

MÉMOIRES

210 RÉACTIONS A LA GOMME D'ÉPINETTE
DANS LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN.**Albert BERTRAND,**Professeur agrégé à l'Université de Montréal.
Chef de Laboratoire à l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu.
Bactériologiste à l'Hôpital Notre-Dame.

Pour juger de la valeur d'une nouvelle réaction, il faut pouvoir la contrôler, soit par la clinique, soit par une autre méthode ayant fait ses preuves, soit enfin par la clinique et le laboratoire, ce qui est encore préférable. Seule mérite d'entrer dans le domaine de la pratique courante une technique qui répond à la réalité des faits. Le contrôle doit être d'autant plus sévère que la méthode est plus compliquée; le nombre de cas examinés doit être d'autant plus considérable que la méthode comporte plus de réactifs.

Nous avons eu déjà l'occasion de faire connaître les premiers résultats obtenus dans l'examen du liquide céphalo-rachidien avec une nouvelle technique utilisant la gomme "d'épinette" (*Picea canadensis*) comme antigène. Ce premier essai basé sur 84 cas, nombre relativement peu considérable, nous permit cependant de constater une concordance absolue dans 91,6% des cas entre les réactions de Bordet-Wassermann, de Benjoin et de Lange d'une part, et la réaction à la gomme d'épinette d'autre part.

Nous avons poursuivi les recherches entreprises dans cette voie et aujourd'hui nous pouvons apporter une statistique plus complète, basée sur 210 examens de liquide céphalorachidien, pour lesquels les réactions suivantes ont été faites simultanément: lymphocytose, albumine, globuline, Bordet-Wassermann, Benjoin, Lange et Gomme d'épinette.

La numération des lymphocytes fut faite dans notre laboratoire le plus rapidement possible après la prise des liquides afin d'éviter la cytolyse qui se produit quelquefois assez rapidement et qui change complètement la valeur de cette épreuve.

Le dosage de l'albumine fut également pratiqué par nous au moyen d'une échelle diaphano-métrique qui elle-même fut d'abord

contrôlée par les rachialbuminomètres de Sicard et Cantaloube et de Ravaut.

La recherche de la globuline (méthode de Pandy), les réactions de Bordet-Wassermann, de Benjoin et de Lange furent faites au Laboratoire provincial d'hygiène de Montréal.

Pour les besoins de la cause, les résultats fournis par le laboratoire provincial d'hygiène, spécialement les résultats du Bordet-Wassermann, du Benjoin et du Lange furent considérés comme conformes à la clinique (1) et servirent de points de comparaison avec la réaction à la gomme d'épinette que nous avons pratiquée nous-mêmes à l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu.

Cette réaction déjà décrite ailleurs (2) ne fut pas sensiblement modifiée dans sa technique générale. Elle fut toujours pratiquée avec les mêmes réactifs (solution stock de gomme d'épinette à 10% dans l'alcool absolu) depuis décembre 1928; seulement, dans ces derniers temps, les tubes furent portés et maintenus à l'étuve à 37°C. 1/2 heure, selon une technique de Dujarric de la Rivière. Cette légère modification permet une lecture plus facile dans les cas douteux. Ceux-ci peuvent au début de la réaction présenter un léger trouble dans tous les tubes, mais après un séjour de 1/2 heure à l'étuve à 37°C. ce trouble disparaît si la réaction est négative et persiste lorsque la réaction est positive même à un faible degré.

Par cette méthode nous avons examiné 210 liquides céphalo-rachidiens prélevés chez des malades présentant des états psychopathiques très variés: les uns ayant tous les symptômes cliniques d'une syphilis nerveuse, les autres ne présentant aucune manifestation syphilitique.

Chez quelques-uns les examens furent faits avant tout traitement spécifique; chez un certain nombre d'autres, l'examen fut pratiqué avant et après traitement, soit par la malaria, soit par le bismuth, soit par le mercure, soit par l'arsenic, soit enfin par un traitement mixte.

L'examen comparatif de ces 210 cas démontre certains faits intéressants.

On constate d'abord une concordance absolue entre la réaction à la gomme d'épinette d'une part et les réactions de B. W., de Benjoin et de Lange d'autre part dans 182 liquides, soit dans 86,6% des cas.

(1) Nous devons dire en toute sincérité que les rapports fournis par le Laboratoire provincial d'hygiène sont conformes aux constatations cliniques et donnent pleine et entière satisfaction.

(2) in L'Union Médicale du Canada, Septembre 1929.

Ce chiffre est sensiblement inférieur à celui fourni lors des premières constatations, soit 5% en moins. Cette différence s'explique par le nombre plus grand d'examen pratiqués à date et par le nombre de méthodes mises en cause.

La comparaison entre la réaction à la gomme d'épinette et, seule, la réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien fournit des chiffres beaucoup plus élevés. En effet, la statistique actuelle nous montre une concordance dans 195 cas sur 210, soit dans 92,8% des liquides examinés.

Si on pousse plus loin l'étude comparative des diverses méthodes mises en oeuvre et des symptômes présentés par les malades on constate que dans 8 autres cas sur les 15 qui restent, une réaction positive à la gomme d'épinette a correspondu à une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang alors que les autres procédés d'examen du liquide céphalo-rachidien, savoir B. W., Benjoin et Lange ont été négatifs. Ces 8 cas ajoutés aux 195 précédents donnent un chiffre de 203 de concordance sur un total de 210, soit une concordance de 96,6% entre le B. W. dans le sang et la gomme d'épinette dans le liquide.

Le tableau suivant illustre bien les faits observés dans ces 15 cas en particulier et souligne jusqu'à un certain point la valeur de la réaction à la gomme d'épinette comparés aux autres réactions.

T A B L E A U

No.	Date.	B.W.	Sang.	B.W.	Liquide.	Benj.	Lange.	Gomme d'épinette.				Diagnostic.
								1/5	1/6	1/7	1/10	
1	Nov. 28	++++	++++	-----	-----	0000	00000	+	-	-	-	Epilepsie.
2	Mar. 29	-----	++++	-----	-----	0000	00000	+	-	-	-	Imbécillité.
3	Mai 29	-----	++++	-----	-----	0000	00000	+	-	-	-	Manie.
4	Juil. 29	++++	++++	-----	-----	0000	00000	+	+	+	?	Démén. précoce.
5	Fév. 30	++++	++++	-----	-----	0000	00000	+	+	-	-	Imbécillité.
6	Mar. 30	++++	++++	-----	-----	0000	00000	+	+	-	-	Psy. hal. chr.
7	Mar. 30	++++	++++	-----	-----	0000	00000	+	?	-	-	Psc. périodique.
8	Mar. 30	++++	++++	-----	-----	0000	00000	+	?	-	-	Dém. org. Syph.
9	Fév. 30	-----	-----	-----	-----	0000	00000	+	+	-	-	Hémiplégie.
10	Fév. 30	-----	-----	-----	-----	0000	00000	+	+	+	+	Dem. organique.
11	Nov. 28	++++	++++	-----	-----	1110	55555					(P. G. Impaludé,
	Juil. 29			++++	++++	0200	44344	+	-	-	-	(Bismuth,
			(x)	0.4	0.2							
12	Nov. 28	++++	++++	++++	++++		55555					(P. G. Impaludé,
	Juil. 29			-----	-----	0100	00000	+	+	+	?	(Tryparsamide,
13	Sep. 28	++++	++++	++++	++++	2222	34332					(P. G. Impaludé,
	Juil. 29			++++	++++	0100	22233	-	-	-	-	(Bism. Trypars.
			(x)	1.5	0.8							
14	Sep. 24	++++	++++	++++	++++							(P. G. traité,
	Juil. 29			++++	++++	0000	00000	-	-	-	-	(Tryparsamide,
			(x)	2.	2.							
15	Juil. 28	++++	++++	++++	++++	0000	00000					(Syphil. céréb.
	Juil. 29			-+	++++	0000	00000	-	-	-	-	(Bismuth.
			(x)		1.5							

(x)—Quantité de liquide (en c.c.) utilisée pour la réaction de B.W.
La quantité utilisée comme unité est 0.2 c.c.

L'examen du tableau permet également d'autres constatations importantes. Il montre en particulier que dans un cas d'hémiplégie (No 9) et dans un cas de démence organique (No 10) la réaction de B. W. dans le sang de même que les réactions de B. W., de Benjoin et de Lange dans le liquide furent négatives alors que la réaction à la gomme d'épinette fut positive + + dans l'un et positive + + + + dans l'autre. Or, qui peut nier le rôle de la syphilis dans l'étiologie de ces deux maladies chez des personnes âgées respectivement de 45 à 54 ans, même en l'absence d'un B.W. positif? On ne peut donc pas condamner la réaction à la gomme d'épinette comme fautive ou trop nuisible. Cette dernière doit au contraire orienter le diagnostic vers la spécificité ou tout au moins en indiquer la possibilité.

Les cinq derniers cas indiqués dans le tableau se rapportent à des malades traités ou sous traitement avant la mise au point de la réaction à la gomme d'épinette. Il n'est donc pas possible de connaître les modifications que le traitement spécifique aurait pu apporter à cette réaction. Il ressort cependant de la comparaison entre les méthodes par la gomme, le benjoin ou l'or colloïdal que la première s'est montrée à peu près aussi sensible, aussi fidèle, que les deux dernières chez les malades soumis aux divers traitements spécifiques.

Chez 17 malades traités pour la malaria et dont le rapport n'apparaît pas dans le tableau ci-contre, il nous a été possible de refaire de nouveaux examens et de comparer l'effet du traitement sur les diverses réactions utilisées.

Dans 8 cas, les modifications observées dans les réactions de B. W., de Benjoin, de Lange et de la gomme ont été à peu près nulles, toutes ces réactions demeurant positives à divers degrés également. Dans ces cas, des modifications en moins ont surtout été observées dans le taux de l'albumine et dans le nombre des lymphocytes.

Dans 5 autres cas, les réactions à la gomme et à l'or colloïdal tout en étant légèrement modifiées se sont montrées plus sensibles que la réaction de Benjoin qui, elle, est devenue négative.

Enfin, dans 4 cas la gomme est restée positive à des degrés variés et a correspondu à un B. W. positif tandis que le Benjoin et le Lange sont complètement négatifs.

Il résulte de tous ces faits que la réaction à la gomme d'épinette mérite une place à part dans le domaine des réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien, place justifiée en premier lieu par la grande

simplicité de la méthode, en second lieu par sa sensibilité qui n'est pas, croyons-nous, exagérée.

En effet, la mise en oeuvre de la réaction à la gomme d'épinette ne requiert que quelques minutes, ne demande aucun appareil dispendieux et permet une lecture rapide si non immédiate des résultats.

Ces résultats eux-mêmes se rapprochent suffisamment de ceux fournis par la réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide (les dépassant même dans certains cas) pour qu'on puisse les comparer avec avantage.

La sensibilité de la réaction à la gomme ne doit pas non plus être considérée comme trop grande; la plupart des réactions positives observées avec la gomme ont été justifiées par des réactions de B. W. plus ou moins fortement positives soit dans le sang soit dans le liquide céphalo-rachidien.

Le mécanisme de la réaction n'a pas été étudié au point de vue physico-chimiques, mais il est probable si non certain qu'il doit s'expliquer par les mêmes phénomènes qui réagissent la réaction de Benjoin, phénomènes que Guy Laroche a exposés d'une manière claire et précise dans Les Annales de Médecine de 1926.

Tout comme l'a démontré Laroche pour la réaction au benjoin nous avons pu constater que la réaction à la gomme d'épinette varie parallèlement au taux de la globuline dans le liquide. Par contre, elle est indépendante de la quantité d'albumine qui peut s'élever dans certain cas à 1. gramme et plus au litre.

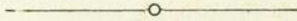
Un point important de technique reste à signaler. Les liquides céphalo-rachidiens ne doivent contenir ni pus, ni globule rouge. La présence de ces éléments fausse la réaction et donne quelquefois des résultats positifs avec des liquides négatifs.

Dans la pratique courante, cependant, de tels liquides doivent être examinés, mais seules, les réactions négatives doivent être prises en considération. C'est ainsi que dans deux cas de méningite tuberculeuse avec bacille de Koch et pus dans le liquide nous avons trouvé la réaction à la gomme d'épinette négative, tandis que dans un cas de méningite à méningocoques la même réaction a donné un résultat fortement positif en l'absence de tout autre signe sérologique ou clinique de syphilis.

Lors de notre première publication sur ce sujet nous avons tiré quelques conclusions basées sur un petit nombre de liquides examinés.

Nous croyons pouvoir affirmer aujourd'hui que ces constatations étaient justes et nous nous permettons en terminant de les répéter :

- 1 — la réaction à la gomme d'épinette est spécifique;
- 2 — la réaction à la gomme d'épinette est plus sensible que les réactions au benjoin et à l'or colloïdal;
- 3 — la réaction à la gomme d'épinette n'est pas trop sensible si elle est pratiquée sur des liquides parfaitement clairs ne contenant ni pus, ni sang.



DE QUELQUES TRAITEMENTS NOUVEAUX EN DERMATOLOGIE

Gustave ARCHAMBAULT et Albéric MARIN

La radiothérapie dermatologique, sans être de la dernière nouveauté, présente néanmoins des aspects, si méconnus en certains milieux qu'il n'est peut-être pas déplacé de parler de traitements nouveaux quand on en considère certaines applications. Nombreux sont ceux qui ignorent ses ressources ou qui négligent d'y recourir.

Nous tenterons de donner un rapide aperçu de ses possibilités dans quelques affections. Nous ne retiendrons que les plus usuelles, celles qu'il nous a été donné de traiter en plus grand nombre par des procédés qui nous sont familiers, partant d'observer plus particulièrement tant en clientèle qu'à la Clinique Dermatologique de l'Hôpital Notre-Dame.

Acné vulgaire indurée.

La supériorité de la radiothérapie (selon la méthode de Mackee) sur les autres méthodes réside dans le fait d'une cure prompte et sûre. La rapidité est d'une haute importance, principalement dans les acnés tubéreuses où chaque pustule laisse après elle une cicatrice. Si le malade n'est pas vivement débarrassé de cette acné cicatricielle il reste défiguré à la suite d'une guérison tardive. La radiothérapie présente de plus l'avantage d'éviter les soins locaux par lotions, pommades, massages, etc., soins tellement ennuyeux que le malade finit par les abandonner le plus souvent.

C'est surtout dans l'acné indurée, furonculeuse, et phlegmoneuse que la radiothérapie remporte les plus vifs succès, précisément là où toute autre thérapeutique locale est le plus souvent inopérante. Au moins 60% de ces malades guérissent en moins de 4 mois alors qu'il leur faudrait des années avec d'autres traitements, ce qui les laisserait criblés de cicatrices.

Nous avons traité 62 cas d'acné furonculaire dont 37 ont guéri en 4 mois et moins, et 11 en plus de 4 mois. A petites doses hebdomadaires (1 H ou moins) non filtrées, tension 100 K. v., nous n'avons jamais eu à observer d'atrophie ou de télangiectasies consécutives.

Nous ne croyons pas les rayons indiqués dans les acnés pustuleuses ou papuleuses superficielles.

Acné chéloïdienne de la nuque.

C'est ici le seul traitement qui s'impose. Les autres doivent être systématiquement écartés, tellement la radiothérapie les dépasse. Elle agit rapidement. Elle est indolore. Elle guérit définitivement.

Nous nous étonnons de ce que des auteurs prescrivent ici l'électro-coagulation, qui est douloureuse et quasi-inefficace.

Hyperidrose.

Ces ennuis de la fonction sudoripare relèvent uniquement des rayonnements, lorsqu'ils sont localisés aux aisselles, aux paumes, aux plantes. Les 32 malades que nous avons vus ont tous été grandement améliorés, certains définitivement guéris.

Teignes du cuir chevelu.

Il est inutile d'insister sur le fait que seule la dépilation peut guérir de cette infection contagieuse. Les sels de thallium, introduits récemment à cette fin sont d'ordinaire nocifs chez les enfants au-dessus de 7 ans, inconvénient que ne présente pas la radiothérapie.

Disons en passant, qu'aucun travail efficace n'est fait pour en débarrasser les enfants qui fréquentent les écoles de cette ville.

Cheloides et cicatrices cheloidiennes. Elles relèvent aussi bien des rayons X que du radium, de la radiothérapie nue quand elles sont minces, de la filtrée lorsqu'elles sont exubérantes. Les scarifications préalables en renforcent l'action.

Eczéma chronique:

Certaines plaques d'eczéma chronique, sec, lichennifié, résistant à tous les autres traitements locaux disparaissent fort bien sous l'influence de quelques irradiations. Si cet eczéma est prurigineux elles en hâtent la disparition par leur action anti-prurigineuse.

Névrodermite.

La disparition de ces placards s'observe à brève échéance. Tous les cas de névrodermite que nous avons ainsi traités cèdent au bout d'environ 5 irradiations hebdomadaires.

Prurits circonscrits.

Le prurit anal "sine materia" très rebelle à toute autre tentative, obéit habituellement à une dizaine d'applications hebdomadaires, parfois moins. Le prurit scrotal ou vulvaire "sine materia" y répond moins rapidement.

Sur 52 cas de prurit anal, 44 ont guéri en moins de 3 mois, et 6 en 5 mois; les 2 autres ont été des échecs.

Nous avons eu 2 échecs dans 27 cas de prurit vulvaire, les 25 autres malades guérissant en moins de 4 mois. Nous avons traité et guéri en moins de 3 mois 17 cas de prurit scrotal.

Lichen plan.

Nous avons traité 17 cas de lichen plan par la méthode de Gouin (radiothérapie sympathique) combinée à des irradiations locales aux endroits les plus prurigineux. Dans 9 cas, nous avons obtenu la disparition du prurit en moins de 6 semaines. (Chez 3 entr'autres, il disparut en 15 jours). 4 malades ne furent que légèrement améliorés au bout de 4 mois. Chez tous, l'effacement des papules s'accomplit en 5 semaines au plus, la pigmentation consécutive persistant beaucoup plus longtemps.

Ce procédé de radiothérapie sympathico-médullaire et local peut se comparer fort avantageusement aux autres traitements médicamenteux internes ou externes.

Nous estimons préférable d'y recourir d'emblée au lieu de s'égarer dans d'autres médications à résultats ordinairement beaucoup plus éloignés.

Sycosis.

L'infection profonde du follicule pileux relève des rayons X. Il n'est pas toujours nécessaire de recourir à la dépilation. Plusieurs guérissent sans dépilation, à la suite de 4 ou 5 traitements hebdomadaires (1 H nu). Chez d'autres, nous devons obtenir l'alopécie temporaire. Enfin dans un troisième groupe moins nombreux une alopécie définitive s'impose, sous peine de récidives incessantes.

Nous avons traité 11 cas de sycosis, dont 6 ont guéri sans dépilation, 4 avec dépilation temporaire, 1 avec dépilation permanente.

Psoriasis.

D'ordinaire, la peau devient nette avec les kératolytiques habituels mais aussi avec les rayons X qui sont un traitement moins malpropre que le précédent.

D'autre part, il nous a semblé que les malades préalablement irradiés puis, quand ils sont blanchis, soumis à des séances longtemps prolongées de rayons ultra-violets, voient survenir leurs récives beaucoup plus tardivement que lorsqu'ils sont traités par les moyens usuels. Nous n'avons pas encore assez de recul pour établir une statistique définitive sur ce sujet; mais c'est une impression nettement favorable qui se dégage des 43 malades, que depuis 3 ans, nous avons traités avec cette méthode polyradiothérapique. Plusieurs de ces malades ont eu des récives, mais dans la majorité elles ont été plus espacées et moins florides. Nous poursuivrons nos recherches dans cette voie qui nous semble des plus encourageante. Nous en publierons les résultats ultérieurement.

TUBERCULOSES ET TUBERCULIDES CUTANÉES

Le traitement en est ardu et décevant, la guérison lente, les récives fréquentes. Outre la thérapeutique locale, qui seule nous occupe ici, il existe une médication d'ordre général qui est de haute importance. La forme clinique, la dimension, la localisation de la lésion ont chacune leurs indications.

La tuberculose ganglionnaire est du ressort de la radiothérapie filtrée, filtration et tension variant selon le volume de la masse à irradier. Les ganglions, durs ou ramollis ou fistulisés se sclérosent lentement de par son action.

La gomme tuberculeuse se résorbe sous l'influence des rayons X.

La tuberculose verruqueuse relève plutôt de l'électro-dessication ou de l'électro-coagulation.

Le lupus tuberculeux de petites dimensions, siégeant à la face, se traite fort bien avec des scarifications linéaires et quadrillées. Plusieurs leur préfèrent l'excision chirurgicale à laquelle on reproche cependant de laisser parfois des traces inesthétiques. Ajoutons qu'elle ne met pas davantage le malade à l'abri des récives. Le lupus des membres et du tronc, peut-être attaqué par les courants de haute fréquence.

Les lupus végétants et ulcérés recevront quelques irradiations prudentes qui en favoriseront l'affaissement et la cicatrisation puis

seront justiciables des autres méthodes: ignipuncture, scarifications, haute-fréquence, raclage, coltage au permanganate de potasse, etc.,...

En certains centres, spécialement outillés, on préconise la finsentherapie qui donnerait les résultats les plus beaux et les plus durables.

Les rayons X ou le radium, employés seuls, à doses fortes ou longuement répétées, font courir de grands dangers aux lupiques. Des radiodermites et radionécroses se produisent facilement, favorisant la dégénérescence épithéliomateuse.

L'Erythème induré de Bazin parfois disparaît assez rapidement à la suite de quelques irradiations filtrées; parfois aussi il n'est guère modifié par elles.

Les quelques cas de *tuberculides papulo-nécrotiques* que nous avons irradiés ont assez bien répondu à ce traitement qui néanmoins dut être prolongé.

EPITHELIOMAS BASO-CELLULAIRES ET METATYPIQUES

Nous avons traité depuis trois ans 122 baso-cellulaires cutanées, tant par la radiothérapie précédée de curettage, selon la méthode de Belot, que par l'électro-dessiccation. Si nous ne considérons que les 93 malades que nous avons pu suivre et chez qui nous avons 1 an et plus de recul, nous constatons que chez les 37 soumis aux rayons X et les 56 à l'électro-dessiccation les résultats sont superposables. Nous n'avons noté aucune différence appréciable dans la proportion des guérisons, des échecs, des récidives, des suites opératoires, dans le résultat esthétique.

La difficulté d'une méthode n'en contre-indique pas l'emploi, il est vrai, et sa facilité seule n'en justifie pas l'utilisation. Mais si elles donnent toutes deux des résultats à peu près égaux, si l'une (l'irradiation) est d'une technique plus compliquée, si l'autre (l'électro-dessiccation) est d'un maniement plus aisé, nos préférences doivent naturellement se porter vers le plus simple.

* * *

Nous ne voulons pas allonger démesurément cette communication en citant d'autres faits, fort nombreux, à l'actif des rayons X. Leur efficacité, leur souplesse, le grand nombre de dermatoses qu'ils influencent heureusement les rendent indispensables en dermatologie.

Il serait toutefois illusoire de ne compter que sur eux dans maintes affections. Les autres prescriptions diététiques, hygiéniques, médicamenteuses internes ou externes ne peuvent pas être négligées. Ils sont dans plusieurs occasions le plus puissant des remèdes, non le seul et infaillible.

GOÎTRE TOXIQUE ET MÉTABOLISME

Georges BARIL.

Professeur de chimie physiologique
à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.
Directeur scientifique des laboratoires de l'Hôtel-Dieu
de Saint-Joseph et de l'Hôpital Sainte-Justine.

En décembre 1926, nous avons présenté à la Société Médicale de Montréal une série d'observations de malades ayant souffert de "goître toxique". (1) Avec faits à l'appui, nous montrions l'intérêt qu'il y a de faire le métabolisme basal en *série*, pour suivre l'évolution de la maladie et juger de l'efficacité du traitement donné; nous attirions l'attention de nos confrères sur le danger que présente l'emploi inconsidéré de l'iode dans cette affection et nous précisions les conditions de l'administration de ce médicament, telles du moins qu'elles ressortaient de l'étude des dossiers du laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

Pratiquant depuis plusieurs années déjà l'épreuve du métabolisme basal sur de nombreux malades pour les divers services cliniques de cet hôpital, nous étions fréquemment consultés par des confrères qui nous posaient la question: "Quel traitement conseillez-vous de donner au malade que vous venez de voir?" ou encore: "D'après votre expérience du métabolisme, placé par vos fonctions sur un terrain neutre, quel traitement vous paraît, à l'heure actuelle, donner les meilleurs résultats? Le traitement chirurgical? L'application des Rayons X? L'administration prolongée de l'iode?"

Notre communication avait donc pour objet, non pas d'apporter une réponse définitive aux questions soulevées, mais de fournir des indications utiles à ceux qui nous interrogeaient. Ces questions restent toujours à l'ordre du jour; les opinions exprimées de côté et d'autre indiquent bien qu'elles sont loin d'être résolues; nous nous croyons donc autorisés à offrir au lecteur de l'Union Médicale le texte inédit que nous avons rédigé en 1926; seules quelques notes ont été ajoutées pour la présente publication.

