

010
QUEBEC FEVRIER, 1936

No. 2

PER
B-142

BNQ

BULLETIN
DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC

Publication périodique mensuelle

Secrétaire Général, M. R. Desmeules.
167, Grande Allée

Secrétaire de la rédaction
M. R. BLANCHET
Ecole de Médecine.

Administrateur
M. GEO. RACINE
145, Boulevard Langelier.



LE BULLETIN MEDICAL DE QUEBEC, INC. (37^E ANNÉE)

P. LAROSE ENR. 331 RUE ST-JOSEPH QUÉBEC

CORAMINE



STIMULANT CARDIAQUE ET RESPIRATOIRE.

La Coramine excite le myocarde, renforce ses contractions, augmente la pression sanguine et l'amplitude respiratoire, active la ventilation pulmonaire.

ACTION RAPIDE, INTENSE ET DURABLE
Même posologie per os que par voie intraveineuse
Toxicité minime

AMPOULES — GOUTTES

COMPAGNIE CIBA LIMITEE — MONTREAL.

Messieurs les médecins
sont cordialement invités
à venir visiter notre établissement.

Laiterie Laval Enrg.

237 - 4ième Avenue, :: Limoilou
Tél 4-3551

LA
SOCIÉTÉ MÉDICALE
DES
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES
DE QUÉBEC

BUREAU DE DIRECTION :

PrésidentM. le Professeur P.-C. DAGNEAU
Doyen de la Faculté de Médecine.

Vice-PrésidentM. le Professeur S. ROY

SecrétaireM. le Professeur R. DESMEULES

TrésorierM. le Docteur G. DESROCHERS

MembresMM. les Professeurs A. VALLEE,
A. R. POTVIN et Chs VEZINA.

RÉDACTION :

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé au secrétaire, le Dr R. Blanchet, Ecole de Médecine, Université Laval, Québec.

ADMINISTRATION ET PUBLICITÉ

Le Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec paraît tous les mois. Il est publié par "Le Bulletin Médical de Québec Inc." Le prix de l'abonnement annuel est de trois dollars.

Pour ce qui relève de l'administration et de la publicité on doit correspondre avec le Docteur Geo. Racine, 145 Boulevard Langelier, Québec.

SOMMAIRE

—
Février 1936
—

— MEMOIRES —

	Pages
CARON Sylvio et DESROCHERS Gustave.—Compression de la Mœlle cervicale.	37
PATRY Laurent.—Un cas de Mythomanie.	40
CARON Sylvio et SAMSON Mathieu.—Etude anatomo-clinique d'une Leuco-encéphalite.	43
GOSELIN Jules.—Hypertrophie du Thymus et Rœntgenthérapie.	48
GUERARD Jos. et LESSARD Richard.—Empoisonnement collectif.	52
LANGLOIS Marcel et LAVERGNE Nérée.—Néphrectomie chez un Nourrisson de cinq mois.	60
—————	
QUESTIONS DE SCIENCE ECCLESIASTIQUE	66
INFORMATION	67

COMPRESSION DE LA MËLLE CERVICALE

par

Sylvio CARON et Gustave DESROCHERS

L'enfant est venu nous consulter avec sa mère, pour trouble de la marche, impotence totale des membres supérieurs et une douleur vive dans la région lombaire.

HISTOIRE:—

Dès les premiers mois de la vie, au berceau donc, les parents ont remarqué que le petit malade était moins fort que leurs autres enfants. Il soutenait le biberon avec ses deux mains, mais ne le soulevait pas. Plus tard, quand il commença à se trainer sur le plancher, il se glissait assis sur son train postérieur sans ébaucher la marche à quatre pattes. A 17 mois, lorsqu'il ébaucha les premiers pas, il tenait l'équilibre avec ses bras tombant au-devant de lui, comme quelqu'un qui cherche à se garer, ou comme un petit chien qui essaie de marcher sur ses pattes postérieures. Il existait un léger torticolis droit, et une parésie du membre supérieur gauche bien mise en évidence dans l'acte d'agripper une chaise.

