nous exprimons l'espoir qu'un jour se fonderont chez nous des centres de malariathérapie, permettant de mieux connaître, de mieux appliquer, de généraliser davantage cette thérapeutique féconde. Le médecin a droit d'échouer parfois dans sa tâche. Se déclarer vaincu quand il peut apprendre encore et sauver plus souvent, il ne le saura jamais!

Le 12 janvier 1934,

BIBLIOGRAPHIE

N. B. — On trouvera dans nos trois articles publiés antérieurement ici même sur la malariathérapie un complément d'information bibliographique.

- 1) WAGNER VON JAUREGG. La malariathérapie. Revue neurologique, juin 1929.
- 2) BARBEAU. La malariathérapie à l'Hôpital de Bordeaux. Union médicale du Canada, décembre 1931.
- 3) BARBEAU. Nouvelles réflexions et statistiques sur la malariathérapie à l'Hôpital de Bordeaux. Union médicale du Canada, mai 1932.
- 4) CLAUDE et MASQUIN. Le devenir des paralytiques généraux malarisés; expérience de neuf ans de malariathérapie. La Presse médicale, 13 décembre 1933.
- 5) CARLO GORIA (de Turin). Les questions et les conséquences médico-légales relatives au traitement moderne de la paralysie générale. Quaderni di Psichiatria. an 14, No 7-8, 1927.

- 6) BAONVILLE, LEY, TITICA. Le grand âge et les maladies organiques sont-elles toujours une contre-indication à la malariathérapie chez les paralytiques généraux. Société de médecine mentale de Belgique. Séance du 28 novembre 1931.
 - 7) BARBEAU. Transformations psychosiques du syndrome mental chez des P. G. malarisés. Union médicale, janvier 1932.
 - 8) AIGROT. Quelques résultats éloignés de la malariathérapie de la paralysie générale. Thèse Lyon 1932. Bosc Frères et Riou, éditeurs.
 - 9) VERMEYLEN. La mesure de l'intelligence du paralytique général avant et après la malarisation. XXXVe session du congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Bordeaux 7-12 avril 1931. Annales médico-psychologiques p. 416, avril 1931.
 - 10) LEROY et MEDAKOVITCH. Malaria lavée chez les paralytiques généraux impaludés et attaques épileptiformes. Annales médico-psychologiques, oct. 1931, p. 291 et seq. Intéressante discussion de Heuyer, Guiraud, Hamel, Truelle, Marchand, Simon, Revault d'Allonnes, Delmas et Claude.
 - 11) GUIRAUD et CARON. Manifestations syphilitiques tertiaires chez les P. G. impaludés. Ann. médico-psych, fév. 1931, p. 115.
 - 12) Th. SIMON et T. ROUART. Entrées pour paralysie générale après première hospitalisation en 1913 et 1932. Contribution à l'étude de l'influence des nouveaux traitements. Discussion de Barbe, Masquin, Courbon et Fribourg-Blanc. Annales médico-psychologiques, fév. 1933, pp. 208 à 221.
 - 13) CLAUDE. Discussion à la suite d'une communication de Marchand. Annales médico-psychologiques, mars 1933, p. 351.
 - 14) VERMEYLEN. Paralysie générale. Troubles mentaux non démentiels deux ans après malariathérapie. Séance du 26 sept. 1931. Société de médecine mentale de Belgique; Annales médico-psychologiques, p. 316, octobre 1931.
 - 15) COURBON et TUSQUES. Régression tardive d'une paralysie générale impaludée. Annales médico-psychologiques, nov. 31, p. 405 et seq.
 - 16) MARCHAND. Présentation de paralytiques généraux traités avec succès par le Stovarsol. Annales médico-psychologiques, mars 1933, p. 357.
 - 17) Mlle DESCHAMPS. Action du Stovarsol sur les troubles psychiques et organiques de la paralysie générale. Annales médico-psychologiques mars 1931, p. 262 et seq.
 - 18) SCHIFF, MISSET, TRELLES. Sur trois cas de paralysie générale traités par la diathermie. Ann. médico-psychologiques, avril 1932.
 - 19) G. DUMAS. La méthode psychopathologique. In Traité de psychologie de G. Dumas, T. 2, p. 1007 et seq.
-

RECUEIL DE FAITS

ÉPINGLE DE SÛRETÉ OUVERTE DANS L'ESTOMAC, REMONTANT À L'ŒSOPHAGE. ŒSOPHAGOSCOPIE. ABLATION.⁽¹⁾

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.

La littérature médicale, que nous avons longuement parcourue, nous permet de dire que cette observation est la troisième publiée sur le sujet présent. En effet, une épingle de sûreté ouverte, qui se loge plus ou moins rapidement dans l'estomac, et qui retourne ensuite à l'œsophage, d'où elle est extraite au moyen de l'œsophagoscopie, n'est pas une chose banale. Notre très distingué confrère, le Dr Chevalier Jackson, a rapporté le premier l'histoire d'un bébé d'un an, qui avait depuis sept semaines une épingle de sûreté ouverte dans l'estomac.⁽²⁾ Des efforts de vomissements s'étant alors produits, firent remonter l'épingle à l'œsophage, la pointe en bas. Inutile d'ajouter qu'il enleva ce corps étranger, en moins d'une minute, avec la plus grande facilité. Quelques années plus tard le Dr Iglauer a relaté un fait à peu près semblable.⁽³⁾ Si nous publions notre observation, c'est uniquement dans le but de décrire un cas particulièrement rare, dont voici l'exposé.

Observation. — Le 28 février 1933, nous sommes appelé à l'hôpital Notre-Dame auprès d'une jeune fille de 17 ans, qui avait dégluti une épingle de sûreté. Elle raconte que l'après-midi même, vers 5 heures, alors qu'elle donnait des soins à un bébé d'un an, et qu'elle avait une épingle dans la bouche, l'enfant lui frappa la figure avec son pied. Le choc eu pour effet de produire un mouvement réflexe, et elle avala ce corps étranger. Après

(1) Communication faite à: *Societas Oto-Rhino-Laryngologica Latina*, Paris, 27 juillet 1933.

(2) Jackson Chevalier. — Open safety-pin in stomach for seven weeks: regurgitated into esophagus and removed by esophagoscopy. *Journ. Amer. Med. Assn.*, Vol. 76, page 577. Feb. 26th, 1921.

(3) S. Iglauer. — Open Safety-pin in the stomach then point downward in the esophagus. Removal. *The Laryngoscope*. St. Louis, Vol. 37, page 839. Nov. 1927.

l'accident, comme toujours dans ces cas, il y eu des symptômes de suffocation, suivis d'une douleur œsophagienne assez vive à la région sous-claviculaire. Une sécrétion muco-sanguinolente s'échappa ensuite de la bouche pendant quelque temps.

Admise deux heures plus tard à l'hôpital, la malade fut radiographiée par notre excellent confrère, le Dr Léonard, qui constata la présence d'une épingle de sûreté ouverte dans l'œsophage, pointe en haut dirigée à gauche, dont la partie médiane se trouvait vis-à-vis la quatrième et la cinquième vertèbres dorsales. Le fermoir de l'épingle était donc à trois centimètres environ en dessous des clavicules.

A l'examen du pharynx nous observons une irritation assez forte de la muqueuse, sans toutefois voir de déchirures. En présence de ce corps étranger œsophagien, nous proposons d'en faire immédiatement l'extraction. La malade étant très nerveuse, le père voulut bien consentir à l'intervention, mais à condition que sa fille fût endormie. Comme il n'y avait aucune contre-indication, on lui administra un mélange de chloroforme-éther; toutefois la période d'excitation fut plutôt pénible. Après avoir introduit bien lentement l'œsophagoscope de Chevalier Jackson, nous eûmes la surprise de ne pas trouver d'épingle dans la cavité œsophagienne. Cependant, à certains endroits, la muqueuse était sanguinolente. Le radiologiste appelé de nouveau, localisa ce corps étranger dans l'estomac, en position transversale par rapport à la colonne vertébrale, et du côté gauche. Nous décidons alors de revoir la malade le lendemain, avec l'arrière-pensée de peut-être lui prescrire le traitement classique préconisé en Europe, qui consiste à faire prendre une purée de pommes de terre ou autre, mélangée à du coton absorbant bien effiloché, — tel que nous avons eu déjà l'occasion de le dire dans deux communications.(1) Nous devons ajouter toutefois que Chevalier Jackson n'est pas partisan de ce traitement peu employé aux Etats-Unis. Le matin suivant, une nouvelle radioscopie laisse voir que l'épingle n'est plus dans l'estomac, et qu'elle n'est pas dans l'intestin. L'examen alors continué vers le haut permet de se rendre compte qu'elle est remontée dans l'œsophage, pointe en bas, ayant pris une position oblique gauche postérieure, juste derrière l'appendice xyphoïde. Le ressort de l'épingle se trouve en conséquence à 12 centimètres environ du cardia. Pendant la nuit, de violents efforts de vomissements avaient produit ce déplacement. Nous décidons d'intervenir une seconde fois, et la malade est anesthésiée de nouveau. Ayant introduit l'œsophagoscope, nous saisissons le ressort de l'épingle avec une pince à rotation, puis nous descendons le tube pour la recevoir et la fermer à son intérieur, et finalement nous enlevons le tout ensemble. La durée de cette intervention est de trente-huit secondes. L'épingle mesure quatre centimètres de longueur sur vingt-cinq millimètres de largeur de la pointe au fermoir lorsqu'elle est ouverte.

Les suites opératoires sont des plus simples, et la patiente retourne dans sa famille quelques jours après, — et depuis lors continue à bien se porter.

(1) J.-N. Roy. — De la nécessité de l'œsophagoscopie pour le diagnostic et le traitement des affections de l'œsophage. *L'Union Médicale du Canada*, fev. 1919.

Épingle de sûreté ouverte dans l'estomac d'un enfant. Passage par les voies naturelles. Réflexions. *Les Annales d'Oto-Laryngologie*, Paris, sept. 1933.

Cette observation nous inspire naturellement quelques réflexions. Tout d'abord nous dirons que les spasmes de la période d'excitation, provoquée par le mélange chloroforme-éther, chez cette malade très nerveuse, avaient eu pour effet de faire descendre le corps étranger directement dans l'estomac — puisque vingt minutes avant l'administration de cet anesthésique, les rayons X localisaient l'épingle à quelques centimètres en dessous des clavicules.

Maintenant, l'ablation d'une épingle de sûreté ouverte pointe en haut, dans l'œsophage d'un malade, offre de grandes difficultés, et le spécialiste qui prend la responsabilité d'un cas semblable toujours grave, doit être parfaitement au courant de toutes les manœuvres endoscopiques.

Quant à l'instrumentation, celle de Chevalier Jackson est sans aucun doute la meilleure. Nous ajouterons également que pour l'extraction de cette variété de corps étrangers, il faut encore recourir à l'une des nombreuses techniques de cet auteur, afin d'obtenir le plus de chances de succès possible, — comme nous l'avons du reste exposé dans deux travaux antérieurs.⁽¹⁾

Si au contraire une épingle de sûreté ouverte se trouve dans l'œsophage pointe en bas, il est alors facile de l'enlever. Toutefois, il ne faut pas oublier qu'elle doit être d'abord placée et fermée à l'intérieur de l'instrument, car sans cette précaution, il se produirait sûrement une déchirure de la muqueuse œsophagienne de bas en haut, pouvant peut-être devenir grave. Il faut aussi être très prudent lorsque l'œsophagoscope arrive près de l'épingle, et surtout ne pas appuyer sur le ressort. Si on néglige ce détail, la branche de la pointe peut traverser l'œsophage, et une infection de sa paroi se déclarer ensuite. Et comme complication, nous pouvons avoir une médiastinite suppurée toujours mortelle. D'ailleurs la littérature médicale relate un certain nombre de cas de ce genre, qui se sont tragiquement terminés.

Il est d'usage d'admettre qu'un corps étranger de l'œsophage parvenu spontanément dans l'estomac, est presque toujours expulsé sans incidents par les voies naturelles. Mais il est surtout reconnu qu'à la suite d'efforts de vomissements, ces corps étrangers remontent très rarement à l'œsophage. Lorsqu'ils sont dans la cavité stomacale,

(1) J.-N. Roy. — Epingle de sûreté ouverte pointe en haut, dans l'œsophage d'un nourrisson. Oesophagoscopie. Ablation. *L'Union Médicale du Canada*, sept. 1922.

Second cas d'épingle de sûreté ouverte pointe en haut, dans l'œsophage d'un nourrisson. Oesophagoscopie. Ablation. *Archives Internationales de Laryngologie, Otologie, Rhinologie et Broncho-Oesophagoscopie*. Paris, avril 1927.

il faut les surveiller tous les jours au moyen de la radioscopie, et par le contrôle des selles. Cependant, au bout de deux mois environ, on peut songer à leur ablation, — à moins que des symptômes alarmants n'aient déjà forcé la main du chirurgien. Dans certains cas, il est possible d'extraire un corps étranger de l'estomac par la gastroscopie, et Chevalier Jackson a rapporté entre autres deux observations fort intéressantes, d'épingle de sûreté ouverte retenue dans l'anneau pylorique chez un enfant; et du bouchon métallique d'un tube de pâte dentifrice, enlevés d'après cette méthode.⁽¹⁾ Dans d'autres cas, au contraire, si l'objet avalé est trop volumineux, ou trop irrégulier pour franchir le pylore, ou bien chez les fous par exemple, si la cavité stomacale contient de nombreux corps étrangers, il faut alors recourir de préférence à la gastrotomie. Le moment opportun de pratiquer cette intervention, — reconnue maintenant bénigne, grâce à l'asepsie — doit être déterminé par la nature du corps étranger, les probabilités de son passage dans l'intestin, le temps qui s'est écoulé depuis sa déglutition, les symptômes observés, et l'expérience personnelle du chirurgien.

En terminant nous nous excusons d'avoir décrit le traitement des corps étrangers de l'estomac d'une manière générale, et nous répétons qu'une fois arrivée dans cette cavité, une épingle de sûreté ouverte ne remonte presque jamais à l'œsophage. Cependant, si elle réussit à franchir de nouveau le cardia, il est facile de l'extraire. Tout de même, lors des manœuvres endoscopiques, le spécialiste doit être prudent pour ne pas enfoncer, dans la paroi de l'œsophage, la branche de la pointe, toujours dirigée en bas, dans cette circonstance. En dernier lieu, après avoir saisi avec une pince à rotation le ressort de l'épingle, il faut glisser l'œsophagoscope pour l'entourer et la fermer, avant d'en faire l'ablation.

(1) Jackson Chevalier. — Bronchoscopy and Esophagoscopy. Text-book. W. B. Saunders, Editor, Philadelphia, 1927, pages 375-376.

GROSSESSE À TERME APRÈS INJECTION DE LIPIODOL DANS UN UTÉRUS UNICORNE

Par L.-Arthur MAGNAN,

Assistant à la clinique gynécologique de l'hôpital Notre-Dame.

Nous avons, ici et ailleurs depuis trois ans, apporté plusieurs contributions à l'étude de la stérilité féminine.

Soit à l'aide de l'insufflation tubaire, soit par l'injection de lipiodol, nous avons réussi à diagnostiquer et à libérer quelques obturations tubaires.

Nous avons déjà décrit tous les détails de notre technique, qui sont l'application fidèle des enseignements de notre ami Claude Belclère de Paris. Il n'en sera donc pas question. Nous voulons simplement ennoblir la méthode avec un nouveau succès.

Une femme de 42 ans vient nous consulter en août 1932 pour dysménorrhée, migraine et stérilité primitive.

Les antécédents familiaux et personnels nous fournissent peu de renseignements si ce n'est une typhoïde à l'âge de 12 ans, qui a laissé la malade sans hypothèque. Après la puberté, à l'âge de 14 ans, les menstruations furent régulières, quelque peu douloureuses et de 4 à 5 jours. Le mariage à l'âge de 22 ans n'a amené aucun incident ou accident du molimen cataménial.

L'examen de l'abdomen ne révèle rien si ce n'est une adiposité un peu marquée. A l'examen vaginal, il y a un peu de sécrétion. Le col utérin est petit, avec une ouverture punctiforme et un œuf de Naboth à gauche. L'utérus est en rétro et latéro-déviations gauches, de grosseur normale, mobile et non douloureux. Les culs-de-sac sont libres et bien dépressibles; seul le cul-de-sac droit est un peu douloureux à la pression. Il n'est pas possible de bien délimiter les annexes. Pas de sécrétion urétrale ni autres troubles urinaires.

En face de cet examen à peu près négatif nous proposons un traitement à la folliculine et un examen au lipiodol. Après deux mois de traitement glandulaire nous lui faisons une injection utérine de lipiodol, la veille du début de la période de fertilité.

Le commencement de l'injection se fait facilement avec une pression moyenne normale. Après avoir injecté 4 cc. la malade accuse une douleur à droite. A ce moment nous sentons une résistance plus marquée au piston de la seringue. A l'écran, nous voyons l'utérus dévié à droite et bien injecté. Le lipiodol a pénétré dans le trajet filiforme de la trompe droite; cependant il ne semble pas y avoir de lipiodol dans la cavité abdominale. Nous augmen-

tons la pression malgré les protestations de la malade. La douleur est plus intense et devient très vive à droite. Nous voyons alors à l'écran une accumulation de lipiodol au pavillon de la trompe droite. La trompe gauche n'est pas injectée. Pendant que l'on prend un cliché, nous continuons notre injection en augmentant progressivement la pression. Nous injectons ainsi 9 cc. de lipiodol.

Le cliché montre un utérus allongé, dévié en arrière et à droite. Il y a une contraction du sphincter de Reinberg, à droite. La trompe est tortueuse, enroulée, avec un petit hydro-salpinx au pavillon. Il n'y a pas d'image de la trompe gauche. Il ne semble pas y avoir eu pénétration de lipiodol dans la cavité abdominale.

En face de cette image, i.e. la forme de l'utérus, l'absence non seulement de la trompe gauche mais du dessin de la corne utérine gauche, la présence d'une accumulation de lipiodol dans le pavillon de la trompe droite, l'absence de lipiodol dans la cavité abdominale, nous formulons nos conclusions: nous croyons qu'il s'agit d'une obturation tubaire par petit hydro-salpinx au pavillon de la trompe droite avec un utérus unicorne. La stérilité semble bien définitive. Cependant, nous demandons comme toujours, un examen de contrôle 24 heures après notre injection. A notre agréable étonnement, nous constatons, le lendemain, qu'il y a eu pénétration d'un peu de lipiodol dans la cavité abdominale. Ce fut suffisant. Le mois suivant, la malade passa ses menstruations et accoucha en octobre 1933.

En conclusion, nous devons dire que ces succès sont rares. Cependant, cet exemple prouve bien qu'il faut toujours tenter l'injection si l'on veut réussir.

La stérilité d'origine tubaire est une question relativement jeune. Il n'y a aucun doute ici que l'injection de lipiodol a seule contribué à la faire connaître et à la guérir. Dans notre cas le diagnostic clinique était à peu près impossible; il existait sûrement un petit hydro-salpinx qui obstruait le pavillon de l'unique trompe. Seule la pression forte et continue a procuré une perméabilité incomplète, mais suffisante pour permettre la fécondation.



INCONTINENCE SPHINCTÉRIENNE ET SPINA — BIFIDA — OCCULTA

Par J.-E. SAMSON,

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

La littérature médicale s'est, depuis quelques années, enrichie de nombreux articles concernant le spina bifida occulta. La plupart des auteurs ont essayé de montrer la relation qu'il y avait entre les symptômes observés chez ces malades et l'aplasie osseuse souvent découverte à la radiographie.

M. Nové Josserand a donné une description complète des troubles moteurs, sensitifs et trophiques, causés par le spina bifida occulta.

Les observations de pieds bots varus équins récidivants, de pieds creux, d'ulcères trophiques aux pieds, d'incontinence nocturne d'urine, dont la cause remonte au spina bifida, sont très nombreuses et les résultats favorables obtenus par le traitement chirurgical, ne se comptent plus.

Mais la paralysie sphinctérienne, causée par le spina bifida, semble être une complication grave, heureusement rare. M. Ombredanne, dans son précis, dit, en parlant du spina bifida occulta: "L'incontinence absolue des urines et des matières est aussi une conséquence fréquente des lésions qui nous occupent; cette incontinence est, le plus souvent, définitive."

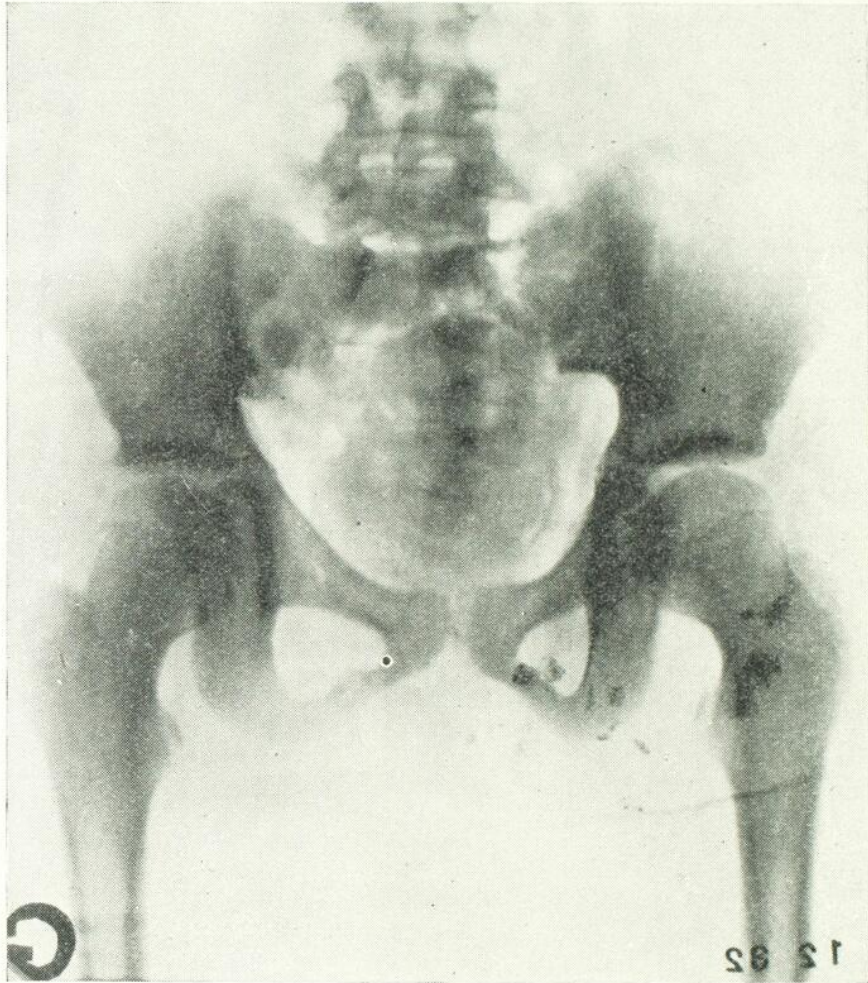
Spitzzy rapporte un cas où un arrêt de développement des arcs postérieurs du sacrum et des dernières lombaires, s'accompagnait de paralysie des sphincters.