Parmi les opinions les plus intéressantes et les plus modérées que nous avons lues, la suivante, émise par Monsieur Edward L. Jenkinson

(1) Diagnostic inscrit par le clinicien ou l'anatomo-pathologiste au dossier du malade.

et parue dans RADIOLOGY, Vol. IV — June 1925 — p. 453, retint il y a quatre ans notre attention :

“There are no doubt many surgeons who believe the only method by which HYPERTHYROIDISM can be cured is through surgical interference. There are also many internists and radiologists who believe their methods of treatment offer the patient the only chance for recovery. There are cases of HYPERTHYROIDISM which respond very well to surgery. There are also cases which respond to rest and medical treatment, and I am sure there are many cases which respond to radiation.

“In treating a large number of thyroids, either by surgery, rest or radiation, one is impressed by several cases that fail to respond to any method of treatment. There are cases which seem to do poorly, regardless of the method pursued.

“It is useless for the surgeon, the internist or the radiologist to say his method of treatment is the only satisfactory one. It is sure, in selected cases good results can be obtained with almost any type of therapy.”

Bref, c'est toujours, sous une forme nouvelle, le vieil axiome : “Il n'y a pas de maladie, il n'y a que des malades.”

Les observations que nous présentons démontrent, à notre avis, la justesse de l'opinion que nous venons de citer. Nous les versons simplement au dossier de la question du “GOÎTRE TOXIQUE”, trop heureux si elles peuvent être de quelque utilité à ceux qui se posent les questions suivantes :

1° — La chirurgie guérit-elle le “goître toxique” ?

2° — Le guérit-elle toujours ? Si elle le guérit souvent, dans quels cas ? Dans quels cas se rencontrent les insuccès opératoires ?

3° — Dans quels cas surtout se rencontrent les décès post-opératoires ? Car il y en a.

4° — Quels effets ont les Rayons X sur l'évolution du goître toxique ?

5° — Que penser de l'administration de l'iode ?

6° — Quels résultats fournit un traitement médical autre que le traitement iodé ?

— I —

Nous avons d'abord sous les yeux une première série d'observations de malades qui ont été opérés avec ou sans traitement préalable à l'iode ou aux rayons X. Les chirurgiens considèrent que *cliniquement* il y a eu guérison constatée non seulement à la sortie de l'hôpital, mais se maintenant depuis quelques années. Pour plusieurs, nous avons été assez heureux de pouvoir effectuer le métabolisme deux ans et plus après l'intervention chirurgicale. Les courbes produites plus loin établissent nettement que dans la plupart de ces cas, il y a grande probabilité de guérison définitive. Seul cependant, le recul du temps permettra une conclusion ferme. Nous formulons cette réserve, parce que nous mentionnons au cours de ce mémoire, l'histoire d'une malade qui, opérée il y a plus de six ans dans un autre hôpital, a présenté au cours des derniers mois des symptômes de goître toxique et a été traitée dans notre institution.

1ère observation (résumée). — Madame St.-S... 45 ans. Admise à l'Hôtel-Dieu en août 1923. Diagnostic clinique: goître toxique non exophtalmique. Métabolisme le 24 août 1923: + 33.(2) Repos au lit. Le 31 août 1923, nouveau métabolisme: + 19. Opération le lendemain: Résection totale du lobe gauche, ligature des quatre pôles. Le lobe droit tout petit n'est pas enlevé; mais la ligature de ses deux pôles est faite. Le diagnostic de goître toxique est confirmé par l'examen anatomo-pathologique. Le 13 septembre 1923, métabolisme post-opératoire: — 2. Le métabolisme est repris le lendemain pour contrôle: nous obtenons + 2. La malade quitte l'Hôpital avec la mention guérie. Cependant, pendant trois ou quatre mois elle fut incapable de parler. Le 25 janvier 1924, soit quatre mois après l'intervention, nous faisons un nouveau métabolisme. Le résultat est — 10. Enfin nous avons revu cette ancienne opérée ces jours derniers. Son métabolisme actuel (22 octobre 1926) est de — 4. Elle est très bien. Son pouls se maintient habituellement à 88. Elle n'a pas d'insomnie, pas d'exophtalmie. Elle a peu de tremblement des mains: il fallait beaucoup d'attention pour le percevoir le jour où nous avons fait le dernier métabolisme. Cette personne a repris ses occupations qui consistent à enseigner à plusieurs classes d'élèves. C'est une tâche assez lourde; ceux qui ont la pratique de l'enseignement en savent quelque chose. Depuis son opération, elle a durant trois mois environ (l'an dernier) pris du sirop iodo-tannique et fait des frictions d'Iodex.

Il s'agit évidemment d'un cas de goître à toxicité atténuée si l'on en juge par le métabolisme initial de + 33. Mais la guérison n'en paraît pas moins certaine. C'est un exemple de traitement chirurgical pur.

(2) Nous avons adopté dans ce travail la notation qui veut que la normale soit comprise entre — 10 et + 10.

2ème observation (résumée). — Madame J.-D... 38 ans. Nos 4091 et suivants de la filière 1924 du laboratoire.⁽³⁾ Admise à l'hôpital le 30 avril 1924. Diagnostic clinique: goître toxique. Exophtalmie marquée; pouls, à l'entrée à l'hôpital, compris entre 110 et 120; hypertrophie légère bilatérale de la glande thyroïde. Le 3 mai 1924, premier métabolisme: + 55. Traitement: solution de Lugol (gttes XV chaque jour) et bromure de quinine jusqu'au 14 mai. Le 14 mai 1924, nouveau métabolisme + 37. Le 22 mai 1924, opération: Thyroïdectomie. L'examen anatomo-pathologique porte la mention "goître colloïde". Convalescence sans incidents. Le 4 juin 1924, métabolisme post-opératoire: + 5. Le pouls marque 78; la respiration est à 20. Cette opérée a été revue par nous le 26 octobre 1926, soit plus de deux ans après son opération. Le métabolisme actuel est — 3; le pouls est à 80; son poids est passé de 139 lbs (avant l'opération) à 211 lbs (présentement). Cette personne se dit très bien. Elle conserve cepen

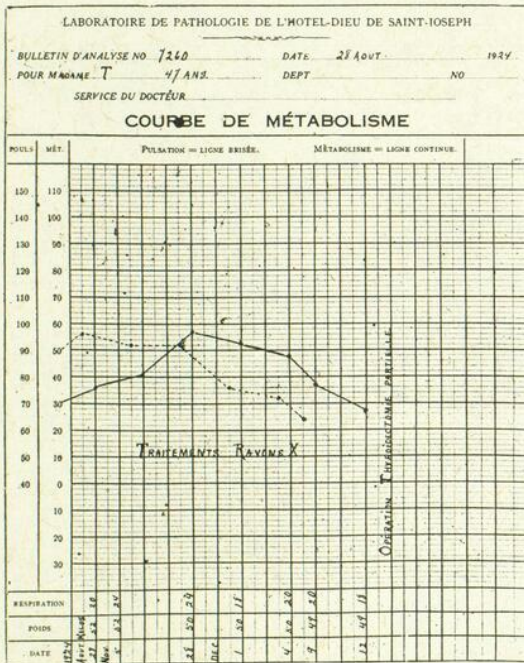


Fig. I.

dant encore une exophtalmie assez marquée. Elle n'a pris aucun remède depuis deux ans. Elle fait tout son ouvrage ordinaire, c'est-à-dire l'entretien général d'une maison de sept pièces.

3ème observation (résumée). — Madame T. . . 47 ans. Notre dossier 7260. Admise à l'hôpital en août 1924. Très énervée; palpitations cardia-

(3) Le numéro de dossier auquel il est référé n'indique pas le nombre de métabolismes faits dans l'Hôpital, mais simplement le numéro de la fiche des travaux généraux du laboratoire pour l'année en cour.

ques intenses; pouls à 120; exophtalmie peu prononcée. La diagnostic clinique fut: goître très toxique avec myocardite et endocardite chroniques. Le métabolisme d'entrée est de + 36. Il est peut-être un peu moins élevé que ne le laissait prévoir l'examen clinique de la malade. La malade est traitée aux rayons X. Dans l'intervalle des traitements, des métabolismes sont pratiqués aux dates suivantes: 5 novembre 1924: + 41; 25 novembre 1924: + 57; 1er décembre 1924: + 53; 4 décembre 1924: + 48; 9 décembre 1924: + 37; le 12 décembre 1924: + 29. Nous présentons du reste la courbe de cette malade. (Fig. I). Le 22 décembre 1924, opération, à savoir: "thyroïdectomie partielle subtotala gauche et ligatures quadripolaires". Le diagnostic anatomo-pathologique porte simplement la mention: "goître toxique". Les suites opératoires furent sans incident. Le médecin qui a dirigé cette malade aux rayons X, puis en chirurgie, nous rapporte que cliniquement elle est très bien et fait régulièrement son travail qui est aussi de l'enseignement. Le pouls est régulièrement à 80, même après la montée d'un escalier.

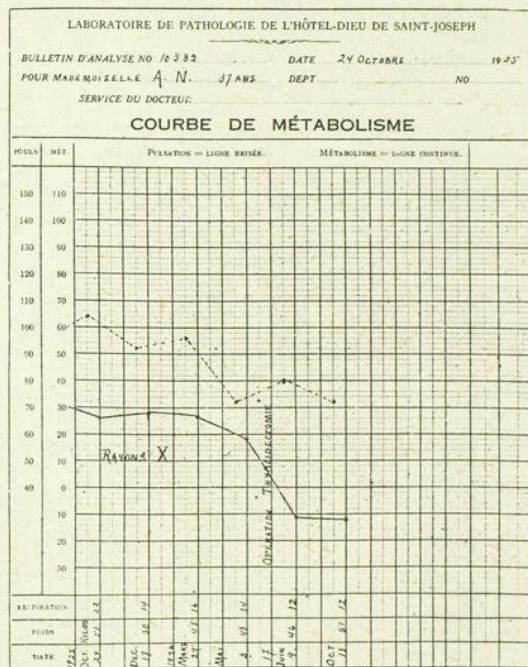


Fig. II.

Nous n'avons pas pu, à notre regret, faire récemment le métabolisme de cette malade pour nous rendre compte s'il correspond à l'état clinique. Même avec ce manque de complément, l'observation vaut d'être citée.

4^{ème} observation (résumée). — Mlle N... 37 ans. No 10532 de nos dossiers 1925. Admise à l'hôpital le 24 octobre 1925. Diagnostic clinique: goître toxique. Métabolismes: (voir la courbe fig. II). Le 24 octobre 1925:

+ 26; 17 décembre 1925: + 28; 29 mars 1926: + 27; 3 mai 1926: + 18. Traitée d'abord par le repos et les rayons X, elle fut opérée le 17 mai 1926, après que son métabolisme fut tombé à + 18. Thyroïdectomie droite, ligature des pôles à gauche. Diagnostic anatomo-pathologique: Adénôme de la thyroïde; état voisin de la malignité. Suites opératoires sans incident. Métabolisme post-opératoire le 9 juin 1926: — 11. Malade revue le 18 octobre 1926; métabolisme: — 12. Cliniquement bien, cette personne est encore au repos.

Etant donné le rapport anatomo-pathologique, notre opinion quant à la guérison définitive doit être réservée, bien qu'il y ait, là encore, un succès opératoire immédiat évident. (4)

5ème observation (résumée). — Monsieur L... 46 ans. Admis à l'hôpital le 8 janvier 1924, bien que nous ayons commencé à l'observer à notre laboratoire, dès le 15 décembre 1923. Hypertrophie thyroïdienne marquée; exophtalmie considérable; nervosisme exagéré et tremblement. Pouls 104. Diagnostic clinique: goître toxique. Premier métabolisme: + 32. Le malade traité par le chirurgien et mis au repos à domicile se présente au laboratoire les jours suivants: 18 décembre 1923: + 33; 19 décembre 1923: + 36; 21 décembre 1923: + 53; 22 décembre 1923 + 47; 24 décembre 1923: + 38; 28 décembre 1923: + 36; 31 décembre 1923: + 33; 4 janvier 1924: + 32. Pendant ce temps le malade a pris de l'iode sous forme de solution de Lugol.

Nous devons noter en passant combien peu d'influence cet iode a eu sur l'évolution apparente de la maladie. Mais si le métabolisme n'a pas été amélioré, gardons-nous bien cependant de conclure trop sommairement que ce traitement a été inutile. Rien ne nous permet de nier la bonne influence (5) qu'a l'iode sur les suites opératoires, dans ces cas à métabolisme peu élevé.

Le 19 janvier 1924, opération: Thyroïdectomie partielle du lobe droit et ligature du pôle supérieur. Suites opératoires: sans incident. Diagnostic anatomo-pathologique: goître toxique. Métabolismes post-opératoires: le 30 janvier 1924: + 17; le 21 février 1924: + 7.5; le 16 mai 1924: + 1.5. Ce malade a été revu ces derniers jours (1926). Le métabolisme en date du 23 octobre 1926 a été de — 2. Tous ces métabolismes sont contenus dans notre courbe (fig. III). Voici quelques compléments à cette observation. Monsieur L... a été incapable de travailler pendant deux ans après l'opération. L'exophtalmie a disparu complètement de même que le tremblement. Pendant ces deux ans il a pris de temps à autre des médicaments iodés (ioda-

(4) Cette malade a été revue par nous le 20 janvier 1928. Cliniquement, elle était bien, son métabolisme était — 5.

(5) Bonne influence affirmée d'une façon à peu près unanime à l'heure actuelle.

lose Galbrun) et les trois valériannes de P.D., quand il faisait un peu d'insomnie. Mais somme toute il se trouvait beaucoup mieux qu'avant l'opération. En juillet 1926, il accepte une position demandant peu d'effort physique, mais engageant une certaine responsabilité financière. Depuis ce jour il est plus nerveux; il fait plus fréquemment de l'insomnie. L'exophtalmie est réapparue, mais il n'y a pas de tremblement; aucune tachycardie; aucune hypertrophie de ce que le patient a conservé de sa glande thyroïde. Son métabolisme étant à -2 (comme nous l'avons mentionné) on peut considérer ce malade comme étant dans un état satisfaisant. Mais son cas exige une réserve. Il est resté en place après opération une partie notable de la glande thyroïde. Il est donc du domaine des possibilités, comme l'indique la fin de l'observation clinique, que ce malade fasse encore des troubles de nature thyroïdienne.

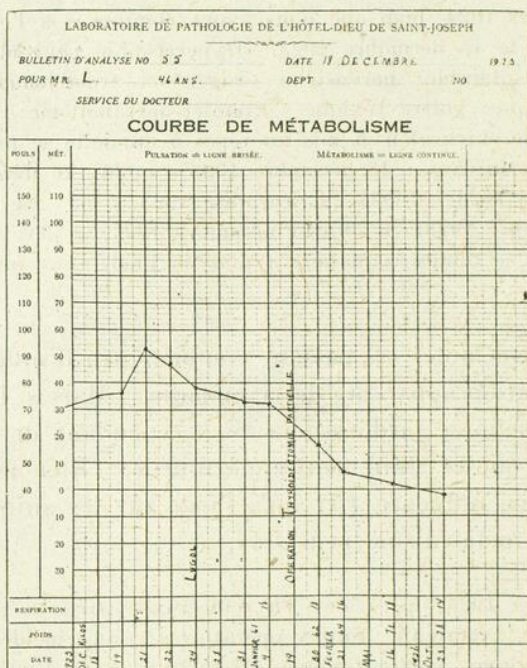


Fig. III.

En résumé ce premier groupe d'observations se compose à peu près en entier de cas à toxicité *atténuée*, à métabolisme anté-opératoire inférieur à $+50$, et traités par une méthode combinée rayons X-chirurgie ou iode-chirurgie. Le premier cas est un exemple de traitement chirurgical exclusif. Nous connaissons plusieurs autres cas du même genre suivis de guérison cliniquement établie. Si nous ne rapportons pas leur histoire résumée, c'est a) qu'il n'y a eu qu'un métabolisme ante ou post-opératoire et b) qu'il nous a été impossible

de revoir les personnes pour contrôler récemment par un métabolisme leur état de santé. Ces observations sortent donc du cadre que nous nous sommes tracé. Retenons en cependant la mention générale pour les fins de la conclusion de cette première partie.

Sous la réserve évidemment nécessaire du petit nombre de cas rapportés, et, à la lumière des épreuves de métabolisme faites en série dans chaque cas, nous serions porté à conclure: "qu'un traitement chirurgical approprié, seul ou combiné, et guidé par le métabolisme, donne d'excellents résultats et une cure probablement définitive dans les cas de goître à *toxicité atténuée*, chez les malades dont le métabolisme est *inférieur* à + 50, et en général *voisin* de + 30". (6) On est en droit de penser que les rayons X ou l'iode ne sont pas complètement étrangers aux suites opératoires heureuses observées dans la quasi-généralité des cas cités. Mais il faudrait bien se garder de pousser trop loin ces conclusions; car, il pourrait facilement nous être cité des succès opératoires indiscutables, sans incidents post-opératoires, même en l'absence de traitement iodé ou aux rayons X, et sans métabolisme comme guide. Nous reviendrons ultérieurement sur ce dernier point.

— II —

La chirurgie guérit-elle toujours le goître toxique? Nous n'hésitons pas à répondre: Non. Nous proposons entre autres à vos réflexions les deux observations suivantes:

6ème observation (résumée). — Mlle H... 33 ans. Diagnostic clinique: goître exophtalmique *très toxique*. A son entrée à l'hôpital, cette malade est dans un état extrêmement grave. Nous présentons la courbe de son métabolisme. (Fig. IV et V). Celui-ci est fait en séries de plusieurs jours consécutifs chaque semaine. Il est fréquemment supérieur à + 80. Le pouls est toujours rapide, atteignant souvent 132 pulsations à la minute. Certains jours, la respiration est irrégulière; les épreuves de métabolisme sont, au début, mal supportées par la malade, et toujours difficiles à exécuter. Mlle H... subit une première opération le 16 janvier 1924. On fait la résection partielle du lobe droit par la méthode de Sibileau. Suites opératoires sans incident. L'examen anatomo-pathologique de la pièce enlevée porte la mention "goître colloïde". La malade quitte l'hôpital peu de jours après l'intervention pour aller se remettre dans sa famille. Son métabolisme reste élevé avec des chiffres de + 84 et + 88, le pouls variant de 110 à 132. Evidemment le chirurgien n'a tenté qu'un premier temps d'une opé-

(6) Depuis cette communication de nombreux cas, de même type, sont venus nous confirmer dans cette opinion.

ration plus complète. Mlle H... revient à l'hôpital pour subir une deuxième opération le 20 mars 1924. Son métabolisme est alors de + 77. On profite d'une descente passagère de son chiffre de métabolisme pour pratiquer une thyroïdectomie. L'examen anatomo-pathologique de "petites masses de tissus thyroïdiens de la grosseur d'un oeuf" porte cette fois la mention "goître toxique". Depuis cette deuxième opération nous avons l'occasion de faire plus d'une douzaine de métabolismes. Le chiffre le plus bas auquel celui-ci s'abaisse est + 36. En novembre 1924, il remonte à + 76 avec un pouls à 116. La malade reste nerveuse et conserve de l'exophtalmie. Elle revient au laboratoire en mai 1925, avec un métabolisme de + 67. Elle est dirigée vers le département électrique, et, après trois traitements aux rayons X son

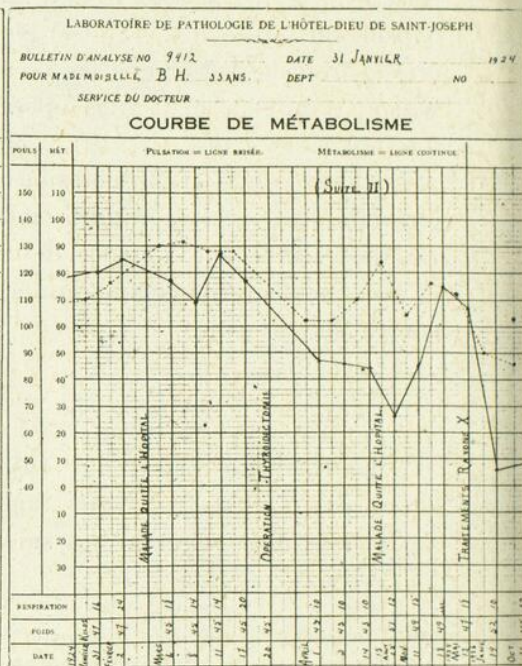
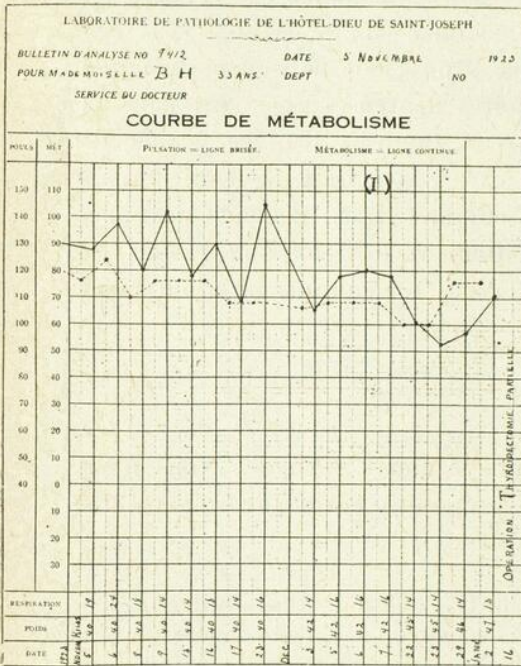


Fig. IV et V.

métabolisme tombe à + 6, le 19 janvier 1926. Nous avons revu cette malade depuis cette date. Elle paraît se maintenir. Son métabolisme le 16 octobre est + 8; son pouls, 86; sa respiration, 12; l'état général est satisfaisant. La malade a repris ses occupations; mais elle conserve un peu d'exophtalmie. Il faut noter aussi qu'elle a maigri d'environ 13 livres de janvier 1926, à octobre de la même année.

Voilà un cas pour lequel il semble bien que la chirurgie a été impuissante. Il est certainement un exemple *manifeste* de l'action post-opératoire des rayons X. Il confirme l'opinion partagée par quelques thérapeutes, à savoir qu'un des très bons traitements du goître toxique grave consiste précisément dans l'intervention chirurgicale en un ou plusieurs temps suivie de traitements aux rayons X.

Le 2ème cas que nous présentons sous la même rubrique est plus récent.

7ème observation (résumée). — Mlle A. M. C... 16 ans. Admise à l'hôpital le 22 janvier 1926. Hypertrophie de la glande thyroïde. Symptômes d'une intoxication profonde: exophtalmie, tremblement, tachycardie, amaigrissement et affaiblissement. Diagnostic: goître hypertoxique. Cette malade a eu toute une série de métabolismes, le chirurgien se proposant de l'opérer pendant la courbe descendante. Le premier métabolisme a été fait le 23 juin 1926; le chiffre en a été de 106. Traitement iodé. Le métabolisme tombe rapidement comme suit: (Fig. VI) le 26 juin 1926: + 63; le 28 juin

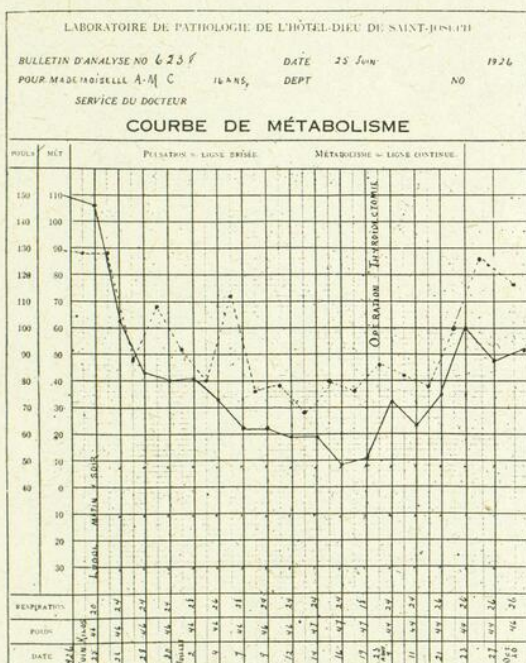


Fig. VI.

1926: + 43; 30 juin 1926: + 40; 2 juillet 1926: + 41; 5 juillet 1926: + 33; 7 juillet 1926: + 22; 9 juillet 1926: + 23; 12 juillet 1926: + 19; 14 juillet 1926: + 20; 16 juillet 1926: + 8. Comme le 19 juillet le métabolisme indique une tendance à remonter, (+ 11) on opère le 23 juillet 1926 et on fait une thyroïdectomie. Suites opératoires heureuses. Malgré cette opération, le métabolisme remonte à + 32, pour osciller pendant quelques jours entre + 32 et + 23. Un mois après l'opération, soit le 23 août 1926, le métabolisme est remonté à + 60. L'état clinique est le même qu'avant l'opération.

Nous avons revu cette malade le 20 octobre 1926. Elle a un métabolisme de + 52, un pouls à 116 et ne se sent pas mieux qu'avant.

Pour nous, elle est aussi nerveuse à l'appareil qu'aux premiers jours. Ce cas est encore sous observation : nous ne pouvons que le laisser à méditer aux chirurgiens et médecins qui liront ces lignes. Si nous avions notre mot à dire dans le traitement de cette malade, nous la passerions sûrement à notre collègue des rayons X. La malade n'est plus du reste en traitement dans notre hôpital. (Déc. 1926)

(à suivre)



RECUEIL DE FAITS

VOLUMINEUX OSTÉOME DE L'ORBITE.