A deux ans et demi, il contracta la rougeole; trois mois plus tard, il fit une poussée fébrile s'accompagnant d'une contracture non douloureuse des deux membres supérieurs et d'une flexion des doigts. Douze heures plus tard, tout était disparu, mais on remarqua les mois suivants une faiblesse progressive dans les deux membres supérieurs, une attitude penchée de la tête en avant, et la tendance à l'adduction des deux mains.

Dans la suite, l'enfant ne se servit plus de ses mains pour manger, contrairement à son habitude. Quand l'enfant eut quatre ans, sa mère consulta un médecin d'hôpital, qui parla de poliomyélite. Peu de temps après, il contracta la scarlatine.

A 5 ans donc, au cours du présent été, une nouvelle consultation fut faite dans un autre hôpital, car les troubles de la marche étaient plus accentués, plus évidents.

Le 9 octobre 1935, il est hospitalisé à la Clinique Roy-Rousseau, sur les conseils de son médecin de famille, car aux troubles précédents s'est ajouté la douleur lombaire qui fait pleurer l'enfant. La maman fait remarquer que c'est la première fois que l'enfant pleure; il n'a jamais été souffrant.

EXAMEN PHYSIQUE:—

Nous sommes en présence d'une quadriplégie, paralysie flasque pour les deux membres supérieurs, avec aréflexie et hypotonie; d'une paraplégie spasmodique en attitude d'extension aux deux membres inférieurs, avec hyper-réflexivité tendineuse, Babinski bilatéral sans atrophie musculaire, ébauche du triple retrait. Il présente une parésie évidente des muscles extenseurs du cou; il fléchit très bien la tête malgré opposition, mais ne peut la relever entièrement; elle ne dépasse pas la verticale. Il la tourne cependant à gauche et à droite, relève les épaules. Aucune paralysie des paires crâniennes semble exister, aucun trouble sphinctérien, sensoriel ou de l'intelligence. Léger stigmate physique de rachitisme, chapelet costal et ventre étalé.

On note des troubles de la statique et de la marche.

L'enfant ne peut s'asseoir sans aide. Dès qu'il est placé dans la position verticale, il oscille, la tête se fléchit inclinée vers l'épaule droite. Il marche en ne détachant pas les pieds du sol.

On note des troubles de la sensibilité: hypœsthésie pour tous les modes, mais plus marquée pour la chaleur dans le domaine de C3 à D1.

On note également des troubles squelettiques comme l'indique la radiographie, et une attitude spéciale des deux membres supérieurs: ils sont ballants, atrophiés également dans la région proximale et distale; les paumes des mains regardent au dehors au lieu de regarder les cuisses, comme l'indique la deuxième photographie; la main est succulente.

PONCTION LOMBAIRE:—

La ponction lombaire indique un blocage. A l'occasion de la manœuvre de Quekenstedt, l'aiguille du manomètre de Claude ne bouge pas, et indique toujours la pression initiale de 25. Après soustraction de 3 cc. de liquide, elle tombe à douze.

ALBUMINE:— 0grm. 68 par litre.

CYTOLOGIE:— 0.8 lymphocytes par mm/c.

La radiographie ne décèle aucune lésion osseuse vertébrale à la région cervico-dorsale. Le lipiodol lourd introduit par voie lombaire indique comme on peut le lire sur le rapport du radiologiste, le Dr M. Samson, un arrêt complet au niveau de D1.

Résultat de l'examen: Après injection de 1 cc. de lipiodol lourd par voie lombaire.

Nous avons suivi la progression du lipiodol en radioscopie, le malade étant installé sur la table basculante, jusqu'à la première dorsale où il s'arrête malgré la situation à peu près verticale de la table. On constate de plus par la radiographie, le long du canal, quelques gouttes de lipiodol parsemées.

En présence de ces faits, les infections médullaires, aiguës ou chroniques, de même que les tumeurs intra-médullaires ne doivent pas être discutées, car aucune d'elles ne réalise un arrêt aussi complet du lipiodol.

La compression est extra-médullaire, dure-mérienne, probablement intra-durale, puisqu'aucune altération osseuse n'est décelable à la radiographie.