M. Nové Josserand signale un cas d'incontinence sphinctérienne, en rapport avec le spina, sans indiquer le traitement, ni le résultat obtenu.

Nous n'avons pas trouvé d'autres observations semblables dans la littérature que nous avons sous la main.

Observation. — G. L., âgée de dix ans, nous est amenée à la consultation, le 24 octobre 1932, parce qu'elle souffre, depuis sa naissance, d'incontinence absolue des urines et des matières fécales. Elle fit différents séjours dans plusieurs hôpitaux de la ville, sans amélioration.

L'examen de cette enfant, rendue timide par son infirmité, nous révèle qu'elle est normale de partout, moins ce qui concerne sa région sacrée. L'on constate, à cet endroit, la présence d'une tumeur de volume d'une mandarine, régulière, solide, mollasse, indolore, mobile sous la peau, mais fermement adhérente aux plans profonds. La palpation de la base de cette tumeur permet de reconnaître qu'elle plonge dans le canal sacré. Les membres inférieurs



sont normaux, de même que les réflexes rotuliens, achilléens et plantaires. Une radiographie confirme la présence d'un grand hiatus causé par l'absence des apophyses épineuses et des lames des trois premières sacrées. A l'opération, l'on voit apparaître, sous la peau, une grosse tumeur lipomateuse qui pénètre dans le canal sacré par sa base et adhère intimement à la duremère. En voulant enlever toute la tumeur, l'on fait une déchirure de la duremère par laquelle le liquide céphalo-rachidien s'écoule. Les éléments nerveux sem-

blent normaux. La fissure duremérienne est fermée au catgut; la paroi postérieure du sacrum est fermée hermétiquement par un transplant musculo-aponévrotique qui est basculé de haut en bas et fixé aux parois de l'ouverture au moyen de points séparés de catgut. Les suites opératoires furent normales.

Huit jours plus tard, apparut au point déclive de la plaie, une petite tumeur fluctuante qui nous fit penser à l'existence d'une fissure dans la paroi musculaire. Nous fîmes appliquer un pansement compressif pendant deux jours, alors que l'on remarqua, à l'ablation du pansement, la présence d'une ouverture par où s'écoulait le liquide céphalo-rachidien. Le lendemain, l'on ferma cette brèche avec un autre transplant aponévrotique et la plaie guérit par première intention.

Résultat. — Dès le lendemain de l'opération, le sphincter anal devint continent et l'a toujours été depuis. La patiente commença aussitôt à sentir le besoin d'uriner; durant le jour, il lui arriva cependant, assez souvent, de mouiller son pantalon parce qu'elle n'avait pas le temps de se rendre à la chambre de toilette, après en avoir éprouvé le besoin. Elle fit de l'incontinence nocturne pendant six semaines. A ce moment, nous aurions aimé à faire faire une cystoscopie qui nous aurait renseigné sur les dimensions de la vessie et sa capacité de distention, sur la présence de brides ou autres anomalies empêchant la distension. Dans l'impossibilité d'obtenir cette information, nous avons entrepris une campagne de ré-éducation. Au début, l'enfant urinait toutes les heures, ne passant qu'une très petite quantité d'urine, chaque fois; puis, peu à peu, la capacité vésicale devint plus grande, la sensation du besoin d'uriner devint plus vive. A son départ de l'hôpital, la patiente ne mouillait plus son lit, si on l'éveillait deux fois durant la nuit.



REVUE GÉNÉRALE

RADIOTHÉRAPIE DES NÉOPLASMES AMYGDALIENS⁽¹⁾

Par Albert JUTRAS,

Diplômé en électro-radiologie de l'Université de Paris,
Radiologiste à l'Institut du Radium de Montréal.

L'amygdale palatine est une formation lymphoïde située à la base du voile du palais. Elle est constituée d'une *partie conglobée* faisant saillie entre les piliers antérieur et postérieur et d'une *partie non conglobée*, sorte de diverticule qui s'avance en haut dans l'épaisseur du palais mou en regard de la fossette sus-amygdalienne et porte le nom soit de recessus palatin, soit de sinus de Tortual suivant qu'il est peu ou très développé.

La charpente de l'organe est représentée comme d'habitude par du tissu conjonctif banal de soutien dans lequel logent des vaisseaux. Un épithélium pavimenteux stratifié qui est la continuation des muqueuses du voisinage, recouvre l'amygdale et y pousse des prolongements cylindriques, sortes d'invaginations en doigt de gant qu'on appelle les *cryptes*.

Les vaisseaux lymphatiques qui partent de l'amygdale s'anastomosent avec ceux qui viennent du voile du palais et de la base de la langue et se dirigent vers un groupe de deux ou trois unités ganglionnaires situées à l'angle du maxillaire inférieur formant les premiers relais, les premières barrières lymphatiques.

Le rappel de ces notions nous a paru utile au début de cette brève revue générale de la thérapeutique des tumeurs malignes de l'amygdale. Nous ne nous étendrons pas sur les diverses espèces histologiques de ces cancers. Il est néanmoins indispensable de les subdiviser d'après leurs tissus d'origine.

Les tumeurs malignes formées d'éléments appartenant ou jugés appartenir à la ligne de cellules dont le terme normal est le lymphocyte, porteront dans cette étude le nom général de *sarcomes*

(1) Conférence faite devant la Société Médicale de Montréal à sa séance du 19 décembre 1933, tenue à l'Université de Montréal.

lymphoïdes ou *lymphosarcomes*. Les tumeurs développées aux dépens de l'épithélium de revêtement seront désignées sous l'appellation d'*épithéliomas* sans tenir compte des sous-variétés; d'ailleurs dans cette catégorie, l'épithélioma pavimenteux à évolution épidermoïde reste l'espèce la plus commune, le type dit baso-cellulaire étant rare à cet endroit.

Le *sarcome banal* proprement dit, c'est-à-dire le fibro-sarcome fuso-cellulaire, né des tissus de soutien, est pour cet organe une exception, de même que l'angiosarcome et les autres tumeurs mesenchymateuses non spécifiquement lymphoïdes. Il existe un quatrième groupe de cancers de l'amygdale décrits par Regaud sous le nom de lymphoépithéliomes et qui semblent prendre naissance au fond des cryptes, là où l'union des éléments lymphatiques et des éléments épithéliaux est assez étroite pour permettre la conception d'une tumeur mixte participant à la fois de l'épithélioma et du lymphosarcome.

A l'heure actuelle la thérapeutique curative des tumeurs malignes, sans distinction d'espèces histologiques ou de siège anatomique, se limite aux deux modalités suivantes:

1° *la chirurgie*,

2° *la radiothérapie*, celle-ci comprenant comme nous le savons l'usage du *radium* et l'usage des *rayons X*.

Je dirait tout de suite que dans le cas particulier des tumeurs malignes de l'amygdale, la radiothérapie est à peu près la seule thérapeutique qui soit applicable. Les motifs de la retraite des chirurgiens hors de ce domaine se conçoivent aisément, et nul ne contestera l'impossibilité de faire en ce carrefour des voies digestives et des voies respiratoires une exérèse en tissu sain suffisamment large de la masse tumorale. Toutes les statistiques ont convaincu les chirurgiens de la vanité de leurs tentatives.

Epithélioma

Considérons en premier lieu le traitement de l'épithélioma tonsillaire. Plusieurs méthodes radiothérapiques sont actuellement employées à cette fin: il y a la *röntgenthérapie* (c'est-à-dire les rayons de Röntgen); il y a aussi toutes les modalités de la *curiethérapie* dont les principales sont:

la *radiumpuncture*,

la *radiumthérapie* juxta-muqueuse (Berven),

la *radiumthérapie* transcutanée par appareil moulé,

la *télécuriethérapie*.

Ces diverses méthodes ne s'appliquent pas indifféremment à tous les types cliniques. Nous nous bornerons en matière de curithérapie à la radiumpuncture bien que nous sachions que les applications au contact de la muqueuse ont donné à Berven de Stockholm, en combinaison avec les irradiations transcutanées, d'excellents résultats. La télécuriethérapie (gros foyers de radium à grande distance) est en théorie une très bonne méthode, mais son usage n'est pas encore très généralisé à cause de son prix élevé et de la mise au point encore imparfaite des techniques. Quant aux appareils moulés sur le cou des malades, ils ont été généralement décevants pour diverses raisons sur lesquelles nous n'avons pas à insister ici.

Les épithéliomas limités à l'amygdale relèvent de la radiumpuncture. Si l'épithélioma envahit le voile du palais ou s'il descend peu profondément vers le sillon glosse palatin, la curiethérapie interstitielle reste encore praticable. Il est évident qu'une lésion du voile du palais étant assez facilement radiumpuncturée aura plus de chance de guérir qu'une lésion infiltrant le sillon où la radiumpuncture est difficile à opérer avec une parfaite distribution des doses. Pour faire la radiumpuncture dans ce dernier cas, il faut abaisser la langue par traction. La langue remise en place, les aiguilles occupent une position imprévue, toute différente de la position première, si bien que certains points reçoivent des doses trop faibles et d'autres points des doses excessives. Heureusement l'évolution se fait plutôt vers le voile en raison de l'existence assez fréquent du récessus palatin ou sinus de Tortual qui est un prolongement de l'amygdale dans l'épaisseur du palais mou. En pratique, même si la lésion ne semble pas déborder les limites de l'amygdale palatine, il est prudent de mettre deux ou trois aiguilles en travers sur le voile du palais au-dessus de la fossette sus-amygdalienne et deux ou trois autres dans le sillon à cause de l'envahissement habituel de l'épithélioma vers l'une ou l'autre de ces deux régions. Quand l'épithélioma est très développé, il vaut mieux ne pas appliquer la curiethérapie interstitielle.

Coutard, par les rayons X seuls, a obtenu à l'Institut du Radium de Paris des succès remarquables dans les cas trop avancés pour la radiumpuncture. Sur 42 malades traités de 1919 à 1926, ce radiothérapeute a obtenu onze cas (23%) de guérisons vérifiées en 1931, c'est-à-dire après cinq ans et plus. Pour les malades traités après 1926, il est prévu que ce pourcentage atteindra un chiffre sûrement beaucoup plus élevé. De tels résultats sont magnifiques; mais il faut convenir qu'ils sont propres à Coutard. Tous les roentgenthérapeutes,

il s'en faut de beaucoup, n'ont pas connu pareils succès; néanmoins la guérison du cancer amygdalien par les rayons X est un fait acquis. Les méthodes röntgenthérapiques de Coutard sont célèbres dans le monde entier. On peut dire que présentement elles sont reconnues comme les plus efficaces, c'est pourquoi elles sont mises à l'essai un peu partout. Les irradiations par rayons X telles que préconisées par Coutard comportent essentiellement des petites doses bi-quotidiennes répétées pendant six semaines en moyenne. C'est la méthode des grosses doses fractionnées; les voltages habituels atteignent 200,000 volts; la filtration est forte: deux millimètres de zinc plus trois millimètres d'aluminium; la distance focale n'est jamais inférieure à 50 centimètres. Ces longs traitements ne se font pas sans difficulté ni sans inconvénient. On observe vers le 14ième jour une chute de l'épithélium des muqueuses irradiées avec mise à nu du chorion: c'est ce qu'on appelle la radio-épithélite. Une radio-épithélite normale, c'est-à-dire la radio-destruction des cellules épithéliales pavimenteuses, guérit 14 jours après la cessation des irradiations si le chorion n'a pas été lésé. Vers le 28ième jour, c'est-à-dire après un autre cycle de 14 jours, l'épithélium cutané tombe à son tour et cette fois c'est le derme qui est dénudé. La radioépidermite ainsi produite se répare elle aussi au 14ième jour de son apparition. Ces radiolésions ne sont pas des accidents, ne sont pas des brûlures dangereuses ni dommageables: elles sont la conséquence d'une biologie propre aux cellules épithéliales soumises aux radiations. Il y a lieu de supposer que la dose de rayons X ou de rayons gamma qui détermine leur mort est également suffisante pour tuer les cellules cancéreuses dérivées de ces épithéliums et qui sont à quelque distance en profondeur des surfaces cutanées détruites. Il convient ici d'ouvrir une parenthèse afin de mettre au courant les médecins non avertis de ce fait, pour qu'ils sachent bien qu'une blessure de cette sorte ne dénote pas une faute du radiologiste mais un acte opératoire parfaitement voulu et dirigé et sans lequel la radiothérapie des épithéliomas ne connaîtrait pas de succès.

La röntgenthérapie a sur la radiumpuncture la supériorité d'irradier simultanément la tumeur primitive et les adénopathies cervicales qui sont fréquentes et précoces dans le cancer des amygdales. Les premiers relais ganglionnaires des voies lymphatiques qui drainent l'amygdale palatine, le palais mou et la base de la langue sont situés, nous l'avons vu, à l'angle du maxillaire inférieur; ce qui fait qu'ils sont toujours baignés par le faisceau de rayons X dirigés contre

l'amygdale. Cette action simultanée sur l'amygdale et sur les adénopathies proximales est un gros avantage que l'on ne trouve pas dans le traitement par radiumpuncture. Par la seule radiumpuncture amygdalienne l'adénopathie reste intraitée. Dans ce cas, il faut faire intervenir contre les métastases lymphatiques soit la chirurgie, soit une autre modalité radiothérapique: rayons X, curiethérapie juxtaposée, télécuriethérapie.

Je n'insisterai pas sur les diverses méthodes radiothérapiques des adénopathies cervicales des tumeurs du pharynx. Toutes sont inférieures aux rayons X hormis la télécuriethérapie qui, théoriquement du moins, doit être aussi efficace. Attendons les résultats de l'expérience et la réalisation des espoirs que ce dernier procédé a fait naître. Il reste hors de doute que la röntgentherapie suivant la technique de Coutard est le meilleur traitement que nous ayons contre les adénopathies cervicales cancéreuses et je n'excepte pas la chirurgie. Cette question de l'association du radium et de la chirurgie dans le traitement des cancers pharyngiens pourrait à elle seule faire l'objet de longs débats.

Le curage étendu des lymphatiques du cou avec section en bloc du sterno-cléido-mastoïdien, de la jugulaire et du digastrique est l'opération recommandée. La technique en a été mise au point par Roux-Berger, chirurgien de l'Institut du Radium de Paris. Cette opération, très mutilante et responsable d'une forte mortalité immédiate et de nombreux inconvénients post-opératoires, a donné peu de satisfaction. Elle permet de faire un examen histologique des ganglions enlevés; mais, quand ceux-ci sont trouvés infestés, il est fréquent d'observer des récives plus ou moins précoces. Il semble bien que c'est Coutard, avec les rayons X, qui guérit le mieux les adénopathies cervicales métastatiques des épithéliomas naso-bucco-pharyngés.

Lymphosarcome

Je serai bref sur la question du sarcome lymphoïde: je donnerai simplement quelques-unes des conclusions d'un travail qu'il m'a été permis de faire à l'Institut du Radium de Paris en utilisant les documents d'observation qui m'avaient été confiés par le professeur Regaud et ses collaborateurs Coutard, Lacassagne, Monod, Pierrequin, Richard, etc.

De 1919 à 1928 inclusivement il a été traité à l'Institut du Radium de Paris 64 patients pour sarcome lymphoïde du pharynx

d'origine amygdalienne. 17 de ces patients ont été traités de 1919 à 1923 et tous sont morts. Sur 47 patients traités pour la même maladie, de 1923 à 1928, 16 vivent à l'heure actuelle et en bonne santé, soit 35%.

Dans la première période la plupart des patients avaient été soumis à la radiumpuncture et à des applications de radium à la surface de la peau. Dans la seconde période, remarquable par les heureux résultats, les rayons X ont été presque seuls employés et c'est là l'explication de la forte proportion de survies prolongées au delà de 5 ans. Nous parlons de survie et non de guérisons, car en matière de cancer en général et de sarcome lymphoïde en particulier, il faut être réservé. Nous avons vu un cas qui est resté apparemment guéri pendant près de 6 ans et qui mourut de métastase 8 ans après sa radiothérapie. Mais cela est une exception; en général on peut admettre le délai de 5 ans comme un bon criterium de guérison en ce qui concerne le lymphosarcome. Or 35% de guérisons anciennes d'au moins 5 ans, c'est très encourageant; car le lymphosarcome, bien que ce soit la plus radiosensible de toutes les tumeurs malignes, est difficile à guérir définitivement à cause de la fréquence de ses métastases. Une tumeur lymphoïde "*fond sous les rayons X comme de la neige au soleil*", mais dans l'enchantement de son apparente guérison le patient s'aperçoit d'une tuméfaction qui lui vient soit dans l'aîne, soit dans l'aisselle, soit ailleurs. Cette nouvelle tumeur, irradiée à son tour, disparaît aussi; mais bientôt le processus se généralise et triomphe de la radiothérapie.

Si nous avons trouvé tant de guérisons chez les patients traités à l'Institut du Radium de Paris, c'est qu'il y avait parmi eux onze sujets qui n'avaient pas encore d'adénopathie cervicale: ces onze patients à eux seuls ont donné 7 survies persistantes, c'est-à-dire presque la moitié du total des succès. Les 9 autres guérisons furent observées chez des patients dont les adénopathies étaient petites et limitées au cou. Tous les malades ayant de volumineux ganglions cervicaux ou des ganglions extra-cervicaux sont morts dans un temps plus ou moins long.

La röntgenthérapie selon le mode opératoire de Coutard est la plus efficace, la plus pratique, la plus économique de toutes les méthodes de traitement du lymphosarcome; mais encore faut-il qu'elle soit appliquée à temps, c'est-à-dire au stade local ou régional de la maladie.

Le lymphoépithéliome

Le lymphoépithéliome a une radiosensibilité qui tient le milieu entre celle de l'épithélioma et celle du lymphosarcomé. Ce néoplasme métastase également avec facilité. Le taux des guérisons obtenues est voisin de 50% par les méthodes radiothérapeutiques qui ne lésent pas les tissus.

Conclusions

Le danger des méthodes traumatisantes vient des possibilités d'essaiage qui est un obstacle commun à la radiumpuncture et à la chirurgie.

Toutes les opérations très larges sur les pharynx en vue d'extirper une tumeur maligne ont donné plus de déboires que de guérisons. La radiothérapie a pris d'emblée la place que la chirurgie lui a laissée sans discussion; mais, en toute conscience, nous ne pouvons pas prétendre que la radiothérapie des cancers de l'amygdale soit dans son ensemble un triomphe définitif. 35% de succès entre les mains des experts, c'est beau, mais c'est encore trop peu. Il reste 65% d'échec; c'est sur ce territoire qu'il faut travailler arduement, sans parti pris, en toute bonne foi pour guérir davantage. Le progrès le plus immédiat à réaliser dans toutes les variétés de cancers, qu'ils soient amygdaliens ou autres, c'est le diagnostic précoce et le traitement précoce. Et ce traitement précoce ne doit pas être chirurgical quand il faut qu'il soit radiothérapeutique, comme il ne doit pas être radiothérapeutique quand il faut qu'il soit chirurgical.

Chirurgiens, médecins et radiothérapeutes, unissons nos trop modestes moyens de lutte contre le cancer jusqu'au jour où une merveilleuse invention peut-être prochaine, peut-être lointaine mais ardemment espérée étendra plus loin nos pouvoirs. La chirurgie, la radiumthérapie, la roetgentherapie, ce sont peut-être des modes destinés à passer tour à tour; mais qu'importent les modes, nous dit Regaud, si nous continuons à progresser vers le but à atteindre, c'est-à-dire la guérison et la vie.



ÉTUDE ANATOMO-CLINIQUE et PHYSIOPATHOLOGIQUE DES TUMEURS DU LOBE FRONTAL

Par J. PANET-RAYMOND.

On peut, depuis une vingtaine d'années, grâce aux multiples travaux de Cushing et ses élèves, dépister plus précocement un syndrome d'hypertension intracrânienne. Aussi, dans la pratique courante, certains signes d'ordre général peuvent-ils assez facilement éveiller l'esprit du praticien et l'orienter vers ce syndrome. Ici peut-être plus que dans toute autre spécialité, le diagnostic précoce est la clef du succès du fait que les néoformations intracrâniennes se développent en général d'une façon assez lente et progressive. Il importe donc de faire un tel diagnostic avant la destruction des centres nerveux et l'installation de graves troubles secondaires pouvant plus tard compromettre inéluctablement le succès opératoire.

C'est dans un tel esprit que nous nous plaçons pour exposer cette courte étude. Les sujets d'observation nous ont été fournis à l'Institut Neurochirurgical du docteur Th. de Martel, notre maître et initiateur dans cette chirurgie si décevante au début, mais aujourd'hui si consolante par ses succès et je dirais même par ses résurrections. Nous tenons à lui exprimer ici toute notre vive reconnaissance pour la paternelle bonté avec laquelle il a bien voulu nous accepter comme assistant dans son service.

I. — Brève revue du syndrome d'hypertension intracrânienne

Un des syndromes les plus constants, sinon celui qui impressionne davantage le patient, c'est la *céphalée*, qu'elle siège au niveau du front, de l'occiput ou des régions temporales; c'est un signe évident de souffrance du système nerveux central. Pour bien en préciser l'étiologie il suffit d'interroger tous les systèmes de l'organisme: systèmes digestif, urinaire, sympathique, endocrinien, nerveux. Une fois bien caractérisée, tant au point de vue qualitatif qu'étiologique, cette céphalée orientera les examens complémentaires dans ce sens.

La *baisse de l'acuité visuelle*, quoique un signe quasi infaillible dans certaines tumeurs, ne semble toutefois pas alarmer le patient

autre mesure. Il consulte, en effet, longtemps après le début et si, par bonheur, on songe à examiner son fond d'œil, on mettra aussitôt en évidence une stase ou, tout au moins, une congestion de la papille. Il ne faut pas néanmoins mettre en parallèle la baisse de la vision et la *stase papillaire*, car souvent l'une varie en proportion inverse de l'autre. Nous avons constaté ce fait assez souvent. En plus de la stase, il existe fréquemment des obnubilations transitoires de la vision probablement dues aux variations de pression intracrânienne dans la gaine méningée du nerf optique, comme l'a démontré Dupuy-Dutemps. Parfois aussi se manifestent de réelles attaques d'amaurose avec "trous noirs" dans le champ visuel. Quant aux hallucinations visuelles décrites par J. H. Jackson, elles accompagnent assez souvent ou précèdent les crises épileptiques. En l'absence de tout signe de stase on pourrait rechercher l'hypertension artérielle rétinienne qui, selon Baillart, précéderait la stase papillaire et disparaîtrait aussitôt que celle-ci se manifeste.