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.

Comme l'ostéome de l'orbite représente une affection très rare, nous croyons intéressant de publier l'observation suivante, et de mentionner le fait qu'à la suite de l'ablation de la tumeur, — pesant 18 grammes, sans énucléation — nous avons pu garder à l'oeil concerné toute son intégrité visuelle. De plus la malade en question souffrait d'une paralysie faciale périphérique, dont l'étiologie pourrait être assez longuement discutée, et que nous avons classifiée comme étant a frigore, et qui a guéri dans l'espace de quatre mois. Voici d'ailleurs son histoire.

Observation. — Le 2 mai 1925, Melle C. N., âgée de 16 ans, vient nous consulter pour une très forte exophtalmie de l'oeil droit, et une paralysie faciale du côté correspondant. Elle raconte qu'en avril 1924, son oeil lui sembla devenir plus proéminent, et que plus tard ce symptôme s'accrut graduellement. La vision de cet oeil fut toujours bonne; toutefois elle accusa de la diplopie pendant le premier mois de son affection. Dans la suite cette vision double fut neutralisée. A part une sensation de plénitude orbitaire de plus en plus considérable, elle n'eut jamais de douleur. En octobre la malade pouvait difficilement fermer les paupières.

Le 1er mars 1925, parcourant en voiture découverte une distance assez considérable sur les bords du St-Laurent, par une température très froide et humide, elle se congela la moitié droite de la figure. Le lendemain, à midi, se déclara une paralysie des deux branches du facial de ce côté, qui fut complète le soir même. Elle n'eut pas de température, et elle affirme n'avoir ressenti aucune douleur de l'oreille. L'audition est toujours demeurée bonne, et elle n'eut pas d'éruption zostérienne. Quinze jours plus tard la paralysie a commencé à s'améliorer, et d'une manière très lente dans la suite.

A l'examen nous constatons une exophtalmie très prononcée de l'oeil droit. Le globe, tout à fait immobile, est projeté en bas et en dehors. La cornée est sensible. La pupille réagit bien à la lumière, et la vision est de $\frac{1}{3}$ des deux côtés sans correction. Etat normal du fond de l'oeil. Comme la malade avait depuis longtemps la bonne habitude de dormir avec un bandeau, il n'existe aucune lésion cornéenne, malgré l'état de lagophtalmie. Le larmolement est considérable; toutefois les voies lacrymales sont perméables. A la palpation de l'orbite, nous trouvons une tumeur bosselée excessivement dure envahissant tout le plancher du sinus frontal. A part une sensation de plénitude, cette tumeur ne produit aucune douleur spontanée, et sa pression n'éveille rien de désagréable. Bien que l'oeil droit soit dévié, la patiente n'accuse pas de diplopie, car l'abstraction de la fausse image existe déjà depuis longtemps.

La rhinoscopie antérieure permet de constater une narine droite absolument normale, avec conservation de l'odorat. Quant à la fosse nasale gauche, il y a un léger éperon de la cloison. Rien d'intéressant à noter au pharynx et au cavum. Les deux tiers antérieurs de la langue perçoivent les saveurs aussi bien à droite qu'à gauche.

La diaphanoscopie nous renseigne sur l'état des sinus qui sont tous transparents.

En plus de la lésion orbitaire, nous observons du même côté une paralysie du nerf facial, localisée à ses deux branches, et en voie de régression. En ce moment où l'étiologie de la paralysie faciale périphérique est encore si controversée, il serait très intéressant de discuter ici la cause réelle de ce trouble moteur. Toutefois, ce travail étant écrit pour des ophtalmologistes, nous croyons devoir ne pas insister plus qu'il ne faut, et nous nous réservons de reprendre plus tard cette observation en l'exposant à un autre point de vue. Aussi, nous nous contenterons simplement de dire que nous avons trouvé des deux côtés un état normal du tympan, de l'audition et des épreuves labyrinthiques. Et enfin, comme il n'y avait aucune histoire d'infection de l'oreille, de cicatrices zostériennes, de traumatisme mastoïdien quelconque, et que le Wassermann a donné une réaction négative, nous avons sans hésitation diagnostiqué cette paralysie périphérique comme étant a frigore.

Notre malade, qui a toujours respiré l'air pur et salin de la Gaspésie, jouit d'une santé générale parfaite. Elle n'a jamais reçu de coup sur la région orbitaire droite, et n'a eu aucune infection des fosses nasales. Aucun de ses ancêtres n'a souffert de tumeur ou de tuberculose.

La radiographie révèle un néoplasme très imperméable aux rayons X, ayant envahi toute la voûte de l'orbite. Ce néoplasme est tellement opaque qu'il rappelle la consistance de l'ivoire. La transparence des sinus observée à la diaphanoscopie est également confirmée.

En présence de cette tumeur irrégulière et très dure, de son développement plutôt lent, et surtout de son aspect à la radiographie, nous portons le diagnostic d'ostéome, et proposons l'opération qui est acceptée pour le 8 mai.

Opération. — Le sourcil étant rasé, et la désinfection faite, la malade est mise sous l'influence du chloroforme. Nous pratiquons une incision sur toute la longueur du sourcil, et atteignons le néoplasme qui occupe le toit de l'orbite, de l'angle interne à l'externe. Après avoir soigneusement abaissé la paupière supérieure et le globe, nous voyons qu'il plonge dans la cavité. Cette tumeur, très solidement enclavée, refoule le plancher du sinus frontal, et se trouve recouverte par l'arcade orbitaire qui la déborde. Il nous est impossible de la mobiliser. Nous décidons alors d'employer la gouge et le maillet, et faisons deux petites rainures dans la région des cantus interne et externe. Nous enlevons ensuite le rebord de l'orbite jusqu'à la muqueuse sinusienne qui n'est pas perforée. Ayant pratiqué ce débridement, nous avertissons l'aide de bien immobiliser la tête de la malade, et au moyen du davier de Farabeuf mis aux extrémités de la tumeur, nous réussissons à la sortir tout d'un bloc sans léser le globe oculaire, et la poulie du grand oblique. Les muqueuses nasale et du sinus frontal n'ont pas été déchirées. Etant donné ses adhérences et son aspect macroscopique, le néoplasme a pris origine sur l'ethmoïde. Après avoir complété l'hémostase, et vérifié que l'orbite est maintenant libre, nous refoulons l'oeil dans sa cavité, et suturons très soigneusement les lèvres de l'incision. Pansement légèrement compressif. Les suites opératoires sont des plus simples, et dès le septième jour nous commençons à enlever les points. Petit à petit le globe se rétracte, la vision binoculaire devient normale, et les paupières recouvrent la cornée. Aucune complication ne se manifeste du côté de la plaie, du sinus frontal ou de la narine. Seule la paralysie faciale existe encore, mais s'atténue lentement.

L'électro-diagnostic, pratiqué par mon excellent ami, le Dr. L. Pariseau, permet de nous rendre compte que non-seulement il n'y a pas de dégénérescence nerveuse, mais que, pour le facial inférieur, le seuil de l'excitation est le même des deux côtés. Quant au facial supérieur, la réponse est simplement un peu plus lente à droite qu'à gauche. Nous prescrivons la strychnine, le massage et l'électricité.

La malade sort de l'hôpital un mois après l'intervention, absolument guérie de sa lésion orbitaire. Il existe à peine une légère trace de l'incision, le sourcil n'étant pas tout à fait repoussé. (Voir photographie No. 1, prise cinq semaines après l'opération).

La fusion des images, contrôlée au diploscope de Rémy, est parfaite, et la vision est bonne après correction d'un astigmatisme mixte moyennement prononcé.

$$\text{O.D. } 105^\circ + 2.25 - 0.75 \text{ V} = 2/3$$

$$\text{O.G. } 120^\circ + 2. \quad - 0.50 \text{ V} = 2/3$$

A l'examen macroscopique nous observons une tumeur excessivement dure pesant 18 grammes. De forme très irrégulière, cette tumeur est mamelonnée avec des anfractuosités plus ou moins pro-



Fig. 1 Aspect de la malade cinq semaines après l'intervention.

fondes. Elle a 48 millimètres de longueur sur 8 centimètres de circonférence dans son plus grand diamètre. (Voir photographie No. 2).

En présence de ce néoplasme nous imaginons, pour nous renseigner sur sa consistance, de faire une petite expérience. Encore cette fois, nous recourons à l'amabilité du Dr. Pariseau qui, ayant pris une

tête de statuette en ivoire d'un diamètre se rapprochant de celui de la tumeur, et un os frais du tarse d'un veau, de forme à peu près correspondante, radiographia les trois objets en même temps. Comme on peut s'en rendre compte sur la figure No 3. 3, l'opacité aux rayons X est la même pour l'ostéome que pour l'ivoire. Quant à l'os de veau, incomplètement calcifié, il a une structure spongieuse et une transparence comparables à celles des ostéomes ordinaires.

Mon excellent ami le Prof. P. Masson, ayant bien voulu se charger du néoplasme au point de vue microscopique, me fournit le rapport suivant :

“Un fragment a été prélevé pour l'examen histologique. La résistance de la pièce était telle que l'on dut se servir, pour l'entamer, d'une scie à métaux”.

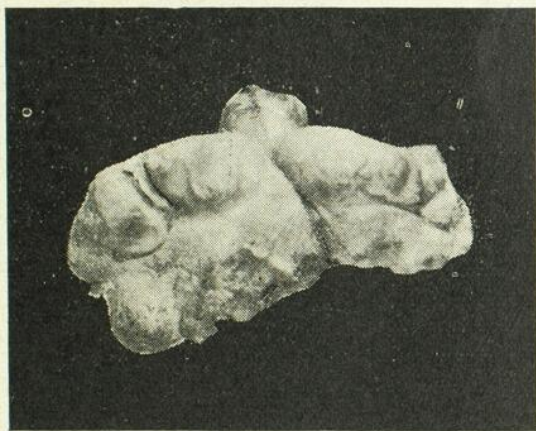


Fig. 2 Ostéome de l'orbite, grandeur naturelle.

“La structure de la tumeur est de la plus grande simplicité. Elle est formée par un tissu osseux très dense, parcouru par un réseau de lacunes d'un calibre exactement adapté à celui des capillaires sanguins qui les habitent.”

“La densité de ce tissu explique que son opacité aux rayons X soit comparable à celle de l'ivoire, mais la présence des vaisseaux et leur abondance excluent le diagnostic d'ostéome éburné.”

“Au premier abord ce tissu rappelle par sa compacité, celui d'une diaphyse osseuse adulte. Un examen plus attentif montre qu'il offre une disposition trabéculaire simple, sans trace de remaniements ha-

versiens secondaires. Il a en somme la structure d'un tissu osseux périosté à lacunes médullaires réduites au minimum."

De retour en Gaspésie, la patiente nous donne régulièrement de ses nouvelles. Le 3 juillet, elle nous informait que sa paralysie faciale était guérie, — c'est-à-dire quatre mois après le début de ce trouble moteur. Depuis lors sa santé a toujours été excellente, et à la fin de mars 1930, elle nous écrivait encore qu'à partir de juillet 1925, elle n'avait jamais souffert de l'oeil ou de la figure.



Fig. 3 Ivoire, ostéome, os de veau.

Cette observation est fort intéressante surtout au point de vue de la paralysie faciale. En effet, la jeune fille en question, âgée de 16 ans, s'étant congelé la moitié droite de la figure, vit apparaître un jour après un trouble moteur du côté correspondant qui fut complet au bout de quelques heures. Nous rappellerons qu'un grand nombre d'auteurs sont d'opinion que ce genre de paralysie a frigore se manifeste toujours consécutivement à une otite, et que l'inflammation de l'oreille moyenne, produit une névrite du nerf facial lorsqu'il existe une déhiscence du canal de Fallope. Dans notre cas toutefois, comme le Wassermann était négatif, qu'il n'y avait aucun symptôme d'infection du ganglion géniculé, ou de la caisse, aucune histoire de traumatisme ou de localisation toxi-infectieuse, nous avons conclu que la lésion était extra-pétreuse, et que nous étions en présence d'une paralysie faciale causée uniquement par le froid, à la suite d'une altération des branches terminales de ce nerf. D'ailleurs l'électro-diag-

nostic révélait qu'il n'y avait pas de dégénérescence nerveuse, et la malade fut guérie quatre mois après le début de ce trouble moteur. Aussi, pour le présent, nous n'insisterons pas davantage.

Quant à l'ostéome de l'orbite, nous n'aurons qu'à souligner certaines particularités de cette affection bien étudiée par de nombreux auteurs. Nous savons que ce néoplasme, dont l'étiologie est très obscure, se développe le plus fréquemment de 15 à 25 ans, c'est-à-dire durant la période de l'adolescence et de la jeunesse et que sa croissance est plus ou moins rapide.

Dans certains cas, le diagnostic peut offrir quelques difficultés; toutefois il est important pour nous aider, d'avoir recours à la diaphanoscopie, et surtout à la radiographie. Lorsque la tumeur est éburnée, — et nous voulons dire qu'elle présente la consistance de l'ivoire au point de vue macroscopique, ou anatomo-pathologique — les rayons X permettent de nous rendre compte immédiatement si elle est dure ou spongieuse. En effet, notre figure 3 illustre bien cette différence, et si le néoplasme de notre malade et la tête de la statuette en ivoire donnent la même opacité, en retour l'os de veau a une structure et une transparence semblables à celles des ostéomes spongieux.

Jadis le traitement de l'ostéome de l'orbite présentait toujours, pour les opérateurs, une certaine hésitation, surtout avant l'époque de l'asepsie. Berlin et Mackenzie préconisaient même d'enlever l'oeil, plutôt que la tumeur, lorsqu'elle occupait la paroi supérieure de la cavité orbitaire. Inutile de dire que cette opinion doit être maintenant rejetée, puisqu'après l'énucléation le néoplasme, n'étant point arrêté dans son développement, continue à menacer la vie du malade. Panas, Demarquay, Bornhaupt, Steinheim, Maydl et Knapp conseillaient d'être sobre d'intervention pour les ostéomes de l'orbite. De nos jours où le voisinage des méninges n'offre relativement plus de crainte, nous devons proposer l'opération pour tous ces cas de tumeur bénigne. D'ailleurs, la mortalité post-opératoire est à peine de 6 p. 100, et avec une bonne technique et une très grande propreté, nous sommes en droit d'escompter un succès.

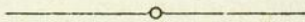
Diverses incisions ont été décrites pour atteindre le néoplasme, et le chirurgien doit s'inspirer de chaque localisation spéciale. Cependant lorsque l'ostéome siège à la paroi supérieure de l'orbite, même s'il a envahi le sinus frontal, nous croyons que la voie sourcilière donne un champ d'intervention suffisamment vaste pour en faire plus ou moins facilement l'ablation.

Quant aux instruments qui agissent comme levier, dans le but de rendre la tumeur mobile, il faut être très prudent, et ne pas oublier qu'avec leur usage, l'on s'expose à fracturer les parois si fragiles de la cavité orbitaire, et peut-être à avoir des complications mortelles. La poulie du grand oblique doit aussi attirer particulièrement notre attention.

En terminant nous dirons que le néoplasme de notre malade a été facile à enlever, grâce à la technique employée. Les suites post-opératoires ont été fort simples, la vision binoculaire est redevenue normale, et l'incision a été naturellement cachée par le sourcil. Aussi, à l'aspect de cette jeune fille personne ne pourrait se douter aujourd'hui qu'elle souffrait, il y a cinq ans, d'un volumineux ostéome de l'orbite.

BIBLIOGRAPHIE

- I. M. de Taranto.** — Les ostéomes de l'orbite. *Thèse de Paris*. No 268, 1901.
- F. Lagrange.** — Traité des tumeurs de l'oeil, de l'orbite, et des annexes. Tome II, p. 567. *G. Steinheil, éditeur*. Paris, 1904.
- J. N. Roy.** — Fibrome calcifiant de l'orbite. *Annales d'Oculistique*. p. 33, juillet 1908.
- R. I, Tchilinghiroff.** — De l'ostéome de l'orbite. *Thèse de Bordeaux*. No 67, 1900.
- F. Lagrange.** — Encyclopédie française d'ophtalmologie. Tome VIII, p. 738. *Octave Doin et Fils, éditeurs*, Paris, 1909.
- A. Sargnon et P. Bertein.** — La paralysie faciale périphérique en Otologie. *Bulletin Société française d'oto-rhino-laryngologie*. *Rapport Congrès*, 1928.



LA TRANSPLANTATION INTESTINALE DES URETÈRES

B. G. BOURGEOIS,

Chirurgien-en-chef de l'Hôpital Notre-Dame.

La thèse du docteur J. H. Rivard, sur le *traitement de l'extrophie vésicale par la transplantation intestinale des uretères*, a remis en lumière, il y a quelques mois, une technique décrite, en 1921, par le docteur R. C. Coffey, de Portland, Oregon. Celle-ci, me semble-t-il, n'avait pas, dans le temps, arrêté toute l'attention qu'elle méritait.

Les succès médiocres, pour ne pas dire mauvais, fournis jusqu'alors par les méthodes de dérivation intestinale des urines et les complications rénales sérieuses, auxquelles avaient presque invariablement succombé la plupart des malades qui y avaient été soumis, avaient développé un pessimisme tel qu'il empêcha de voir le principe nouveau sur lequel reposait la méthode nouvelle, à savoir : *l'utilisation de la pression intra-intestinale comme agent de protection contre les reflux septiques*, occasionnés par cette même pression et si redoutables pour les organes qui y sont exposés.

C'est une notion universellement répandue, que la ré-implantation de l'uretère dans la vessie conduit le plus souvent à une dilatation de cet organe et expose à un reflux de l'urine qui voue les organes, plus haut situés, aux pires accidents. *L'urétéro-cysto-néostomie* en effet, a mauvaise réputation ; c'est une opération dont les résultats éloignés sont peu satisfaisants et conduisent trop souvent à la perte fonctionnelle du rein. La transplantation dans l'intestin, ajoutant, au danger purement mécanique, celui plus grave encore de l'infection ascendante, conduit à des désastres tout aussi imminents et plus précoces.

Aussi est-il admis, assez généralement, qu'en présence d'une blessure difficilement réparable de l'uretère, il vaut aussi bien sacrifier délibérément, par néphrectomie ou par ligature du conduit, un rein déjà voué à la destruction que de s'acharner à réparer un canal qui deviendra manifestement malade. Et les dangers de la dérivation intestinale lui ont fait préférer même la dérivation extérieure à la peau, malgré ses ennuis et ses inconvénients.

Les altérations organiques et les accidents qui en résultent sont attribués, pour une part, à la discontinuité qui survient dans les arborisations nerveuses de l'uretère et à la paralysie qu'elle occasionne; l'inertie du muscle urétéral supprime le péristaltisme et entrave l'évacuation; elle prépare ainsi la rétention puis la dilatation. D'autre part il est raisonnable de penser que la différence de pression dans les organes confluents, l'uretère et la vessie ou l'intestin, jointe à une disproportion considérable des dimensions, justifie l'application de l'axiome bien connu "du plus fort contre le plus faible" et explique le retour facile, dans l'uretère flasque, des liquides contenus dans la vessie ou dans l'intestin en contraction.

Le point intéressant de la méthode de Coffey c'est qu'elle utilise précisément cette pression, dans l'organe réservoir, pour obtenir la fermeture de l'orifice urétéral. Coffey, en effet, a remplacé l'abouchement direct par une disposition oblique qui imite, dans la mesure du possible, celle de l'anatomie normale et fait cheminer, sur une certaine distance, l'uretère entre la muqueuse et la couche séro-musculaire de l'intestin; celle-ci sert de *butlée* sur laquelle la pression intra-intestinale comprime la muqueuse et l'uretère: plus grande est la pression et plus imminent le danger mais aussi plus serrée et plus hermétique est l'occlusion.

La justesse des prétentions de Coffey a reçu d'abord sa consécration dans le domaine expérimental. Les autopsies, faites en séries chez des animaux opérés depuis plusieurs mois, ont prouvé, sans exception, l'étanchéité du nouvel orifice et l'intégrité des organes sus-jacents tandis que toutes, ou presque toutes les transplantations directes ont donné les altérations organiques et les accidents déjà mentionnés.

Le docteur Charles Mayo a réglé quelques détails de l'application de la nouvelle technique chez l'homme; il a publié, entre autres chirurgiens, des statistiques imposantes par le nombre et dont la faible mortalité et les excellents résultats permettent les plus grands espoirs.

Nous sommes heureux de pouvoir apporter le témoignage d'une observation personnelle où la méthode de Coffey nous a permis de venir au secours d'un pauvre deshérité de la nature et de ramener, dans le coeur d'un garçon de 19 ans, la joie de vivre et la satisfaction de n'être plus, pour ses semblables, un objet de répulsion.

A. M..., 19 ans, est né avec une extrophie vésicale. A l'âge de 3 ans, en 1913, il nous a été amené en fort mauvais état; chétif, pâle, il présente alors une vessie complètement ouverte, les uretères saillants four-

nissent des urines irritantes dont la peau de l'abdomen et des cuisses porte les traces douloureuses, le pubis est largement ouvert ou inexistant et la verge rudimentaire est en épispadias complète.

Grâce au procédé autoplastique de Ségoud, nous parvenons à lui constituer une vessie convenable et à refaire un uretre dont le méat pénién reste incontinent, il est vrai, mais permet de collecter les urines dans un urinal. Le port de cet appareil est très satisfaisant pour le moment: le malade peut porter les vêtements de son âge et de son sexe et masquer son infirmité; il s'instruit à l'école, apprend un métier et travaille à gagner sa vie.

Seulement depuis qu'A. M... a grandi, son infirmité lui pèse davantage; L'appareil, si utile le jour, ne l'est plus la nuit; il doit être, au coucher, remplacé par un gros pansement qui s'imbibe trop vite et oblige à des renouvellements fréquents.

De plus, au contact des urines, le caoutchouc s'incruste rapidement, la fermentation répand des odeurs qui obligent à des lavages répétés plusieurs fois par jour, ceux-ci entravent et gênent son travail.

Devenu très malheureux, il fuit la compagnie des gens de son âge et se cantonne chez lui; il a perdu l'appétit... le sommeil et sa mère nous demande en grâce de faire quelque chose pour lui.

Nous lui proposons la dérivation intestinale qui est acceptée avec un coeur joyeux!

Le 20 février 1930 nous transplantons l'uretère droit dans la partie supérieure du rectum et le 12 avril, le gauche dans le colon iliaque. Chaque fois l'acte opératoire fut très simple et les suites banales: Aucune élévation de température, — guérison par première intention; — aucune manifestation insolite du côté des reins, ni douleur ni sensibilité. Le malade a quitté l'hôpital le 15e jour.

Les nouvelles de ces jours derniers sont très bonnes. Le malade est très heureux, il a repris ses occupations, la gaieté et l'appétit sont revenus et il a engraisé de 8 livres. Aucun ennui, il évacue son rectum 7 à 8 fois par 24 heures, — sans douleurs comme sans accidents, — et depuis quelque temps, il ne se lève plus la nuit.

Nous croyons utile de préciser les points suivants auxquels nous nous permettons d'attribuer une grande importance.

1° *Nécessité de bien préparer l'intestin et d'en amoindrir la flore dangereuse* par des laxatifs répétés et une vaccination préventive. Nous croyons avoir profité du *Bactériophage d'Hérelle* dont notre malade a ingurgité une ampoule matin et soir, huit jours à l'avance et huit jours après les interventions.

2° *Utilisation de l'incision médiane* que nous avons employée de préférence aux incisions latérales obliques, recommandées par Coffey et Mayo. Elle nous a donné, chaque fois, un jour très large qui nous a permis toutes les explorations. Nous avons pu constater ainsi l'absence presque complète des adhérences post-opératoires que l'on si-

gnale dans ces cas et qui souvent rendent difficile la mobilisation de l'intestin pour la deuxième intervention. Nous attribuons ce premier résultat au soin que nous avons pris d'extérioriser, en quelque sorte, le foyer d'implantation sous le péritoine pariétal, grâce à quelques points au catgut qui ont ramené les lèvres de l'incision du péritoine postérieur sur l'intestin.

Nous avons été frappé en plus de la rapidité avec laquelle l'intestin s'adapte à ses nouvelles fonctions. Six semaines après la première implantation nous avons pu constater une dilatation ampullaire du rectum ayant déjà les dimensions d'une vessie à moitié distendue et ne présentant extérieurement aucun signe particulier d'irritation ni d'inflammation.

3° Finalement nous avons suivi la recommandation de Mayo qui laisse pendant quelques jours un tube rectal en permanence. Celui-ci assure l'évacuation constante du rectum et diminue les chances du reflux dans l'uretère comme du coulage dans le péritoine et le bassin.

En somme, les bons effets inappréciables que notre patient a retirés de l'intervention, — la simplicité relative de la méthode de Coffey, — son apparente innocuité en regard des techniques complexes et dangereuses qui ont été successivement décrites puis abandonnées, nous ont donné l'impression que cette transplantation intestinale des uretères constitue un moyen précieux de venir au secours d'un certain nombre de malades dont la vessie est devenue inopérante: extrophie, cystites douloureuses ou fistules incurables, tumeurs, cancer, etc.