L'enfant n'ayant subi aucun traumatisme vertébral, ne souffrant d'aucune infection osseuse vertébrale, étant né de parents non syphilitiques, n'ayant jamais souffert, il nous paraît inutile de nous attarder au diagnostic de pachyméningite cervicale hypertrophique et à l'arachnoïdite. Par élimination, nous devons conclure à une tumeur dure-mérienne comprimant les racines antérieures de la moelle cervicale.

(Travail de la Clinique Roy-Rousseau.)

UN CAS DE MYTHOMANIE

par

Laurent PATRY

Dupré qui le premier a défini la mythomanie, dit qu'elle est "une variété de déséquilibre psychique caractérisé par la tendance au mensonge, à la fabulation, à la simulation; cependant cette tendance n'est pas consciente, elle est faite à la fois de fabulation et de vérité, et prend nettement les caractères de la simulation et du mensonge morbide".

La mythomanie fréquente chez les jeunes enfants, est primitivement à base de vanité et en ce sens, elle n'est pas la pathologie de l'imagination, mais bien la pathologie de la vanité, ce qui la caractérise c'est l'exagération, la persistance de la tendance aux mensonges.

Cette variété de fabulation vaniteuse, se manifeste dans la pratique par la mise en œuvre de faux attentats, ou de fausses maladies, avec simulation de lésions extérieures et de troubles organiques, (éruption, ecchymose, paralysie, douleur, etc.) Cette simulation est une des formes les plus fréquentes de la mythomanie et est toujours associée à la fabulation dont elle représente l'élément principal.

Dans le cas qui nous intéresse, comme vous pourrez le constater par l'histoire suivante, il s'agit d'un cas de simulation de maladie, lequel nous avons cru intéressant de rapporter.

Notre petite malade Claudia C..., âgée de 13 ans, a été admise à l'hôpital St-Michel Archange, le 27 septembre 1935.

Le certificat médical nous donne les renseignements suivants: Rien à signaler dans ses antécédents personnels, mais par contre son hérédité familiale est très chargée au point

de vue psychopathique, puisque sa grand'mère maternelle, un oncle paternel, ont été atteints de troubles mentaux, et qu'un cousin est actuellement interné.

Elle aurait toujours été considérée comme normale, et même mieux, puisqu'elle a toujours conservé la première place depuis ses débuts scolaires.

Aucune maladie physique n'a précédé l'apparition des troubles qui ont nécessité sa conduite à l'hôpital. Ce n'est, nous dit-on, que depuis quatre à cinq mois qu'elle se plaint de vagues douleurs à l'estomac, et refuse de manger; elle aurait eu plusieurs pertes de connaissance avec crises convulsives. Au cours de ces accès, elle crie, frappe, se jette sur les murs, écume, et dit qu'elle va paralyser.

De plus elle prétend souffrir de calculose vésicale, et affirme passer par ses urines, des pierres variant d'un poids d'une once à 2½ lbs. Ses parents que nous avons vus dans la suite, ont pris la peine de nous apporter de ces pierres échantillons, et nous ont demandé sérieusement si nous pouvions faire quelque chose pour guérir leur fille de cette maladie!

Nous avons essayé de les persuader que c'était chose impossible que ces pierres puissent venir de la vessie, mais ce fut peine perdue; ils étaient bien convaincus du contraire, puisque nous dirent-ils, leur fille avait d'atroces douleurs à la miction et que, plus que cela, ils avaient eux-mêmes entendu, à plusieurs reprises, le bruit de ces pierres tombant dans le vase de nuit. Ce que voyant, nous fîmes mine de les croire et avons promis de la traiter en conséquence.

A l'examen physique fait ici, à part un état de maigreur prononcé, conséquence de son refus de manger, tous les systèmes respiratoire, circulatoire, digestif, nerveux et génito-urinaire sont normaux. Au point de vue mental, nous constatons que nous avons affaire à une petite patiente qui est calme, lucide, bien orientée, et même très intelligente; si on la questionne sur ses supposées maladies, elle affirme fortement que tout ce dont elle s'est plaint est réel.