Ainsi donc, la stase papillaire serait le signal d'alarme le moins trompeur dans les tumeurs cérébrales. Toutefois, comme partout ailleurs, l'absolutisme pourrait conduire à de graves erreurs, car les cas de tumeurs cérébrales sans stase papillaire sont très nombreux dans la littérature médicale: au moins 15% d'après Donald L. Butterfield. D'autre part, moins fréquents sont les cas rapportés de stase papillaire sans tumeur cérébrale, tel celui de H. Schaeffer et Debroise, concernant un cas de sclérose en plaques.

Les *vomissements* sont très inconstants dans les tumeurs autres que celles de l'enfant. Si, dans ce cas, ils sont pathognomoniques des tumeurs de la fosse cérébrale postérieure à tel point que l'on a décrit la forme digestive des tumeurs cérébrales, il n'en est pas de même quand la lésion siège à un autre endroit et on ne peut leur attribuer aucun rôle localisateur ou évolutif de la lésion. Ces vomissements, dus au syndrome hypertensif ou à la localisation postérieure (compression du bulbe, irritation du vague), ont comme caractéristique d'être produits sans effort et sans nausées, en jet ou en fusée: c'est le vomissement de type cérébral.

Les hématomésés au cours des tumeurs cérébrales sont rares: nous n'en avons trouvé qu'un cas rapporté par J. Hallé et J. Lereboullet chez un enfant dont l'autopsie révéla un médulloblastome du IV^e ventricule.

On recherche fréquemment aussi des cas de tumeurs cérébrales dont le symptôme initial s'objective par une *crise épileptique* soit

localisée, soit généralisée; en réalité la plupart de ces crises ont une prédominance bien marquée à un membre et deviennent rapidement généralisées. Il est d'une importance capitale de rechercher le mode de début de la crise, car c'est souvent le "symptôme focal" permettant la localisation exacte ou le point de départ de la lésion en évolution. Les crises épileptiques de Bravais-Jackson, typiques à prédominance faciale, brachiale ou crurale peuvent à coup sûr permettre une localisation précise. Ces phénomènes épileptiques traduisent l'irritation corticale de la voie pyramidale sans destruction du parenchyme. Mais on peut aussi rencontrer des atteintes plus profondes de cette même voie se manifestant par une hémiparésie, voire même une paralysie flasque.

On a beaucoup discuté sur la valeur symptomatique de l'épilepsie dans les tumeurs cérébrales; de plus en plus on tend à démembrement l'épilepsie dite essentielle en épilepsie symptomatique, et pour s'en convaincre il suffit de relire l'intéressant rapport sur les épilepsies fait par Jean Abadie à la XIIe Réunion Neurologique Internationale annuelle de Paris. Il est donc bien admis aujourd'hui que les tumeurs cérébrales jouent un grand rôle dans l'étiologie des épilepsies.

Comme conclusion à cette brève revue des signes d'hypertension intracrânienne, disons que tout patient se présentant avec céphalée, diminution de l'acuité visuelle avec ou sans stase, vomissements et troubles moteurs, le tout s'installant progressivement, doit être fortement suspecté de tumeur cérébrale.

II. — Quelques données récentes sur les troubles dus aux lésions du lobe frontal

Si nous étudions ici les tumeurs du lobe frontal c'est qu'elles nous paraissent les plus riches en symptômes facilement attribuables à une lésion localisée ailleurs; de plus, elles nous ont semblé mériter une place bien définie dans la nosologie neurologique, du fait que les auteurs se sont attachés à bien identifier les lésions des autres régions. En 1902, Oppenheim publiait un mémoire remarquable sur les tumeurs du lobe pariétal; Cushing décrivait les tumeurs de l'angle pouto-cérébelleux, en 1917; G. Guillain et R. Garcin étudiaient, en 1922, la sémiologie des tumeurs du splenium du corps calleux; C. Vincent et de Martel ont étudié les tumeurs frontales dans leur rapport du congrès International de Rome, en 1928, et J. Lereboullet, celles du 4ème ventricule, en 1932. tandis que Guillaume a synthétisé

les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure, il y a quelques mois à peine.

Nous laisserons de côté les tumeurs de la région rolandique, bien qu'anatomiquement elles doivent être intégrées dans le lobe frontal. La raison en est que ces tumeurs ont leur symptomatologie toute particulière et que le syndrome frontal est souvent alors relégué au second plan.

(A) Symptômes psychiques

Les troubles de l'*affectivité* sont en grande majorité les premiers notés, soit par le malade, soit par son entourage. C'est une mélancolie qui s'installe insidieusement, tendant à isoler le patient de ses semblables; il ne parle qu'en monosyllabes, évitant les longues dissertations. Son regard est fixé sur l'interlocuteur dans une expression d'hébétude ou d'anéantissement, sa tête s'incline légèrement en avant, son facies ressemble beaucoup à celui du parkinsonien. D'autres fois, et c'est la plus grande fréquence, nous sommes en présence d'un patient qui donne l'impression du bonheur le plus complet; on lui demande: "Comment allez-vous?" Il répondra par une boutade dans ce genre: "Très bien; et vous?" Il a toujours le mot pour rire, même au moment où il devrait le plus réaliser la situation; par exemple au début de son installation sur le fauteuil opératoire. Sans aller jusqu'aux non sens, ses paroles ont le caractère de jeux de mots; il a l'esprit à la plaisanterie, la "moria". De plus, chez la plupart de nos malades existait une note d'indifférence très marquée: telle mère de famille ne se préoccupe plus de ses enfants; tel industriel négligeait complètement ses affaires; tel enfant était souvent réprimandé parce qu'il ne pouvait fixer son attention à la classe. Cette indifférence s'étend aussi au domaine génital et se manifeste par une diminution de l'appétit sexuel également appréciable chez les deux sexes. On ne voit guère le contraire, c'est-à-dire une excitation.

Un autre symptôme assez constant est la diminution de la *mémoire*, surtout pour les faits récents. Ces personnes se souviennent parfaitement des différents événements de leur jeunesse, mais ne peuvent se rappeler l'article de journal lu la veille. De plus, les troubles de la mémoire de fixation sont très marqués et rendent compte de certains signes, comme la lenteur de l'idéation, l'apraxie idéomotrice et la catatonie décrite par Baruk.

La *désorientation* dans le temps et dans l'espace, décrite par Pierre-Marie, Van Bogaert et Alajouanine, peut se rencontrer aussi chez ces malades, mais ce symptôme est *moins* constant que les autres déjà mentionnés.

Dans les tumeurs siégeant au niveau du sillon olfactif nous observons une anosmie uni ou bilatérale selon que la lésion comprime une seule ou les deux bandelettes olfactives. Ces lésions sont le plus souvent des méningiomes prenant naissance dans le sillon olfactif lui-même ou encore sur la lame criblée de l'ethmoïde ou sur l'apophyse cristagalli. Ainsi en témoigne l'observation de ce malade espagnol qui ne présentait aucun autre signe neurologique qu'une stase papillaire bilatérale avec atrophie optique et une perte de l'odorat depuis 7 mois. A l'intervention, pratiquée le 17 octobre 1932, nous découvrîmes un méningiome du sillon olfactif du volume d'une petite orange, inséré en avant au niveau de la de la lame criblée de l'ethmoïde.

Il y a longtemps que les auteurs ont signalé, dans les tumeurs du IIIème ventricule ou de l'infundibulum, des crises d'*hypersomnie* continue ou même de simples accès de narcolepsie. On en trouve mention dès mars 1900 dans la "Nouvelle iconographie de la Salpêtrière", p. 101, où Soca relate "un cas de sommeil prolongé pendant sept mois par tumeur de l'hypophyse". Quelques années plus tard, en 1905, Hercouët consacre sa thèse au même sujet: "Le sommeil dans les tumeurs cérébrales"; puis viennent les nombreux travaux de H. Claude et J. Lhermitte, Fulton et P. Bailey, Guillain et Bertrand, J. Lhermitte et Tournay, Parker, etc.; Gouzalo, R. Lafora et J. Sanz, de Madrid, ont même communiqué leurs résultats expérimentaux au Congrès Neurologique International de Berne, en août 1931; ils ont injecté dans le IIIème ventricule du chat, au moyen d'une sonde dans l'aqueduc de Sylvius, des solutions de chlorure de Ca. qui devenaient rapidement hypnogènes, tandis que les solutions de chlorure de K. agissaient en sens inverse.

Au total, nous pouvons donc affirmer que la grande majorité des tumeurs frontales se manifestent tout particulièrement par un syndrome psychique qui en fait sans conteste la note dominante. Les symptômes neurologiques, comme nous le verrons maintenant, sont au second plan pour peu qu'ils se manifestent soit par une crise Bravais-Jackson ou une légère parésie faciale du type central.

(B) Symptômes neurologiques

Nous avons ici affaire à des signes frustes d'atteinte du faisceau pyramidal. Bien entendu, une *crise jacksonienne*, survenue parfois plusieurs années avant tout autre signe d'une néoformation intracranienne, pourra éveiller de sérieux soupçons d'une telle lésion et même en préciser la localisation comme symptôme initial. C'est

ainsi qu'une crise localisée au début au membre inférieur, au membre supérieur ou à la face orientera aussitôt vers la partie haute, moyenne ou basse de la frontale ascendante. Si en plus s'ajoutent des phénomènes d'anarthrie ou d'hémianopsie le doute ne persistera plus. Ces crises, très localisées au début, peuvent rapidement devenir généralisées et en imposer pour une épilepsie idiopathique ou soi-disant essentielle. C'est alors qu'un interrogatoire très minutieux du malade pourra préciser quelques secousses perçues longtemps auparavant au niveau des doigts du pied ou de la face. B. Pritchard rapporte dans "The Lancet" 5 observations typiques de tumeurs qui ne se manifestèrent que par des crises d'épilepsie généralisée, banale, qualifiée d'essentielle, de 1 à 18 ans avant l'apparition des signes objectifs. E. de Massary et Boguien rapportent aussi une observation très intéressante à la Société médicale des Hôpitaux, le 28 octobre 1932. Nous-mêmes avons noté, sur les 22 cas de tumeurs frontales vérifiées chirurgicalement, 11 cas s'étant manifestés au début par des crises comitiales, soit exactement 50%.

Nous rencontrons aussi des malades qui se plaignent d'une certaine *pesanteur* au niveau d'un membre. Cette sensation est souvent précédée de picotements, d'engourdissement. Si on demande à ces malades de nous serrer la main, on constate une diminution de force plus ou moins évidente d'un côté. Au contraire des crises comitiales dont nous venons de parler et qui réalisent le syndrome pyramidal par "irritation", nous avons ici affaire à un syndrome pyramidal par "déficit". En effet, tandis que l'on peut objectiver un signe de Babinski en extension nette, devant une crise comitiale, c'est en vain que l'on pourrait ici mettre un tel signe en évidence. Les réflexes ostéo-tendineux sont à peine plus vifs d'un côté et les cutanés-abdominaux persistent. Seule la "manœuvre de la jambe" de Barré peut renseigner sur l'existence d'un déficit moteur pyramidal. Nous avons eu l'occasion de vérifier cette manœuvre dans plusieurs cas et infailliblement elle extériorisait un léger déficit moteur. Ce signe réalise donc le phénomène d'hypotonie consécutif à une lésion de la voie pyramidale qui exercerait toutefois, d'après Thévenard, sur le tonus extenseur, une inhibition d'importance secondaire.

Autre signe remarqué assez fréquemment et localisant la lésion à la 2ème circonvolution frontale: c'est le "*forced grasping reflex*" des auteurs anglais. Ce serait le réflexe de la préhension forcée rencontrée dans certains myopathies.

De tous ces signes révélateurs d'une atteinte pyramidale, la *paralysie faciale* de type central est le moins inconstant. Nous l'avons

noté dans 68% des cas opérés. Elle se manifeste par une légère asymétrie des muscles innervés par le facial inférieur qu'il faut objectiver en demandant au malade de montrer les dents, faire la grimace ou même tirer la langue.

L'abolition ou la diminution du *réflexe cornéen* se voit aussi fréquemment dans les lésions corticales et nous forcerait d'admettre, selon Cerise et Thurel, l'existence pour le réflexe cornéen d'un centre cortical compris dans le centre facial occupant l'opercule rolandique.

Par contre, un *syndrome cérébello-vestibulaire* donne très souvent le change pour une lésion de la fosse cérébrale postérieure. L'ataxie frontale décrite par Bruns en 1892, reprise par Gordon en 1926, est assurément une entité symptomatique très polymorphe. Elle consiste en troubles cérébelleux statiques, en ataxie-abasie par atonie à la *station debout* (Shilder et Van Bogaert) ou dans un Romberg positif. On peut aussi rencontrer des troubles kinétiques tels que la *dysmétrie* et l'*adiadococinésie* (P. Bailey) et du *nystagmus horizontal* dans le regard latéral s'épuisant rapidement, à tel point que souvent le malade se présente avec une symptomatologie typiquement postérieure, telle cette jeune fille présentée à la Société de Neurologie de Paris, à la séance du 4 mai 1933 par T. de Martel, A. Monbrun et J. Guillaume, qui rendait vraisemblable le diagnostic de tumeur postérieure. Une ventriculographie fut faite et montra nettement l'amputation de la corne frontale droite (volumineux astrocytome fibrillaire kystique). Nous verrons plus loin l'interprétation que l'on doit donner à ces manifestations cérébello-vestibulaires.

(C) Symptômes oculaires

Evidemment, le principal des signes oculaires est la *stase papillaire* et la baisse de l'acuité visuelle puisque c'est souvent le signal-symptôme pouvant orienter le diagnostic vers celui de tumeur cérébrale. Nous n'avons rien à ajouter à ce qui a été dit dans un chapitre précédent sur la stase papillaire; elle présente toujours le même aspect morphologique, quelle que soit la localisation de la tumeur. Mais qu'elle soit plus ou moins marquée, que les veines rétiniennes soient plus ou moins dilatées et soulevées, que l'artère soit rétrécie dans son calibre au point de devenir filiforme, nous sommes en présence uniquement d'une manifestation d'ordre circulatoire se traduisant au niveau de la papille par un engorgement des vaisseaux; il n'y a pas lieu donc d'attacher une importance localisatrice à la

stase de la papille. D'aucuns pourraient prétendre qu'elle est plus marquée dans les tumeurs postérieures ou qu'elle apparaîtrait alors plus précocement, mais nous croyons sincèrement qu'il serait téméraire de tabler sur la qualité de la stase pour faire une localisation. Il n'en reste pas moins vrai que, dans les tumeurs postérieures, ce signe est d'une très grande fréquence et peut aussitôt orienter un diagnostic vers la fosse postérieure, comme dans ce cas de stase aiguë rapporté par Monbrun, de Martel et Guillaume dans les Archives d'Ophthalmologie d'octobre 1931.

Il en est autrement quand la papille présente un aspect blanchâtre aux contours nets, sans modification du calibre des vaisseaux; c'est l'*atrophie optique primitive* témoignant d'une compression directe sur le nerf optique lui-même, donc situant la lésion en avant du chiasma. La grande majorité des tumeurs de l'hypophyse donne une atrophie optique primitive.

L'*atrophie optique survenant après une stase* présente une tout autre image: ici les contours sont flous, la papille est blanchâtre et il y a parfois persistance d'une légère dilatation des veines rétiniennes. L'intensité de ce processus peut varier d'un œil à l'autre jusqu'à réaliser le signe de Foster Kennedy. Pour cet auteur, sont pathognomoniques d'une lésion frontale: la névrite rétro-bulbaire avec scotome central et grosse baisse de l'acuité visuelle du côté de la lésion, œdème papillaire du côté opposé et anosmie du même côté.

Le *champ visuel* est habituellement sans particularité sauf dans les cas où la lésion empiète franchement sur la bandelette optique; nous aurons alors une hémianopsie latérale homonyme. Ainsi nous avons pu noter ce symptôme dernièrement dans un cas d'adénome hypophysaire qui doit classiquement provoquer une hémianopsie bitemporale, comme d'ailleurs toutes les lésions de la région chiasmatisque. La raison est que, dans ces cas, la lésion, au lieu de ne comprimer que les fibres croisées du chiasma qui innervent la moitié interne de la rétine, se projette asymétriquement sur une bandelette rétro-chiasmatisque, provoquant ainsi une compression des fibres croisées et directes d'un côté et se manifestant par une hémianopsie latérale homonyme. L'hémianopsie latérale homonyme est rare dans les tumeurs frontales, mais nous comprendrons maintenant pourquoi elle se retrouve dans certains cas.

L'*exophtalmie unilatérale* est un très bon signe de localisation dans les néoformations du lobe frontal. Elle est plus fréquente dans les méningiomes de la petite aile du sphéroïde ou dans les lésions très antérieures du lobe.

Il n'existe aucune autre modification du système oculaire susceptible d'être retenue comme symptomatique: la pupille n'offre aucune déformation typique ni troubles de sa contraction, les mouvements associés des yeux sont intacts. Seule existe parfois une paralysie de la 6ème paire, simple manifestation d'un processus hypertensif n'ayant aucune valeur localisatrice.

(D) Absence de troubles neurologiques

Cette symptomatologie frontale énumérée, il pourrait maintenant paraître paradoxal de consacrer un chapitre à l'absence de troubles neurologiques dans les tumeurs de cette région, mais le fait est si fréquent que nous devons le mentionner. Aussi il serait pour le moins téméraire de vouloir absolument colliger tous les symptômes déjà étudiés pour porter un diagnostic de lésion frontale.

Tel malade, en effet, ne relatera dans son histoire que quelques crises motrices très vagues et espacées ou des pertes subites de connaissance auxquelles, d'ailleurs, il attache très peu d'importance, les qualifiant simplement de "crises nerveuses". Tel autre objectivera, à l'examen, une légère paralysie faciale sur laquelle même on attire son attention pour la première fois. D'autres encore constatent une diminution de l'acuité visuelle ou de persistantes céphalées et viennent consulter après un échec de toute thérapeutique. Enfin il arrive fréquemment que l'entourage du malade remarque, depuis un certain temps, un changement dans son caractère, une indifférence envers les siens ou une irritation trop facile.

Mais peut-on porter un diagnostic de tumeur cérébrale avec ce minimum de troubles? Evidemment non. Il faudra interroger minutieusement tous les systèmes par une série de recherches sur lesquelles nous allons maintenant dire quelques mots.

(à suivre)



LE SYMPATHIQUE ET LES GLANDES ENDOCRINES⁽¹⁾

Par E.-G. ASSELIN,
Professeur de physiologie à l'Université de Montréal.

Si on examine les organismes inférieurs, à forme simple, placés au bas de l'échelle de la série animale, on constate qu'il y a absence de système nerveux et que les activités cellulaires de ces organismes dont le protoplasme est formé de colloïdes, de cristalloïdes, et d'ions sont soumis aux lois de la chimie et de la physique.

On observe les mêmes phénomènes chez l'embryon humain au début de sa formation, pas de système nerveux. Les cellules croissent et se développent suivant les activités chimiques et physiques.

A mesure que le fœtus se développe et que les organes passent d'une structure simple à une structure plus complexe, le besoin d'un système nécessaire à la régulation, à la coordination, à la corrélation et au contrôle des fonctions devient indispensable, c'est alors que le système nerveux apparaît dans l'organisme.

Le système nerveux, dit Claude Bernard, n'est qu'un harmonisateur général nécessaire seulement dans les organismes un peu compliqués.

Il y a-t-il une corrélation fonctionnelle entre le système nerveux sympathique et les glandes endocrines? Des faits d'ordre embryologique, physiologique et pathologique et même pharmacologique démontrent qu'entre le système nerveux végétatif et les glandes endocrines existent d'étroits rapports.

On sait que le développement de certaines glandes endocrines et celui du système nerveux sont parallèles.

Pour bien comprendre cette interdépendance neuro-glandulaire une description résumée du système sympathique s'impose.

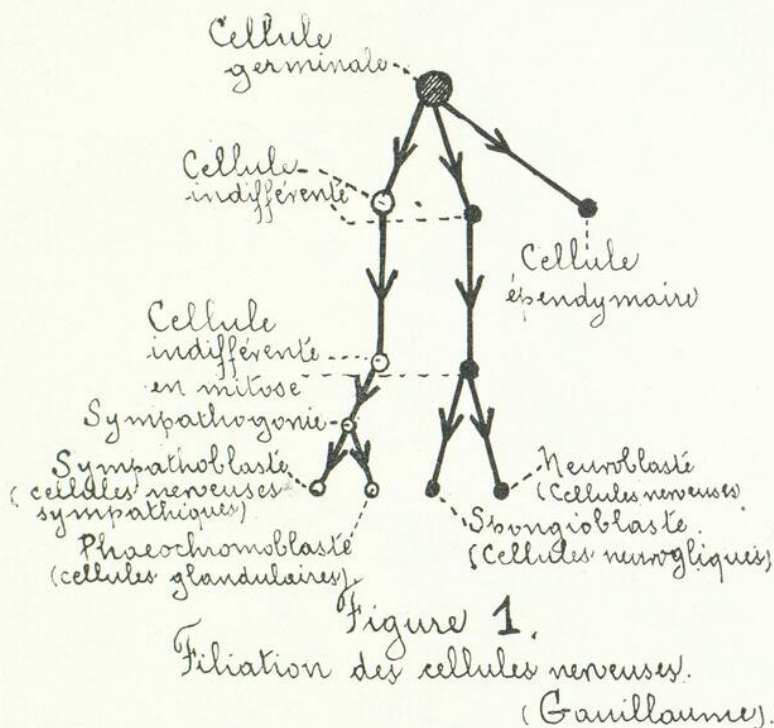
Après que l'ovule fécondée a passé par les stades de morule, blastule et gastrule, nous assistons à la formation de 3 membranes ou feuillet superposés qui sont les feuillet du blastoderme: le feuillet externe du blastoderme, le feuillet moyen et le feuillet interne. Ce feuillet moyen se dédoublera, son feuillet externe s'accollera au feuillet externe du blastoderme pour former la somatopleure et le feuillet

(1) Travail présenté à la Société Médicale de Montréal, le 21 mars 1933.

interne du feuillet moyen s'accolera au feuillet interne du blastoderme pour former la splanchnopleure.

Le feuillet externe ou ectoderme est celui qui nous intéresse, puisque c'est aux dépens de ce feuillet que naîtront et évolueront les éléments du système nerveux.

Aux premières périodes de son évolution l'axe cérébro-spinal nous apparaît sous forme d'une gouttière dont les parois formées aux dépens de l'ectoderme contiennent en germe sous formes de cellules germinales indifférentes ce qui sera d'un côté la cellule nerveuse ou neurone (neuroblastes) et le tissu de soutien des cellules neurogliales (spongioblastes) et, d'un autre côté, les cellules épendymaires (canal épendymaire).