UN CAS D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE PERMANENTE, A ALLURE PAROXYSTIQUE, SECONDAIRE A UN ADÉNOME DÉGÉNÉRÉ DU FOIE.

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

L'observation que nous rapportons est intéressante, non pas tant au point de vue des résultats thérapeutiques, bien que l'intervention opératoire ait amené une amélioration temporaire, qu'au point de vue du diagnostic et du mécanisme pathogénique des différents syndromes relevés au cours de l'évolution de la maladie.

Hypertension artérielle permanente à allure paroxystique; ictère progressif mais intermittent; des troubles sérieux et datant de plusieurs mois du côté de l'appareil digestif, génital, et cardio-vasculaire avec répercussion rénale; autant de syndromes intriqués responsables par l'importance de chacun d'eux, d'avoir fait errer longtemps le diagnostic.

Observation

Une jeune femme de 28 ans est d'abord admise dans le service de gynécologie de l'hôpital Notre-Dame, le 8 mai 1930 pour métrorragies, datant depuis environ 6 mois, c'est-à-dire depuis son dernier accouchement (7 novembre 1929).

A l'examen gynécologique, l'utérus est légèrement augmenté de volume, mou, mobile, aucunement douloureux; le col, mou, lacéré, entr'ouvert, laisse pénétrer la pulpe de l'index. Insuffisance vulvaire; hyperhémie, écoulement verdâtre; les culs de sacs sont souples et les annexes facilement perceptibles, ne sont pas douloureuses.

A ce moment, malgré des pertes de sang importantes et presque continues depuis 6 mois, l'état général de la malade paraît encore assez bon; on note cependant un teint jaunâtre, un léger oedème palpébral; au coeur, à la pointe, un souffle d'insuffisance mitrale; au foyer aortique, au deuxième temps, un clangor assez marqué.

La pression artérielle: $\frac{220}{140}$; la malade accuse une forte céphalée occipito-frontale et des épistaxis. La température est normale; le pouls bat à 80; le Wasserman est négatif; l'urée sanguine: 0.26; la glycémie 1 gr. 20. Les urines ne renferment que des traces d'albumine. On note rien de particulier du côté des autres appareils.

Entrée pour métrorragies, on pratique, 10 jours après, un curettage utérin. L'examen histologique donne: fragments oedémateux de muqueuses utérine.

Diagnostic post-opératoire: métrorragies de cause extragénitale.

C'est à cause de la persistance de certains troubles anciens ou nouveaux, tels que céphalée, nausées, crises épigastriques que nous sommes appelé sur requête des gynécologues à examiner cette malade.

Un examen sommaire nous fait conclure à l'admission de la malade dans notre service de médecine; et le 31 mai nous faisons les constatations cliniques suivantes:

Le teint particulier de la malade nous fait d'abord penser à la maladie d'Addison; mais l'absence de certaines particularités propres à ce syndrome, et l'examen attentif de la peau et des muqueuses nous fait conclure plutôt à la présence d'un ictère léger, d'autant plus que la malade, à ce moment, accuse déjà un peu de prurit et présente des urines à trace albumineuse et déjà foncées; les selles sont parfois légèrement décolorées.

Des vomissements alimentaires font bientôt suite aux nausées; des manifestations douloureuses spontanées se produisent au niveau du carrefour gastrique qui s'accroissent quand nous explorons cette région par le palper; les douleurs subjectives s'irradient en barre, et au dire de la malade, elles dateraient de six à huit mois, mais seraient intermittentes. La malade n'a pas maigri sensiblement; le corps thyroïde n'est pas hypertrophié; il y a absence de ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux. La langue n'est pas saburrale; la dentition est parfaite. L'examen des poumons reste négatif. La pointe du cœur est un peu abaissée et nous constatons les troubles déjà rapportés plus haut: du clangor au 2ème temps, au foyer aortique et une insuffisance mitrale d'origine probablement fonctionnelle, en raison de l'absence de maladies infectieuses antérieures.

Par contre la pression artérielle, à partir du 9 mai au 27 juin, donne des chiffres élevés et quotidiennement différents; dans une seule journée, la pression fait des bonds remarquables pour s'abaisser ensuite et remonter un peu plus tard ou au moment des examens répétés de la région épigastrique:

$$\frac{220}{140} - \frac{212}{122} - \frac{190}{120} - \frac{208}{130} - \frac{206}{124} - \frac{170}{110} - \frac{230}{138} - \frac{210}{120} - \frac{250}{140} - \frac{235}{140} - \frac{195}{140}$$

Le 9 juin: nous enregistrons deux pressions différentes: $\frac{170}{134} - \frac{188}{120}$

le 18 juin: $\frac{166}{120} - \frac{178}{124}$; le 22 juin: $\frac{176}{120}$; le 23 juin: $\frac{190}{130}$; le 27, jour de

l'opération: $\frac{210}{150}$; le 30 juin, le lendemain de l'opération: $\frac{148}{110}$; le 3 juillet:

$$\frac{168}{130}$$

L'abdomen est souple et tacheté de très nombreuses vergetures; il y a écartement des droits. A la faveur de cette souplesse abdominale il nous est facile de palper le foie qui dépasse de 4 travers de doigt le rebord costal et se prolonge de 4 à 5 centimètres de l'autre côté de la ligne médiane; du creux épigastrique jusqu'aux limites indiquées plus haut, nous percevons à

la palpation une masse grande comme une petite paume de main, dure, douloureuse à la palpation, irrégulière semble-t-il à sa surface, peu mobilisable et semblant faire corps avec le foie du fait de son immobilité lors des différentes attitudes imposées à la malade durant l'examen. La rate est perceptible mais n'est pas perceptible au palper. Du côté du système nerveux: les réflexes patellaires sont très vifs; il y a absence d'Argyll-Robertson; il n'y a pas de Romberg.

Le 25 juin l'examen des urines donne: présence d'albumine, de leucocytes et cylindres granuleux. Examen du sang: B. W. négatif; urée sanguine 0.32; glycémie: 1 grm. 20; cholestérine 2 grm. 81. Examen du fond de l'oeil: normal.

La petite masse, perçue au-dessus du creux épigastrique, pouvant être une tumeur d'origine gastrique, nous demandons un examen radiologique du tube digestif. Résultat: à la *radioscopie*, l'estomac est hypotonique; les courbures sont normales ainsi que les parois; tonicité faible; la région pyloro-duodénale est en situation normale mais déformée. Sur les *radiographies*, le pylore et le bulbe sont déformés et la région prépylorique est un peu lacunaire. Conclusions: ulcère suspect de la région pyloro bulbaire. (Dr Léonard).

Dans les jours qui suivirent, l'ictère s'étant accentué quelque peu, les selles étant apparues décolorées, par ailleurs l'examen radiologique de l'estomac nous ayant donné dans ses conclusions un diagnostic d'ulcère suspect de la région pyloro-bulbaire, nous demeurions hésitant à confirmer ce diagnostic, d'autant plus qu'un tel syndrome douloureux accusé depuis si longtemps n'avait jamais causé d'hématémèse, ni d'hyperchlorhydrie, ni n'avait obligé la malade à adopter un régime approprié à ce syndrome. C'est pourquoi la présence de cet ictère, devenu par la suite progressif mais intermittent, nous fit demander un Iodékon. Résultat: la vésicule est complètement vide; la bile ne séjourne pas longtemps dans cette vésicule déformée. (Dr Léonard).

Or, comme la tumeur persiste toujours, que les douleurs vont s'accroissant, que la pression artérielle se maintient élevée avec paroxysmes, alors que l'examen radiographique de la vésicule ne peut nous fournir le moindre renseignement sur la nature de cet ictère, nous demandons pour plus de sûreté un nouvel examen radiologique de l'estomac. Réponse: l'estomac paraît normal mais le bulbe n'est pas rempli. En définitive, nous posons le diagnostic clinique de tumeur du lobe gauche du foie sans pouvoir cependant en déterminer la nature; et nous demandons à la chirurgie de bien vouloir nous renseigner à propos de cette masse, située dans la région épigastrique, et qui à notre point de vue, doit être la cause de tant de syndromes intriqués.

Le 27 juin: laparatomie. (Dr Gariépy).

Le foie est gros; la vésicule, qui ne contient pas de calculs, présente une capacité normale, mais des parois blanches, oedématisées. Sur la face supérieure du lobe gauche on découvre une masse cyanotique, irrégulière, comme sillonnée par de grosses veines, faisant croire d'abord à un angiome. Un sillon régulièrement circulaire délimite cette masse; pour s'en faire une

idée plus parfaite, il suffit de penser aux traces que laisse sur la peau la ventouse, immédiatement après une longue application.

L'aspect angiomateux de cette tumeur, située dans un parenchyme aussi vascularisé, empêche le chirurgien de faire une biopsie. On se contente de pratiquer une cholécystostomie qui dans les jours suivants, amène une diminution très notable de l'ictère.

Diagnostic post-opératoire: adénome probablement dégénéré du lobe gauche du foie.

Le 30 juin, l'analyse d'un échantillon de bile provenant du drainage, nous donne la réponse suivante: ni polynucléaires, ni cellules épithéliales. (Dr Bertrand).

Il est à remarquer que cette malade n'a jamais fait de fièvre; et son pouls, plein, régulier, s'est toujours maintenu aux alentours de 80.

Un syndrome rénal s'est constitué au cours de la maladie comme on peut en juger d'après des analyses successives: urine: le 9 mai — traces d'albumine; le 17 juin — albumine; le 25 juin — albumine, leucocytes et cylindres granuleux.

*
* * *

Cette observation médico-chirurgicale présente une telle intrication de syndromes qu'elle invite à en expliquer le mécanisme pathogénique. La localisation particulière au niveau du carrefour gastrique; l'enchaînement successif des syndromes qu'elle déclenche, nous fera mieux comprendre ce mécanisme.

En résumé il s'agit d'une jeune femme de 28 ans présentant depuis son dernier accouchement des métrorragies qui nécessitent en raison de leur chronicité et des circonstances originelles un curetage utérin.

En même temps, apparaissent une céphalée intense, des nausées, des épistaxis répétés, une pression artérielle élevée: symptomatologie caractéristique d'une lésion rénale. L'examen des urines et du sang demeurent d'abord négatif. Nous dirons plus loin comment s'est constitué, par la suite, le syndrome rénal. L'allure paroxystique de cette pression artérielle permanente fait ensuite penser au surrénalôme hypertensif; mais nous ne retrouvons pas l'ensemble des symptômes, tant objectifs que subjectifs, qui constituent ce nouveau syndrome anatomo-clinique.

L'allure particulière de cette tension artérielle nous invite à examiner plus minutieusement notre malade. Les troubles digestifs attirent notre attention du côté de l'estomac. A la palpation, nous

découvrons au niveau du carrefour gastrique une petite tumeur, grande comme une paume de main. Un examen radiologique est alors pratiqué qui conclut à l'absence de toute lésion organique de l'estomac ou du pylore malgré certaine déformation, non caractéristique, du bulbe. Cette masse, découverte à l'examen clinique, n'affectant en rien, d'après l'examen radiologique le transit du repas baryté ou même l'image gastrique, semblait plutôt faire corps avec un foie débordant le rebord costal. Un ictère par compression, s'ajoutant à ce tableau clinique, nous demandons un Iodékon. Le rapport reste négatif du côté vésiculaire. Mais devant l'accentuation des symptômes mentionnés plus haut, les chirurgiens décident d'intervenir. Résultats? On découvre une petite tumeur localisée à la partie tout à fait externe du lobe gauche du foie. L'aspect angiomateux de cette tumeur, située dans un parenchyme déjà très vascularisé, interdit la biopsie. On pratique une cholécystostomie qui nous permet de constater l'intégrité du liquide biliaire. La vésicule, quoique présentant des parois oedématisées, ne contient ni calculs, ni polynucléaires, ni cellules épithéliales, ni globules rouges. Le drainage biliaire amène la disparition presque complète de l'ictère; malheureusement la tumeur n'ayant pu être extirpée, les autres syndromes déjà mentionnés, ont tous réapparu les uns après les autres. Le pronostic reste sombre.

*

* * *

Mécanisme pathogénique des différents syndromes. —

Nous savons que c'est surtout sur le plexus solaire que se concentrent et se réfléchissent les impressions douloureuses. Or, dans le cas qui nous intéresse, la tumeur du lobe gauche du foie répond, par sa situation, à ce très important plexus nerveux.

Indépendamment de toute lésion surrénale ou néphrétique, mais par un mécanisme réflexe neuro-vasculaire, s'est produite une hypertension artérielle, d'abord permanente, prenant dans la suite une allure paroxystique selon l'état de la réflectivité. Cette hypertension explique bien les complications d'ordre neuro-myo-vasculaire: métrorragies, épistaxis, céphalée, nausées, souffle d'insuffisance mitrale fonctionnel, clangor-aortique.

Quant à l'ictère progressif, mais intermittent, on peut l'expliquer par le mécanisme de la compression aussi bien que par le spasme réflexe des voies biliaires; et une lésion vraie de la cellule hépatique n'eut pas été améliorée par le drainage biliaire, lequel, en cas d'ic-

tère par compression ou spasme, en réalise parfaitement la libération.

Si plus tard est apparu un syndrome rénal assez complet, il est permis de penser que l'élévation permanente de la pression artérielle, accompagnée de paroxysmes aussi violents et agissant par un mécanisme inverse à celui des données classiques (sclérose rénale, facteur d'hypertension) serait susceptible de l'avoir provoqué; car il est reconnu que des coups de bélier répétés de la colonne sanguine sur les vaisseaux du rein ainsi rétrécis par une striction spasmodique, peuvent engendrer une néphrite.

En conclusion, une tumeur même peu développée du parenchyme hépatique, située au niveau du plexus solaire est susceptible de déclencher un groupe de syndromes différents, par un simple mécanisme nerveux réflexe résultat d'une compression. Les troubles fonctionnels qu'elle crée d'abord, peuvent conduire ensuite à des lésions organiques irrémédiables, surtout si la cause, par suite de l'impossibilité de son extirpation, persiste jusqu'à la fin.

A PROPOS DU TRAITEMENT DE LA CALCIURIE

Oscar MERCIER,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal,
Chef du Service d'Urologie de l'Hôtel-Dieu.

Il nous paraît intéressant et nécessaire d'attirer l'attention des médecins sur le traitement de la phosphaturie, appelée plus précisément par les Allemands *calciurie*. Les traités classiques d'urologie et de diététique ignorent ou ne font que signaler ce traitement. Il importe de connaître que les lithiases ne sont pas toutes acides et que nombreuses sont celles dites alcalines dont le substratum réside dans un excès dans les urines de substances calciques. Nous le verrons plus loin, leur thérapeutique diffère entièrement de celles où l'acide urique et l'acide oxalique prédominent.

Cependant, avant d'exposer ce traitement, il nous faut pour le justifier et le rendre compréhensible, expliquer la pathogénie et la physiologie pathologique de la calciurie.

En clinique, on a confondu et on confond trop souvent la *phosphaturie* vraie et la *phosphaturie apparente*. La première a pour caractéristique une surabondance, dans les urines, d'acide phosphorique à l'état des sels, tandis que la seconde est constituée par une précipitation des sels de chaux parmi lesquels se trouve le phosphate de calcium. La phosphaturie apparente a reçu diverses appellations dont la plus précise est la calciurie, terme adopté par les auteurs allemands. D'étiologie différente, les phosphaturies comportent une thérapeutique entièrement dissemblable.

Leur étude doit donc être divisée en deux parties distinctes, dont l'une comprendra la phosphaturie vraie et l'autre la calciurie.

LA PHOSPHATURIE VRAIE.

Avant d'étudier la phosphaturie vraie, il importe de remémorer, dans un bref aperçu, le métabolisme du phosphore dans l'organisme. Les multiples composés sont introduits dans le tube digestif par les aliments. Là, ils sont tous transformés en phosphates minéraux qui parviennent au foie par la circulation. Le tissu hépatique procède à un travail synthétique et forme avec ces phosphates minéraux et certains éléments organiques des composés phosphorés organiques

(lécithines, nucléo-protéides). Ceux-ci fourniront aux organes et en particulier au squelette leur ration en phosphore nécessaire à leur vie. Ces combinaisons phosphorées organiques se transforment à leur tour dans les organes en phosphores minéraux. Sous l'effet de l'usure cellulaire, ces sels phosphatiques retournent dans la circulation dont la majeure partie est éliminée par les urines et dont une très faible partie est encore reprise pour recommencer le cycle. On voit donc que le phosphore sort de l'organisme presque entièrement à l'état de phosphates minéraux.

Le dosage du phosphore organique dans les urines, dont la quantité est infiniment restreinte, est négligeable, tandis que l'intérêt se porte vers la recherche du taux des phosphates minéraux. Normalement l'élimination des composés phosphorés dans les urines oscille aux environs de 0,030 milligrammes par kilo de poids de corps. Chaque fois que le taux de 0,050 milligrammes est atteint ou dépassé, il existe une phosphaturie vraie. En plus, la relation de l'acide phosphorique à l'azote totale, qui normalement est de $1/10$ augmente à $1/7$ vis-à-vis de l'urée dans la phosphaturie vraie. Cette dernière est constituée par de nombreux sels phosphatiques, dont le phosphate de calcium ne comprend qu'une faible partie. Le rapport de l'acide phosphorique à la chaux, qui est de $1/12$ chez les sujets normaux reste inaltéré. Au contraire, dans la calciurie il y a une augmentation de la chaux jusqu'à $1/7$ ou $1/4$ de l'acide phosphorique. Enfin, dans la phosphaturie vraie le maximum d'élimination du phosphore apparaît pendant la nuit.

D'une façon générale, l'augmentation du taux des phosphates urinaires indique un trouble de métabolisme des substances phosphorées. Les affections qui entravent leur cycle normal dans l'organisme sont multiples. Cliniquement on distingue deux variétés de phosphaturie vraie, l'une transitoire, l'autre permanente.

La première s'observe à la suite d'une alimentation carnée excessive, qui apporte une quantité trop considérable de composés phosphorés. L'organisme élimine cet excès de phosphore qu'il ne peut utiliser. Le surmenage physique, producteur d'usure cellulaire, engendre encore une élimination abondante et temporaire de phosphates. Enfin, la phosphaturie vraie transitoire apparaît au moment de la défervescence des maladies infectieuses. Elle traduit alors l'élimination brutale de l'acide phosphorique que l'organisme a retenu en quantité considérable pendant l'évolution de l'infection pour aider la leucocytose et entretenir la vie cellulaire. Des décharges abondantes

et transitoires de phosphore dans l'urine ne sont qu'un épiphénomène et ne comporte aucune indice pathologique. La phosphaturie vraie permanente, conséquence d'une affection qui trouble le métabolisme du phosphore n'intéresse que secondairement l'urologue. C'est en somme, un symptôme qui s'ajoute à ceux de la maladie causale.

Chez les *diabétiques*, il est d'observation fréquente de trouver une augmentation considérable du taux du phosphore urinaire éliminé. Chez quelques malades, la phosphaturie évolue concomitamment avec la glycosurie. Chez d'autres elle alterne avec cette dernière. Enfin, plus rarement elle se substitue définitivement au glucose dans les urines.

La tuberculose pulmonaire, à sa période initiale, s'accompagne presque toujours d'une élimination marquée de phosphates dans les urines.

La phosphaturie vraie coïncide souvent avec *l'oxalurie*, quoique plus fréquemment avec la calciurie. Cette coïncidence s'explique par le fait que le foie possède un rôle aussi actif dans le métabolisme du phosphore que dans celui de l'acide oxalique.

En résumé, la phosphaturie vraie est un phénomène qui concerne surtout le médecin, parce qu'elle survient au cours d'affections médicales. De plus, elle est incapable d'aboutir à la lithiase phosphatique, qui relève de la calciurie.

LA CALCIURIE :

La calciurie doit, au contraire, attirer toute l'attention de l'urologue. En effet, lorsqu'elle est accentuée, elle peut donner naissance à des calculs, surtout s'il existe des lésions des voies urinaires, qui favorisent l'agglomération des sels de chaux.

La phosphaturie apparente est caractérisée par une précipitation des sels de chaux dans l'urine, parmi lesquels se trouve le phosphate de calcium. Cette précipitation a pour origine une neutralité ou une alcalinité du milieu urinaire. La calciurie, résultat d'un phénomène local qui modifie la réaction de l'urine, découle de causes multiples.

Les troubles dyspeptiques produisent, par un mécanisme double, l'alcalescence du milieu urinaire. D'une part, l'absorption abondante d'eaux minérales alcalines ou de poudre neutralisante dans la dyspepsie hyperacide entraîne la disparition de l'acidité dans l'urine. D'autre part, l'hypersecretion muqueuse alcaline de l'estomac, qui

relève de crises gastriques prolongées, alcalinise le liquide urinaire.

La précipitation des sels de chaux peut résulter d'une *sécrétion muqueuse abondante des voies excrétrices de l'urine*. Cette sécrétion abondante, qui évolue sans phénomènes inflammatoires a pour origine une irritation de la muqueuse urinaire. On l'observe au cours des oxaluries; les cristaux d'oxalate blessent plus ou moins l'épithélium pendant leur passage dans les calices et le bassinnet. *Les névropathies* qui provoquent des troubles neuro-sécrétoires sont capable de produire une hypersécrétion muqueuse. La quantité abondante de mucus sécrété fait disparaître l'acidité des urines.

L'infection des voies urinaires supérieures constitue une des causes les plus fréquentes de la calciurie, en donnant lieu à des fermentations septiques de l'urine, qui devient alors alcaline.

Le reflux de liquide prostatique alcalin dans la vessie est encore une source de calciurie. Cette prostatorrhée endo-vésicale s'observe dans les prostatites chroniques.

Enfin, chez certains sujets, il est impossible de trouver un motif à la précipitation des sels de chaux. Il semble dans ce cas qu'il faille, malgré tout, rattacher la calciurie à des phénomènes nerveux, producteurs d'une hypersécrétion de la muqueuse urinaire.

Les sujets atteints de phosphaturie apparente se plaignent de faiblesse, d'asthénie, de phénomènes neurasthéniques, et d'amaigrissement. Ils accusent des douleurs lombo-sacrées plus ou moins vives. Leurs urines sont troubles, lactescentes, allant d'un louche léger à une opacité marquée. Au repos, elles laissent précipiter un dépôt blanchâtre de mucus et de sels de chaux et leur surface se recouvre d'une couche qui présente des reflets irisés formés par des cristaux de phosphates ammoniaco-magnésiens. Le dépôt contient principalement des carbonates de chaux. Ces urines, acidifiées par quelques gouttes d'acide acétique, redeviennent limpides, les phosphates se solubilisant par l'effet de l'acide du milieu. Le dosage du phosphore dans les urines montre qu'il existe une hypophosphaturie. Le rapport de l'acide phosphorique à la chaux augmente alors jusqu'à $1/7$ ou $1/4$. De plus, le maximum de l'élimination des sels de chaux se fait au milieu du jour.

Nous présentons ici deux observation types, pour démontrer l'efficacité de la thérapeutique. Nous pourrions reproduire ici 79 autres observations de malades que nous avons traités depuis 1927. Leur similitude avec celles que nous donnons nous permet de les éliminer de notre travail pour ne pas l'obscurcir.

OBSERVATION I

H. C. âgé de 40 ans, se présente à moi au mois de février 1928, pour des coliques néphrétiques tantôt à gauche, tantôt à droite. Le début de la maladie remonte à trois ans environ. A ce moment le malade a ressenti les premières atteintes de la maladie par une colique néphrétique droite suivie de l'émission d'un petit calcul blanchâtre. Dans cette première année le malade a ressenti environ trois crises à droite et quatre à gauche toujours suivies d'émission de calcul blanchâtre. Il a consulté alors un médecin qui l'a mis à une diète lacto-végétarienne. Cette diète a été suivie scrupuleusement et n'a donné aucun résultat si bien que dans la 2e année le malade a vu ses crises augmenter en fréquence. Ayant consulté d'autres médecins il décida de suivre une diète lactée-mitigée. Les crises augmentèrent alors à tel point qu'elles survinrent à toutes les semaines. Depuis quatre mois le malade a des coliques néphrétiques environ deux ou trois fois par semaine, à tel point que tout travail lui est impossible et qu'il a maigri d'environ 25 livres. Les crises sont presque toujours suivies d'émission de calcul. Depuis 3 ans le malade a éliminé 157 calculs allant du volume d'un grain de mil à celui d'une arachide. Lorsque je le vois, il vient d'avoir une crise. Une radiographie de l'appareil urinaire ne laisse voir aucun calcul. Les urines sont fortement alcalines et contiennent une quantité considérable de sel de calcium.

Le malade est immédiatement mis au régime acide carné; des limonades en abondance lui sont prescrites et des cachets d'acide benzoïque. La semaine suivante, le malade ressent encore une colique néphrétique; il faut dire qu'il avait fait un écart de régime ayant pris pendant une journée des légumes verts et du lait. Il était effrayé, disait-il, de suivre un régime carné abondant. Depuis cette crise le malade a ressenti une autre attaque au mois de juillet 1928, à la suite d'une ingestion abondante de crème glacée, cette crise a été la dernière. Depuis le malade a engraisé d'environ 35 livres, se porte bien et suit un régime acide sans toutefois ingérer de l'acide benzoïque.