Plus tardivement, développées aux dépens de l'ectoderme, apparaîtront deux crêtes ganglionnaires coiffant les deux bords libres de la gouttière.

A un stade plus avancé la gouttière se ferme, le tube neural se trouve constitué. C'est à l'extrémité de ce tube qu'apparaîtront les vésicules primitives, qui donneront naissance aux différentes parties du cerveau.

Après la fermeture de la gouttière médullaire les cellules germinatives s'éloignent des parois du tube neural et vont former sur ses côtés un premier amas, le ganglion spinal.

Cette prolifération et cette migration continuent et l'on voit de ces cellules suivre les racines antérieures et les racines postérieures et se grouper de chaque côté de la colonne vertébrale pour former les ganglions de la chaîne latéro-vertébrale de grand sympathique.

Les groupes ganglionnaires

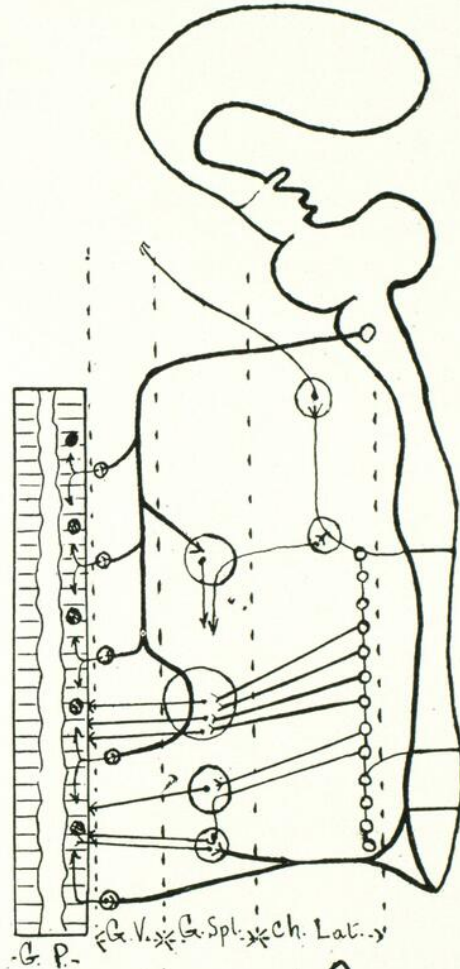


Figure 2.

- Ch. Lat. : ganglions latéro-vertébraux.
 G. Spl. : ganglions splanchniques.
 G. V. : ganglions viscéraux.
 G. P. : ganglions parenchymateux ou intra-viscéraux

D'autres cellules arrivent en avant de la colonne vertébrale et y forment les ganglions médians ou prévertébraux. D'autres vont encore

plus loin, viennent en contact avec les viscères et même, les pénètrent constituant les ganglions juxta-viscéraux ou parenchymateux. Ces cellules qui ont formé ces différentes séries de ganglions viennent d'une cellule d'abord indifférente devenue sympathique.

Là ne se borne pas son évolution, elle donne naissance à des cellules s'orientant du côté glandulaire devenant cellules chromaffines ou phæochromes ou cellules adrénaliniques des paraganglions, ganglions parasurrénaux.

Le sympathique apparaît donc comme une émanation directe du tube nerveux central.

A la périphérie le grand sympathique est en étroite relation avec les cellules phæochromes ou chromaffines des glandes endocrines.

Ces faits démontrent d'un côté la communauté d'origine des cellules nerveuses du grand sympathique et des cellules nerveuses du système nerveux central, de l'autre la parenté des cellules sympathiques et des cellules adrénaliques.

Il existe donc dans le sympathique quatre ordres de ganglions. Juxta-vertébraux, prévertébraux ou splanchniques, juxta-viscéraux et intraviscéraux ou parenchymateux.

Il ne faudra pas confondre ce qu'on qualifie de ganglions sympathiques formés de cellules avec les amas gangliformes, qui ne sont que des amas de fibres entrecroisées autour des vaisseaux.

C'est dans les ganglions que se font les raccordements entre neurones.

QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR SYSTEME SYMPATHIQUE?

On a décrit sous ce nom un ensemble de filets nerveux et de ganglions formant un système régulateur des fonctions de nutrition ou mieux des fonctions qui ne sont pas sensorio-montrices volontaires (Laignel Lavastine).

Winslow en 1723 décrit trois nerfs sympathiques: le grand sympathique, le moyen sympathique ou nerf vague, notre pneumogastrique, enfin le petit sympathique ou nerf facial.

Gaskell l'appelle système involontaire — Système autonome (Langley) — système neuro-glandulaire de la vie organique (Guillaume), — Système végétatif (Higier). Système de la vie organo-végétative. Chaîne sympathique des physiologistes.

Laïgnel Lavastine propose la nomenclature suivante: Il appelle Holosympathique l'ensemble du système nerveux organo-végétatif c'est-à-dire le sympathique.

Orthosympathique (orthos droit) qui répond au grand sympathique de la nomenclature classique.

Parasympathique (para à côté) crânien et pelvien.

Arc réflexe organique (Guillaume)

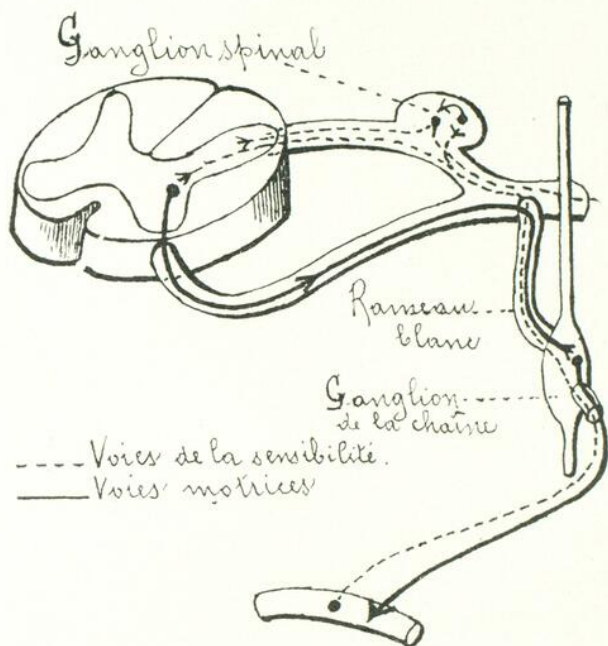


Figure 3.

Au lieu de parasympathique, Sicard suggère le mot catasympathique (cata, contre, opposé), à cause de l'action antagoniste qui existe entre le parasympathique et le sympathique. Vu l'importance du nerf vague dans le parasympathique crânien, on appelle cette partie du système organo-végétatif: vago-sympathique.

Le système sympathique du point de vue fonctionnel soutire des centres nerveux (moelle et encéphale) son pouvoir excito-moteur. Aujourd'hui que nous savons que le système sympathique n'est pas indépendant, étant relié au système céphalo-rachidien, on lui considère donc deux portions, une centrale et une périphérique.

La portion centrale est représentée dans la moelle par des groupements cellulaires qui siègent dans la partie latérale de la corne grise antérieure, des groupements siégeant dans la partie interne de la corne antérieure, enfin des groupements de la corne postérieure.

Masse intermedio-latérale — Masse médio-ventrale — Masse dorsale du Stilling-Clarke.

Le connecteur centro-ganglionnaire qui part de la cellule centro-organique chemine dans la racine antérieure dans le nerf mixte rachidien, puis dans le rameau communicant blanc pour se terminer dans le ganglion juxta-vertébral.

La terminaison de la fibre centro-organique ne se fait pas toujours dans le premier ganglion qu'elle rencontre sur son passage où elle fait synapse (avec la cellule du ganglion). Il y a d'autres modes de terminaison.

Ainsi la fibre blanche arrivant au niveau d'un ganglion vertébral donne une collatérale qui s'articule avec une cellule de ganglion, puis remontant la chaîne fait de même pour un deuxième ganglion, pour un troisième et ainsi de suite pour quatre ou plusieurs autres ganglions.

Troisième mode de terminaison: la fibre arrivant au niveau du ganglion vertébral le traverse sans s'y arrêter et cheminant en compagnie de fibres grises arrive au niveau d'un ganglion des grands plexus viscéraux.

Quatrième mode de terminaison. Allant encore plus loin le connecteur traverse le ganglion vertébral et le ganglion viscéral pour arriver au niveau d'un ganglion situé dans la paroi d'un viscère (ganglion pariétoviscéral ou parenchymateux).

Nous avons mentionné qu'outre les ganglions qui forment la chaîne juxta-vertébrale il existe des ganglions médians ou prévertébraux ou plexus. Ces plexus étendus depuis la base du crâne jusqu'au bassin reçoivent de la chaîne latéro-vertébrale des fibres en connection avec leurs ganglions; ils reçoivent aussi des rameaux du parasymphatique. De haut en bas, ces plexus sont

Le plexus pharyngien

“ “ cardiaque

“ “ pulmonaire

“ “ solaire (ganglion semi-lunaire et n. splanchnique.
Ganglions mésentériques supérieurs).

“ “ lombo-aortique.

“ “ hypogastrique où arrive le para-symphatique par le
nerf pelvien qui renferme les nerfs érecteurs.

(à suivre)

PETITE CLINIQUE

DEUX CAS DE SYPHILIS ACQUISE CHEZ LE NOURRISSON

Par **Albéric MARIN**,

Chef du service de dermato-syphiligraphie à l'hôpital Notre-Dame,
Professeur agrégé à l'Université de Montréal.

Il n'est peut-être pas inutile d'insister encore une fois et après tant d'autres sur l'importance capitale du diagnostic précoce du chancre syphilitique. Le méconnaître dès les premiers jours qui suivent son apparition, c'est laisser évoluer chez le malade la tréponémie jusqu'à l'éclosion des accidents secondaires, c'est aussi exposer son entourage à des occasions multiples de contamination.

D'ordinaire l'accident primitif s'individualise nettement et les signes morphologiques qu'il présente en indiquent bien la nature. Leur recherche méticuleuse permet dans la vaste majorité des cas à l'examen clinique seul de donner des renseignements précis.

Il importe donc hautement que le praticien connaisse les caractères de l'ulcération initiale et que de plus il n'hésite pas à les reconnaître lorsqu'il les voit, ce qui n'est pas toujours le cas.

Il est maintes occasions où le sens médical est obnubilé par des arguments qui ne devraient jamais être invoqués. Le médecin laisse fausser son jugement par des considérations extra-médicales et élimine d'emblée, systématiquement la syphilis pour des raisons (qui n'en sont jamais) de famille, de situation sociale, d'éducation, etc...

Il est en effet bizarre de constater, et ceci est un fait d'observation courante, combien d'entre nous sont influencés par des motifs dénués de valeur scientifique. Certains ne penseront pas à la vérole ou s'ils y pensent c'est pour écarter cette pensée avec horreur, même en présence de certains symptômes évidents, parce que le sujet qu'ils examinent est d'une condition sociale où de semblables calamités ne surviennent jamais. Comme si la syphilis — bonne fille disciplinée — respectait certaines castes et n'osait pas frapper plus haut que certains

degrés de la hiérarchie sociale pour n'être que l'apanage des classes plébéiennes. Parfois encore, des médecins ne voudront pas, malgré la présence de signes évidents, s'arrêter un instant à envisager la possibilité d'une étiologie luétique parce que le malade qu'on leur présente, trop jeune, n'a pas encore atteint l'âge adulte où la syphilis acquise soit de mise.



Chancres des grandes lèvres. Syphilis acquise chez une fillette de 11 mois.

Or, il ne faut pas l'oublier, il est pour les enfants d'autres manières que la vénérienne d'acquérir cette infection. Il peut sembler oiseux d'écrire de telles choses, mais les deux observations suivantes nous ont convaincu qu'il n'est pas superflu de revenir sur ce point qu'il est bon de se rendre à l'évidence quand celle-ci est claire et précise.

Observation I.

Thérèse G..., dossier 72666, Service de Dermato-Syphiligraphie de l'Hôpital Notre-Dame, âgée de 11 mois, pesant 16 livres, nous est montrée, en septembre 1927, pour ulcérations vulvaires, dont l'apparition remonte à une quinzaine environ.

Il s'agit de deux ulcérations situées sur l'une et l'autre lèvre, en leur partie moyenne, en regard l'une de l'autre.

Ces exulcérations sont de forme et de dimension identiques. Elles sont superposables. Elles sont régulièrement arrondies et un peu plus grandes que des pièces de dix sous.

Ce sont des érosions superficielles, sans bords décollés. La surface en est lisse, le fond uni, non bourgeonnant, non anfractueux, non vermulu mais plan et comme vernissé. Ce fond n'est pas purulent mais couleur chair musculaire.

La palpation révèle une légère induration, nettement limitée, non pas un empâtement diffus mais "en carte de visite". Cette palpation n'est pas douloureuse. Elle ne semble pas non plus être la cause de douleurs spontanées, sa mère n'ayant pas remarqué que l'enfant pleurait plus que d'habitude.

Enfin, dans les plis inguinaux, nous constatons de chaque côté 2 ou 3 petits ganglions durs, mobiles qui roulent sous le doigt. L'examen à l'ultra-microscope révèle la présence de tréponèmes pâles.

La prise de sang par ponction de la jugulaire n'a pu être faite, la mère s'y refusant. L'enfant est immédiatement mise au traitement par injections intra-musculaires de Sulfarsenol. Au bout de 15 jours, les ulcérations se sont complètement réparées. Les injections sont continuées à raison de 0.06 centigrammes par semaine jusqu'à une dose totale de 0.80 centigrammes pour la série, puisque l'enfant pèse 8 kilos, (0.10 ctg. par kilos).

Le mode de contagion n'a pu être retracé. Le père, la mère, la bonne, que nous avons examinés, sont tous trois cliniquement et sérologiquement négatifs.

Observation II.

Aline R..., dossier 80927, Service Dermato-Syphiligraphie de l'Hôpital Notre-Dame, âgée de 2 ans, nous est amenée, le 19 février 1934, pour une ulcération siégeant à la lèvre supérieure, dont le début remonte à un mois.

L'enfant est pâle, prostrée, pleurniche sans cesse, dort à peine.

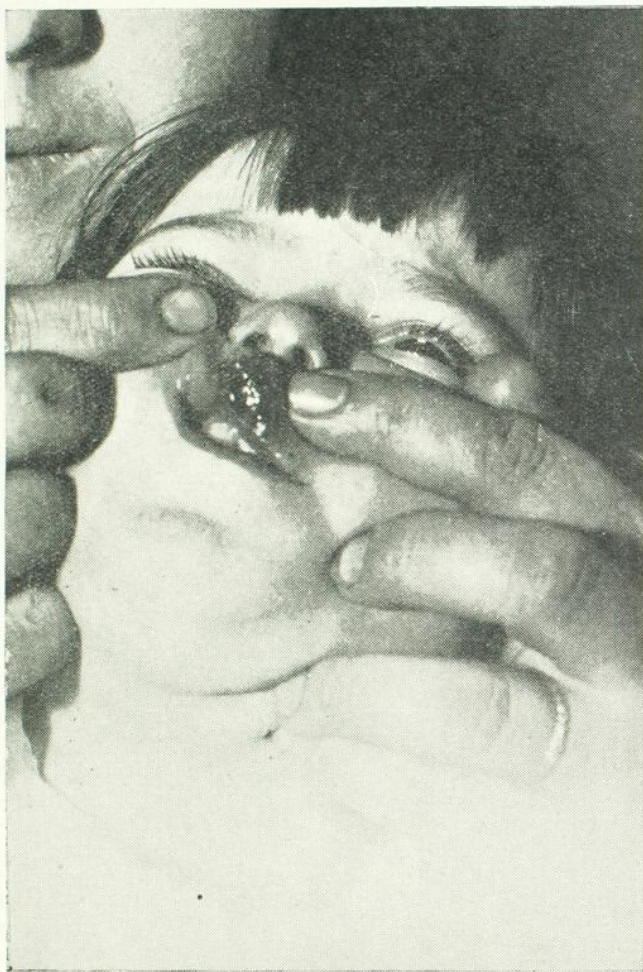
A l'examen, on aperçoit au segment médian de la lèvre supérieure une lésion à cheval sur la muqueuse et la demi-muqueuse.

C'est une érosion arrondie, superficielle, sans bords décollés, à limites précises. Le fond en est uni, lisse, rouge, légèrement suintant. On perçoit une fine induration papyracée sous-jacente.

Un gros ganglion sous-maxillaire est révélé par la palpation. Une recherche à l'ultra-microscope montre de nombreux tréponèmes pâles. Une prise de sang a donné un Wassermann positif total.

Le mécanisme de la contamination n'a pu être élucidé.

Nous croyons ces observations intéressantes parce qu'elles montrent que la syphilis "*acquise*", pour être exceptionnelle chez le nourrisson, n'en existe pas moins et qu'elle peut présenter des signes aussi caractéristiques que chez l'adulte.



Chancre de la lèvre supérieure. Syphilis acquise chez une fillette de 2 ans.

Son diagnostic en est relativement aisé à moins, de par une idée préconçue, de ne pas l'écartier d'emblée systématiquement comme étant une chose impossible.

On accuse volontiers les syphiligraphes de voir la syphilis partout. La faute en est plutôt à la syphilis qui se met un peu partout.



REVUE DES LIVRES

P. NOBECOURT et L. BABONNEIX. — **Traité de Médecine des Enfants. Tome II.** Maladies infectieuses. Affections du sang et des organes hématopoiétiques. Un volume de 960 pages avec nombreuses figures. Paris 1934 (Masson et Cie, éditeurs).

Le Tome II du *Traité de Médecine des Enfants* de Nobécourt et Babonneix expose l'état actuel de nos connaissances sur les maladies infectieuses, les affections du sang et des organes hématopoiétiques.

Il débute par un court chapitre de pathologie générale consacré à l'infection chez les enfants du premier âge. On y trouvera un clair exposé par J. Cathala et J. Chabrun, des idées de Ribadeau-Dumas, dont les travaux sur ce sujet, ont fait faire tant de progrès à l'hygiène et à la thérapeutique du nourrisson.

Avant d'aborder l'étude particulière des diverses maladies infectieuses, J. Cathala et J. Chabrun définissent ce qu'on doit entendre, à l'heure présente, par l'état septicémique et consacrent un chapitre aux septicémies de l'enfance. Il faut savoir gré aux auteurs de nous donner sur ce point des notions aussi récentes que précises.

Les chapitres suivants traitent, tour à tour, de la scarlatine, de la rougeole, de la rubéole, de la quatrième, de la cinquième et de la sixième maladie, de la varicelle, de la variole, de la vaccine, des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, de la diphtérie, des oreillons, de la coqueluche, de l'érysipèle, du rhumatisme, de la grippe, du tétanos, des érythèmes infectieux, des érythèmes polymorphes, de l'érythème noueux, de la suette miliaire et du paludisme. Ils sont signés par des pédiatres tels que P. Gauthier (de Genève), R. Turpin (de Paris), E. Cassoute (de Marseille), H. Grenet (de Paris), P. Nobécourt et G. Boulanger-Pilet (de Paris), Jean Faraf (de Paris), J. Milhit (de Paris), Paul Bertoye (de Lyon), H. Darré et René Martin (de Paris), Georges Paiseau et Jean Hutinel (de Paris).

H. Darré et René Martin (de l'hôpital Pasteur de Paris) ont écrit l'article sur les infections exotiques; kala-azar infantile, fièvre de Malte, dengue, typhus exanthématique, typhus récurrent, fièvre jaune, choléra, dysentéries bacillaire et amibiennne sont étudiées d'une façon brève, mais pratique.

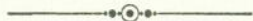
Le chapitre le plus remarquable de ce volume est indiscutablement celui de M. Péhu (de Lyon) consacré à la syphilis congénitale. Tous les aspects du problème y sont exposés avec une connaissance de la littérature médicale, un esprit critique et une maîtrise qui n'étonnent pas ceux qui connaissent l'éminent pédiatre lyonnais. Si le point de vue général intéresse avant tout l'auteur, les données pratiques sur le diagnostic et le traitement ne sont pas négligées.

C'est un sujet difficile entre tous que celui de la tuberculose infantile. Il fallait, pour exposer des notions générales sur la tuberculose de l'enfance, des auteurs comme Robert Debré et Marcel Lelong, particulièrement qualifiés par leurs travaux antérieurs et reconnus pour la sûreté de leur doctrine.

L'ouvrage se termine par une étude des affections du sang et des organes hématopoiétiques. Les anémies, les leucémies et les syndromes hémorragiques sont rédigés par Léon Tixier; les maladies de la rate, les myélomes et chloromes, la lymphogranulomatose maligne, la fièvre ganglionnaire, les adénites cervicales chroniques et la scrofule par E. Leenhardt (de Montpellier).

Ce deuxième volume du *Traité de Médecine des Enfants* se recommande, comme le précédent, par la clarté et la simplicité des données cliniques, la richesse et l'abondance des figures, enfin, par l'esprit critique et la mesure — cette qualité bien française — qui président à l'exposé des notions les plus récentes de la biologie applicables à l'enfance.

Paul LETONDAL.



FORMULAIRE

LE TRAITEMENT DU MUGUET

Prophylaxie.

Stérilisation des biberons.

Propreté des tétines.

Isoler les porteurs de muguet des autres nourrissons.

Hygiène alimentaire appropriée.

Traitement convenable des affections des voies digestives.

Propreté de la bouche.

Traitement local.

Lavage de la bouche, trois ou quatre fois par jour, avec une solution de bicarbonate de soude à 5 pour 100.

Attouchements avec une solution de bleu de méthylène à 1 pour 100.

Enrouler solidement un tampon de coton hydrophile autour d'un stylet, l'imbiber d'une solution d'oxycyanure de mercure à 1/4000, porter le coton sur les plaques de muguet et uniquement sur elles, appuyer légèrement sans frotter. Un seul attouchement suffit parfois.

Traitement indirect.

Le traitement le plus efficace du muguet consiste, d'après Hutinel, dans les lavages de l'estomac avec une solution de bicarbonate de soude à 5 pour 100. On les fait deux fois par jour suivant la technique habituelle.

Le régime alimentaire et la médication qui conviennent aux affections dont peut être atteint le bébé, en particulier aux affections gastro-intestinales.

Gaston LAPIERRE.

ANALYSES

MEDECINE

A. ROUSSEAU et S. LEBLOND. — **Hématome suppuré du pancréas.**
Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux Universitaires de Québec, fév.
1934.

Il s'agit d'une femme de 54 ans, obèse, souffrant d'indigestions depuis plusieurs années avec crises douloureuses épigastriques durant 10 à 12 heures. Depuis un an, la tension épigastrique augmente et coïncide avec une sensation de plénitude dans la même région, surtout dans les moments de flexion.

En septembre 1932, nouvelle crise, plus douloureuse, accompagnée de vomissements répétés, de frissons et de selles noires. L'examen révèle une tension épigastrique, une défense avec vomissement et une tuméfaction. Opérée le 7 octobre 1932, on trouve une cholécystite calculeuse. Le 24 octobre, en se levant, elle ressent de nouveau la même douleur, très vive à l'épigastre, irradiant à gauche et en arrière, avec une tuméfaction empiétant sur l'hypochondre gauche. Pas de vomissement. Elle quitte l'hôpital en voie de guérison. De retour chez elle, les mêmes douleurs réapparaissent; la tuméfaction épigastrique augmente de volume.

En janvier 1933, seconde opération, sans résultat. En mai, la tumeur a le volume d'une tête de nourrisson, lisse, indolore.

Le 22 mai, l'examen radiographique révèle une compression et un refoulement de l'estomac. Bientôt la fièvre apparaît.

Le 24 mai, douleur aiguë à l'épigastre, suivie d'un premier vomissement noirâtre. Bientôt, seconde expulsion d'un liquide nauséabond contenant du pus et du sang. Elle en expulse aussi par l'anus. Le lendemain, un lavage d'estomac ramène un liquide malodorant, contenant du sang et du pus.

Quinze jours plus tard, elle fait une phlébite, puis une pleurésie purulente. Les tests pancréatiques ont tous été positifs. Pas de glycosurie.

A retenir: les antécédents lithiasiques, chez cette malade, les indigestions fréquentes, la douleur à l'épigastre, la tumeur au même endroit et à gauche, incriminant le pancréas.

Il s'agissait d'un *hématome suppuré du pancréas ouvert dans l'estomac*.

Les indigestions fréquentes, accompagnées de douleurs vives à l'épigastre, provenaient d'une pancréatite aiguë, évoluant vers la pancréatite hémorragique, enkystée dans la région prépancréatique. Fort heureusement, l'abcès s'est ouvert dans l'estomac.

Lorsqu'elle évolue en arrière du pancréas, la rupture, suivie de l'inondation de l'arrière-cavité des épiploons, entraîne la mort dans la plupart des cas.

Cette malade a guéri. C'est un fait exceptionnel. Le tableau pancréatique est complet dans cette observation; on avait songé au pancréas. Pour-

quoi une intervention directe n'a-t-elle pas atteint le pancréas? On ne le dit pas. Mais l'observation mérite d'être rapportée, à cause des signes, de son évolution, et de sa terminaison brusque. La guérison spontanée n'est pas moins surprenante.

LeSAGE.

CHIRURGIE

UDAONDO, ELIZADE et MARTINEZ. — **Phlegmon circonscrit de l'estomac.** Arch. Mal. App. Dig., Paris, tome XXIV, no I, janvier 1934, p. 21-38, avec 10 figures.

Bien que cette affection soit considérée comme plutôt rare, il est possible qu'elle soit plus fréquente qu'on ne le croit et que seules les difficultés de diagnostic empêchent de la reconnaître plus souvent. Son évolution, en effet, ne présente aucune caractéristique et se confond facilement avec d'autres complications anatomiques. Les abcès localisés de l'estomac peuvent être localisés dans n'importe quelle partie de l'organe, bien que généralement ils se développent au niveau du pylore. Leurs dimensions sont très variables; les altérations de la muqueuse sont moindres que celles de la sous-muqueuse. Le streptocoque est l'agent causal dans 70 p. 100; il peut être aussi associé au staphylocoque, au pneumocoque et au colibacille. L'infection est due tantôt à un processus local (ulcère, cancer, tuberculose), tantôt à des infections à distance ou générales (septicémies, angines). Cliniquement il n'est pas facile de reconnaître cette affection d'une façon certaine, les signes cliniques observés pouvant être attribués à bien d'autres troubles gastriques. Olsson, en 1932, a tenté d'établir les signes radiologiques permettant de reconnaître la dissemblance de l'affection avec le cancer; mais ces éléments d'appréciation sont insuffisants. A la suite de ces considérations générales, l'A. rapporte une observation complète. Il s'agit d'un homme, âgé de 53 ans, ayant un passé gastrique chargé, qui présente un très mauvais état général, peu ou pas de douleurs gastriques, mais des vomissements fréquents, faciles et très acides. La radio montre un estomac hypotonique qui se vide mal. Le malade est opéré; résection gastrique. Il meurt quatre jours plus tard. La pièce montrè un ulcère phlegmoneux du corps de l'estomac près de la région pylorique et sur la grande courbure; il existait en plus un ulcère duodénal.

Mercier FAUTEUX.

A. JENTZER. — **Les diverticules de la première portion du duodénum.** Arch. Mal. App. Dig., Paris, tome XXIV, no I, janvier 1934, p. 39-64, ave 12 figures.

Les diverticules de la première portion du duodénum sont très rares. On en constate actuellement seulement 30 cas d'autonomes et 26 cas avec ulcères. Au point de vue pathogénique, l'on distingue des diverticules congénitaux et des diverticules acquis; ces derniers surviennent par pulsion ou par traction. L'examen radiologique est des plus importants pour les déceler; il donne une image caractéristique. Cliniquement ces diverticules peuvent rester silencieux; ce n'est que s'il s'ajoute un élément inflamma-

toire qu'ils se manifestent. L'indication opératoire n'est pas absolue, mais dans toute une série de cas elle est formelle, le diverticule étant la source de grands dangers (diverticulite, dégénérescence cancéreuse, troubles digestifs, biliaires, hématomés). Aussi les diverticules avec symptomatologie cliniques doivent toujours être opérés. Si le diverticule est petit, on peut l'invaginer ou le plicaturer et l'enfourer sous la séreuse; un peu plus gros, on l'enlèvera comme un appendice; volumineux, il y a indication de faire une résection avec ou sans gastro-entérostomie. Les résultats opératoires sont excellents, surtout si on ne se trouve pas dans l'obligation de faire une résection pylorique ou duodénale. L'A. rapporte trois observations très intéressantes avec comme résultats opératoires, deux guérisons et une mort.

Mercier FAUTEUX.

Benedetto SCHIASSI. — La calculose de la vésicule biliaire. Journal de Chirurgie, Paris, tome XLIII, no I, janvier 1934, p. 8-33, avec 9 figures.

L'A. accorde une grande importance aux fonctions de la vésicule biliaire; aussi les indications de la cholécystectomie sont pour lui très limitées. Il s'élève contre l'opinion trop répandue que le traitement rationnel de la calculose nécessite l'ablation de la vésicule. Les centaines et les centaines de cholécystectomies proclamées, si elles ne sont pas considérées par le chirurgien comme des "défaites" peuvent pour bien des raisons, être considérées par les malades comme un "inutile carnage" de vésicules. La cholécystectomie entraîne toujours à sa suite un effort fonctionnel parce qu'elle oblige l'appareil biliaire, destiné dans son intégrité à une fonction d'ensemble, harmonique, solidaire, à un ordre anatomique et fonctionnel nouveau, contre nature. Il ne pratique la cholécystectomie que dans les cas où la vésicule présente une capacité très restreinte, des parois gravement altérées, ne pouvant plus assurer ses fonctions essentielles de réservoir contractile et de lieu de concentration de la bile. Lorsque la vésicule présente des parois modérément épaissies, une séreuse pâle mais lisse, avec un contenu franchement infecté et une muqueuse ulcérée, il juge suffisant une cholécystostomie avec drainage à la sonde de Pezzer pendant 15 jours en moyenne. Dans les autres cas où la vésicule a des parois peu ou pas augmentées d'épaisseur, une séreuse lisse, une muqueuse gonflée mais non ulcérée, un contenu infecté que probablement, une mobilité sur les plans sous-jacents conservée, il considère comme intervention de choix la cystendèse qui consiste en l'évacuation de la bile et l'extraction des calculs suivies de l'exploration de la surface interne du cholécyste par le doigt et fermeture par une suture en trois plans dont il donne la technique illustrée de quelques figures.

Mercier FAUTEUX.

Edwin G. RAMSDELL. — Blessures du coeur par arme blanche. Annals of Surgery, vol XCIX, no I, janvier 1934, p. 141-151.

L'A. rapporte l'observation d'un nègre, âgé de 41 ans, blessé par un coup de couteau au niveau du cinquième espace intercostal gauche, à peu près à deux centimètres du mamelon, côté interne. Il poursuivit sur la rue son assaillant sans pouvoir le rattraper et revint alors chez lui se

plaignant d'être fatigué. Après s'être assis quelques minutes, il tenta de sortir, mais cette fois perdit connaissance. Conduit à l'hôpital, on lui administre de l'adrénaline et du sérum physiologique intra-veineux. Le pouls est rapide, irrégulier et peu perceptible. Le diagnostic de blessure du cœur posé, une intervention est immédiatement pratiquée. Sous anesthésie générale, l'incision est faite au niveau de la plaie créée par le coup de couteau et prolongée suffisamment pour donner un accès facile. La plèvre gauche a été déchirée et se trouve partiellement remplie de sang; le poumon est rétracté. A la partie supérieure et antérieure du péricarde, section nette de deux centimètres par où s'écoule du sang. Le péricarde est ouvert et le cœur est exploré. Ses mouvements sont d'une grande irrégularité et très rapides. Le ventricule droit est touché et saigne. Suture de cette plaie à la soie, en deux plans. Les caillots sont évacués du péricarde qui est suturé par des points séparés au catgut lent. Fermeture du volet thoracique. Guérison au dix-neuvième jour.

Mercier FAUTEUX.

Jean GOSSET. — **Le traitement du cancer du côlon droit.** Journal de Chirurgie, Paris, tome XLIII, no I, janvier 1934, p. 34-51, avec 14 figures.

L'A. ne croit pas à la bénignité de l'exérèse des cancers droits et base son opinion sur l'étude anatomo-clinique et pronostique de 50 cas de cancers du côlon droit, représentant la statistique intégrale du Service de M. le professeur Gosset. Afin de diminuer les risques de récidives, l'hémicolectomie doit comporter une ablation colo-mésocolique large entraînant des décollements étendus avec tous leurs dangers en territoire quasi toujours infecté. L'infection complique un acte chirurgical déjà assez important par lui-même. Aussi les statistiques publiées par de nombreux chirurgiens montrent-elles combien il est difficile d'associer la fréquence des exérèses et une grande bénignité opératoire. La seule solution du problème réside dans la recherche minutieuse d'un ensemble de précautions étendues autant aux soins opératoires et à la technique elle-même qu'au choix des méthodes. On ne saurait trop insister sur le régime pré-opératoire, la préparation anti-infectieuse et le choix de l'anesthésie. L'hémicolectomie en un temps avec suture immédiate iléo-transverse n'est pas considérée par l'A. comme le procédé de choix. Les causes de mortalité sont les mêmes dans les cancers du côlon droit et les cancers du côlon gauche et le plus sûr moyen d'améliorer les statistiques est de reconnaître la similitude de leur gravité et de leurs dangers et d'appliquer à tous les cas, quel que soit leur siège, cette merveilleuse méthode qui a fait ses preuves, la dérivation préalable: dérivation externe pour les cancers gauches, dérivation interne pour les cancers droits. Il souligne donc l'avantage de pratiquer l'iléo-transversostomie avec exclusion unilatérale. Elle présenterait deux ordres d'avantages. Au point de vue physiologique, elle assure l'évacuation parfaite d'un intestin jusque-là en obstruction, et elle supprime le contact permanent des matières et de l'ulcération néoplasique; les résorptions toxiques massives; l'état général des malades s'améliore. Au point de vue technique, elle permet d'éviter le voisinage dangereux d'une

suture et d'une zone de décollement septique. Les risques d'infection cellulaire par déhiscence de l'anastomose ainsi que les conséquences d'une infection voisine sur la suture sont diminués. L'A. réfute ensuite les principaux arguments invoqués contre l'intervention en deux temps et termine en donnant la technique de l'hémicolectomie droite qu'il emploie, technique présentant certaines modifications importantes.

Mercier FAUTEUX.

J. E. McARTHUR. — **Appendicectomie; perforation d'ulcus gastrique post-opératoire; mort par hémorragie.** The Canadian Medical Ass. Journal, vol. XXX, no. I, janvier 1934, p. 63-65.

Il s'agit d'une femme, âgée de 66 ans, qui est prise subitement de douleurs épigastriques qui augmentent d'intensité graduellement. Défense musculaire localisée à la région épigastrique; température 100; pouls 115. En face de ce tableau clinique, l'A. porte le diagnostic d'appendicite aiguë et propose une intervention qui est refusée par la malade. Le lendemain, les symptômes s'aggravant, l'A. porte un diagnostic de perforation appendiculaire et décide la malade à une intervention d'urgence. Sous anesthésie à l'éther, incision de McBurney, ouverture du péritoine, écoulement de pus, l'appendice est gangréné et en partie nécrosé; le caecum participe à cette réaction inflammatoire. Appendicectomie; drainage. Mort le lendemain. A l'autopsie, l'on trouve une perforation de la face postérieure de l'estomac au niveau d'un vieil ulcère; l'arrière cavité de l'épiploon est remplie de sang; au niveau du moignon appendiculaire, rien de spécial est noté. L'A. rapporte cette observation parce qu'il s'agissait d'une perforation d'ulcus gastrique secondaire à une crise d'appendicite aiguë, complication assez rare, dit-il, et rarement rapportée dans la littérature.

Mercier FAUTEUX.

Alexander NICOLL. — **L'opération utilisant un lambeau cutané comme clapet dans le traitement de la pleurésie purulente aiguë.** Surg. Gyn. & Obst., vol. LVIII, no 2, fév. 1934, p. 206-215.

La découverte de ce nouveau procédé est un pur hasard. Lorsque l'auteur, en 1915, veut drainer un thorax purulent, il incise la peau au delà de la côte qu'il veut réséquer et note par la suite que ce petit lambeau agit à la manière d'une valve qui obstrue l'orifice pendant l'inspiration et laisse écouler le pus pendant l'expiration. Il perfectionne sa technique en la modifiant jusqu'aux dernières années de la guerre. Ainsi maintenant, il taille un lambeau beaucoup plus grand et utilise en dessous, dans l'orifice pleural, un bouton de Wilson auquel est cousu une lame de caoutchouc de même largeur en guise de volet, pour l'écoulement du pus à l'extérieur. Une corde est attachée au bouton pour l'extraire au besoin, et sort avec la lame à l'extérieur. Il utilise les Rayons X systématiquement pour le diagnostic et le contrôle des suites opératoires chez l'adulte. La huitième côte est celle de choix pour la costotomie, sous l'angle de l'omoplate. Son lambeau a pour base le point où doit porter sa costotomie. Il mesure environ, et selon l'amplitude du sujet, quatre pouces de hauteur sur quatre pouces de largeur et

comprend la peau et le tissu cellulaire. Il est suturé sur ses deux bords parallèles et laissé ouvert en bas, par où sortent le drain et la corde. L'A. voit plusieurs avantages à cette nouvelle opération: 1 — elle est plus physiologique parce qu'elle sauvegarde la pression négative normale de la cavité pleurale; 2 — c'est une méthode de drainage fermé de la plèvre et qui est sûre jusqu'à la fin du traitement, avantage à considérer quand il a fallu anesthésier des enfants à l'éther; 3 — enfin, elle prévient plus certainement les adhérences et leurs effets nocifs sur le poumon.

L'appareillage et les différents temps opératoires sont très bien illustrés, ainsi que le mécanisme du clapet cutané. L'A. rapporte, en terminant, l'histoire de ses 35 derniers cas avec des résultats étonnants: 17 enfants opérés (de 4 mois à 14 ans) et une seule mortalité, 18 adultes et deux mortalités dans des cas désespérés. Les guérisons furent toujours rapides et complètes. A noter que tous furent opérés dès le diagnostic posé sans égard à la variété microbienne en cause ni à la qualité du pus, selon le principe qu'il cite: *ubi pia, ibi evacua*”.

Roland DUPUIS.

E. Bishop MUMFORD. — **Méthode nouvelle et simplifiée de fixation des fragments au cours des réductions sanglantes.** Surg. Gyn. & Obst., vol. LVIII, no 2, fév. 1934, p. 194-205.

L'A. met d'abord en lumière l'importance du clissage (ou immobilisation externe) à la suite de toute ostéosynthèse, pour maintenir la réduction des fragments et empêcher l'action irritante des appareils de prothèse au contact de l'os. Après un siècle de discussions sans nombre où chaque chirurgien a vanté son matériel et sa façon de fixer les fragments irréductibles par de simples moyens orthopédiques, deux procédés sont encore à envisager: 1 — l'emploi d'un matériel résorbable (os, plaques osseuses, catguts forts, tendons de kangourou); 2 — l'emploi d'un matériel non résorbable (fils métalliques, plaques vissées, ou encore maintenues par des bandes métalliques, agrafes, etc.). Depuis Lane qui en 1905 mit la question au point, et plus récemment encore Hallopeau, Dujarier, Fredet et plusieurs autres, la majorité des chirurgiens se sert d'appareils de métal, après, bien entendu, que toutes les tentatives de réduction par manœuvres externes ont échoué. Seules les fractures de la rotule, de l'olécrâne, des vertèbres, du crâne et quelques autres, sont une indication fréquente à la réduction sanglante.

L'A. fait ensuite la critique des différents métaux employés et rapporte les opinions contradictoires des auteurs au sujet des troubles de la formation du cal, ostéogénèse retardée, infection, etc., ennuis dus à ces métaux utilisés. Le principe de la méthode préconisée par l'A. n'est pas nouveau. Ce qu'il y a de nouveau c'est l'emploi systématique de la méthode. Elle consiste à faire pénétrer un fragment effilé ou aiguisé dans le canal médullaire de l'autre afin d'obtenir le maintien de la réduction sans aucun corps étranger de quelque nature qu'il soit; et cela est toujours possible soit qu'un fragment présente naturellement ce biseau, soit que, à l'aide d'un instrument simple il faille le tailler. Un fragment intermédiaire peut même servir, en l'enclavant dans la cavité des deux autres. Les avantages de cette

opération sont multiples: 1 — aucun corps étranger au contact des os et les risques d'infection réduits à ceux d'une intervention ordinaire; 2 — opération simplifiée et plus courte; 3 — aucune instrumentation spéciale nécessaire; 4 — méthode qui s'applique à tous les genres de fractures; 5 — incisions plus petites et réduction au minimum du traumatisme des parties molles et osseuses; 6 — elle évite la seconde opération, toujours ennuyeuse, après les ostéosynthèse à l'aide de matériaux non résorbables.

Roland DUPUIS.

OBSTETRIQUE

A. G. MILLER, C. H. SCHULZ, D. W. ANDERSON. — **La période de conception chez la femme adulte normale.** *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, LVI, 1020.

Il a été prouvé que la vie de l'ovule est de un jour et celle du spermatozoïde de 2 à 3 jours. Il est connu de plus que le spermatozoïde se déplace rapidement (un centimètre en trois minutes). Si nous voulons connaître la période de conception, il reste à savoir à quel moment l'ovule est libéré.

Knans et Ogino ont recherché de deux manières différentes le temps de l'ovulation. Le premier a étudié les contractions utérines qui se produisent après une injection de pituitrine, mais qui n'existent pas s'il y a présence de corps jaune, il a pu ainsi déterminer le temps de l'ovulation. Le second a noté le moment des coïts et la possibilité de fécondation. Le résultat dans les deux méthodes fut sensiblement le même.

Knans trouva que chez une femme ayant un cycle menstruel de 28 jours, l'ovulation se fait entre le quatorzième et le seizième jour avant les menstruations.

Ogino trouva que chez une femme régulièrement menstruée tous les 28 jours, le spermatozoïde peut féconder l'ovule durant une période de huit jours qui se termine entre le douzième et le neuvième jour avant les menstruations.

Alfred Le ROY.

GYNECOLOGIE

J. P. GREENHILL. — **Rupture du corps jaune avec hémorragie abdominale grave.** *Am. J. Obst. & Gyn.* No. 22, 1931.

Le diagnostic de cette condition pathologique est rarement établi. On pense plutôt à une crise appendiculaire aiguë, à un kyste tordu de l'ovaire ou à une grossesse extra-utérine. Dans plusieurs cas la douleur est localisée à l'ombilic et à la fosse iliaque. Il y a fréquemment des nausées ou des vomissements. Si l'hémorragie est grave l'on a le tableau du choc et de l'anémie. La température est généralement élevée, ainsi que la leucocytose.

A l'examen il y a une sensibilité marquée de tous les culs-de-sac vaginaux; cependant il n'y a pas d'écoulement sanguin par le vagin. Le diagnostic important à faire est l'hémorragie intra-péritonéale. Il est évident que l'on pense le plus souvent à une grossesse extra-utérine; mais il faut toujours avoir à l'esprit la rupture du corps jaune.

Evidemment le traitement est essentiellement chirurgical et immédiat. Les principaux facteurs qui causent ces ruptures sont liés à tous les phénomènes qui produisent une congestion intense de l'ovaire et de ses caissons. Dans quelques cas les traumatismes dus au coït, à l'avortement criminel ou à toute opération vaginale, jouent un grand rôle. L'examen bimanuel peut dans certains cas causer la rupture d'un kyste ovarien.

Is-Arthur MAGNAN.

C. B. INGRAHAM. — **Avortement thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire.** Am. J. of Obst. & Gyn., No 23, 1932.

La tuberculose, compliquée de grossesse, est une condition sérieuse sur laquelle on diffère beaucoup d'opinion quant à la forme du traitement. Forssner, de Stockholm, croit que la grossesse exerce peu d'influence sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Au contraire, l'école allemande recommande la thérapeutique abortive dans l'intérêt de la mère si la maladie a été diagnostiquée avant le 5ème mois de la grossesse. En présence d'une lésion active Bridgmen et Norwood, du John Hopkin's Hospital, prétendent que l'interruption de la grossesse assombrit le pronostic.

L'A. passe en revue 38 cas d'avortements thérapeutiques. D'après ses conclusions, il ressort que les cas aigus n'ont aucun bénéfice de l'intervention. Au contraire, il semble que l'avortement thérapeutique est fatal. Dans 72% des patients avec des lésions légères la condition générale fut améliorée. Les méthodes employées sont soit le curettage, soit l'hystérectomie vaginale ou abdominale. Lorsque la stérilisation est conseillée, l'A. enlève, après ligature, les deux cornes utérines sous anesthésie rachidienne. Donc, l'avortement thérapeutique est recommandée dans les cas de tuberculose en activité, excepté dans les cas aigus, où alors, si la grossesse se continue, la mortalité maternelle est de 50%.

Is-Arthur MAGNAN.