OBSERVATION II

G. B. âgé de 43 ans, vient me consulter en septembre 1929, pour un écoulement urétral abondant. Cet écoulement est apparu dans la journée d'hier, il est blanchâtre. L'examen microscopique révèle la présence de pus sans aucun microbe.

Dans les antécédents de ce malade il n'existe aucune infection urétrale antérieure. Il n'y a pas eu de contact même suspect depuis 3 semaines. Depuis très longtemps le malade accuse du surmenage, des douleurs lombaires et sacrées et des urines laiteuses. Le malade a remarqué qu'à la suite de surmenage, lorsque les urines sont laiteuses il éprouve des envies fréquentes d'uriner surtout le jour.

A l'examen, on trouve des urines très troubles qui s'éclaircissent immédiatement avec l'acide acétique. Ces urines analysées montrent une quantité considérable de sels de chaux. Le malade est immédiatement mis au traitement de la calciurie. L'écoulement se tari en 36 heures. Le malade est au repos complet depuis mai 1930 et n'éprouve aucun ennui de calciurie.

*

* * *

Le premier principe à appliquer dans le traitement des calciuries, qui est commun à celui de toutes les affections est d'en traiter la cause, si elle est connue, pour la faire disparaître. Nous avons signalé les maladies capables d'engendrer de l'alcalinité des urines et l'excès des sels de chaux. Nous passerons sous silence la thérapeutique de ces maladies, ce qui nous entraînerait loin de notre sujet.

Au point de vue urinaire, deux états pathologiques existent simultanément: *l'alcalinité des urines* et la *présence en excès de sels de chaux*. *Le traitement aura donc pour but de diminuer l'apport des sels calciques et de rendre au milieu urinaire son acidité.*

Le régime approprié répondra à ces indications et une médication aidera à la réalisation de l'acidification. Le malade sera soumis à une diététique carnée qui favorise l'acidification et qui n'apporte aucune substance calcique.

Les aliments suivants dont la teneur en sels calciques est élevée seront entièrement exclus de l'alimentation.

Le lait et les laitages,
Les oeufs,
Les cervelles,
La moelle des os,
Le chou et le chou-fleur,
L'oignon,
Les salades: laitue, chicorée, mâche, cresson, etc.,
L'oseille,
La rhubarbe et les épinards,

Le pain et la pomme de terre, qu'il est difficile de supprimer de l'alimentation, seront absorbées en petite quantité.

Pour remplir cette première indication, à savoir diminuer l'apport des sels calciques, le médecin ne devra pas prescrire de médicaments à base de sels de chaux, tels que glycérophosphate de chaux. Une autre précaution importante à prendre est de connaître la teneur des sels de chaux dans l'eau que boit le malade. Dans certaines régions de la province de Québec, la quantité de substances calciques est si grande dans l'eau potable qu'il est nécessaire de défendre au malade l'absorption de cette boisson.

Dans un milieu alcalin, les sels de chaux précipitent. Cette précipitation, en plus d'irriter les voies urinaires, conduit à la formation de calculs. Il est donc nécessaire de rendre à l'urine son acidité pour que les substances calciques y restent en suspension.

Les médicaments susceptibles d'acidifier les urines sont multiples : *acide benzoïque, acide borique, acide phosphorique*. L'acide benzoïque sera prescrit à la dose de 0 gramme 25 par cachet à raison de 3 à 4 cachets par 24 heures. Lorsqu'il est mal toléré par l'estomac, il peut avantageusement être remplacé par l'acide borique administré à la même dose.

L'acide phosphorique est à préférer aux médicaments précédents. En plus d'être acidifiant, il possède une action tonique sur la cellule. L'acide phosphorique officinal se prescrit à la dose de 60 à 100 gouttes par jour.

Nous avons voulu exposer le traitement de la calciurie, parce que cet état pathologique, en plus de causer des troubles, peut aboutir à la formation de calculs. Dans de nombreux cas de blennorrhagie chronique, la calciurie est la seule cause qui retarde la guérison. Dans d'autres cas, la quantité des sels de chaux dans l'urine est si considérable qu'ils peuvent irriter la muqueuse jusqu'à produire un écoulement urétral, comme nous le relatons dans l'observation no 2. Le traitement de la calciurie en les faisant disparaître tariera l'écoulement.

TECHNIQUE OPÉRA TOIRE

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DES ULCÈRES PERFORÉS DE L'ESTOMAC

Léo **BLAGDON**

Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de l'Université
de Montréal.

La discussion se poursuit toujours sur la technique opératoire des Ulcères perforés de l'Estomac. Des statistiques nous arrivent de toutes parts, plus ou moins concluantes, il faut bien le dire, essayant de démontrer l'avantage de telle ou telle méthode.

Certains chirurgiens préconisent la simple suture de l'ulcère, d'autres la suture avec la gastro-entérostomie, d'autres la gastrectomie avec ou sans gastro-entérostomie; enfin quelques-uns vont jusqu'à prétendre que la gastro-entérostomie seule suffit.

En présence de tant d'opinions différentes il nous paraît juste d'affirmer, qu'il vaudrait mieux classifier les malades par catégories, et varier la technique suivant les cas, plutôt que de proclamer d'une façon générale la valeur d'une méthode sur une autre.

Ici peut-être plus qu'en aucune autre circonstance, nous devons attacher à l'état général du malade et à son pouvoir de résistance, une importance primordiale dans le choix de l'intervention. Partant de ce principe, voici la ligne de conduite que nous suivons depuis deux ans;

1° — Les cas in extremis: nous nous contentons de faire l'enfouissement de l'ulcère avec épiplooplastie, si la suture est possible, ou même un simple drainage à la Mikulicz, en plus du drainage sus-pubien que nous faisons du reste dans tous les cas.

2° — Pour les autres cas, quel que soit le moment de l'intervention, que ce soit à la deuxième heure ou à la vingtième heure après le début de la perforation, notre traitement comporte toujours deux temps dans la même séance opératoire.

Le premier temps qui varie avec l'importance et l'endroit de la perforation, c'est le traitement local de l'ulcère. Le deuxième temps, qui suit immédiatement le premier, c'est la gastro-entérostomie, (complémentaire).

(A) — Le Traitement de l'Ulcère:—

1° — Les ulcères gastriques: Pour les ulcères du corps de l'estomac, résection de l'ulcère et de toute la zone indurée si possible, et suture.

Pour les ulcères franchement pyloriques, même procédé, avec suture verticale (ou transversale) et section sous-muqueuse du sphincter, dans le but d'éviter autant que possible les rétrécissements.

L'Épiplooplastie est pratiquée couramment.

2° — Les ulcères du duodéum; simple enfouissement avec épiploplastie.

(B) — La gastro-entérostomie:—

Les reproches aléatoires qu'on lui a faits, tels que: la production possible d'ulcères peptiques à l'endroit de l'anastomose, la prolongation du temps opératoire, son inutilité, etc., ne nous paraissent pas suffisants pour la mettre de côté. Les ulcères peptiques sont loin d'être fréquents, le temps opératoire n'exige que quinze à vingt minutes, et par ailleurs son utilité me paraît bien démontrée, par le double emploi qu'elle joue. Car non seulement elle agit comme soupape de sûreté, vis-à-vis de nos sutures, en déviant le transit stomacal, et en mettant de ce fait le pylore au repos, mais de plus elle prévient une nouvelle intervention, souvent nécessaire après la simple suture de l'ulcère perforé.

Nous sommes donc convaincus que dans le traitement de l'ulcère perforé de l'estomac, la gastro-entérostomie est un adjuvant précieux, sinon une nécessité, à condition bien entendu de la faire au bon endroit, aussi près du pylore que possible, postérieure et marginale.

Les cinq observations personnelles dont nous donnons ci-dessous un bref résumé, prouvent qu'on peut la faire impunément même à la vingt-deuxième heure, si l'état général du malade le permet.

Corollaires: Tous nos malades étaient du sexe masculin; de gros fumeurs et des buveurs plus ou moins modérés d'alcool. (Si ces deux derniers facteurs ont l'importance que leur attribuent certains auteurs, la jeune génération de chirurgiens rencontrera autant d'ulcères perforés chez les femmes que chez les hommes, dans un avenir rapproché).

L'âge du malade a varié de 30 à 68 ans, et le début de la perforation, de la 2^{ème} à la 22^{ème} heure avant l'opération.

Chacun de nos malades a présenté deux signes cliniques toujours marqués; la douleur en coup de poignard du début, et le ventre de bois au moment de leur admission à l'Hôpital.

Un de nos malades n'avait jamais présenté de symptômes d'ulcère, ni de troubles digestifs appréciables, avant sa perforation.

Une radiographie faite à leur sortie de l'hôpital a démontré le parfait fonctionnement de la bouche anastomotique, dans chaque cas.

Observation: — A. B. journalier, 68 ans, grand fumeur, se plaint de troubles digestifs depuis plusieurs années. Il n'a jamais suivi de traitement. Admis à l'hôpital 12/7/28.

Début: — Deux heures avant son admission à l'Hôpital Notre-Dame, il a ressenti une violente douleur au creux épigastrique, accompagnée de vomissements et de syncope.

Examen: — Ventre de bois, douleur généralisée à tout d'abdomen, plus marquée au creux épigastrique. Pas de matité. Pouls bien frappé à 74. Temp. 97. Respiration 30. Facies anxieux.

Opération: — Anesthésie: Ether. Incision médiane sus-ombilicale. Ulcère de la grandeur d'une pièce de cinq sous, face antérieure du pylore.

Résection et suture. Epiplooplastie. Gastro-entérostomie postérieure. Appendicectomie. Drainage de l'arrière-cavité gastro-duodénale et sus pubien. Guérison sans incidents post-opératoires. Pas revu depuis.

Observation: II — R. C., 30 ans, chauffeur, admis à l'hôpital 23/4/28. Histoire: — Troubles digestifs depuis 7 ans. Traité pour ulcère d'estomac depuis 2 ans. Gros mangeur, fumeur et buveur de bière.

Début: — Huit heures avant son entrée, douleur en coup de poignard au creux épigastrique avec irradiation thoracique. Examen: Défense musculaire dans la fosse iliaque droite. Facies anxieux, pouls 120, Resp. 32, Temp. 97. Ventre de bois, douleurs très vives, généralisées à tout l'abdomen. Défense musculaire très prononcée à la région épigastrique et appendiculaire. Pas de matité.

Opération: — Anesthésie: Ether. Incision Abdominale para-centrale supérieure. Liquide louche avec grumeaux alimentaires sous pression. L'appendice très malade fait irruption dans la plaie, au cours de l'asséchage. Appendicectomie. Perforation étoilée avec déchirure d'une longueur de 10 à 12 centimètres, d'un vaste ulcère calleux, intéressant la petite courbure (région prépylorique), le pylore et la 1ère portion du duodénum. Bords indurés et oedématisés. Résection de toute la partie malade, suture et epiplooplastie. Gastro-entérostomie postérieure. Drainage rétrogastrique et sus-pubien.

Suites post-opératoires: Suppuration de la paroi. Le 8ème jour congestion pulmonaire. Le 12ème jour éventration avec extériorisation d'anses grêles. Rachi-Anesthésie. Suture en un plan de la paroi.

Le 30ème jour une radiographie révèle la présence d'un empyème. Thoracentèse. Evacuation de pus à streptocoques. Guérison. Le malade revu depuis, se porte très bien.

Observation: III — J. L. 46 ans, menuisier, admis le 15 décembre 1928. Histoire: — Gros fumeur et alcoolique invétéré. Tousse et crache depuis 2 ans. Traité pour troubles digestifs depuis 10 ans.

Début: — Quatorze heures avant son entrée. Douleur violente au creux épigastrique avec perte de connaissance.

Examen: — Ventre de bois. Douleur très marquée à l'épigastre et fosse iliaque droite. Matité dans le bassin.

Opération: Anesthésie-Ether. Incision para-centrale supérieure. L'abdomen est rempli de liquide louche, avec parcelles d'aliments. Large perforation d'un ulcère calleux situé à la face antérieure de la petite courbure. La paroi gastrique est lardacée sur une grande étendue. Pylore épaisi mais perméable. Résection large de l'ulcère. Gastro-entérostomie. Drainage rétro-gastrique et sus-pubien.

Suites opératoires: — Eventration le 8ème jour. Fermeture à l'anesthésie locale. Le 23ème jour hémoptysie considérable. Crachats à pneumocoques dans la suite. Le 32ème jour fistule gastrique. Le 46ème jour, mort de granulie pulmonaire.

Observation: IV — F. L. 41 ans, marchand, admis le 21 mai 1930.

Histoire: — Traité pour ulcère d'estomac depuis plusieurs années. Cliniquement guéri depuis 2 ans. Grand fumeur, bon mangeur, buveur modéré d'alcool.

Début: — 22 heures avant l'intervention il est pris d'une douleur subite à l'estomac au cours d'une excursion de chasse.

Examen: — Bon état général. Pouls 108. Temp. 100. Ventre dur et un peu ballonné. Tympanisme. Pas de matité. Défense musculaire généralisée.

Opération: — Anesthésie. Ether. Incision para-centrale sus-ombilicale. Péritoine épaisi. Liquide louche inodore, en petite quantité. Petite perforation située sur un ulcère calleux de la région pyloro-duodénale. Résection de l'ulcère. Suture transversale. Epiplooplastie. Pyloroplastie. Appendice volumineux et congestionné. Appendicectomie. Asséchage et drainage. Evolution:— Suites simples. Lever le 15ème jour. Part guéri le 19ème. Revu il y a quelques jours. Il a engraisé de 15 livres.

Observation: V — M. L. 44 ans. Débardeur. Alcoolique et fumeur. A présenté des symptômes d'ulcère de l'estomac depuis un an. A vomé du sang 3 ou 4 fois depuis. Ses troubles étaient améliorés depuis deux mois, et il se croyait en voie de guérison.

Début: — Huit heures auparavant, par une violente douleur à l'épigastre. Il garde le lit pendant deux heures, puis se lève. Il arrive à l'Hôpital en marchant.

Examen: — Ventre de bois, matité hépatique. Douleur à la région épigastrique et appendiculaire. Léger tympanisme.

Opération à la 8ème heure. Peu de liquide dans la cavité abdominale. Petit ulcère de la première portion du duodénum, en partie isolé par une bande épiploïque très adhérente. Enfouissement de l'ulcère. Gastro-entérostomie. Drainage.

Suites opératoires simples. Légère suppuration de la paroi pendant quelques jours. Part guéri le 30ème jour.

Revu après 8 mois en bonne santé.

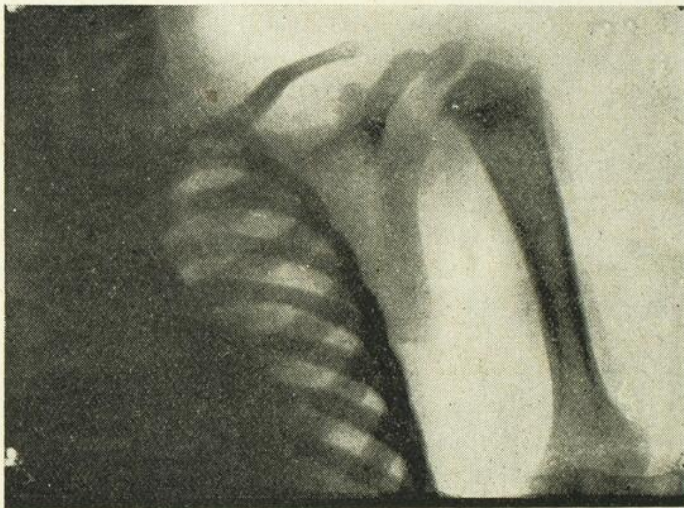
LUXATION TRAUMATIQUE DE L'ÉPAULE CHEZ LE JEUNE ENFANT

Edmond DUBE,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
de l'Université de Montréal.

La luxation traumatique de l'épaule chez le jeune enfant est une éventualité assez rare et sur 10.000 cas de chirurgie examinés à l'hôpital Sainte-Justine, elle n'a été observée qu'une fois, chez le malade dont je vous présente l'histoire.

Obs. Jeanne B... âgée de 2 ans, admise dans le service de chirurgie de l'hôpital Sainte-Justine, le 10 juillet 1929, pour lésion de l'épaule droite, survenue il y a deux jours.

Antécédents: Rien de particulier.



Radiographie de la lésion, montrant la tête luxée.

Maladie actuelle. Alors que la mère faisait marcher son enfant, elle produisit une traction assez brusque sur le bras droit au moment où l'enfant allait tomber. Au même instant, elle eut l'impression d'un bruit de claquement et l'enfant accusait une douleur au niveau de l'épaule.

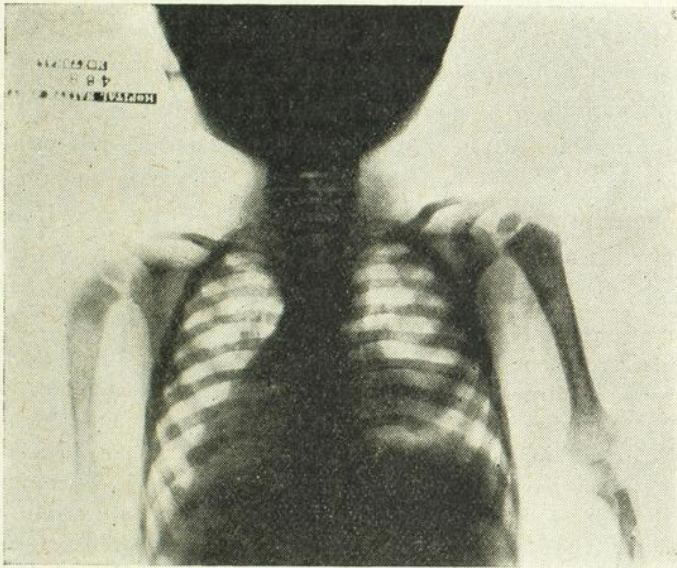
Malgré le repos et des pansements humides immédiatement appliqués sur la région lésée, la douleur persistait et l'enfant ne pouvait soulever son bras.

Deux jours après l'accident, la mère conduisit l'enfant à Sainte-Justine, et même en présence de la déformation du bras, le diagnostic ne put être porté, mais une radiographie révéla nettement l'existence d'une luxation de la tête humérale.

Traitement. Sous anesthésie générale, l'abduction du bras et la traction suffisent à faire réintégrer la tête dans sa cavité et au cours de la manœuvre, on sent nettement le choc de retour.

Suites opératoires. Normales. L'enfant revu quinze jours après l'intervention avait recouvré tous ses mouvements et n'accusait aucune douleur.

Cette observation est surtout intéressante par sa rareté et par sa possibilité. Le mécanisme de la luxation de l'épaule chez l'adulte est bien connu et le diagnostic est presque toujours assez facile à porter. Le traitement est classique et à peu d'exceptions près donne d'excellents résultats.



Radiographie No 2, montrant la tête réduite dans sa cavité.

Chez le jeune enfant au contraire, seul un traumatisme direct tel qu'une traction brusque sur le bras semble pouvoir produire cette lésion. Ceci est probablement dû au fait que cette articulation chez le bébé est surtout cartilagineuse et à cause de sa souplesse résiste aux traumatismes même violents. Le diagnostic peut présenter certaines difficultés à cause de la rareté de la lésion à laquelle nous ne pensons pas et surtout à l'absence des signes classiques observés chez l'adulte.

Chez notre petit malade, le traitement fut assez facile et nous croyons qu'une traction même sans abduction aurait suffi à réduire une lésion de ce genre dans une articulation aussi souple. Le jeune enfant réagit toujours rapidement même aux lésions sérieuses et dans notre cas, le retour aux mouvements articulaires normaux se fit sans difficulté.

L'EXAMEN NEUROLOGIQUE EN CLIENTÈLE

Jean SAUCIER

Médecin de l'Hôpital Notre-Dame et de
l'Hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc

Depuis les travaux de vulgarisation sur les infections à virus neurotrope, — sur l'encéphalite épidémique, notamment, — les manifestations neurologiques de toutes sortes sont de mieux en mieux connues des praticiens, mais la marche à suivre dans la rédaction de l'observation neurologique paraît moins bien comprise. C'est tantôt le point de départ qui est hésitant, tantôt c'est l'incertitude à propos du groupement de certains signes, enfin, c'est la confusion dans les modalités des troubles sensitifs ou l'oubli d'explorer tel ou tel système.

Afin d'apporter un peu de clarté sur le sujet, j'ai cru utile de dresser devant vous un schéma de l'examen neurologique tel qu'il est habituellement pratiqué dans les services de neurologie. Pour ne pas empiéter sur un espace déjà limité, j'abrègerai le plus possible, et je substituerai l'expression lapidaire à la rédaction habituelle.

Interrogatoire : Comme pour tout examen médical, on invitera le malade à dire son âge, sa profession, et les symptômes dont il se plaint actuellement. Il donnera un compte-rendu détaillé de la maladie qui l'amène consulter, en insistant particulièrement sur les malaises subjectifs. Les antécédents personnels seront fouillés avec soin, au triple point de vue: traumatisme, néoplasme et infection. On insistera particulièrement sur l'encéphalite épidémique et la syphilis. Enfin, les antécédents héréditaires seront scrutés avec autant de parcimonie que les précédents, plus particulièrement, dans les maladies à allure familiale ou héréditaire. Pendant cette causerie préliminaire, le malade sera prié de *se dévêtir*.

Inspection : L'aspect du faciès sera noté: fixité, hébétude, paralysie, contracture, tics, etc. On recherchera les mouvements involontaires et les attitudes spéciales. Pendant la station debout, on observera le degré de stabilité dans le maintien et les difformités osseuses ou articulaires, s'il y a lieu. A la marche, le malade pourra présenter, une tendance à la chute dans une direction donnée, ou bien les variétés suivantes de la démarche: spasmodique, (atteinte pyramidale); en fauchant, (hémiplégie); en draguant, (hémiplégie fausse, pithiatique); en talonnant, (tabès); en steppant, (polynévrite); ébrieuse, (atteinte cérébelleuse); etc.

Motilité:

Le degré de force musculaire sera recherché segment par segment, afin de dépister une parésie débutante. S'il s'agit d'une paralysie constituée, elle revêtira les types hémiplégique, paraplégique ou monoplégique. Enfin, il s'agira d'élucider si la paralysie est centrale ou périphérique. Dans le premier cas, elle sera d'abord flasque, puis rapidement spasmodique; elle s'accompagnera des éléments, habituels du syndrome pyramidal, soit: exagération des réflexes tendineux, signe de Babinski et clonus du pied; elle ne sera pas de siège d'amyotrophie ni de réaction électrique de dégénérescence. Dans le second cas la paralysie sera et demeurera flasque, avec réflexes abolis, absence de signes pyramidaux, amyotrophie marquée et réaction de dégénérescence. D'après les signes d'organicité déjà énumérés, il sera facile de déterminer si la paralysie est organique ou fonctionnelle. Dans le cas de contractures, la contracture organique sera accompagnée du cortège habituel de signes organiques, et sera rarement confondue avec la contracture hystérique. Du reste, celle-ci ne persiste pas pendant le sommeil.

Sensibilité:

L'examen de la sensibilité, long et important, devra être fait lentement, et couvrir tout le tégument. Il y aura lieu d'explorer:

a/ La sensibilité *superficielle*:

1. Le tact, sera examiné à l'aide d'un tampon d'ouate ou plus simplement avec le doigt.
2. La douleur sera interrogée avec la pointe d'une épingle.
3. La température sera appréciée en utilisant des tubes contenant, l'un de la glace, et l'autre, de l'eau bouillante.
4. La discrimination tactile, ou sensibilité qui permet de reconnaître deux points rapprochés l'un de l'autre sera mesurée à l'aide d'un compas spécial, le compas de Weber, dont les écarts sont gradués en centimètres.

b/ La sensibilité *profonde*:

1. La stéréognosie, ou faculté de reconnaître les yeux fermés, la forme des objets placés dans la main.
2. La sensibilité osseuse, sera recherchée en faisant vibrer un diapason au niveau des saillies osseuses.
3. Le sens des attitudes segmentaires, sera apprécié en priant le malade de reprendre activement les attitudes données passivement au membre du côté opposé.
4. La notion de poids, ou faculté d'apprécier la pesanteur des objets placés sur les téguments, le plus souvent au niveau des mains.
5. La sensibilité à la pression, qui nous renseigne sur l'intensité des pressions exercées au niveau des téguments et des surfaces sous-jacentes.

Les perturbations des sensibilités profondes indiquent la souffrance des cordons postérieurs de la moelle. Un moyen rapide de rechercher leur déficience globale consiste à prier le malade de se tenir debout les yeux fermés, et les pieds rapprochés l'un de l'autre. S'il oscille ou tombe, on dit alors qu'il a un signe de Romberg positif, (tabès).

En général, une lésion du neurôme sensitif périphérique atteindra tous les modes de la sensibilité, tandis qu'une lésion du neurone central présentera une certaine spécialisation dans le mode de distribution des anesthésies. Exemple de la syringomyélie et des lésions thalamiques ou corticales.

Réflexivité:

Il faudra rechercher deux ordres de réflexes également importants, les réflexes tendineux et périostés, puis les réflexes cutanés et muqueux.

a/ Les réflexes tendineux et périostés les plus fréquemment recherchés sont:

1. Le réflexe rotulien: percussion du tendon rotulien amenant l'extension de la jambe. (L3)
2. Le réflexe achilléen: percussion du tendon d'Achille amenant la flexion plantaire du pied. (S1)
3. Le réflexe stylo-radial: percussion de l'apophyse styloïde du radius amenant la flexion de l'avant-bras sur le bras. (C5)
4. Le réflexe cubito-pronateur: percussion de l'apophyse styloïde du cubitus, la main du patient étant tenue par le médecin en position intermédiaire entre la pronation et la supination, amenant un mouvement de pronation de l'avant-bras. (C8)
5. Le réflexe massétérin: percussion de la mâchoire inférieure, la bouche étant entr'ouverte, amenant un mouvement de fermeture de celle-ci par action des masséters. (Protubérance)

Afin de renforcer certains réflexes qui paraissent affaiblis ou absents, il est bon d'avoir recours au procédé de Jendrassik. Ce procédé consiste à prier le malade de tirer fortement sur ses mains réunies en crochet.

b/ Les réflexes cutanés et muqueux habituellement recherchés sont:

1. Les réflexes cutanés abdominaux supérieurs, (D6-7), moyens, (D8-9) et inférieurs, (D10-11-12). On les obtient en grattant légèrement avec une épingle la paroi abdominale supérieure moyenne et inférieure.
2. Le réflexe crémastérien: grattage de la face supérieure de la cuisse, amenant un mouvement d'ascension de l'hémibourse correspondante. (L1-2)

3. Le réflexe plantaire: grattage de la plante du pied avec une épingle, amenant une flexion plantaire du gros orteil. (S1)
4. Le réflexe cornéen: excitation de la cornée à l'aide d'un tampon d'ouate effilé, amenant un clignement des paupières. (Protubérance)
5. Les réflexes du voile du palais et pharyngien: excitation à l'aide d'une tige assez longue du voile et du pharynx, amenant dans le premier cas une élévation du voile du palais et dans le second cas une contraction des constricteurs du pharynx et la sensation désagréable de la nausée. (Bulbe)

Pathologiquement, le réflexe cutané plantaire peut être inversé et donner lieu à l'extension de l'orteil. C'est le signe de Babinski, signature d'une perturbation de la voie pyramidale. Dans ces cas l'extension peut encore être obtenue par friction de la face antéro-interne du tibia: (procédé d'Oppenheim); par compression des muscles du mollet: (procédé de Gordon); et par pression énergique du tendon d'Achille: (procédé de Schaeffer). Il est peut-être utile d'ajouter ici, qu'avec le signe de l'extension de l'orteil, l'exagération des réflexes tendineux et le clonus du pied constituent les éléments principaux du syndrome pyramidal.

Epreuves cérébelleuses: Toute atteinte cérébelleuse se traduit par un retard ou une abolition de la contraction des muscles antagonistes (Thomas). Toutes les épreuves courantes sont inspirées de ce principe.

Les signes habituellement recherchés sont:

1. Les signes de passivité, caractérisés par l'augmentation du ballant lorsqu'on imprime aux membres ou segments de membres des mouvements passifs.
2. Les signes de dysmétrie. Les cérébelleux dépassent le but. Ce défaut de mesure est mis en évidence par les épreuves: doigt-nez; doigt-oreille; talon-genou.
3. L'adiadococinésie, ou impossibilité d'effectuer rapidement des mouvements successifs. Ces malades ne peuvent plus "faire les marionnettes".
4. L'asynergie, ou impossibilité de coordonner et d'associer plusieurs mouvements en vue d'un acte. Ces malades décomposent les mouvements au lieu de les fondre ensemble. L'asynergie est bien mise en évidence dans la démarche des cérébelleux, qui est hésitante et rappelle celle de l'homme ivre.

Le défaut de contraction des muscles antagonistes rend également compte des troubles de l'écriture, et de la parole, du tremblement intentionnel, et du nystagmus que ces malades présentent. Les signes de déficit cérébelleux sont toujours du même côté que la lésion.

Examen de l'amyotrophie: (quand il y a lieu)

Les membres atrophiés seront mesurés par rapport aux membres sains. L'état des muscles sera apprécié en étudiant leur réponse à la percussion, (réflexe idio-musculaire) et en soumettant ceux-ci à l'examen électrique. Dans le cas de réaction de dégénérescence, la formule galvanique sera:

NF plus fort que PF

Il est à retenir que les atrophies par atteinte primitive des nerfs sont distales, tandis que les atrophies myopathiques sont proximales.

Nerfs Craniens et organes des sens: Les douze paires craniennes seront interrogées soigneusement, le plus souvent avec la collaboration d'un spécialiste.

On apportera une attention toute spéciale à l'examen de la troisième, de la cinquième et de la huitième paires. Dans certains cas spéciaux l'examen du fond de l'oeil et la ponction lombaire compléteront la séméiologie du système nerveux.

Epreuves vago-sympathiques: Celles-ci sont mentionnées pour mémoire. Elles peuvent souvent éclairer singulièrement le diagnostic.

Après avoir exploré dans tous ses détails l'axe nerveux cérébro-spinal et sympathique, il devient relativement simple de synthétiser les éléments morbides et d'arriver à un diagnostic, du moins, à une présomption de diagnostic.

J'espère avoir apporté un peu de lumière sur une séméiologie qui passe, à tort, pour très compliquée.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRE REÇU

International Clinics; quarantième série; volume I. Editeur: J.-P. Lippincott, 201, Unity Building, Montréal. \$3.00 par année pour quatre volumes.

Cette compilation de différents articles originaux est trop bien connue du monde médical pour en faire l'éloge. Paraissant tous les trimestres depuis quarante ans, elle contient des cliniques de spécialistes du monde entier.

Dans le volume premier de la quarantième série, on relève entre autres, un très intéressant travail du Docteur E. D. Friedman, professeur de Neurologie à l'université de New-York et clinicien du Bellevue Hospital de New-York, sur l'encéphalographie et sa valeur scientifique en neurologie. Ce travail est illustré de nombreuses radiographies et accompagné de trente-trois histoires de cas recueillies en trois ans.

La méthode du professeur Friedman est surtout très utile pour le diagnostic des tumeurs intra-crâniennes, lorsque la radiographie seule ne peut renseigner le médecin. La technique consiste, d'abord à faire une ponction lombaire de la façon habituelle, le malade étant cependant assis au lieu d'être couché, et en se servant d'une aiguille spéciale à laquelle on peut adapter une double tubulure. Après avoir retiré 10 cc de liquide céphalo-rachidien par une des tubulures, on introduit par l'autre tubulure une petite quantité d'air au moyen d'une seringue. Et l'on injecte ainsi jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de liquide ou très peu sortant par l'orifice opposé. Durant toute cette opération il faut faire faire à la tête des mouvements de rotation et de flexion en avant et en arrière, afin de chasser le liquide céphalo-rachidien dans l'espace sous-arachnoïdien, autrement il y aurait tendance pour l'air introduit à s'échapper. La quantité d'air à injecter varie avec la quantité de liquide céphalo-rachidien qu'on a retiré, habituellement 90-120cc d'air suffit. Aussitôt l'opération terminée on permet au patient de se coucher puis on procède à la radiographie.

L'auteur prétend que toute cette manœuvre ne présente aucun danger: les seuls phénomènes que l'on observe pendant l'opération sont: des douleurs localisées surtout à l'occiput et derrière les oreilles, et souvent le long de la colonne vertébrale; de la céphalée frontale accompagnée quelquefois de

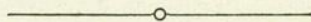
vomissements, de la transpiration profuse, de la pâleur, de la tachycardie suivie bientôt de bradycardie. L'auteur cependant rapporte cinq accidents mortels sur deux cents cas, lesquels accidents étaient dus à des circonstances tout à fait exceptionnelles.

Cette méthode de diagnostic est sans doute très intéressante et d'un grand intérêt pour le médecin et surtout pour le spécialiste en neurologie, lorsque dans certains cas de tumeurs cérébrales, les Rayons X seuls sont impuissants à les localiser. Cependant, à mon avis, cette méthode ne devrait être employée que dans des cas tout à fait exceptionnels, et quand réellement elles peuvent être utiles au malade pour le traitement, car une mortalité de 2½% lorsqu'il s'agit de l'emploi d'un moyen de diagnostic est trop élevée pour exposer ainsi le malade.

Une intéressante conférence sur les principes de l'évolution humaine prononcée par le Docteur Edwin Grant Conklin, professeur de biologie à l'Université de Princeton lors du Memorial William Potter mérite aussi l'attention du lecteur.

C'est une édition à laquelle praticiens et spécialistes devraient s'abonner.

René ROLLAND, M.D.



En guettant les Ours

EN GUETTANT LES OURS, mémoires d'un médecin des Laurentides, par "Vieux Doc", en vente dans les librairies suivantes: à Montréal, chez Granger, Déom, Méthot, St-Louis, Ducharme, Beauchemin, et chez l'éditeur Garand, 1425 Ste-Elisabeth.

Prix \$1.00 le volume dans toutes les librairies de Montréal, et \$0.75 franc de port chez l'auteur, à Ste-Agathe-des-Monts.

EN GUETTANT LES OURS

de "Vieux Doc"

(Docteur Edmond Grignon de Ste-Agathe)

Depuis "Maria Chapedelaine" peu d'ouvrages canadiens ont connu un succès comparable à ce livre de notre collègue, le docteur Edmond Grignon de Sainte-Agathe-des-Monts. Des 2000 exemplaires publiés chez Garand, il y a quelques mois, il n'en restait pas suffisamment pour satisfaire à la demande du gouvernement provincial qui en réclamait cent volumes, ces semaines dernières. C'est que dans l'art de son style simple et magique, "En guettant les ours" a le don de s'accommoder à tous les goûts. Lettrés aussi bien qu'illétrés, juges aussi bien que paysans, l'ont lu, entendu lire, l'ont relu, l'ont trouvé délicieux et amusant, en ont raffolé. Pour ceux-ci et pour ceux-là, il est désopilant, écrit simplement et bien écrit. Tous souhaitent que l'auteur mette à exécution le projet qu'il annonce de donner suite au récit de ses souvenirs en publiant "Quarante ans sur le bout du banc".

La plupart se demandent pourquoi un écrivain aussi rapidement et universellement adulé du public débute à l'âge où les autres achèvent, par le genre de livres (mémoires) dont ils terminent leur série d'ouvrages. La biographie du Dr Grignon qui peut se reconstituer à l'aide de ces mémoires nous fournit cette explication. S'il eût *beaucoup de loisirs*, notamment à Ste-Julienne, ils furent de courte durée. *En guettant les ours*, on peut bien raconter quelques histoires, mais autre chose est d'écrire un volume. Pourtant le docteur Grignon écrit très vite. Ce livre remarquable aurait été composé en deux mois. Comme à plusieurs d'autres confrères, aux prises avec la pratique médicale, dont la plume aussi ferait honneur à nos lettres, il a manqué au médecin des Laurentides, la nécessité que connut un Conan Doyle, d'écrire pour tuer le temps et pour vivre. Encore que pour vivre, à cette époque des débuts pénibles de la colonisation, la nécessité d'écrire ait dû lui paraître un pis aller fort piètre et peu encourageant. Il a fallu attendre quarante-cinq ans, attendre qu'une cataracte et la myocardite l'obligeassent à la retraite.

Mais un homme de cette activité ne peut se résoudre à la monotonie du farniente des bourgeois oisifs. A peine opéré de la cataracte, il songe à reprendre le forceps. Malheureusement à cause de sa cardiopathie le forceps est trop lourd. Il tiendra une plume. Il la prend d'abord pour s'amuser. Sur l'invitation de son ami, l'honorable Prévost, il collabore à l'"Avenir du Nord", du premier récit de ses gais souvenirs. Cet article est intitulé "En Guettant les ours". De suite il en compose deux autres: "Commissions pour l'autre monde" et "Le Père Lavictoire". A la demande de son fils aîné, le docteur Henri Grignon et de son neveu, l'écrivain Valdombre, il se décide à continuer d'écrire ses mémoires et à les publier en un volume qui portera le titre fort original du premier chapitre. Voilà la genèse du livre désormais célèbre, "En guettant les ours".

Au témoignage des libraires de Montréal et d'Ottawa, c'est le livre pour lequel il y eut le plus de demande, pendant les mois déchaînés de l'été. Aussi en ont-ils fait de superbes étales. Spontanément de son côté la presse en a publié les plus grands éloges, soit à Montréal, Sherbrooke, Québec, Ottawa soit aux États-Unis. Le journal "Le Terroir" a sollicité de l'auteur la permission de reproduire des chapitres en entier.

Bientôt le nom de notre collègue et le titre de son ouvrage traversent les mers. Et quelle ne fut pas la surprise de l'Honorable Athanase David, pendant son récent séjour à Paris, d'apprendre par le "Figaro" que le docteur Edmond Grignon de Ste-Agathe-des-Monts était l'auteur d'un livre intitulé "En guettant les Ours" et qu'il était signé d'un pseudonyme qu'il avait accoutumé de décerner familièrement lui-même à ce vieil ami, "Vieux Doc."

A Budapest, le Dr Asselin en lit également une notice bibliographique dans le journal "Ric et Rac".

Aussi l'"Union médicale" s'en voudrait-elle de ne pas signaler à son tour le succès d'écrivain de son vieil abonné, le Dr Grignon et d'omettre plus longtemps de lui dire la fierté qu'en éprouve la profession médicale canadienne française, de le féliciter enfin sur son succès et son vaillant exemple d'énergie.

Le docteur E. Grignon est d'autant plus méritoire que le genre des mémoires qu'il a abordé est un genre ingrat, et que pour le rendre aussi captivant que le plus captivant des romans, cela exigeait un tour de force que ce médecin a accompli avec aisance en s'amusant. Tour de force encore que de présenter des souvenirs de pratique médicale de façon à intéresser érudits et manants, gens de profession et paysans, parisiens, canadiens, voire anglais; nous le répétons, le Dr Grignon y est parvenu et surabondamment. Il y est parvenu en écrivant simplement, sans recherche dans la phrase, comme lorsqu'il raconte. Et ses intimes savent qu'il est un conteur prodigieux. Son style est sobre d'images, mais correct car il est encore plus dépourvu de clichés et de "déjà vu". Et ses peintures en peu de traits, qu'elles soient fournies par ses héros ou qu'elles se dégagent de son récit sont épiques et foudroyantes. "J'ai peur de devenir épileptique en relisant votre père Lavictoire", lui écrivait un poète canadien de renom.

Nonobstant son succès en France, il n'est pas à espérer qu'il atteigne jamais celui qu'il rencontre actuellement de la part de ses compatriotes. Car le peuple français n'est-il pas un peu chauvin et si "Maria Chapdelaine" y a provoqué un tel enthousiasme, n'est-ce pas l'occasion bonne de débrouiller les cartes et de savoir reconnaître que c'est dû au fait que Hémon était français et non canadien-français?

"Pour apprécier l'esprit particulier de ce livre ("En guettant les ours"), il faut être Canadien ou du moins avoir fait un séjour prolongé de plusieurs mois au Canada, vient d'écrire l'abbé Bethléem qui par contre déclare l'ouvrage "sain", c'est-à-dire pouvant être mis entre toutes les mains. Voilà, le Dr Grignon est un canadien qui écrit en langue canadienne et non en parisien moderne.

Ce serait une billevesée de croire que ne résidant pas à Paris nous réussissions jamais à faire admirer par des Parisiens notre littérature si elle s'obstine à demeurer parisienne dans les termes et les expressions. Comme notre accent, notre littérature a tout à y gagner à ne pas imiter mais à se perfectionner en une orientation individuelle et nationale. Reconnaissons qu'à ce point de vue l'écrivain Grignon vient de faire un superbe travail, qui pour longtemps demeurera classique chez les Canadiens-français, au même titre pour le moins que les oeuvres de Mistral en outre mer.

Une seconde édition d'"En guettant les ours", et illustrée cette fois doit paraître prochainement. A la bonne heure.

Dr PASCAL.

PETITE CLINIQUE

SUR QUELQUES SIGNES DE GROSSESSE ECTOPIQUE QU'IL IMPORTE DE RECHERCHER.

Léon GERIN-LAJOIE, M.D.,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
de l'Université de Montréal.

Assistant à la Clinique Gynécologique de
l'Hôpital Notre-Dame.

Il faut toujours se méfier des malades qui se présentent à nous avec un diagnostic savamment étiqueté. Ces malades ont été consultés ailleurs, et il ne faut pas se laisser suggestionner par leurs observations; l'histoire du cas suivant en est un exemple frappant.

Dès son entrée dans la salle du Dispensaire, nous constatons par sa démarche pénible et chancelante, que cette malade souffre: elle se tient d'ailleurs le côté droit de l'abdomen afin de soulager quelque peu ses souffrances. Placée sur la table d'examen, à la première question classique que nous posons: "De quoi vous plaignez-vous Madame?", elle répond: "Je souffre d'un prolapsus et d'une hernie". Or, cette malade n'aurait pas de son chef répondu de la sorte, si elle n'eût entendu son médecin le lui dire déjà. Ce sont en effet deux maladies simple à diagnostiquer, mais qu'on définit par la phrase: "Je fais une descente de matrice et je suis crevée."

Il est rare de rencontrer des malades avec une démarche aussi pénible, souffrant de ces deux seules infirmités. Son facies est franchement souffrant, anémié, terreux, les yeux encavés, profondément altérés. Nous apprenons que ses ennuis sont survenus il y a dix jours, subitement, par une douleur aiguë dans l'abdomen, accompagnée de nausées, sans perte de connaissance, mais avec des lipothymies. La malade était à ce moment en mesure de préparer son repas du soir pour elle-même et sa famille, lorsqu'elle dut s'arrêter complètement et demander de l'aide. Des calmants, le repos d'une nuit, eurent

vite raison de ces malaises. Le lendemain elle se leva et constata un écoulement sanguin vaginal peu abondant : les dernières règles normales dataient de trois semaines environ. Le même midi, nouvelle douleur, avec sensation de défaillance, et reprise du lit, cette fois pour plusieurs jours. Son médecin lui permet de se lever au bout d'une semaine, alors que ses écoulements sont arrêtés, que ses douleurs sont disparues apparemment de façon définitive et que dans le foyer il y a nécessité pour la malade de se lever. Le soir du même jour, nouvelles douleurs, reprise des hémorragies et trois jours plus tard, nous la voyons dans l'état que je viens de signaler.

Dans ses antécédents nous ne notons rien de particulier, chez cette femme de 25 ans, mariée depuis trois ans qui n'a eu qu'un accouchement il y a deux ans. C'est une malade pauvrement vêtue que la garde aide à se dévêtir. Son abdomen en outre de quelques vergetures apparentes, est malpropre, mais l'ombilic nous paraît manquer totalement de soins hygiéniques tant il est noir. Nous faisons faire une toilette locale et le savon et l'eau le laissent tout de même avec une ecchymose particulière qui nous fait poser, avant tout autre examen, un diagnostic certain d'inondation sanguine péritonéale. Nous poussons plus loin l'examen et notre toucher combiné au palper confirme notre pensée de cet épanchement sanguin abdominal : l'utérus est petit, refoulé sous le pubis par une masse rénitente, excessivement douloureuse à la pression du Douglas, laissant échapper à la malade le cri classique d'une hématocele pelvienne. Les culs-de-sacs sont également remplis, moins douloureux cependant, nous empêchant de reconnaître de façon certaine les annexes. Le côté droit semble toutefois un peu plus rempli, la tumeur remontant jusque dans la fosse iliaque. Nous hospitalisons cette malade d'urgence : satisfaits de réaliser que l'hémorragie est arrêtée, (ce que nous constatons par la plénitude, la lenteur et la régularité du pouls) ; nous décidons l'intervention pour le surlendemain, afin de permettre à cette malade de se remonter par les stimulants habituels. L'opération fut celle de toute grossesse ectopique ordinaire, annexectomie du côté malade après évidemment aussi complet que possible de l'épanchement sanguin ; drain de sûreté pour 48 heures et la malade quitte l'hôpital seize jours après son intervention, complètement rétablie.

La grossesse ectopique semble plus fréquente qu'autrefois. Nous avons eu l'occasion d'en rencontrer, tout dernièrement encore, trois cas en deux jours, dont celui que nous rapportons aujourd'hui. Cette

fréquence plus grande de la grossesse ectopique dans notre population n'est pas locale, car Marcias de Torres dans la Revue Espagnole d'Obstétrique et de Gynécologie de juin 1927 constatait une augmentation considérable du nombre de grossesse ectopique. Avant lui, Lejars dans le Bulletin de l'Académie de Médecine du 18 mars 1924 faisait observer cette plus grande fréquence de l'avortement tubaire survenant dans les premiers jours ou les premières semaines de la grossesse, présentant des signes cliniques tout-à-fait particuliers qui empêchaient en quelque sorte de porter un diagnostic exact.

Il est difficile d'essayer à solutionner les nombreuses hypothèses émises pour expliquer la pathogénie de la grossesses extra-utérine.

Il n'y a pas de doute que l'obstruction tubaire partielle, par soudure, par torsion, par processus tumoral, par des bandelettes d'adhérences péritonéales, sans compter les nombreuses malformations congénitales qui ont été si bien décrites par l'un de nos collègues, le Docteur Arthur Magnan dans sa thèse sur les Examens des Organes Génitaux de la femme au moyen du Lipiodol, et cependant il semblerait que la plus grande cause que l'on puisse invoquer serait celle d'inflammation banale, pouvant aller jusqu'à la suppuration qui agirait en détruisant le pouvoir moteur de la muqueuse ciliée des trompes et secondairement par la formation de types différents d'occlusions de la lumière tubaire.

Au moment de la rupture du follicule de de Graaf qui rejette dans la cavité pelvienne une quantité d'ovules, la portion frangée de la trompe qui est libre et se meut comme des algues marines dans l'eau, s'empare d'un certain nombre de ceux-ci et par des mouvements de contraction les font progresser à travers la lumière tubaire. Certains auteurs, et ce sont la majorité, s'accordent à dire que l'épithélium cilié de la muqueuse de la trompe contribue largement à la progression de cet ovule vers la cavité utérine par les mouvements constants de ces cils vibratils.

M. Champy, rappelle que dans la physiologie expérimentale faite sur les lapines, ces cils vibratils, présents, lorsque celles-ci étaient à l'état normal, disparaissaient au moment du rut, et qu'en conséquence, du moins chez ces animaux, on ne pouvait attribuer aux cils vibratils l'action élective qu'on leur accorde généralement chez la femme. Quoi qu'il en soit, nous savons que cet ovule qui rencontrera un germe mâle sera fécondé dans une portion très externe de la trompe, le pavillon, ou la portion ampullaire, rarement la portion isthmique

e' plus exceptionnellement encore la portion interstitielle; dès sa fécondation l'ovule devient oeuf et immédiatement se produit un phénomène de développement qui ne s'arrêtera qu'au bout de neuf mois, moment de l'accouchement, à moins qu'une cause quelconque en arrête son développement.

Or il arrive précisément que les différentes obstructions ou occlusions qui ont pu permettre le passage d'un spermatozoïde ne permet pas le passage d'un ovule fécondé, à cause précisément du développement qui déjà s'est opéré dans l'oeuf: celui-ci arrêté dans sa migration vers la cavité utérine continue de prendre des proportions plus considérables, et l'obstruction tubaire en empêche de plus en plus sa progression vers la cavité utérine. La trompe se distend et elle se rompt: nous assistons alors à la crise classique bien connue de tous et dont je dis quelques mots plus loin. Toutefois il se peut que le développement de cet oeuf se fera dans le pavillon de la trompe et nous assisterons alors à un avortement tubo-abdominal: la crise pourra être moins forte, généralement beaucoup moins classique et cependant les symptômes seront graves et nécessiteront un traitement adéquat qui ne le sera qu'en autant qu'un diagnostic précis pourra être posé. L'avortement tubo-abdominal entraîne généralement la mort de l'oeuf, mais nous avons vu cependant, à plusieurs reprises, une grossesse abdominale dont le foetus était encore vivant au moment de l'intervention. Je n'insiste pas sur ces particularités qui sont du domaine purement chirurgical et dont les conséquences, sont des plus graves, lorsque l'on songe que dans ces cas, le placenta s'insère sur le rectum, au niveau du Douglas ou de n'importe quel organe sur lequel il se trouve à tomber au moment de l'avortement.

La crise classique décrite par les auteurs est trop connue pour que j'y insiste beaucoup: subitement une malade qui présente un retard de règles de six ou huit semaines est prise d'une douleur suraiguë, en coup de poignard, dans le bas-ventre, du côté droit ou du côté gauche ou en un endroit imprécis, accompagnée de nausées ou vomissements, de perte de connaissance, de sueurs froides, de pâleur, et dans les quelques heures qui suivent, d'une perte sanguinolente vaginale. Je ne sache pas qu'un médecin qui voit une de ces malades une fois, en une crise semblable, puisse oublier le tableau tragique qui se déroule devant lui. La malade est exceptionnellement en danger à ce moment précis de la crise, sauf toutefois, si elle est porteuse d'une lésion cardiaque ou rénale, alors que le shock pourrait retentir défavorablement sur son état général. Le diagnostic, à ce

moment, paraît être celui d'une appendicite aiguë, d'une crise de calcul rénal ou vésiculaire, d'une crise d'obstruction ou d'occlusion intestinale, ou celui d'une torsion d'un kyste pédiculé de l'ovaire. Le traitement immédiat ordonné, il y aura récession de certains symptômes douteux, et il vous sera loisible dans les jours qui suivront d'établir un diagnostic de façon définitive.