PEDIATRIE

P. ROHMER, Mme BELLOCQ et E. SCHNEEGANS (de Strasbourg). — **L'endocardite verruqueuse du nourrisson.** ("Revue Française de Pédiatrie", Tome IX, No 5, 1933, p. 681.)

Les auteurs rapportent l'observation d'un nourrisson de 10 mois admis pour fièvre élevée, dyspnée et cyanose.

Il existait dans la région pré-cordiale un souffle systolique en jet de vapeur se propageant dans l'aisselle et la radiologie montrait un cœur dilaté dans toutes ses dimensions. On pratiqua deux hémocultures qui furent négatives.

L'enfant est mort après 15 jours de maladie. A l'autopsie, on trouva, au niveau de la valvule mitrale, de nombreuses végétations disposées en feston, ayant un aspect hérissé. Certaines étaient volumineuses.

L'origine de l'endocardite, dans le cas rapporté, disent les auteurs, semble être une pyodermite survenue un mois avant la période d'état de l'affection.

L'endocardite verruqueuse du nourrisson est une affection rare. Elle est

distincte de l'endocardite maligne. Elle n'a aucun rapport avec le rhumatisme.

Son diagnostic — des plus délicats — est dû au fait que le tableau clinique est le plus souvent trompeur.

Elle peut se présenter sous trois formes :

- a) une forme toxi-infectieuse qui rappelle l'intoxication vraie.
- b) une forme subaiguë qui rappelle les troubles alimentaires des dystrophiques.
- c) une forme qui simule la broncho-pneumonie.

Il faut donc éviter de la confondre avec le cho'ëra infantile, l'athrepsie, la broncho-pneumonie et autres maladies dyspnéisantes, comme la granulie.

Mais, s'il existe en même temps une malformation congénitale du cœur, le diagnostic clinique devient pratiquement impossible, l'hémoculture étant toujours négative.

Le traitement de cette endocardite verruqueuse du nourrisson est très illusoire. Seule la transfusion a paru, dans quelques cas, donner des résultats, à condition d'être précédée d'une large saignée.

Paul LETONDAL.

G. MOURIQUAND, M. BERNHEIM et J. BOUCOMONT (de Lyon). — **L'encéphalite aiguë dans la pneumonie infantile.** ("Archives de Médecine des Enfants", Tome XXXVI, No 8, août 1933, p. 457.)

L'encéphalite aiguë infantile a fait depuis quelques années l'objet d'intéressants travaux. On a étudié les complications encéphalitiques des fièvres éruptives, sans toutefois négliger celles d'origine grippale, ou survenues au cours d'affections pulmonaires (pneumonies et broncho-pneumonies).

Dans deux cas d'encéphalite post-pneumonique, on a constaté des manifestations hémiplegiques qui débutèrent par une gêne dans la marche, et du tremblement de l'avant-bras et de la main. Ces signes apparurent 20 jours après la guérison de la pneumonie. Il n'existait ni douleur spontanée, ni troubles sensitifs objectifs. L'examen oculaire était négatif.

L'origine de ces troubles nerveux encéphalitiques doit être recherchée dans un foyer d'encéphalite aiguë, ayant lésé la voie pyramidale et extra-pyramidale, ou la région thalamique et sous-thalamique.

Lesieur et Froment ont écrit que l'hémiplegie pneumonique doit être attribuée à l'ischémie, à l'embolie, à la méningo-encéphalite ou à l'encéphalite.

A l'heure actuelle, on ne peut expliquer ces troubles nerveux que par l'existence d'un foyer d'encéphalite.

Henri ROBINSON.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

A. SEZARY. — **Le traitement du xanthélasma.** La Presse Médicale, 24 janvier 1934.

Chacun sait que le xanthélasma est une infiltration du derme par de la cholestérine, disgracieuse par sa localisation aux paupières. L'histologie montre que les lésions sont strictement dermiques; elles sont caractérisées par les cellules xanthélasmiques de Chambard qui contiennent dans leurs vacuoles des éthers de la cholestérine et des graisses ordinaires.

Habituellement, les plaques de xanthélasma persistent indéfiniment. Il est exceptionnel de les voir retrocéder spontanément. C'est une affection bénigne, qui n'est guère susceptible de se compliquer. Mais des considérations d'ordre esthétique amènent souvent les personnes qui en sont atteintes à en demander un traitement à leur médecin.

Aussi, l'auteur vient-il indiquer les principales méthodes de traitement. Il ne faut pas attendre des traitements médicaux, la disparition des taches de xanthélasma.

Force est donc de recourir à des moyens plus radicaux. Tous les chirurgiens ont fait cette constatation que la paupière est une des régions du corps où la cicatrisation des téguments est la plus parfaite. Divers procédés sont conseillés:

- 1° La résection aux ciseaux, suivie de suture.
- 2° L'électrolyse, qui présente des inconvénients, comme la douleur faite de pouvoir anesthésier, et de nombreuses piqûres dans tous les sens.
- 3° La neige carbonique selon la méthode de Lortat-Jacob, qui demande plusieurs séances et provoque parfois un oedème palpébral volumineux.
- 4° L'électro-coagulation, la meilleure de toutes les méthodes et la plus simple.

Quelques gouttes de novocaïne à 2%, injectées dans le tissu cellulaire sous-jacent, donnent une anesthésie parfaite.

L'électro-coagulation par un réglage faible d'un appareil à ondes amorties de la tache xanthélasmiqne et à enlever à la curette le tissu coagulé.

Un changement de couleur du xanthome qui devient grisâtre indique une coagulation suffisante pour permettre le curettage. Il suffit de laver à l'acool les jours suivants.

Paul FOIRIER.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

J. C. WILSON. — **L'arthrodèse de la hanche dans les lésions tuberculeuses chez les enfants; résultats éloignés chez trente-trois malades.** Operative Fixation of Tuberculous Hips in Children. End results of thirty-three patients. *Journal of Bone and Joint Surgery*, No. 15, 1933.

Depuis assez longtemps déjà, on a tendance à conseiller l'arthrodèse de la hanche dans les lésions tuberculeuses de cette articulation, car la majorité des orthopédistes estiment que la guérison ne peut être obtenue autrement et que la conservation des mouvements n'est pas possible.

Chez l'enfant, l'intervention sanglante est très discutée et l'auteur n'utilise jamais l'arthrodèse intra-articulaire ou la fixation par des greffons prélevés sur le tibia ou sur le péroné.

W... préconise une opération personnelle, une arthroplastie dont il décrit la technique et qu'il a utilisée chez plusieurs de ses petits malades même lorsqu'il y avait des abcès ou des fistules; parfois, la résection de la tête fémorale a été nécessaire.

La recherche de l'ankylose a été la règle et les malades ont été immobilisés dans des appareils plâtrés ou autres pendant plusieurs mois et même

pendant deux à trois années. La consolidation osseuse fut toujours contrôlée.

L'auteur a eu une série heureuse sans mortalité immédiate; deux malades sont morts tardivement de tuberculose pulmonaire. Sur les trente-trois malades, vingt-sept ont aujourd'hui des articulations consolidées solidement, et l'infection quand elle a existée, s'est tarie dans l'espace de quelques mois. L'infection secondaire post-opératoire, pour l'auteur, est toujours sans importance.

Edmond DUBE.

Hamilton BAILEY. — Les aspects cliniques des fistules branchiales (The clinical aspects of branchial fistulas). *The British Journal of Surgery*. Oct. 1933.

La fistule branchiale est congénitale, affecte plutôt la fille que le garçon, le côté droit est le plus souvent le siège de la lésion. Elle peut être complète, borgne interne ou borgne externe, dans ce dernier cas l'ouverture siège dans le 1/3 inférieur du cou le long du bord externe du sterno-cléido-mastoidien. La fistule borgne interne est plus rare, son ouverture siège au niveau de l'amygdale.

Ces fistules laissent échapper du mucus, quelquefois elles s'infectent. L'orifice est généralement petit, quelquefois assez grand pour contenir des parcelles alimentaires. Le trajet fistuleux peut être en rapport avec le nerf pneumogastrique.

S'il y a inflammation il faut refroidir avant de pouvoir voir le trajet fistuleux. Le pourtour de l'orifice est anesthésié et si la lumière de la fistule le permet on introduit un cathéter urétéral par lequel on fait pénétrer le lipiodol si non l'on se sert d'une seringue pour le canal lacrymal avec laquelle on introduit le lipiodol dilué avec de l'huile de paraffine. Avant d'injecter le liquide opaque on avait une série de points en bourse autour de la lumière de la fistule. Cette bourse est fermée après introduction du liquide. La radiographie est prise pour voir le trajet.

La dissection de la fistule peut se faire plus facilement grâce à sa réplétion par le lipiodol. Il vaut mieux drainer après l'ablation de la fistule.

Jos.-H. RIVARD.

NEURO-PSYCHIATRIE

Walter M. BOOTHBY. — Myasthenia gravis. Les effets du traitement par l'éphédrine et la glycine. Troisième rapport. *Archives of Internal Medicine*; vol. 53; no I; janvier 1934; p. 39.

Harriet Edgeworth souffrant de myasthénie et ayant expérimenté sur elle-même l'effet de l'éphédrine, en démontra, la première, l'efficacité contre cette affection.

Thomas, Milhorat et Techner indiquèrent les résultats heureux que l'on peut obtenir de l'emploi de la glycine ou du glyco-colle dans les cas de dystrophie musculaire progressive pseudo-hypertrophique.

Remen rapporta les bons effets de la glycine contre la myasthénie.

Enfin, l'auteur communiqua antérieurement deux rapports confirmant les résultats de Remen.

Le présent rapport concerne le traitement de 12 myasthéniques par l'éphédrine et la glycine. Ces 12 malades sont divisés en 4 groupes.

Le premier groupe comprend 4 malades dont les troubles portaient particulièrement sur les fonctions de la déglutition. Deux furent améliorés pendant une certaine période par l'éphédrine; l'usage de la glycine associée à l'éphédrine détermina une reprise de l'amélioration qui s'était arrêtée ou avait même regressé avec l'emploi de l'éphédrine seule.

Les quatre malades sont grandement améliorés par le traitement.

Le deuxième groupe est constitué par 5 malades dont les symptômes myasthéniques se manifestaient dans les muscles de la déglutition et auprès de ceux des membres. Amélioration impressionnante, au point de permettre la reprise des occupations courantes que l'impotence avait obligé de discontinuer.

Le troisième groupe a rapport à Harriet Edgeworth elle-même. De grabataire qu'elle était, la protagoniste du traitement par l'éphédrine a été transformée en une personne pouvant mener une existence active. La glycine n'a pas semblé ajouter sur elle à l'effet de l'éphédrine.

Le quatrième groupe enfin comprend 2 malades. Le traitement s'est montré ici moins efficace. Le premier malade mourut après une longue période de complications respiratoires qui nécessitèrent l'emploi de l'appareil de Drinker. L'autre ne s'améliora que très légèrement.

Ainsi, sur 12 malades, 10 présentèrent une amélioration impressionnante.

L'auteur prescrivit l'ingestion, 2 fois par jour, d'éphédrine à la dose de 0.02 centigramme et de glycine à la dose de 15 grammes.

Roma AMYOT.

Douglas McALPINE. — **Traitement de la myasthénie par l'éphédrine.**
The Lancet; 27 janvier 1934; p. 180.

L'auteur rappelle l'expérience heureuse d'Harriet Edgeworth, les travaux de Thomas et ses collaborateurs, les communications de Remen et celles de Boothby.

Il rapporte les observations de trois myasthéniques par l'éphédrine.

Les trois malades s'améliorèrent considérablement.

Le troisième, par ailleurs, à qui on substitua, pour un temps, de la glycine à l'éphédrine vit son état s'aggraver.

L'auteur est d'avis que l'éphédrine, à la dose de un demi-grain à être ingérée 2 fois durant la journée, à laquelle on pourrait associer l'ingestion de glycine, constitue un traitement efficace de la myasthénie.

Roma AMYOT.

OPHTALMOLOGIE

C. B. WALKER. — **Décollement rétinien.** American Journal of Ophthalmology, page 1, janvier 1934.

Le traitement du décollement rétinien semble de plus en plus s'orienter vers la diathermie. Après Larsson, Werve et Safar, c'est Walker qui propose une nouvelle technique assez semblable à celle de Safar. L'auteur se sert d'éléments spéciaux sous forme de pointes (puces) de platine avec fil.

Cette technique est une application diathermique du procédé électrolytique que Verhoeff appliquait en 1917 aux décollements rétiniens.

L'auteur rapporte un cas de guérison.

François BADEAUX.

T. HARDY et W. F. HARDY. — **Présentation de cas de tumeurs orbitaires.** American Journal of Ophthalmology, page 18, janvier 1934.

Les auteurs rapportent sept cas de tumeurs orbitaires. Trois de ces cas furent diagnostiqués et le diagnostic prouvé par l'examen histologique. Il s'agissait ou d'adénocarcinome de la glande lacrymale ou de fibroblastome péri-neural du nerf optique.

François BADEAUX.

T. E. BERNER. — **Kératocône compliqué d'ectasie subite de la cornée.** American Journal of Ophthalmology, page 1, janvier 1934.

L'auteur présente un cas de kératocône bilatéral chez une jeune fille. L'œil gauche au dire de la malade présenta subitement une bulle sur la cornée. La lampe à fente démontre que cette élévation subite est due à une infiltration de liquide dans les lames du tissu cornéen proprement dit.

L'auteur pour guérir sa malade fit des paracentèses répétées de la chambre antérieure et cautérisa le sommet du cône avec une solution de formaline à 1%. Après guérison, les verres de contact de Zeiss donnent une vision de 6/9.

François BADEAUX.

W. T. DAVIS. — **Kératite bulleuse traitée et guérie aux Rayons X.** American Journal of Ophthalmology, page 24, janvier 1934.

L'auteur après avoir passé en revue les diverses hypothèses émises pour expliquer cette maladie, prouve que la plupart des thérapeutiques médicales et chirurgicales sont sans succès parce que l'étiologie n'est pas établie dans chaque cas. Il donne une classification nouvelle et présente un cas traité et guéri par la radiothérapie.

François BADEAUX.

- C. W. TOOKER. — **Kyste épithélial de la chambre postérieure.** American Journal of Ophthalmology, page 41, janvier 1934.

Il s'agit d'un kyste d'origine traumatique. Le kyste se développa par implantation de cellules épithéliales qui proliférèrent à la base de l'iris ou du corps ciliaire. Ce kyste visible à l'œil nu était transparent à la diaphanoscopie. L'examen histologique des coupes prouva l'origine du kyste.

François BADEAUX.

- W. H. WILMER. — **Nodules tuberculeux de l'épisclère et des paupières des 2 yeux.** American Journal of Ophthalmology, page 99, février 1934.

L'examen général du patient orienta le diagnostic vers une invasion tuberculeuse des 2 yeux, diagnostic confirmé par des coupes histologiques de nodules prélevés.

Un traitement à la tuberculine amena un soulagement rapide des symptômes locaux et généraux.

François BADEAUX.

- E. F. TRAUT. — **Etude d'une culture du sang dans l'iritis.** American Journal of Ophthalmology, page 106, février 1934.

Suivant la technique de Clauwson modifiée, l'auteur trouva dans la culture du sang de cinq patients souffrant d'iritis chronique, du streptocoque pollimorphe que l'on rencontre dans le sang de malades souffrant d'arthrite.

François BADEAUX.

- W. I. LILLIE. — **La signification clinique de la névrite rétrobulbaire et de la névrite optique.** American Journal of Ophthalmology, page 110, février 1934.

La névrite optique et la névrite rétrobulbaire sont des manifestations de désordre d'ordre général. Pour ce, tout médecin devrait en faire le diagnostic autant que l'ophtalmologiste. Il existe des cas où l'on ne peut trouver de cause. Pour l'auteur les dents et les sinus ne sont pas toujours de première importance.

François BADEAUX.

- O. B. NUGENT. — **Complications de l'opération de la cataracte.** American Journal of Ophthalmology, page 135, février 1934.

L'auteur conseille au débutant de bien connaître la technique à la pince de Knapp ou à celle de Elschmig ou à la succion de Fisher pour l'extraction intracapsulaire du cristallin, avant d'aborder la technique à l'irisphaque de Barraquer.

La complication la plus à craindre est l'hémorragie expulsive, due le plus souvent, à l'hypertension oculaire sans hypertension artérielle.

François BADEAUX.

LABORATOIRE

- C. LIAN, R. HUGUENIN et M. BRAWERMANN. — **Valeur de l'exploration lipiodolée dans le diagnostic différentiel entre anévrisme de l'aorte et cancer du poumon.** Bull. Ass. Fse. pour l'Étude du Cancer, t. 22, décembre 1933.

Il est souvent difficile de faire le diagnostic différentiel entre cancer du poumon et anévrisme de l'aorte. L'exploration lipiodolée peut résoudre avec une certitude très rapprochée, le problème.

L'introduction de la sonde dans la trachée et l'injection de lipiodol n'est en rien funeste au sujet porteur d'un anévrisme aortique.

L'exploration par l'huile iodée n'a de la valeur que si elle est pratiquée correctement.

L.-C. SIMARD.

- D. DON HAED. — **Méthode pour éviter des complications d'infection pendant le traitement radiologique du cancer de l'utérus.** Bull. Ass. Fse. pour l'Étude du Cancer, t. 22, décembre 1933.

L'irradiation préalable de la tumeur avec 10 mgr. de radium pendant 30 à 80 heures, suivie de curiéthérapie usuelle permet d'éviter les risques d'infection du traitement.

Cette ligne de conduite est suivie dans tous les cas où l'ulcération tumorale renferme des streptocoques et où la bactéricidie du sang, décelée par la méthode de Ruge-Philipp, est négative.

L'A. a obtenu des résultats remarquables.

L.-C. SIMARD.

- C., REGAUD, G. GRICOUROFF et E. VILLELA. — **Sur l'histogénèse et la classification des épithéliomas cervico-utérins.** Bull. Ass. Fse. pour l'Étude du Cancer, t. 22, déc. 1933.

“Les néo-épithéliums et les épithéliomas cervico-utérins sont: épidermiques purs, — muicipares purs, — épidermo-muicipares ou mixtes, — indifférenciées.

La très grande majorité des épithéliomas du col sont des épithéliomas mixtes; ils dérivent de l'épithélium canalaire, vraisemblablement toujours par l'intermédiaire d'un néo-épithélium métaplasique de structure analogue.”

L.-C. SIMARD.

SOCIÉTÉS

LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE MONTREAL

Séance du 17 janvier 1934

Présidence de M. Eug. DUFRESNE, président

RAPPORT ANNUEL DU SECRETAIRE

Monsieur le Président,

Messieurs,

Durant l'année qui vient de s'écouler la Société de Chirurgie a tenu huit séances. La moyenne d'assistance est à peu près la même que celle de l'an passé, environ quatorze.

En janvier, au dîner du Président, nous avons le plaisir d'avoir monsieur Pierre Masson comme conférencier qui nous parlait des indications de la biopsie, après quelques observations du cancer du sein rapportées par M. Eugène Dufresne. Plusieurs membres prirent part à la discussion.

En février: M. Prud'homme: Résultats éloignés des cholécystectomies.
M. Dufresne: Hypertrophie unilatérale de la mamelle.
M. Gagnon: Kyste volumineux de la cavité abdominale.

A cette séance assistait M. Moulonguet de Paris qui prit part à la discussion et fut nommé membre étranger.

En mars: M. Dufresne rapporte certains détails opératoires du cas présenté à la dernière séance ainsi que le rapport histo-pathologique. M. François de Martigny présente l'histoire d'un cas de cholécystite calculeuse compliquée d'annexite bilatérale et d'appendicite chronique.

M. Blagdon: Un cas de rupture du foie.

M. Mercier Fauteux: Cardiospasme et œsophagoplastie extra-muqueuse.

En avril: M. Léon Gérin-Lajoie présente un cas d'avortement provoqué avec intoxication médicamenteuse.

M. Ferron: Un cas de pyélonéphrite calculeuse chez un enfant.

M. Eugène Saint-Jacques rapporte les résultats qu'il a eus avec les injections de carbone intra-veineux dans les infections.

En mai: M. Bellerose: Méthode personnelle d'arthrodèse de la colonne vertébrale.

A cette séance nous avons des travaux de deux nouveaux membres.

M. Paul Bourgeois présentait un cas d'anomalie rénale et M. Bohémier un cas d'occlusion intestinale consécutive à une reposition utérine pour rétro-version, procédé de Baldy-Webster.

- En juin: M. Eugène Dufresne: Présentation de malade; rétraction cicatricielle.
M. Blagdon: Epithélioma de la parotide.
M. Bourgeois: Calcul du rein.
- En novembre: M. Bohémier: Luxation de la hanche avec fracture du sourcil cotyloïdien.
M. Gagnon: Corps étranger de la vessie.
- En décembre: La question de la ligamentopexie, à l'ordre du jour, vient en discussion.
MM. Léon Gérin-Lajoie, de Martigny, Dufresne, Crépeault, Mercier et Ethier prennent part à la discussion.
M. Rhéaume rapporte un travail de M. Pierre Smith sur l'occlusion intestinale post-opératoire de l'appendicite, observations cliniques et réflexions.
A la fin de la séance M. Mercier Fauteux présente une pièce d'utérus bicorne double.

RAPPORT ANNUEL DU TRESORIER

M. Trottier donne rapidement un compte rendu des finances de la Société.

DISCOURS DU PRESIDENT SORTANT DE CHARGE

Mes chers collègues,

Avant de céder le fauteuil présidentiel à mon successeur M. le docteur Dufresne, qu'il me soit permis, en votre nom et au mien, de lui offrir nos sincères félicitations pour le double honneur que lui confèrent et notre Société de Chirurgie et la Société Médicale de Montréal, en l'appelant toutes deux à présider à leurs délibérations.

Hier soir, il prenait possession du siège présidentiel de la Société Médicale de Montréal, et ce soir, de celui de notre Société de Chirurgie. Le fait est assez rare et mérite d'être mentionné. Nous lui souhaitons tout le succès désiré en l'assurant de notre bienveillant concours pour lui faciliter l'exercice de ses fonctions pour l'année 1934.

Mon tout cordial merci s'adresse à vous, Messieurs, pour le bon appui que vous m'avez apporté au cours de l'exercice de mes fonctions durant l'année qui vient de se terminer.

Des neuf séances que les règlements nous demandent de tenir durant les douze mois de l'année, neuf ont eu lieu et des travaux intéressants y ont été lus. La présence de patients amenés par quelques membres ainsi que l'apport de pièces anatomiques de radiographies et d'appareils, ont rendu quelques séances plus attrayantes. Un merci tout spécial aux membres qui ont contribué à ces séances. Lors de notre première réunion de janvier 1933, nous avons eu le plaisir de voir assis à cette table un de nos membres honoraires, notre Doyen le professeur Harwood, et le professeur Pierre Masson qui nous a donné une intéressante causerie sur la manière de faire des prélèvements pour biopsie qui entraîna d'instructives discussions de la part de plusieurs membres présents.