Mais il semblerait précisément que l'on recherche trop cette crise classique dans tous les cas douteux de grossesse ectopique, qu'on la retrouve exceptionnellement et qu'on élimine le diagnostic exact. Il y a des malades qui feront une rupture de leur trompe au niveau de l'ampoule, mais plus souvent des malades qui feront un avortement tubo-abdominal et qui jamais ne présenteront de retard de règles, jamais n'auront de crise en coup de poignard, avec perte de connaissance, qui simplement discontinueront l'ouvrage qu'elle faisait, qui se courberont en deux pour tâcher de calmer leurs douleurs, et qui vaqueront dans les jours qui suivront à leurs occupations habituelles. De Torres, que j'ai cité tout à l'heure, prétend qu'un cinquième à peine des malades porteuses de grossesse ectopique présente de l'aménorrhée franche dans les premiers mois de leur grossesse. Le coup de poignard est apprécié différemment suivant que la malade a le coeur plus ou moins fort ou est plus ou moins dure à elle-même. Il arrive fréquemment de rencontrer des malades présentant des douleurs extrêmes pour des ennuis dont d'autres ne se soucient même pas. La perte de connaissance est évidemment un réflexe et est en proportion d'évaluation de la douleur: nombre de malades n'accusent que des lipothymies, cette tendance continuelle à faiblir.

Appelé auprès de ces malades le lendemain parfois le surlendemain, peut-être une semaine ou 15 jours après la crise, il vous faudra devant une malade qui est anémiée, qui présente un teint sub-ictérique, retracer dans l'histoire une crise abdominale aiguë.

L'interrogatoire serré est absolument nécessaire auprès des patientes qui présentent ou qui ont présenté une crise subite: il faudra toujours penser chez la femme à la possibilité d'une grossesse ectopique

75% des malades qui souffrent de cette affection sont des stériles de tout temps ou de plusieurs années: il faut alors rechercher une cause infectieuse, blennorrhagique, avortement avec infection, post-partum fébrile.

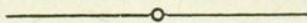
En août 1924, j'analysais ici même, un article sur la douleur tardive élevée dans la grossesse extra-utérine, signes de rupture tu-

baire. Dans cet article l'auteur étudie un certain nombre de points de la douleur siégeant sous les fausses côtes et au creux épigastrique chez des malades porteuses d'un épanchement sanguin pelvien. Vues tardivement, ces malades pourront bénéficier de la recherche de ce signe afin de poser un diagnostic précis. Dans le cas particulier rapporté ici, les douleurs du creux épigastrique ont persisté jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Dans "Le Consultant du Praticien" de mai 1930, au titre le signe bleu de l'ombilic, nous lisons: "Il traduirait l'existence d'un hémopéritoine. Le Docteur Forgues, (dans le Paris Médical 1929, 21 décembre) donne à ce sujet les indications suivantes: La découverte de ce nouveau signe, révélateur d'hémorragies intra-péritonéales, par rupture ou avortement de grossesse tubaire, a été faite isolément par trois chirurgiens: Hofstatt Cullen et Hellendall, chacun d'eux croyant en avoir la priorité".

Sajou dans son Encyclopédie attribue à Ransohoff la découverte de ce signe, dans le cas rapporté d'un homme de 53 ans, opéré pour une rupture du cholédoque commun avec épanchement considérable de sang et de bile dans l'abdomen. L'auteur avait observé une ecchymose ombilicale prononcée chez ce malade. Novak, Cullen ont décrit ce signe comme symptôme nouveau d'un épanchement sanguin abdominal et ils l'ont recherché dans leurs cas douteux de grossesse ectopique. Ils l'ont retrouvé dans un certain nombre de ceux-ci et dans tous les cas où cette ecchymose était présente, il y avait épanchement sanguin abdominal avec hématocele pelvienne.

Il faudra donc rechercher et la douleur haute tardive, et ce signe bleu de l'ombilic, dans tous les cas de grossesse ectopique: s'ils existent ils semblent pathognomonique d'un hémopéritoine. Forgues que je citais tout à l'heure souligne que "l'observation n'en est pas fréquente. Ce signe cependant mérite d'être connu; il est indiqué de le rechercher, et il est permis d'en attendre des services."



MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE LA DENUTRITION DES ENFANTS DU PREMIER AGE

- 1° Combattre la cause de la dénutrition: en pratique, la sous-alimentation ou l'infection. Celle-ci est souvent localisée (rhinopharyngite, otite), plus rarement généralisée (syphilis, tuberculose).
- 2° Alimentation à l'aide de laits modifiés: lait condensé, lait sec ou ba-beurre. Si l'enfant a plus de 3 mois, remplacer un ou deux biberons par une bouillie claire préparée avec des farines maltées. Après 6 mois, employer les farines ordinaires.
- 3° En principe, fixer la ration alimentaire d'après le poids, et donner 150 calories par kilo dans les 24 heures; ajouter la quantité d'eau bouillie nécessaire pour faire 150 grammes de liquide par kilo et par jour.
- 4° Chez les nourrissons pesant moins de 2 kgr. 500, répartir au début les repas toutes les 2 heures, et donner 10 repas par 24 heures. Par la suite si le bébé boit bien, donner 8 repas toutes les 2½ heures, puis 7 repas toutes les 3 heures.
- 5° Placer l'enfant dans les meilleures conditions hygiéniques possibles: chambre vaste, bien aérée et suffisamment chaude, recevant largement la lumière. Si la température extérieure le permet, sortir le bébé et le promener environ 2 heures le matin, 2 heures l'après-midi.
- 6° Lutter contre l'hypothermie par la diathermie et les bains chauds.
- 7° Lorsque le poids demeure stationnaire, faire des injections sous-cutanées de sérum glucosé à 5 p. 100, à la dose de 20 à 40 centimètres cubes. Une à deux fois par semaine, remplacer une piqûre de sérum glucosé par une injection de sang maternel.

Paul LETONDAL.

ANALYSES

MEDECINE

B. DERECQ. — **Le traitement des arythmies.** — (Gazette des Hôpitaux, avril 1930).

Les arythmies se divisent en deux classes. Les arythmies bénignes (arythmies d'origine sinusale: arythme respiratoire, l'extrasystolie sinusale ou auriculaire, bradycardie nodale, tachycardie paroxystique, etc.) et les arythmies graves (auricular flutter, arythmie complète, blocs auriculo-ventriculaire, etc.).

Dans les arythmies bénignes d'une part la thérapeutique est nulle.

Dans les arythmies graves d'autre part, l'auteur résume sa ligne de conduite thérapeutique comme il suit:

On a affaire à de l'arythmie complète. On tâte le terrain avec la digitale; si celle-ci paraît amener une résolution importante des troubles cardiaques, on est en droit de tenter la régularisation du coeur et on donne de la quinine.

Si la digitale, au contraire, n'amène qu'une sédation peu importante ou purement momentanée des troubles cardiaques, on laisse de côté la quinine et on reste dans l'expectative armée (diurétiques, etc.).

Si la digitale paraît provoquer du bigémimisme, on la cesse immédiatement et on la remplace par la coramine. La coramine servira d'utile adjuvant à la digitale, même dans les cas où celle-ci est efficace et apparemment inoffensive. Dans les blocs, la digitale étant formellement contre-indiquée, on emploiera avec succès le traitement combiné à dreivaline-coramine, surtout lorsque l'on aura constaté des troubles rythmiques graves s'accompagnant de syncopes, avec ou sans défaillance cardiaque.

Paul René ARCHAMBAULT.

UROLOGIE

MARION. — **A propos du tamponnement après la prostatectomie** — (Journal d'Urologie, fév. 1930, p. 187).

L'auteur, fort d'une expérience de près de 3000 cas, proclame l'utilité du tamponnement pour arrêter l'hémorragie chez les prostatectomisés.

Le tamponnement dans la prostatectomie étant très difficile à faire correctement, il se peut assez souvent qu'il ne soit pas réussi et partant inefficace. Il faut que la mèche soit bien tassée dans la cavité prostatique et qu'elle ne déborde pas dans la vessie. Cette condition étant observée, toujours le tamponnement fait cesser l'hémorragie consécutive à l'enlèvement de la prostate ou celle qui survient quelquefois mais rarement à la suite d'un détamponnement.

Cette hémorragie, il est utile de l'arrêter parce qu'elle peut faire mourir le malade ou encore parce qu'elle peut le mettre dans un état de moindre résistance, cause fréquente de tant de complications souvent funestes à ces malades âgés ou déprimés.

Le tamponnement peut-il être remplacé? On sait que les hémostatiques préconisés jusqu'ici sont vraiment insuffisants; et l'éventration consécutive à l'ouverture large d'une vessie infectée ou l'incrustation de la paroi de la cavité a fait renoncer à la ligature des vaisseaux qui saignent ou au surjet sur la paroi de la loge prostatique.

L'auteur reconnaît certains inconvénients au tamponnement. Les contractions de vessie, elles peuvent exister ou ne pas exister de même que chez les malades non tamponnés; l'élévation de température qui suit parfois la prostatectomie, elle tombe si on retire les mèches un peu plus précocement. Quant à la douleur que cause le détamponnement et quant à l'hémorragie qu'il peut déclencher, une piqûre de morphine suffit pour calmer la première, et pour l'autre on fait un nouveau tamponnement.

Ne pourrait-on pas ne tamponner que les malades qui paraissent devoir saigner? L'hémorragie dans la prostatectomie est trop capricieuse; vouloir faire cette distinction pourrait amener des déceptions pénibles.

L'auteur explique ensuite sa technique de tamponnement. Il insiste sur ce point que la mèche doit bien remplir toute la cavité prostatique sans déborder le moins dans la vessie.

Il conclut en affirmant que le tamponnement est une méthode d'hémostase non illusoire et que ses avantages compensent largement ses inconvénients.

B. DUMAS.

PÉDIATRIE

L. RIBADEAU - DUMAS, R. MATHIEU, Max LEVY, J. FLEURY et S. MIGNON. — **Indication des différents sérums artificiels dans les marasmes infantiles. Valeur du rapport: chlore globulaire, chlore plasmatique** — ("Bulletins de la Société de Pédiatrie de Paris", No 2, février 1930, p. 71).

Au cours des marasmes infantiles, deux séries de modifications humorales importantes ont été enregistrées: 1° l'hyperazotémie; 2° la chute de la réserve alcaline.

Jusqu'ici les poussées d'hyperazotémie ne comportaient aucune thérapeutique spécifique, mais en étudiant le mécanisme provoquant l'élévation de l'urée sanguine, certains auteurs ont mis en évidence la coexistence de poussées d'hyperazotémie et de déchloruration: c'est ce qu'on a appelé l'azotémie par manque de sel.

On sait que la déchloruration de l'organisme (qu'elle soit provoquée par de la diarrhée ou des vomissements) entraîne une spoliation de l'équilibre cellulaire et en particulier de la cellule rénale; ce dernier trouble se mani-

feste par une inhibition fonctionnelle du rein dont le pouvoir de concentrer l'urée diminue, d'où rétention urique et élévation du taux de cette substance dans le sérum sanguin.

Reprenant ces recherches Ribadeau-Dumas et ses collaborateurs se sont demandés, si les variations de la chloruration ne jouaient pas un rôle dans la production de la "néphrite fonctionnelle" des athrepsiques, et logiquement ils furent conduits à l'étude systématique de l'équilibre chloré dans les marasmes infantiles. Mais la recherche de l'équilibre chloré n'est pas seulement le moyen par excellence d'apprécier les variations de la chloruration; il permet, au surplus, de dépister les états d'acidose ou d'alcalose. D'après Ambard et Schmidt, le rapport chlore globulaire, chlore plasmatique serait un test plus fidèle de l'acidose que la mesure de la réserve alcaline. Cette opinion qui est loin d'être communément admise, à l'heure présente, repose néanmoins sur des données sérieuses: l'imprégnation des albumines du sang par l'ion Cl (surtout les globules rouges qui contiennent environ 5 fois plus de protéine que le plasma), et la combinaison de l'ion Na au CO₂ qui forme le bicarbonate. Quant au pH sanguin, il ne varie de façon sensible qu'in extremis; il ne peut donc devenir un test clinique pratique.

Les auteurs ont pensé qu'il serait fructueux d'étudier parallèlement le rapport chloré, la réserve alcaline et l'azotémie dans les états hypothrepsiques. Sans prétendre écarter le problème si complexe de l'acidose, ils rapportent des faits nouveaux extrêmement intéressants, particulièrement riches en déductions thérapeutiques.

Chez sept nourrissons cachectiques infectés, ils ont trouvé une fois un abaissement du rapport chloré avec hyperazotémie. Des injections sous-cutanées quotidiennes de 50 cmc. de sérum de Ringer ont fait baisser l'azotémie en même temps qu'elles rétablissaient au voisinage de la normale l'équilibre chloré. Les six autres malades présentaient un rapport chloré élevé et de l'hyperazotémie. Des injections de sérum bicarbonaté, à doses voisines de 50 cmc. par jour, ont permis de constater une modification de l'état humoral. L'abaissement de la réserve alcaline n'a coïncidé que 2 fois avec l'élévation du rapport chloré. L'azotémie a été notée dans tous les cas. Ces chiffres, malgré leur intérêt, ne peuvent être acceptés sans réserves et devront être vérifiés.

Dans l'ensemble, Ribadeau-Dumas et ses collaborateurs se déclarent satisfaits des résultats obtenus. En confrontant les signes cliniques et les rapports des dosages, ils ont eu l'impression très nette que l'amélioration constatée chez leurs malades a été vigoureusement aidée par l'emploi des sérums artificiels.

Du point de vue pratique, il faut retenir de cette étude la grande fréquence de la rétention chlorée chez les cachectiques infectés. Il en résulte que le sérum salé est le plus souvent contre-indiqué: ainsi s'explique qu'à côté de beaux succès cette thérapeutique ait connu des échecs et puisse déterminer des aggravations. Par contre dans les cas de rétention chlorée avec acidose — qui sont les plus fréquents — le sérum bicarbonaté donne de bons résultats.

Paul LETONDAL.

L. RIBADEAU - DUMAS, René MATHIEU et L. WILLEMEN. — **De l'utilisation des protéines végétales dans l'alimentation du nourrisson.** — ("Le Nourrisson", Nos 2, 3 et 4, mars, mai et juillet 1930, p. 65-225).

Cet important mémoire est une contribution originale à la diététique du nourrisson. Il se termine par des conclusions où la pensée des auteurs est admirablement condensée; nous ne saurions mieux faire que de les citer textuellement.

1o.—Les protéines végétales apportent un élément de régime important dans le traitement des troubles digestifs de l'enfant.

2o.—En raison de leur richesse en protéines et de leur digestibilité, le soja et l'hélianthe annuel doivent être considérés comme les meilleures sources des protéines végétales.

3o.—Soja et hélianthe annuel sont facilement admis par l'enfant. Leurs protéines sont moins putrescible que les protéines animales; elles ont un pouvoir de sensibilisation plus faible que celles-ci. Elles semblent, avec les différents composés alimentaires bien dosés, réaliser un milieu intestinal favorable à la nutrition.

4o.—A moins d'être données à très hautes doses, elles n'ont pas le pouvoir de croissance que peuvent avoir les protéines d'autre nature, ou les aliments riches en acides aminés. Elles nécessitent, à ce point de vue, l'adjonction de substances complémentaires que l'on trouve par exemple dans le lait et la levure de bière. Un régime de croissance avec les protéines végétales doit comporter outre les hydrates de carbone et les sels, des amidocides; bien que soja et tournesol contiennent la vitamine B, l'addition en quantité suffisante de celle-ci donne d'excellents résultats. Il semble utile d'y adjoindre la vitamine A et la vitamine C. Le régime au tournesol n'est pas rachitigène.

5o.—Les régimes comportant des protéines végétales donnent de bons résultats dans les cas d'intolérance au lait, quel qu'en soit le degré, l'eczéma infantile, les hypotrophies intestinales, la dyspepsie des farines; le soja, plus particulièrement dans les troubles digestifs aigus; le tournesol dans les colites muqueuses.

Paul LETONDAL.

GYNECOLOGIE

HENRI EPARVIER. — **Contribution à l'étude des hémorragies tardives des suites de couche.** — (Gyn. et Obst., avril 1930, Paris).

Jusqu'à ces dernières années la thérapeutique des hémorragies des suites de couche était le curage ou le curetage. En 1926 M. Couvelaire mit en évidence le danger des manoeuvres intra-utérines tardives dans les suites de couche. Sur 18,213 observations Henri Eparvier a relaté 39 hémorragies secondaires. Sur 39, il y a eu 10 cas d'abstention complète d'exploration utérine suivie de guérison. Mais dans ces cas il était impossible d'affirmer la rétention. Les 29 autres ayant été suivis d'exploration intra-utérine, il a été permis de les classer: 1o. — Dix cas de rétention placentaire nette ame-

nant deux morts: une par l'hémorragie, l'autre par l'infection; 2o. — Dix-neuf cas sans rétention placentaire nette: a) 4 cas douteux, b) 8 rétentions de caillots, c) 7 absences totales de rétention. Ayant observé et suivi ces cas, Henri Eparvier conclut: Trois constatations sont nettes: 1o. — La rétention favorise l'hémorragie et l'infection; 2o. — Dans 26 sur 29 le curage a donné de bons résultats; 3o. — Dans trois cas l'intervention intra-utérine a été mortelle par infection puerpérale. L'on doit donc retenir, A. — Il faut éviter la rétention et intervenir au moment de la délivrance si nécessaire: a) attendre la délivrance naturelle, b) si après attente il n'y a pas de délivrance, il faut manoeuvrer et extraire le délivre, c) une délivrance douteuse demande une vérification intra-utérine avec des gants stérilisés. B. — L'intervention intra-utérine tardive des suites de couche est dangereuse. Il faut la différer le plus possible.

L'hystérectomie s'impose, a) dans les états infectieux sévères, utérus infecté mou; b) hémorragie récidivante après curage.

L. Arthur MAGNAN.

P. BALARD. — Les hémorragies tardives du post-partum; étude clinique et thérapeutique basée sur 50 observations bordelaises. — (Bul. Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris).

Sur 50 observations d'hémorragies tardives post-partum Balard a constaté 20% de mortalité. Ces hémorragies sont dues à la rétention ou à la forme hémorragie de l'infection puerpérale. Au point de vue clinique, il n'existe pas de signes pathognomoniques en dehors du toucher extra-utérin. Il y a fièvre dans 45% des cas de rétention et dans 30% des cas de non rétention.

Sur 26 cas d'hémorragie avec rétention, il y a eu 21 guérisons et 5 mortalités. Aucune hystérectomie pratiquée, seul le curage ou curettage a été employé. Sur 24 cas d'hémorragie sans rétention, il y a eu 20 guérisons et 4 morts. Dans les 4 morts, il y a eu 2 hystérectomies, un curage et un tamponnement.

Au point de vue thérapeutique il y a donc deux lignes de conduite à suivre: 1o. — celle de Couvelaire et Metzger i.e. abstention de toute manoeuvre intra-utérine et hystérectomie; 2o. — du bien-être opportuniste attendu les événements et faire la thérapeutique médicale, le curage, ou l'hystérectomie suivant les cas. P. Balard a adopté cette dernière conduite. Seulement si après 24 heures d'un curage ou curettage, il n'y a pas cessation d'hémorragie ou d'accidents infectieux, P Balard suit la conduite de J. L. Faure dans les états infectieux post-abortum, i.e. hystérectomie.

L. Arthur MAGNAN.

BEGOUIN. — Cancer du col et hystérectomie élargie; résultats de 10 à 25 ans, statistique intégrale. — (Bordeaux chirurgical, Tome I, No 7, avril 1930).

La proportion des guérisons chirurgicales après 5 ans de cancer du col est fixée par de nombreuses statistiques. Celle qui date de 10 à 25 est moins connue. Sur 75 opérés, il y a une mortalité opératoire de 8%. Perdues de vue 29; suivies 40 dont 20 mortes; vivantes et bien 20; soit 5 depuis 20 ans, 5 depuis 15 ans, 5 depuis 12 ans, 5 depuis 10 ans. Toutes ces malades ont

subi une hystérectomie élargie, dissection des urètres, avec ou sans ligature des hypogastriques. Beaucoup, avait un cancer avancé, et quelques-unes restées guéries avaient un pronostic sombre.

D'après cette statistique, il est acquis que 50% demeurent guéries. Le même pourcentage se trouve dans d'autres statistiques de différents chirurgiens et publiées par Heyman en juin 1927. Les statistiques après cinq années ne dépassent que de 5% celles après 10 ans. Il demeure donc certain que les récidives sont rares après 5 ans. Après 10 ans, une opérée de cancer du col reste donc guérie définitivement dans la majorité des cas.

L. Arthur MAGNAN.

ELECTRO - RADIOLOGIE.

J. LABORDERIE. — **Sur le traitement radiothérapique des épithéliomas cutanés.** — (Archives d'électricité Médicale, mars 1930).

Laborderie, rappelant la vieille division du cancer cutané en baso et en spino cellulaire soutient que les deux variétés peuvent être considérées aujourd'hui comme justiciables du même traitement, la radiothérapie, que parfois la diathermo coagulation remplace avec avantage.

Pendant longtemps un certain nombre de radiothérapeutes, se basant sur la loi d'action biologique des rayons X, pensèrent que seuls les épithéliomas cutanés ayant leur origine dans la couche basale devaient bénéficier de la radiothérapie. L'expérience a montré que les cas de guérison des spino cellulaires sont également nombreux.

La seule méthode radiothérapique à employer est celle de la séance unique, qui consiste à faire absorber en une fois une dose suffisante pour tuer les cellules néoplasiques. Cette dose est obtenue par l'emploi de rayons moyennement pénétrants non filtrés. L'auteur considère cette méthode nettement supérieure à la technique adoptée par d'autres, et consistant à donner aux lésions une dose forte mais fractionnée et obtenue grâce à l'emploi de rayons très pénétrants et très filtrés.

Huit à treize jours après l'application de cette dose, quadruple de la dose érythémateuse on note du prurit et de l'exsudation; puis cette dernière se ralentit, l'ulcération se déterge, bourgeonne et fait bientôt place à une cicatrice souple, lisse et blanchâtre.

Albert COMTOIS.

DERMATO-SYPHILIGRAPHIE

R. SABOURAUD. — **"La roue des choses".** — (A propos de l'étiologie de l'eczéma). — Annales de dermatologie et de syphiligraphie. Mars 1930.

A la réunion de mars de la Société de Dermatologie, le Président, G. Milian concluait: "En somme presque tous les faits catalogués eczéma, relèvent directement ou indirectement d'une infection de surface."

Nous savons que Brocque, très récemment disparu pourtant, n'aurait point souscrit cette affirmation. L'auteur de cet article était de cette opinion, il y a vingt-cinq ans, maintenant qu'il en a soixante, il a changé. — Le fait

qui reste est le suivant: sur dix laveuses, une seule fera de l'eczéma et ce sera toujours la même. Est-ce idiosyncrasie, anaphylaxie, diathèse, infection épidermique?

Il n'y a pas de doute que bien des eczémas anciens étaient de nature simplement microbienne.

Le mot idiosyncrasie ne veut dire rien. Le mot diathèse n'est qu'un point d'interrogation. On ne peut parler d'anaphylaxie sans parler d'une première infection ou intoxication sensibilisante et une deuxième déchaînant, dont rien dans ces maladies de la peau ne nous donne une idée bien nette.

Et Sabouraud conclut: "Mais en tous cas, nous ignorons tout juste autant que nos anciens l'étiologie de l'eczéma."

La théorie nouvelle de l'eczéma est pleine d'intérêt, dit-il, car elle semble plus explicative.

Pourquoi un corps simple tel que le soufre, est-il sous toutes formes, offensant pour certaines peaux alors qu'il ne l'est pas pour le plus grand nombre? Peut-être toutes les autres inconnues du problème sont-elles contenues dans celle-là?

Paul POIRIER.

Paul RAVAUT. — Les conséquences d'une réaction positive ou négative du liquide céphalo-rachidien. — Le Monde Médical, juin 1930.

Il ressort de ce magistral article qui remplit tout le populaire périodique, des notions très précises qui devraient être connues de tous les médecins. Elles sont basées sur une expérience de trente années. La valeur considérable de la ponction lombaire dans l'étude de la neuro-syphilis n'est plus à faire.

Et le meilleur temps pour la faire d'une manière très générale est à la fin de la troisième année alors qu'on va diminuer l'intensité du traitement, du moins d'après l'opinion de l'auteur.

L'évolution de la syphilis nerveuse se divise en deux grandes étapes: la première, *préclinique*, pendant laquelle les lésions anatomiques reflétant presque constamment dans le liquide rachidien, ne peuvent être dépistées que par son analyse; la seconde, *clinique*, débutant avec l'apparition du premier symptôme clinique.

Nous ne possédons à l'heure actuelle, aucun criterium certain nous permettant de prévoir le sens dans lequel elles évolueront.

Les signes biologiques précèdent dans le plus grand nombre des cas, pour ne pas dire tous, et parfois d'un très long temps, l'apparition des signes cliniques.