En février, nous avons été honorés par la présence du Professeur Moulouguet de la Faculté de Médecine de Paris, qui a bien voulu accepter d'être nommé membre étranger. Au cours de l'année quelques projets vous ont

été soumis. Celui de la fondation d'un journal, organe de notre Société, la nomination de quelques membres étrangers parmi les chirurgiens de France, de tenir à l'avenir quelques-unes de nos réunions dans différents hôpitaux de Montréal. Enfin, l'admission comme membres actifs de notre Société des différents chirurgiens des hôpitaux des environs de Montréal. Mais aucun de ces projets n'a vu sa réalisation, ayant été jugés prématurés par la plupart des membres présents.

Si des événements heureux ont eu lieu au cours de 1933, par contre, d'autres événements nous ont apporté des notes de tristesse. En effet, nous avons eu à déplorer la perte de l'un de nos membres fondateurs, le regretté Docteur James William Derome, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Montréal, et aussi celle prématurée de l'un de nos jeunes membres, le docteur Bernardino Dumas, attaché au même hôpital, dont la carrière déjà brillante a été brusquement interrompue.

Et quelques-uns de nos membres ont été affectés par la perte de l'un des leurs: les Docteurs Bourgeois, le Docteur Dufresne et le Docteur Trottier. Au nom des membres de la Société, notre Secrétaire a adressé aux familles éprouvées, des messages de sympathie et des tributs floraux.

DISCOURS DU PRÉSIDENT

Mes chers Collègues,

Le Consul de France disait à la fin d'un dîner qu'on lui offrait récemment à Ste-Jeanne d'Arc, qu'il était regrettable de troubler l'euphorie de l'après-dîner et d'interrompre les conversations au moment où elles évoluent vers les confidences. J'éprouve ce soir le même regret, mais j'éprouve en même temps un désir qui antagonise ce regret: c'est celui de vous dire combien j'apprécie l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider vos délibérations.

Pourrai-je m'acquitter de ma tâche aussi bien que l'ont fait mes prédécesseurs? Je n'en sais rien, mais ce dont je puis vous assurer, c'est de mon entier dévouement et de ma parfaite bonne volonté.

Je vous dois aussi de la gratitude pour le Conseil que vous avez élu et qui, j'en suis convaincu, m'aidera loyalement dans le bon fonctionnement de notre Société pendant l'année qui commence. Notre vice-président, M. Ferron est un esprit original et qui sait fort bien dire ce qu'il pense; son opinion et ses conseils me seront fort utiles. M. Mercier Fauteux a accepté avec bonne grâce la charge et les responsabilités de secrétaire; son activité et sa bonne volonté trouveront maintes occasions de se manifester. M. Rivard a cru qu'il avait fait sa part de travail comme secrétaire et a bien voulu continuer à nous être utile comme trésorier; son expérience de secrétaire le servira dans sa nouvelle charge.

M. Trottier a demandé à être remplacé. Ses occupations ne lui permettent plus de consacrer le temps qu'il voudrait à l'accomplissement de la charge qu'il occupait. Je suis certain d'être votre interprète en le remerciant du travail qu'il a fait pour la Société pendant cinq ans.

Je ne dirai qu'un mot du Secrétaire-Général: j'espère qu'il prodiguera au Président de 1934 le travail et le dévouement qu'il n'a pas ménagés aux Présidents précédents. La réélection de notre Bibliothécaire-archiviste lui prouve combien nous apprécions le zèle qu'il déploie dans l'accomplissement de son travail fatigant et minutieux.

Messieurs, notre Société a maintenant cinq ans d'existence; je crois pouvoir dire que la période critique est passée. Pour les sociétés scientifiques ou autres, comme pour la population de notre Province, la mortalité infantile est énorme. Quand un enfant ou une société a atteint l'âge de cinq ans, on peut espérer un long avenir. Je n'irai pas jusqu'à dire cependant que nous sommes forts et vigoureux; notre croissance n'est pas complète, nos cadres ne sont pas remplis. Ce n'est pas étonnant.

La Société Nationale de Chirurgie de Paris que nous avons prise comme modèle a été fondée en 1843 par "17 docteurs jeunes et ardents conduits par Auguste Bérard et les Marjolins", et je serais curieux de savoir si l'assistance aux séances au cours des premières années était plus nombreuse qu'à nos séances. Les membres étrangers correspondants ou autres devaient être tout aussi dans le néant que les nôtres le sont.

La Société française a vécu, a prospéré, est devenue une autorité dans le monde de la chirurgie; il ne tient qu'à nous que la nôtre vive, prospère et devienne une autorité dans le monde de la chirurgie de notre pays.

Notre Société sera ce que nous la ferons. Sa création répondait à un besoin. Nous sommes réunis par petits groupes dans nos hôpitaux travaillant, trimant dans notre cadre plutôt restreint, ignorant presque complètement ce qui se fait et comment cela se fait ailleurs que chez nous, étant satisfaits de notre travail et croyant qu'il n'y a guère moyen de faire mieux ni autrement.

Cette manière de vivre est la meilleure façon d'empêcher la moyenne du niveau chirurgical de monter et de s'enliser dans l'assoupissante routine.

Les séances de notre Société luttent contre les effets néfastes de cet isolement. Nous voyons ce qui se fait chez le voisin, nous voyons ses résultats, nous profitons de l'expérience des autres pour augmenter la nôtre et, on s'instruit quel que soit l'âge que l'on ait. C'est de cette façon seulement que montera le niveau de nos connaissances et que s'amélioreront nos résultats. Quand on n'avance pas, on recule. Les communications de notre Société ont jusqu'à présent été faites ici, au Cercle, elles étaient bien théoriques. On peut prétendre, qu'à notre âge, on en a eu assez de la théorie et que ce qu'il faut, c'est du pratique. Votre Comité de Régie a cru devoir remédier à cet état de choses et nous avons pensé de faire nos réunions dans les hôpitaux à l'avenir. Les séances hospitalières de la Société Médicale ont eu un succès inattendu. Nous discuterons la chose tout à l'heure. Espérons qu'il en sera de même des nôtres.

Cela nous permettra de voir des malades qu'on ne peut déplacer, d'examiner des appareils, des instruments, et même de voir des interventions.

Il est probable aussi que cette façon de procéder nous permettra de remplir nos cadres: les assistants, chefs de service de demain, ne tarderont pas à se rendre compte du bénéfice qu'ils retireront de leur assistance aux séances de notre Société.

Nous avons, mes chers Collègues, une constitution et des règlements, et vous avouerez que jusqu'à présent nous les avons suivis un peu et qu'on y a manqué beaucoup. La chose s'explique. Notre Société était jeune et il ne fallait pas gêner sa première enfance par une discipline, même peu sévère. Maintenant que nous avons cinq ans, on peut serrer d'un peu plus près l'application des lois que nous nous sommes données et qui doivent nous régir.

Rassurez-vous, je n'ai pas l'intention de repasser chaque article et encore moins de casser quelques carreaux; je sais trop que je ne suis que votre mandataire et je ne ferai rien sans votre acquiescement. Je veux simplement vous soumettre quelques idées que vous appuierez si vous le jugez à propos.

Les communications présentées à la Société de Chirurgie de Montréal doivent être inédites. Nos communications ne l'ont pas toujours été. Il y en eut même qui ont été publiées avant d'être présentées.

Je crois que nous devrions avoir assez de respect pour notre Société pour ne lui apporter que des communications vierges et éloigner particulièrement celles qui ont été déflorées par une publication antérieure.

L'article 1er dit, entre autres choses, que le Président dirige les discussions. Je suis d'avis que chacun des membres a droit à son opinion et qu'il a le droit de l'exposer quand le Président lui a donné la parole, et je ne permettrai pas qu'il soit interrompu avant d'avoir terminé son exposition. Vous me direz peut-être que cela n'a pas d'importance, que nous ne sommes qu'une poignée d'amis. C'est vrai que nous ne sommes que des amis, du moins je l'espère; mais je trouve que c'est une raison de plus pour ne pas se faire d'impolitesse. Si je parle de ce sujet, c'est que j'ai été moi-même interrompu et que j'ai trouvé le procédé très désagréable.

L'article 13 veut que le registre soit signé avant cinq heures sous peine d'une amende d'un dollar. Je crois qu'on doit continuer à ne pas mettre ce règlement en force. Notre mentalité s'accommode mal d'une telle imposition. Elle sera applicable quand nos cadres seront remplis et que nous aurons une "waiting list". Si tous les absents avaient payé leur amende, nos fonds seraient bien près d'atteindre la limite permise par notre charte.

L'article 40 règle la question de la contribution. Il est probablement l'article qui a été le moins suivi. Je compte sur le Trésorier pour y mettre un peu d'ordre. La contribution d'entrée est peut-être trop élevée. Par les temps actuels, "10.00 est peut-être trop. Nous avons déjà réduit la contribution annuelle de moitié, réduisons-la encore, si vous le désirez; mais pour être justes, il faut que chacun paie sa contribution.

Depuis quelques années, la Société Médicale fait vérifier ses livres par un vérificateur licencié. Pourquoi n'en ferions-nous pas autant. Cela coûterait une bagatelle, et je vous assure que si j'étais trésorier, je l'exigerais ou je démissionnerais. Il y a bien d'autres points que l'on pourrait discuter, mais contentons-nous pour le présent d'appliquer les règlements que je viens de mentionner et ce sera déjà une amélioration sensible.

Il ne me reste plus qu'à rappeler le souvenir de deux de nos collègues que la mort a fauchés pendant l'année qui vient de finir. Cela fait trois décès en cinq ans c'est une forte mortalité pour un petit groupe d'hommes dont quelques-uns dépassent à peine la soixantaine. Comme mon Maître Mercier, William James Derome a été frappé par la terrible angine, alors qu'il n'était encore que dans la cinquantaine, en pleine activité et semblait pouvoir travailler encore longtemps. Depuis une quinzaine d'années, nous étions amis, et je dois vous dire qu'il était de ceux qui gagnent à être connus dans l'intimité. Je n'ai pas eu d'ami plus dévoué et plus loyal.

Berdino Dumas, lui, a été victime de la peur des électeurs des députés de la campagne. Jeune encore... en chirurgie, on est jeune longtemps,

puis on vieillit trop vite... non seulement il promettait beaucoup, mais il avait déjà commencé à tenir magnifiquement ses promesses.

Leur mort est une perte pour notre Société, pour la Profession et pour la Race. Déposons sur leur tombe le souvenir ému de notre amitié confraternelle.

Avant de terminer, je salue la présence du Doyen. Il n'est pas un invité étranger il est des nôtres, il est membre honoraire, et nous serions heureux si sa présence à quelques-unes de nos réunions nous le rappelait au cours de l'année. Ce sont les conseils de son expérience qui sont utiles et qui peuvent, dans bien des cas nous indiquer une sage conduite à tenir et quelquefois nous empêcher de faire un faux pas.

Discussion sur l'opportunité de faire nos Séances Scientifiques dans les hôpitaux

M. Louis de Lotbinière Harwood: Je m'excuse de ne pas assister aux réunions de la Société de Chirurgie; mes occupations nombreuses prennent la majeure partie de mon temps; je suis tout de même très honoré d'être des vôtres ce soir.

Si vous aviez vos séances dans les hôpitaux, vous auriez l'avantage de faire voir les malades et de provoquer des discussions intéressantes. En tant que Président Médical de l'Hôpital Notre-Dame, je vous y invite et vous souhaite la bienvenue.

M. Léon Gérin-Lajoie: Je me demande si le fait de tenir toutes nos séances dans les hôpitaux ne deviendrait pas trop onéreux pour le service hospitalier et ne nuierait pas aux séances de la Société Médicale. Peut-être qu'une ou deux séances dans les hôpitaux pourraient être utiles.

M. B.-G. Bourgeois: Je ne suis pas de l'avis de faire nos séances dans les hôpitaux parce qu'à l'hôpital il y a déjà suffisamment de travail et qu'il est plutôt agréable de venir se reposer en venant discuter tranquillement ici avec les Membres des questions qui sont l'objet des présentations.

M. Eugène Saint-Jacques: Je crois qu'un certain nombre de séances dans les hôpitaux pourraient être utiles.

M. A. Laroche: Nous pourrions avoir des séances dans les hôpitaux, et des séances au Cercle.

M. P.-Z. Rhéaume: Je suis en faveur des séances dans nos hôpitaux.

M. Rivard: Je suis opposé aux séances dans les hôpitaux parce qu'il en résultera une limitation des séances de notre Société.

M. Magnan: Je suis en faveur des séances dans les hôpitaux.

M. Bohémier: Je ne partage pas l'opinion de mes collègues qui favorisent le projet de faire nos réunions dans les hôpitaux.

M. Réal Doré: Je crois qu'il serait avantageux de nous réunir à l'hôpital.

M. Ferron: Je suis en faveur de quelques séances dans les hôpitaux.

M. François de Martigny: secondé par M. P.-Z. Rhéaume, propose d'alterner les séances dans les hôpitaux et au Cercle.

Cette proposition est adoptée.

La prochaine séance de la Société aura lieu le 7 février au Cercle Universitaire.

Le secrétaire Mercier FAUTEUX.

Séance du 7 février 1934

Présidence de M. Eugène DUFRESNE

La lecture du procès-verbal de la précédente séance est mise aux voix et adoptée.

CORRESPONDANCE:

Une lettre de monsieur Pierre SMITH demandant son admission comme membre de la Société de Chirurgie de Montréal.

COMMUNICATIONS:

Reconstitution de l'urètre pénien par autoplastie

M. Albert LAROCHE

En octobre 1932 j'ai pratiqué la taille, chez un homme de 22 ans, pour des calculs infectés. Malgré des soins rigoureux de désinfection pré et post-opératoires, ce malade, au cours de la période de fermeture de la vessie, a développé, à un niveau de couture de la sonde, une folliculite suppurée. L'abcès s'est ouvert spontanément laissant une fistule. Cette perte de tissu uréthro-cutané s'étendait sur une longueur de deux centimètres et demi et une largeur d'un centimètre à la partie inférieure de l'urètre pénien.

Honoré C., 65 ans, est venu consulter en novembre 1932 parce que depuis 4 ans, époque à laquelle il avait été prostatectomisé, toutes ses urines passaient par un "trou" sous la verge. Patiemment, il avait attendu parce qu'on lui avait dit que "cela se fermerait tout seul". Les réponses nettes du malade nous prouvent que la fistule s'était produite au cours de la période de fermeture de la vessie. Chez ces deux malades, il s'agissait, évidemment, de fistules d'origine inflammatoire. Dans le premier cas, la fistule était large, avec perte de substance du canal. Dans le second, l'ouverture était large et non pas un simple pertuis. Chez les deux, toutes les urines passaient par la fistule.

Pour les simples pertuis, ceux qui sont même très difficiles à voir, on peut essayer soit les dilatations soit la cautérisation au galvanocautère, suivi de sondage trois fois par jour, et encore les chances d'obtenir la guérison sont très réduites.

Quant aux fistules larges, plusieurs procédés autoplastie ont été tentés pour les réparer. Les sutures par enfouissement, les sutures en bourse ou circulaires, ont été pratiquées. L'autoplastie à lambeaux a été imaginée. Mais tous ceux qui ont l'habitude de traiter ces fistules ont connu les déboires de ces procédés. Dans les deux cas que je vous rapporte, la fistule a été fermée définitivement par suture avec les tubes de Galli.

En voici la technique: une incision circulaire circonscrit le pourtour de la fistule, une d'environ un centimètre de long vient tomber sur la partie antérieure de l'incision et une incision longitudinale sur la partie inférieure. Ensuite la peau est disséquée d'un centimètre de façon à obtenir deux lambeaux souples. Avec une aiguille de Reverdin à intestin, des fils métalliques fins (argent) sont passés à la base d'un lambeau d'un côté, cheminant sous la surface avivée et sortent à environ un centimètre de la limite de la fistule et finalement passent de l'autre côté de façon symétrique.

La distance entre chaque fil doit être égale à la distance qui sépare les trous des tiges de plomb. Une extrémité de chaque fil est passée dans un trou de la tige et enroulée plusieurs fois autour de cette tige. L'autre

extrémité du fil passée dans le trou de la tige de l'autre côté est maintenue en place en écrasant sur ce fil un tube de Galli. On répète ainsi sur chaque fil. Alors les tiges de plomb ont pour effet de rapprocher de façon ferme les lambeaux. Enfin quelques sutures sur la peau.

Comme dernier temps opératoire il est préférable, sinon indispensable, de pratiquer une cystostomie de dérivation.

Les fils d'argent seront retirés au huitième jour. Pour cela il faut les sectionner d'un côté entre la tige de plomb et les tubes de Galli et ils seront enlevés tous ensemble en tirant sur l'autre tige autour de laquelle ils sont enroulés. Et par ce mode de reconstitution de l'urètre pénien le porteur d'une fistule se voit libéré d'une misère aussi disgracieuse que malpropre.

M. B.-G. Bourgeois: J'ai eu l'occasion d'employer cette technique dans quelques cas. Actuellement je traite un cas présentant cette complication à la suite d'une urétrite gonococcique. La perméabilité de l'urètre fut d'abord rétablie; la fistule sera traitée plus tard vu qu'en ce moment le malade souffre d'une orchite. Dans un cas d'hypospadias, j'ai aussi utilisé cette méthode. La période des différents temps opératoires fut longue. En effet, après le premier temps, une phlébite de la jambe droite nécessita un repos de 1 à 13 mois. La reconstitution de l'urètre fut pratiquée dans un second temps. La taille ne fut faite qu'au moment de faire disparaître la fistule périnéale. Au bout de quatre à cinq mois, l'urètre se dilatait très bien et actuellement ce malade est guéri.

M. A. Ferron: Je me rappelle un cas de fistule survenue à la suite d'une fracture du bassin et rupture du périnée. Une tentative de réparation avait été faite dans un autre hôpital avant que je le voie. Sous anesthésie à la cocaïne, après avoir mis en place une sonde à demeure, je dissèque les différents plans et reconstitue l'urètre. La guérison s'est ainsi obtenue et s'est maintenue.

M. E. Dubé: Dans l'hypospadias scrotal le procédé de Duplay ne donne pas généralement de guérison définitive.

Fistule tubo-abdominale

M. L.-A. MAGNAN

Il s'agit d'une malade de 29 ans, opérée il y a 2 ans pour ovariectomie(?). Elle se présente à l'hôpital pour tuméfaction à la région hypogastrique. L'histoire héréditaire nous enseigne que sa mère est morte de tuberculose. Dans les antécédents personnels la malade semble avoir été traitée pour tuberculose à l'Institut Bruchési.

L'examen montre qu'il existe, à la région hypogastrique, à deux centimètres sous l'ombilic, une légère tuméfaction qui saigne abondamment au moment des menstruations. Cet écoulement sanguin est plus marqué par l'abdomen que par le vagin. Douleurs abdominales lancinantes à l'époque des menstruations. Utérus en antéflexion. Les deux culs-de-sac latéraux sont douloureux.

Il s'agit vraisemblablement d'une fistule faisant communiquer la cavité utérine avec la paroi abdominale.

Les examens radiologiques répétés, après injection de lipiodol, soit en stéréo, soit après insufflation intra-abdominale de bioxyde de carbone, montrent bien une déviation de la trompe gauche vers la paroi abdominale; cependant il est impossible de bien mettre en relief les organes génitaux et surtout la fistule abdominale, comme vous pouvez en rendre compte en exa-

minant les quelques radiographies que je vous soumetts. Je me demande comment on peut expliquer l'abondance plus marquée de l'écoulement sanguin à la région abdominale qu'au niveau du cours normal de la menstruation.

M. B.-G. Bourgeois: Comme l'utérus se trouve en antéflexion très marquée, il se peut que l'orifice étant forcé, le sang trouve un accès plus facile vers la paroi abdominale.

M. Mercier Fauteux: J'ai eu l'occasion d'examiner récemment une malade âgée de 29 ans qui présentait les mêmes symptômes que celle dont M. Magnan vient de nous relater l'histoire. Elle avait été opérée vers l'âge de 14 ans, à la campagne, pour une énorme tumeur abdominale, vraisemblablement un kyste de l'ovaire. La poche du kyste ne fut pas enlevée, mais amenée au niveau de la peau, dans la brèche opératoire. Les suites de cette intervention furent longues et pénibles; un écoulement séreux persista longtemps empêchant la cicatrisation de la plaie. Toujours est-il que la malade guérit, revit ses menstruations normalement, à la suite de cette opération, pendant un mois ou deux; puis, à l'époque suivante, elle remarqua du sang apparaissant au niveau de la cicatrice opératoire en même temps que s'établissait l'écoulement du sang menstruel par voie vaginale. Graduellement, à chaque époque menstruelle, le flot sanguin vaginal diminuait tandis que l'écoulement par voie abdominale augmentait. Au moment où je la voyais, au moment des menstruations, il n'y avait plus d'écoulement vaginal; le sang menstruel s'écoulait entièrement par voie abdominale. Cette jeune femme, mariée, n'a jamais eu d'enfants. Au toucher vaginal, le col était très petit et l'utérus était aussi très peu développé. J'ai proposé une intervention afin de guérir cette fistule, mais je n'ai pas revu cette malade depuis.

M. L.-A. Magnan: Au sujet du fait que l'écoulement sanguin se fait plutôt vers la paroi abdominale, il ne faut pas oublier qu'au niveau des cornes utérines il y a un sphincter; ce sphincter, lorsqu'il y a pression de l'utérus vers la trompe, a une tendance à se contracter.

Présentation de radiographies

M. L.-A. MAGNAN

Voici une radiographie montrant un utérus unicorne avec un petit hydrosalpinx au pavillon chez une femme de 43 ans, mariée depuis 20 ans, avec stérilisation primitive. Après injection de lipiodol sous pression, il semble que l'obturation au pavillon s'est ouverte et que le lipiodol a pénétré dans la cavité abdominale. Cette hypothèse a été confirmée par le fait que la malade est devenue enceinte le mois suivant et a accouché, en septembre dernier, d'un bébé tout à fait normal.

Cette contribution à l'étude de la stérilité primitive ou secondaire d'origine tubaire engendre encore de nouvelles possibilités qu'il importe de toujours étudier.

M. François De Martigny: J'ai l'honneur de proposer, secondé par M. B.-G. Bourgeois, que la question de la gastro-suspension soit inscrite au programme de la prochaine séance et que MM. Nové Jossierand, Mousseau, Saint-Jean, des Rosiers et Eugène St-Jacques soient invités à la discussion afin d'avoir l'avis des médecins sur cette question à l'ordre du jour.

Cette motion est adoptée à l'unanimité.

La prochaine séance de la Société aura lieu le 7 mars au cercle universitaire.

Le secrétaire Mercier FAUTEUX.

SOCIÉTÉ DE GASTRO-ENTÉROLOGIE ET D'ALIMENTATION

SEANCE DU 28 FEVRIER 1934

Présidence du professeur J.-E. DUBE

1° Adoption du procès-verbal de la séance du 31 janvier 1934.

COMMUNICATIONS

1) Radiumthérapie des cancers du rectum — Dr E.-P. GRENIER.

Le docteur Grenier pose la question suivante à propos de deux malades qu'il nous fera voir ensuite: Doit-on, en présence d'un cancer du rectum, donner la préférence immédiate à un anus contre nature ou à la radiumthérapie? Si avec cette dernière méthode, dit-il, la survie s'en trouve plus longue, je vous laisse choisir.

M. Grenier met le praticien en garde contre les signes en apparence anodins du prurit anal, du petit saignement soi-disant hémorroïdaire et, avant de passer aux indications de chacune des thérapeutiques, il présente une brève division des cancers du rectum; histologiquement, on peut avoir à considérer: 1° les épithéliomas; soit *cylindriques*, typiques ou adénocarcinomes et atypiques, carcinomes solides; soit *pavimenteux*, à spino-cellulaires avec globes cornés ou baso-cellulaires, sans globes cornés; 2° les sarcomes; à cellules rondes ou à cellules fusiformes, aux fibro-sarcomes, lympho-sarcomes, aux myosarcomes, etc.

Les cancers du rectum d'origine polypoïde sont très fréquents. Certaine statistique en trouve 22 sur 57, cancéreux. Quelles que soient les raisons invoquées, il semble que 15% à peu près soient *opérables*. Abel, chirurgien, obtient une guérison de 60%. C'est au chirurgien de décider de la méthode à suivre. Sachant que l'opération amène 90 fois plus souvent de mortalité que de guérison, que la radiumthérapie ne fait que retarder la mort, dans les cas inopérables, on s'est demandé s'il ne fallait pas préférer la colostomie. Pourquoi ne pas éviter cette infirmité en instituant la radiumthérapie d'emblée?

L'auteur admet que le traitement du cancer rectal est difficile par suite de sa localisation. Il faut obtenir une homogénéité de rayonnement. Les résultats dépendent des conditions techniques suivantes: la qualité de ce rayonnement, sa quantité, son intensité et son homogénéité.

Voici la méthode que suit M. G. dans un cas de cancer inopérable du rectum: 1° Examen minutieux des parties malades, surtout par la méthode digitale, puis rectoscopie et radiographie. Biopsie si le cancer n'est pas trop congestif, ulcéré ou infecté; 2° Si le patient y consent, anus contre nature; 3° Pendant deux ou trois jours légers purgatifs et deux grands lavements au sérum tiède; 4° La veille de l'intervention: souper léger; une ampoule de Pantopon en injection; 5° Le matin même: jeûne, dernier lavement; introduction de deux suppositoires d'opium et de belladone; 6° Anesthésie générale, puis dilatation digitale de l'anus. Si la tumeur est très grosse, emplissant les deux-

tiers de l'ampoule rectale, le Dr G. pratique la radiumpuncture; si le cancer n'est pas trop étendu, il applique son *applicateur en cuillère*; "Cet appareil restera en place le temps voulu, selon sa charge, pour obtenir la quantité de rayonnement désirée. Le temps expiré, le radium est facilement enlevé..." Les jours suivants: légers laxatifs et petits lavements au sérum, avec huile minérale par la bouche. Trois semaines après cette opération, radiothérapie pénétrante visant à atteindre les ganglions.

Sur 14 cas traités de cette façon depuis 1929, le Dr G. a fait la statistique suivante:

| | |
|--|---|
| Mort du choc opératoire | 0 |
| Survie de 5 ans | 0 |
| Survie de 4 ans | 1 |
| Survie de 3 ans | 3 |
| Survie de 2 ans | 4 |
| Survie de 1 an à un an et demi | 6 |

Sur les 14, 8 sont morts, dont deux d'hémorragie cérébrale.

Puis, le Dr G. fait voir 2 cas: dans le premier, il s'agit d'une dame de 50 ans, s'étant présentée pour douleurs rectales, hémorragies et ténésme, en novembre 1932. Le Dr Rhéaume porte le diagnostic de cancer du rectum.

Diagnostic histologique: carcinôme.

Traitement: application de l'appareil en cuillère contenant comme charge 53.32 milligrammes de radium répartis en 5 tubes. Temps: 72 heures. Dose reçue: 28 millicuries détruits. Elle a engraisé, depuis, de 12 livres, et tous ses troubles sont disparus.

2ème cas: malade âgée de 63 ans. Se présente pour douleurs rectales, ténésme, hémorragies et constipation. Diagnostic: cancer rectal (Dr Trottier et Pr. Hingston) avec radiographie positive (Dr Léo Pariseau). Le toucher révèle une masse irrégulière à 4 cc. de l'anus s'étendant sur une largeur de 5 centimètres. Masse mobilisable. Traitement commencé en décembre 1931. Charge: 53.52 milligrammes. Temps: 94 heures. Dose reçue: 37 mcd. Traitement bien supporté. L'examen postérieur montre que la masse est amincie et devenue plus lisse. La malade est en bonne santé clinique.

On peut donc, en conclusion, obtenir des succès avec la radiumthérapie sans instituer la colostomie d'emblée.

Discussion:

Le Dr Mercier FAUTEUX félicite de leur patience les radiumthérapeutes, alors que les chirurgiens auraient la réputation d'envoyer les malades souffrant de cancers du rectum "ad patres". Il félicite aussi le Dr Grenier de présenter la radiumthérapie comme une méthode de curabilité relative. "Mais a-t-il insisté, dit-il, sur la technique à suivre dans ces cas?"

La première question à se poser est, dit-il: Le radium peut-il guérir ces cancers? Il semble, d'après diverses statistiques récentes, consultées, que le cancer du rectum ne soit pas radiumthérapiquement curable (Newman et Curran, etc.). De plus, les tubes sont dangereux s'ils sont posés haut. Il préconise la technique de Proust, surtout chez les sujets jeunes. De toute façon, s'appuyant sur Lacassagne (Paris), Rowntree (Congrès de Londres, 1933) et Bowring (Mayo), il préconise le traitement chirurgical d'emblée.

La deuxième question, dit-il, est: Y a-t-il opérabilité ou inopérabilité du malade? Il se plaint de ce que le malade arrive trop tard, de ce que le médecin pose un diagnostic trop tardif; d'après lui, 40 à 50% des malades de cette catégorie peuvent être opérés; et puis, la chirurgie du cancer a mauvaise presse: l'entourage et le médecin ne recommandent pas l'intervention. Le chirurgien craint d'en prendre la responsabilité. Il ajoute qu'il n'est pas nécessaire de mettre de l'avant le haut pourcentage de mortalité, même s'il existe. En tout cas, ce haut pourcentage n'est pas dû au fait que nous avons trop opéré nos malades, à Montréal: dans certain hôpital de cette ville, en 10 ans, on a traité 72 cas de cancer du rectum; 2 seulement ont été opérés de façon radicale. "Comment alors expliquer nos insuccès opératoires autrement que par un manque de pratique?"

En troisième lieu, dit-il: comment évaluer que le malade est opérable ou non? D'après les Mayo, la seule façon serait de pratiquer une laparotomie exploratrice, avant même d'instituer la radiumthérapie.

En conclusion: 1° Le médecin, au moindre doute, doit faire voir le malade au chirurgien; 2° Une laparotomie exploratrice sera pratiquée. Elle est sans danger. Si le malade est opérable, on fera une excision; s'il n'est pas opérable, on refermera et il sera toujours temps de commencer les traitements radiumthérapeutiques.

Le Dr J.-A. MOUSSEAU: Ayant posé un diagnostic précis, le Dr Grenier nous a suggéré une thérapeutique qui semble curatrice jusqu'à un certain point. Pourquoi enlèverait-on à celui-ci le droit à ce traitement? demande-t-il à M. Fauteux.

M. FAUTEUX cite une statistique de Mayo, datant de 5 ans, démontrant la supériorité du traitement chirurgical.

Sur 15 malades, traités par le radium, 12 sont morts et 3 sont améliorés, dont on ignore l'évolution.

Le Dr Paul BRODEUR: Nous ne prétendons pas — radiumthérapeutes — guérir le malade par le radium, mais lorsque nous sommes mis en face d'un malade qui le demande, lorsque nous sommes personnellement concernés, ne préférons-nous pas le radium à l'opération?

Le Dr B. nous apporte son expérience du traitement du cancer du larynx. Il admet que les radiumthérapeutes se contentent d'obtenir une amélioration, mais ne comptent pas sur une guérison. Les résultats, en général, sont affaire de consultation et dépendent des cas, de l'orientation qu'ils veulent bien suivre.

Le Dr GRENIER, en réponse, se dit d'accord avec les chirurgiens, ses consultants plus fréquents que les médecins. Il n'a pas parlé guérison, mais comment savoir que certains cancers bas situés, v. g., épidermoïdes, ne deviendront pas curables? Le deuxième cas qu'il a présenté était opérable.

La radiumthérapie est souvent mal pratiquée, dit-il. (Pauchet). Si l'irradiation s'est montrée insuffisante, cela dépend souvent de ce que cette irradiation n'a pas été proportionnée à la tumeur. Aussi, l'auteur s'est-il attaché à améliorer la technique, en préconisant l'emploi d'appareils s'appliquant en surface ou appareils dits en cuillère. Ses recherches ne remontent qu'à cinq années. Il n'a aucune prétention curative, mais se dit heureux de pouvoir prolonger quelques personnes alors que les diverses colostomies seront

toujours praticables. Il conseille d'adjoindre à ces premiers traitements la radiothérapie pénétrante.

M. Mercier FAUTEUX: La question est au jugé. Il déplore qu'à Montréal la collaboration des intéressés ne soit pas plus active.

Le Dr J.-E. DUBE remercie les médecins présents de venir à cette Société croiser les armes.

2) Les troubles digestifs chez les tuberculeux — Dr J.-A. VIDAL.

M. V. divise son travail en deux parties: 1° Les troubles digestifs chez les tuberculeux; 2° La tuberculose intestinale. Leur traitement.

1° Les troubles digestifs les plus fréquents et qui nous montrent l'importance, avant tout, de l'alimentation chez les tuberculeux, sont: a) l'hyperchlorhydrie; b) l'atonie digestive; c) la constipation.

Il insiste sur le taux de la glycémie chez les T. B., question actuellement à l'étude à Cartierville (sanatorium).

2° *Tuberculose intestinale.* Elle a reçu plusieurs appellations dans l'histoire de la médecine: 1° jusqu'à 1810, elle se nomme dysentérie; 2° 1810 à 1840: diarrhée des T. B.; 3° de 1840 à 1915, nous assistons à la période anatomo-pathologique; 4° depuis cette date, nous bénéficions de la radiographie, qui nous apporte des signes de localisation.

Les deux principaux symptômes sont: 1° la douleur; 2° la diarrhée.

Au début: on est mis en présence des signes de l'atonie digestive: pesanteur épigastrique, tiraillements, états nauséux, puis vomissements, sensibilité abdominale à la pression du plexus solaire; zones tympaniques, soit de la région cœcale, soit de la région recto-sigmoïdienne.

Malgré ces signes du début, la T. B. intestinale peut passer inaperçue. 20 à 35% des cas sont dépistés à l'autopsie (Klein).

Il ne faut pas confondre celle-ci avec les troubles entéro-coliques observés chez les T. B. pulmonaires. Différenciation souvent difficile.

A son avis, la T. B. intestinale s'allume de 20 à 26 mois après le début apparent d'une tuberculose. Il faut donc toujours y penser. Surtout si, la tuberculose se mettant au ralenti, l'état de débilité persiste. Dans la majorité des cas la tuberculose intestinale existe à l'état latent. On observe alors des malades se présentant pour une perte de poids, des hémorragies rectales variables.

Traitement: Le repos est le traitement de base, avec la diète. La diète d'Alvarez a ses préférences. C'est une diète sans celluloses, ni fruits, ni boissons froides, à laquelle on joint l'agar-agar.

Il conseille le port d'une flanelle avec coussin ouaté.

Comme traitement médicamenteux: l'huile de foie de morue avec jus de tomate; le stovarsol; l'héliothérapie.

Puis suit un exposé des diètes.

Discussion:

M. Georges MIGNAULT: considère que les entérocrites, chez les tuberculeux, sont des accidents très pénibles à traiter. Quand, chez un T. B. pulmonaire, la question d'une intervention sur l'intestin devient indiquée la

chirurgie est salvatrice; mais, dans l'entérite des tuberculeux, la radiothérapie reste souvent impuissante. *Sampson* conseille les rayons ultra-violet. A *Saranac* on utilise les salvarsans.

Il étudie actuellement l'effet des sels d'or sur un grand nombre de tuberculeux. L'effet, dans 99% des cas de T. B. à forme ulcéro-caséuse, est d'entraîner une entérite tuberculeuse, mais il manque encore les vérifications de l'anatomo-pathologiste avant de porter des conclusions.

M. Paul LETONDAL demande au Dr Vidal s'il distingue différentes variétés de colites: acides ou alcalines, etc., avant de choisir un traitement? Il rapporte ensuite les résultats favorables obtenus par Léon Bernard avec le stovarsol, dans les entérites tuberculeuses.

M. J.-A. MOUSSEAU a traité deux cas avancés d'entérite tuberculeuse secondaire à une T. B. pulmonaire et a obtenu une amélioration nette avec le stovarsol.

M. Jean LeSAGE rapporte les expériences cliniques longtemps poursuivies dans plusieurs milieux médicaux, dont quelques-unes, très intéressantes, nous viennent de Lyon (Cade et Morenas), d'où il ressort que les stovarsols sont des agents thérapeutiques anti-parasitiques d'élection dans toutes les formes de colite et d'entérite, surtout parasitaires, mais aussi dans celles qui n'ont pas encore apporté de preuves bactériologiques.

Il rappelle les succès obtenus par le chlorure de calcium intraveineux, dans certaines formes d'entérite tuberculeuse.

M. Paul BRODEUR recommande l'emploi de la röntgentherapie locale ou des rayons ultra-violet dans ces cas, puisqu'ils comptent déjà des succès dans les formes fibro-caséuses (péritonéales).

M. J.-E. DUBE rappelle que le professeur Archibald (McGill) a cessé d'avoir une mauvaise statistique dans les cas de cette nature, en se servant de l'héliothérapie combinée aux rayons ultra-violet.

Il cite plusieurs cas de diarrhée observés chez des jeunes filles tuberculeuses. Les stovarsols, encore plus que le chlorure de calcium à 5 et 10%, ont amené, chez celles-ci, une modification du caractère des selles, devenues moulées, et un arrêt complet de la diarrhée. Il recommande l'emploi du jus de tomates combiné à l'huile de foie de morue dans la proportion de une partie pour six.

Il rapporte les études intéressantes que pratique M. L.-H. Gariépy: étude de la glycémie chez les tuberculeux et dont on entendra parler bientôt. Il cite Saürbrück, qui a constaté une amélioration plus ou moins nette des tuberculeux pulmonaires et de leurs accidents lorsqu'on les soumet au régime de Gerson, c'est-à-dire à une diminution des glycodes et une augmentation des matières grasses. Il est sûr, dit-il, qu'on ne doit pas imposer autant d'hydrates de carbone à ceux dont les activités sont mises en veilleuse.

Le Dr J.-A. VIDAL préconise la diète d'Alvarez (Mayo): Le matin: jus d'orange; le midi: féculents en purée et bananes cuites; le soir: chocolat malté, etc.

Chez les riches, le stovarsol à 20 centigrammes, 4 fois par jour, obtient de bons résultats.

Peu de résultats s'obtiennent par une diète alcaline ou acide. Le chlorure de calcium intraveineux, dont on se sert de moins en moins, à Cartierville,

depuis 7 ans, obtient des effets inconstants à la dose de 50 centigrammes dans un centimètre cube d'eau, en injection intraveineuse, pendant trois jours consécutifs. Arrêt et reprise.

D'après LAQUERRIERE, les rayons X ont une action sédative sur l'élément douleur, mais pas sur l'évolution de l'entérite tuberculeuse.

En conclusion: User d'une diète non acide, contenant peu d'hydrates de carbone et permettant à l'intestin le meilleur repos intestinal.

3) Un cas de polype du duodénum. Opération. Guérison — M. Paul MARCHILDON.

M. M. fait observer que ces cas sont rares et la plupart du temps non diagnostiqués cliniquement. On les confond, en général, avec un ulcus duodénal, avec un syndrome de sténose pylorique, ou avec un cancer pré-pylorique.

Il présente ensuite l'observation d'un homme souffrant depuis 20 ans d'une douleur en barre transversale, douleur tardive, avec, trois fois par semaine, un vomissement se déclarant vers sept heures du soir. Hématémèse dans une dernière période.

A l'examen, on réveillait une douleur dans le quadrant droit du creux épigastrique et on croyait percevoir une masse grosse comme un oeuf dans la région pylorique. La radiographie montra une image vacuaire située sur le bord externe du bulbe, assez floue, tranchant sur la surface unie de voisinage. Image ressemblant à celle de grosses villosités.

A l'intervention, on reconnut que les parois du duodénum étaient normales, mais à l'ouverture, on découvrit une masse mobile et pédiculée sur le versant duodénal du pylore, postérieure, pouvant se déplacer facilement vers l'estomac ou le duodénum. Ignorant la nature de cette tumeur, peut-être cancéreuse, le Dr M. pratiqua une résection large du pylore, de l'estomac et d'une partie du duodénum, puis une gastro-entérostomie.

Examen anatomo-pathologique (Pr. Pierre Masson): *polype simple*.

M. M. s'étonne que le malade ait résisté pendant 20 ans à la douleur et que seule une *hématémèse* peu abondante l'ait conduit aux médecins.

Cette tumeur s'accompagne assez souvent de cholécystite chronique ou de pérviscérite. La survie est de règle.

Le Dr M. demande à ses confrères leur expérience dans ces cas. "Ne vaut-il pas mieux, dit-il, exciser une large tranche, quand on ignore la malignité de la tumeur?" Il ne croit pas qu'il y ait eu là mutilation inutile.

Discussion:

M. Paul BRODEUR admet que les cas sont rares, que le plus fréquemment le polype siège aux côlons, que, même alors, on distingue, à la radiographie, une anomalie difficile à définir, bref, qu'on ne doit pas trop demander aux rayons X.

M. Pierre SMITH considère que la résection a été plus large que nécessaire, que si l'on soupçonne une dégénérescence on peut se contenter d'une gastrectomie partielle.

M. Paul-M. RICARD souligne que les cancers du duodénum sont excessivement rares et donc, qu'en présence d'une tumeur de cette région, il faut avant tout songer à sa bénignité.

M. Mercier FAUTEUX: S'il est vrai que les polypes duodénaux sont de nature bénigne dans 90% des cas, il faut quand même se rappeler qu'une opération semblable à celle de M. M. est souvent justifiée par suite de la duodénite concomitante. Celle-ci a le danger de rendre difficiles les sutures. Il cite un cas de mortalité pour une intervention semblable, dans un cas identique. "Pourquoi le Dr M., dit-il, n'a-t-il pas pratiqué un Péan?"

Le Dr J.-A. MOUSSEAU dit que la présence d'un polype situé si près du pylore justifie l'intervention préventive. N'y a-t-il pas danger de récurrence? dit-il.

M. Jean LeSAGE rappelle que s'il y a quelquefois polype isolé, le plus souvent on se trouve en présence d'un syndrome généralisé à tout un segment intestinale, à prédominance colique, dit de polypose intestinale, et que le danger, en effet, peut être celui d'une récurrence des polypes dans une région où il existe déjà une inflammation de la muqueuse.

M. MARCHILDON répond qu'il n'a pas usé d'un Péan parce que les morceaux se laissaient difficilement rapprocher. Il préfère cette dernière technique dans les cancers prépyloriques ou de la grande courbure. Il cite certains succès.

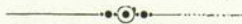
Revenant à l'observation de son malade, il rapporte que la radiographie, prise six mois après la résection d'une grosse tranche de l'estomac, montre qu'il s'est formé une espèce de néo-estomac à remplissage et évacuation normale.

Il utilise le Péan lorsque les morceaux se rapprochent bien et que les sutures n'exercent pas de traction.

M. le professeur Dubé termine la séance en annonçant la venue prochaine, à Montréal, de M. Richet, fils, et de M. Turpin (tous deux de Paris), déjà bien connus chez nous.

Le secrétaire conjoint:

Jean LeSAGE.



REVUE DES LIVRES

La puberté et ses accidents chez la femme, par M. DERVILLE, ancien interne des hôpitaux de Paris, in-16 jésus, 128 pages. Vigot Frères,

La puberté est un phénomène naturel, nécessaire, normal, essentiellement physiologique; en dépit de ses caractères, si profonds et si générales sont les modifications du fonctionnement des organes, modifications secondaires à la mise en activité des sécrétions ovariennes que cette transformation ne peut passer inaperçue. On peut observer des cas de ménopause silencieux: la femme voit brusquement cesser ses règles et ne ressent aucun trouble, si léger soit-il, à la suite de cette disparition définitive; il n'existe pas, au contraire, de puberté silencieuse, même quand cette dernière survient dans les meilleures conditions possibles. D'ailleurs pendant cette période de transition et d'instabilité fonctionnelle, l'organisme en quête d'un équilibre nouveau, sera tout spécialement sensible aux facteurs morbides de toute nature: l'influence des tares héréditaires, les séquelles, jusque-là méconnues, des maladies de l'enfance, l'apparition des affections de l'adolescence, les conditions particulières de vie viennent par leur retentissement troubler avec plus ou moins d'intensité et de durée le cours de l'épanouissement du caractère sexuel et le développement des glandes génitales.

Il y a toujours un laps de temps (qui précède, accompagne, et suit l'apparition du premier flux menstruel, *caractère essentiel de la puberté*) laps de temps pendant lequel commencent et se poursuivent l'acclimatation et l'adaptation de l'organisme au nouvel état de choses.

L'auteur étudie d'abord comment se fait l'évolution pubérale normale, puis passe en revue les divers accidents qui compliquent cette évolution et en modifient les apparences.

L'étude de ces accidents et les moyens de les conjurer sont d'un intérêt capital: si on laisse évoluer des lésions ovariennes, si on ne combat pas les vices de fonctionnement du tractus génital dès le début de leur apparition, on risque de voir ces lésions et ces troubles fonctionnels laisser leur empreinte pendant toute la période d'activité génitale de la femme et de faire de cette dernière une femme constamment endolorie du ventre et inapte à remplir ses fonctions essentielles, c'est-à-dire perpétuer l'espèce.