Il n'existe pas de parallélisme entre la réaction du Bordet Wassermann du sang et celle du liquide céphalo-rachidien.

Dans 68% de malades en période de syphilis secondaire, il y a atteinte des méninges ou tout au moins réaction qui disparaît spontanément ou sous l'influence du traitement, ce qui se voit le plus fréquemment, ou qui persiste, ce qui est heureusement l'exception. Dans l'analyse du liquide céphalo-rachidien le nombre des cellules n'est pas en rapport constant avec la gravité de la réaction méningée: des cas où les paralytiques généraux par exemple peuvent n'avoir que quelques cellules dans leur liquide C. R. et inversement des affections communes et bénignes comme l'herpès peuvent

Pour Produire la Fièvre Thérapeutique

(Pyrétothérapie)

L'appareil à Diathermie à Fréquence Variée, Super-Power Victor possède une puissance beaucoup plus considérable que tout autre appareil.

QUOIQUE la production artificielle de la fièvre dans le traitement de certaines maladies ait suscité l'intérêt de la profession dans le passé, un essor considérable a été donné au sujet par la publication des rapports cliniques basés sur l'emploi de la diathermie comme moyen d'élever la température du corps.

Les Docteurs King et Cock* résument ainsi leur article : " Nous avons raison de croire que cette forme de traitement sera utile dans toutes les maladies dans lesquelles la pyrétothérapie est indiquée :

" Nous énumérons subséquentement les avantages principaux de cette forme de pyrétothérapie :

- (1) Ce traitement est toujours profitable.
- (2) Aucun organisme pathogène d'effet inconnu n'est introduit dans l'organisme.
- (3) La fréquence, la durée et l'intensité de l'élévation thermique demeurent sous contrôle.
- (4) Cette hyperthermie peut être produite dans tous les cas, ce qui est particulièrement avantageux dans les cas réfractaires à la malaria.
- (5) Les médicaments peuvent être employés en même temps que cette forme de pyrétothérapie.
- (6) Comme la fréquence, la durée et l'intensité de la fièvre peuvent être rigoureusement contrôlées, la réaction produite chez chaque patient peut être presque "standardisée". Ceci vous permet de connaître la courbe thermique la plus favorable".

King, J. Cash et Cock, Edwin W. : la Fièvre thérapeutique produite par la Diathermie avec détails particuliers pour son application dans le traitement de la Parésie. South. Med. Jour. mars 1930.

Une copie de ce travail vous sera envoyée sur demande en même temps que de plus amples informations sur l'Appareil à Diathermie Victor tel que reproduit dans la vignette.

La Corporation de Rayons X Victor du Canada Ltd

Manufacturiers du tube Coolidge
d'appareils à Rayons X



Physiothérapie, électrocardiographie
et autres spécialités

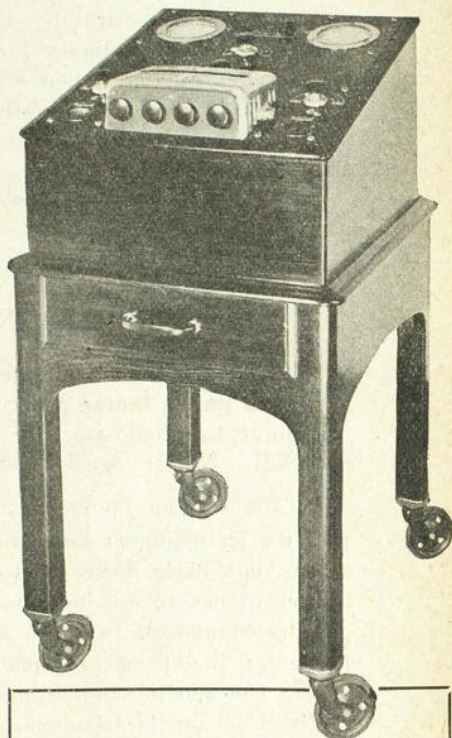
524 Medical Arts Building, Montréal
Motor Transportation Bldg., Vancouver

1221 Bay Street, Toronto
Medical Arts Bldg., Winnipeg

Succursales dans toutes les grandes villes.



UNE ORGANISATION DE LA GENERAL ELECTRIC



L'appareil à Diathermie Super-Power Victor, construit pour produire la fièvre thérapeutique.

Capable d'élever la température du corps au degré désiré, sous le contrôle absolu de l'opérateur.

Donner autant de courant que le patient pourra tolérer à travers le thorax et l'abdomen grâce à l'emploi des larges électrodes utilisés dans ces cas.

Grâce au système de contrôle qui permet à la fois la sélection de la fréquence et du voltage, la qualité du courant désiré est rapidement obtenue.

Le contrôle de l'appareil permet de varier les modalités de courants; toutes les applications de la diathermie connues de la science médicale à l'heure actuelle, sont réalisées au moyen de cet appareil.

A l'épreuve des chocs. L'appareil est construit de telle façon que jamais l'opérateur ou le patient ne sont exposés à quelque danger que ce soit.

donner des réactions méningées abondantes, mais éphémères. La syphilis nous donne souvent des réactions très riches en cellules qui s'effacent d'elles-mêmes et sont sans gravité. Et c'est moins la quantité des cellules que leur qualité, qui peut indiquer la gravité d'un processus. C'est ainsi que les plasmozellens indiquent un état grave, une évolution aiguë.

Aussi la recherche globale des albumines est beaucoup plus simple et donne des renseignements aussi utiles que l'étude séparée des deux variétés d'albumines.

Enfin, il ne faut pas oublier qu'une réaction négative du sang ne permet pas d'affirmer que le système nerveux est intact.

Paul POIRIER.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

K. PARDEE. — Le traitement des tuberculoses osseuses par les rayons émis par la lampe à arc — (Carbon-arc-light treatment in bone and joint tuberculosis. *The Journal of Bone and Joint Surgery*. Vol. XII. No. 2. April 1930.)

L'auteur, tout en reconnaissant les grands avantages de l'héliothérapie, qu'il n'a pu appliquer dans un coin du pays où le soleil faisait peu d'apparitions, eut l'idée d'utiliser les rayons émis par une lampe à arc pour le traitement des tuberculoses osseuses et articulaires.

Procédant avec la même technique préconisée pour l'emploi de la lampe de Quartz, il put conclure que cette thérapeutique donne,

- a) Une modification bienfaisante considérable dans la formule sanguine,
- b) Une amélioration marquée dans l'état général,
- c) Une augmentation du poids,
- d) Une action immédiate sur l'état local qui a une tendance non seulement à s'améliorer mais aussi à évoluer vers la guérison.

L'auteur estime que ce genre de traitement, dont plusieurs facteurs sont encore inconnus, peut être utilisé avec profit, dans les cas où l'héliothérapie ne saurait être employée.

Edmond DUBE.

H. A. SWART. — L'action de l'ergostérol irradié sur les fractures non consolidées, produites chez les animaux. — (The effect of irradiated ergosterol on the healing of produced fractures in animals. — *The Journal of Bone and Joint Surgery*. Vol. XII. No. 2. April 1930).

Reconnaissant l'action manifeste de l'ergostérol irradié dans le traitement du rachitisme et de l'ostéomalacie, l'auteur s'est appliqué à rechercher son action sur les fractures non consolidées. A la suite d'une étude expérimentale portant sur des rats et sur des lapins, alors que ce médicament fut donné par la bouche, S. . . a pu conclure que l'ergostérol irradié, dans ces conditions, n'a aidé ni à la consolidation, ni à la formation du cal. Par contre, ses observations confirment l'opinion déjà admise, que la fracture se répare d'autant plus rapidement que l'apposition des fragments est meilleure.

Edmond DUBE.

LABORATOIRE

CHS. ANDERSON et F. GERARD. — **Sur une technique nouvelle applicable à la séroprophylaxie de la rougeole.** — (Com. Ren. Soc. Biol., juin 1930, page 674).

Le rôle que joue la porte d'entrée dans les diverses maladies infectieuses et dans leur traitement a été mis en évidence par les travaux de Besredka et de ses successeurs. La méthode qui consiste à porter le remède "in loco dolenti" a fait de nouveaux adeptes, et on sait aujourd'hui que non seulement les vaccins mais même les sérums peuvent être utilisés efficacement ainsi.

Dans la rougeole on admet que la contagion se fait par l'intermédiaire des sécrétions nasale et laryngo-trachéale. Dans ce cas, la porte d'entrée doit être logiquement la voie conjunctivo-nasale.

Se basant sur ces notions, Anderson et Gérard ont tenté d'immuniser les individus exposés à contracter la rougeole en se servant du sérum des convalescents et en l'appliquant à la porte d'entrée du virus, soit la conjonctive. Leur technique excessivement simple, une goutte de sérum de convalescent dans chaque oeil trois fois par jour, a semblé donner des résultats tout à fait remarquables.

Tous les sujets traités (30) bien qu'ayant présenté des contacts certains avec des malades, et n'ayant par ailleurs jamais eu la rougeole, ont échappé à la contagion. La durée du traitement prophylactique a été de 8 à 10 jours.

Au contraire les sujets soumis aux mêmes contacts suspects et non traités ont contracté la rougeole.

Outre sa simplicité, cette technique présente encore certains avantages: elle fait disparaître la répugnance qu'éprouvent certains parents à laisser injecter à leurs enfants le sérum d'un inconnu; elle chasse de l'esprit du médecin la crainte des accidents sérieux.

A. BERTRAND.

PHTISIOThERAPIE

S. CAUSSADE et A. TARDIEU. — **Les oedèmes au cours de la tuberculose pulmonaire.**

Il n'est pas exceptionnel d'observer au cours de la tuberculose pulmonaire chronique, des crises d'oedème aiguë ou subaiguë du poumon qui ne sont sous la dépendance, ni d'une cardiopathie, ni d'une affection rénale. Ces crises évoluent en un temps qui varient de quelques heures à quelques jours.

En dehors de leurs signes physiques qui sont ceux des oedèmes infectieux pulmonaires, elles se traduisent par une expectoration abondante, mousseuse, très aérée sans traces de sang, contenant quelquefois de l'albumine, beaucoup plus rarement de la cholestérine.

La flore microbienne banale semble n'exercer qu'un rôle tout à fait secondaire.

Du point de vue histologique, il s'agit d'un transsudat qui ne modifie pas de manière appréciable l'évolution des lésions productives tuberculeuses, mais qu'il importe cliniquement de bien distinguer. Se superposant aux signes d'une infiltration bacillaire ancienne, les symptômes de l'œdème transsudatif tuberculeux risquent, en effet, d'être confondu avec ceux qui marquent habituellement l'extension rapide et massive du foyer ulcéro-caséeux.

A. M. CHOLETTE.

MM. EMILE SERGENT et JEAN PIGNOT. — Le pneumothorax par effort ou par contusion thoracique. — (Revue de la tuberculose, mai 1930).

La tuberculose chronique cicatricielle et la cause principale de ces pneumothorax. Que les accidents soient causés ou non par un effort, ils sont dus à la rupture d'une cicatrice fibreuse tirillée par une adhérence pleurale.

A l'appui de cette façon de voir, il y a plusieurs arguments. Les malades sont généralement des jeunes gens, d'où l'appellation de "pneumothorax des conscrits". Dans leurs antécédents, on peut relever plusieurs faits caractéristiques: hémoptysies, signes d'imprégnation bacillaire, etc. Dans les quelques mois qui suivent l'apparition du pneumothorax, les malades sont parfois atteints de tuberculose évolutive banale.

L'examen radiologique révèle des lésions discrètes de tuberculose torpide ancienne. Parfois on voit disséminés dans les plages pulmonaires, des nodules calcaires, images d'anciens tubercules cicatrisés.

Il y a sclérose bronchique et périlobulique. Il peut y avoir périlobulite ou tramite, les cloisons périlobulaires épaissies dessinent un réseau bien apparent. Il faut respecter ces pneumothorax providentiels. L'auteur apporte plusieurs faits confirmatifs de cette opinion.

L. GELINAS.

EDG. OLBRECHTS (Bruxelles). — Le pneumothorax spontané "idiopathique" bénin. — ("Annales de Médecine", de mai 1930).

L'auteur dénomme ainsi les pneumothorax survenant sans cause déterminée tels que: tuberculose pulmonaire, gangrène, traumatisme, etc. Ils peuvent se manifester par la symptomatologie habituelle ou demeurer silencieux. Ils évoluent naturellement vers la guérison et au bout de deux mois l'épanchement gazeux est généralement résorbé. Ils sont rarement mortels.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. Nombreux sont les malades ayant toléré parfaitement pendant des années un tel pneumothorax sans apparition d'un épanchement liquide, de nature quelconque. Il faut admettre alors la persistance d'une fistule étroite, qui filtre l'air en quelque sorte. La plèvre devenue à la longue rigide peut aussi s'opposer à la résorption du gaz pleural.

Le pneumothorax bénin peut être récidivant. C'est ce qui arriverait pour 10% des cas d'après Nicolsky. Parfois, les deux poumons sont atteints successivement, ou même en même temps. Certains malades ont eu de nombreuses récurrences.

L'auteur dit avoir trouvé dans sa consultation externe 52.5% de pneumothorax idiopathique bénin contre 20% dans son service hospitalier.

Il ne croit pas que cette affection soit de nature tuberculeuse. Il faut sûrement rejeter un accident évolutif-bacillaire comme cause de la fistule pleurale. S'il y avait faute d'un tubercule cortical, il y aurait infailliblement ensemencement de la plèvre. De plus, la fistule serait permanente et on n'assisterait pas à la disparition rapide du pneumothorax. On ne réussit pas d'habitude à mettre en évidence des lésions tuberculeuses après guérison.

La rupture de bulles d'emphysème circonscrit est très fréquemment cause de ces accidents. Ce type d'emphysème peut survenir à la suite de toutes les infections aiguës ou chroniques du poumon. L'emphysème généralisé survenant chez les gens d'âge avancé est par contre un facteur négligeable.

L'auteur conclut qu'il faudra de nombreuses années d'études patientes et minutieuses pour élucider cette question.

L. GELINAS.

NEURO-PSYCHIATRIE

MONIER - VINARD. — Paralyse diphthérique des membres, guérison par la sérothérapie antidiphthérique. — (Bull. Mem. Soc. Méd. Hop., Paris, 23 juin 1930).

L'auteur communique l'observation très intéressante d'un malade qui présenta, durant 17 mois, une paralysie diphthérique des membres et fut guéri, en 2 semaines, par l'injection de 100cc de sérum antidiphthérique.

Ce malade avait souffert, à la fin de 1928, d'un état infectieux ayant duré quelques jours, mais n'ayant pas nécessité le séjour au lit, et qui, remarqué très importante, ne fut accompagné d'aucun trouble subjectif de la gorge. Cependant, 4 semaines plus tard, il était pris d'un état parétique des 4 membres à caractère myasthénique et de troubles de la sensibilité aux membres inférieurs. Ce syndrome persista, avec des rémissions spontanées plus ou moins complètes suivies de récurrences subites, jusqu'au mois de mai 1930 où le malade fut examiné par M. Babinski et par l'auteur. Ceux-ci trouvèrent des muscles flasques sans atrophie, des fibrillations au quadriceps droit, de l'affaiblissement des réflexes tendineux avec asymétrie des olécraniens et des rotuliens, une abolition des achilléens et un réflexe plantaire en flexion. Aucun trouble ne fut découvert à la face, à la gorge, à la nuque et aux lombes. Le malade présentait des troubles de la sensibilité articulaire aux membres inférieurs. L'examen électrique permit de constater un épuisement rapide de la contraction sans RD. L'examen des yeux décéla une insuffisance de l'accommodation. L'ensemencement du mucus-rhino-pharyngé fournit une culture de bacilles de Loeffler longs et courts.

Traitement par injections de sérum antidiphthérique: 100cc en 3 doses; guérison complète en 2 semaines.

Dans ses commentaires, l'auteur donne les raisons de penser à une paralysie diphthérique:

- prépondérance sur les membres inférieurs,
- variabilité capricieuse de son intensité,
- caractère myasthénique des troubles moteurs,
- atteinte relativement faible et dissociée des sensibilités,
- paralysie de l'accommodation.

Il insiste sur la bénignité de l'infection rhino-pharyngée diphtérique du début qui ne s'accompagna d'aucun signe subjectif de rhinite ou d'angine, sur la non participation des nerfs bulbaires avec paralysie vélo-pharyngée antérieure (habituelle) à une paralysie des membres chez un porteur de bacilles dans son naso-pharynx.

Le traitement sérothérapique des paralysies diphtériques a été conseillé, il y a 30 ans, par Comby. Le résultat n'est pas toujours radical comme il le fut chez ce malade: toutefois il demeure celui que l'on doit employer d'emblée.

Le succès rapide obtenu dans ce cas de paralysie prolongée est dû, selon l'auteur, à la faible toxicité de l'imprégnation toxinique; celle-ci ne se manifesta-t-elle pas par un Shick négatif fait le même jour que fut donnée la première dose de sérum, et par la tolérance presque complète que présentèrent deux cobayes injectés de cultures en bouillon de bacilles pris sur le malade?

Roma AMYOT.

MEDECINE LEGALE.

HEGER GILBERT. — Deux cas de mort par inhibition. — (Comm. du Xe Congrès de médecine légale. — Annales de Méd. Lég., sept. 1929).

M. le professeur Héger Gilbert fait la relation de deux cas. Le premier concerne un individu qui, par erreur avale 25 centimètres cubes de potasse industrielle. La cicatrisation de la lésion produite nécessite pendant sept mois un traitement par dilatations progressives, de l'oesophage.

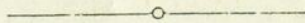
Voulant retirer une sonde qu'il avait placée la veille, le médecin traitant introduit l'oesophagoscope; le malade meurt subitement.

L'autopsie est négative. L'auteur croit qu'on peut conclure à une mort par inhibition.

Le second cas est celui d'un ouvrier dont l'index est pris dans une machine. La très vive douleur provoque un état syncopal et le blessé meurt en quelques minutes. Il s'agit ici d'un de ces cas de pseudo-inhibition, car, en réalité, cet homme était un cardiaque comme le démontra l'autopsie.

P. MAZEL. — Mort subite par inhibition — (Xe Congrès de médecine légale. — Annales de Méd. Lég., sept. 1929).

M. le docteur Mazel croit que l'on peut difficilement limiter l'action spécifiquement propre de l'inhibition. Il cite le cas d'un individu qui, recevant des éclaboussures de phénol à la face, et malgré le caractère superficiel des brûlures reçues, meurt subitement. Il était en période digestive. L'auteur rappelle quelques observations analogues de Virchow.



NÉCROLOGIE

FEU LE DR E.-M.-A. SAVARD

M. le Dr E.-M.-A. Savard, inspecteur général du Service provincial d'hygiène, a succombé, le 8 août à l'impitoyable maladie qui l'avait terrassé il y a deux ans.

C'est une perte qu'au Service provincial d'hygiène, dont il avait dirigé les bureaux de Montréal depuis son institution en 1922, nous avons vivement ressentie. Le Dr Savard avait les qualités qui font les meneurs d'hommes. Il savait tirer de ses collaborateurs tout ce qu'ils peuvent donner et tenait avec la plus grande fermeté les hautes responsabilités qu'on lui avait confiées. Mais sa direction était tempérée par la sincérité évidente avec laquelle il la dictait et, sous une apparence de brusquerie qui ne trompait personne se décelait un coeur généreux qui savait comprendre. En dehors du service, il savait être charmant camarade et, tous, ici nous étions ses amis.

Doué d'une grande capacité de travail et d'une vision claire de ses devoirs, il fut un précieux collaborateur de la cause de la Santé Publique. Il en donna d'ailleurs une preuve évidente, lors de l'épidémie de fièvre typhoïde de 1927 et sût organiser le travail de ses inspecteurs, comme celui du bureau de Montréal, sur des bases bien définies.

Le Dr Savard avait fait ses études médicales à l'Université Laval, à Québec, et avait exercé sa profession d'abord à Sainte-Marie de Beauce puis dans la capitale. Ses goûts cependant le portaient plutôt vers la prévention et il fut l'un des premiers à prendre le grade de Docteur en Hygiène publique. D'abord inspecteur régional, à la Rivière du Loup, il fut nommé inspecteur général, puis, chef du Service, à Montréal, quand le Conseil Supérieur d'hygiène fut transformé en Service provincial d'hygiène.

C'est dans ce même temps que j'entrai au Service et mes relations quotidiennes avec lui me permirent, peut-être plus qu'à d'autres, de le connaître. Puisse cet hommage à sa mémoire faire aussi connaître aux lecteurs de *l'Union Médicale* sa valeur comme hygiéniste et comme homme de coeur.

Dr Fréd. PELLETIER,
Bibliothécaire et publiciste,
du Service provincial d'hygiène.

NOUVELLES

L'ASSOCIATION DES MEDECINS DE LANGUE FRANCAISE DE L'AMERIQUE DU NORD RECOIT LES MEMBRES DE LA BRITISH MEDICAL ASSOCIATION.

Le 16 août dernier, arrivaient à Montréal à bord du "Duchess of Bedford", deux cents médecins anglais, qui venaient assister à la convention de la British Medical Association à Winnipeg, du 26-29 août.

Durant leur séjour en notre ville, le Comité Exécutif de notre Association a invité nos collègues anglais à un dîner qui leur fut offert au Club de golf Laval sur-le-Lac. Le 18 août, à trois heures de l'après-midi, les délégués britanniques quittèrent l'Hôtel Windsor dans les voitures mises gracieusement à leur disposition par les médecins de notre ville.

Les distingués visiteurs eurent l'opportunité d'admirer les charmes de la campagne jusqu'à Oka, où l'on fit une visite intéressante quoique rapide à l'Ecole d'Agriculture.

Tous ne participèrent pas à cette randonnée et pour cause; une trentaine d'entre eux s'adonnèrent à leur jeu favori: le golf. Nos confrères nous ont assuré qu'ils durent livrer une lutte homérique pour résister à l'invasion de leurs redoutables adversaires.

A sept heures le dîner fut servi dans les salles du Club Laval; 250 convives prirent place autour des tables artistiquement décorées de fleurs et firent honneur au menu préparé par l'habile maître d'hôtel du club. De brefs discours furent prononcés par le Prof. Pierre Z. Rhéaume, Président, Sir St Clair Thomson, Docteur Alfred Cox et par les Doyens des Universités Montréal et McGill, les Professeurs L. de Lotbinière Harwood et C. F. Martin.

L'Union Médicale du Canada

Comité de Direction

MM. Archambault, Benoit, Boulet, Bousquet, Bourgeois, Bruneau, De Cotret, Derome (Wilfrid), Desloges, Dubé, Harwood, Lassalle, Leduc, LeSage, Marien, Marin (Albéric), Marion, Masson (D.), Mercier (Oscar), Parizeau (T.), Rhéaume, Roy, Saint-Jacques, Vidal.

Président: P. Z. Rhéaume; Secrétaire-trésorier: G. Archambault. Membre d'honneur: Professeur Pierre Masson.

Comité de Rédaction

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

Président: A. LeSage; Vice-Président: Albéric Marin;

Secrétaire: Léon Gérin-Lajoie;

Assistant-secrétaire: Donatien Marion.

Prix de l'abonnement pour 1930

Canada et Etats-Unis	\$3.00
Etranger (pays faisant partie de l'Union Postale)	4.00
Etudiants	1.50
Prix du numéro	0.50

Conditions de Publication

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

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

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé franco, au secrétaire, Dr Léon Gérin-Lajoie, 3553, avenue du Parc. Tél. PLateau 5397.

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

SUITE DU SOMMAIRE



ANALYSES

MEDECINE

M. Chiray et S. Zitzerman. **Etats mélancoliques, Atonie vésiculaire et stase biliaire** (p. 659). A. Sézary. **La protéinothérapie locale des collections purulentes** (p. 660). F. Uslmann. **La percaine, un nouvel anesthésique local.** (p. 661).

L. Wickham. **La radiothérapie du cancer du col de l'utérus au centre anticancéreux de la banlieue parisienne** (p. 666).

CHIRURGIE

J. W. Hinton. **Lésions des viscères abdominaux. Leur fréquence relative et leur traitement** (p. 662). R. E. Fallas. **Acidose et alcalose post-opératoires** (p. 662).

DERMATO — SYPHILIGRAPHIE

Margoglou. **L'acné polymorphe et son traitement moderne** (p. 667). Milian. **Roséole infectueuse biotrope au cours du traitement arsénical** (p. 668).

UROLOGIE

Martin. **Des erreurs dans le diagnostic de la tuberculose rénale.** (p. 662).

LABORATOIRE

G. Ramont. **A propos des propriétés essentielles de l'anatoxine diphtérique** (p. 668).

PEDIATRIE

P. Teissier et F. Coste. **Physiopathologie de la scarlatine** (p. 664). — G. Barraud. **Ce que doit être le bain de mer d'un enfant** (p. 665).

PHTISIO-THERAPIE

J. Morin et F. Cardis. **Comment classer de façon pratique les tuberculeux dans un sanatorium** (p. 669).

ELECTRO-RADIOLOGIE

L. Delhern et H. Beau. **La radiothérapie dans certaines affections cardio-vasculaires** (p. 665). — S. Laborde et Y.

NEURO-PSYCHIATRIE

C. Vurpas. **Les formes cliniques des obsessions** (p. 670).

MEDECINE LEGALE

Sainte-Claire-Deville. **L'enquête historique** (p. 672).