Ce n'est que quelques jours après une mise sous observation et un interrogatoire serré, qu'elle consent à admettre

que tout ce qui était arrivé n'était que simulation dans le but de se rendre intéressante. Certains points présentent de l'intérêt si on analyse de près les circonstances et le milieu dans lesquels notre patiente a joué son rôle. Son but, comme elle nous l'a avoué, n'était autre que d'occuper l'attention de l'entourage, et de créer autour d'elle une atmosphère de sympathie et de zèle; ce qui prouve, comme nous le disions au début que la mythomanie est à base de vanité. De plus, observant qu'elle avait autour d'elle peu d'obstacles à sa tendance morbide, et par contre beaucoup d'admirateurs, elle n'a pas cédé à la perspective d'être conduite à l'hôpital et d'y voir sa supercherie dévoilée.

Notons que beaucoup de sujets taxés d'hypochondrie, et dont la cause objective de leurs souffrances est méconnue, sont de faux hypochondriaques qui exempts de toute nosophobie, ne se plaignent que pour être plaints, et ces faux malades provoquent autour d'eux le zèle hospitalier qu'ils recherchent.

Chez l'enfant, l'activité mythique se manifeste comme un mode particulier d'activité intellectuelle et représente souvent, non plus un instrument de jeux, mais une arme dangereuse, d'autant plus que le malade est intelligent; cette arme est surtout dangereuse lorsqu'il s'agit de questions sur les attentats à la pudeur, d'accusations calomnieuses, ou même d'auto-accusations criminelles; et de ce fait, les experts médico-légaux nous conseillent d'être toujours très réservés sur le témoignage apporté par les enfants sur ces questions.

Dans notre cas le succès de notre mythomane a été complet grâce au milieu où elle se trouvait et aux moyens employés; mais son succès aurait pu être aussi grand et les conséquences plus graves, si la simulation avait joué sur une question médico-légale, même dans un milieu supérieur. En effet, comme le prouve la lecture des traités sur ces questions, très nombreux sont les cas où il a fallu de longues et minutieuses enquêtes avant de pouvoir prouver que de graves accusations et auto-accusations n'étaient l'acte que de mythomanes.

(Travail de la Clinique Roy-Rousseau.)

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE D'UNE LEUCO-ENCEPHALITE

par

Sylvio CARON et Mathieu SAMSON

Conformément à la promesse faite par l'un de nous à la dernière séance médicale des Hôpitaux Universitaires, tenue à l'Hôtel-Dieu de Québec, le 6 décembre dernier, nous vous présentons l'histoire clinique et l'étude histo-pathologique d'un syndrome neurologique exprimant une infection aiguë non suppurée du système nerveux central.

Monsieur J. B...., est âgé de 59 ans. Dans ses antécédents nous décelons quelques originalités psychiques qui le classaient parmi les siens dans la catégorie des "nerveux."

N'ayant souffert d'aucune maladie grave, d'aucune infection ou suppuration, vers la fin de janvier 1935, il doit garder la chambre durant deux jours, pour une rhino-trachéite grip-pale avec température légère à 101°, degré maximum. Après un repos de 8 jours, il reprend son travail au service civil, mais il remarque des troubles oculaires, amblyopie transitoire qui l'obligent à consulter son ophtalmologiste. Il reçoit une nouvelle paire de verres qui ne corrigent nullement sa vision. Huit jours plus tard les troubles oculaires disparaissent pour faire place à des troubles de la parole, voix aphone et trémulante que son médecin met sur le compte des séquelles de l'angine et de la trachéite.

Presqu'au même moment quelques myoclonies dans le domaine du facial supérieur; quelques jours plus tard dans le domaine du facial inférieur. C'est à ce moment que je suis appelé à le voir.

Nous sommes au début d'avril, donc un mois et demi après l'apparition des troubles oculaires.

Je relate les myoclonies de la face côté gauche, l'aphonie, quelques mouvements involontaires de la main gauche, hyper-réflexivité tendineuse aux membres supérieur et inférieur gauches; la présence d'un Babinski gauche sans trouble sensitif subjectif et objectif, pas de nystagmus, ni strabisme, ni inégalité pupillaire, et conservation du réflexe du voile.

Une prise de sang indique un Bordet-Wasserman négatif:
8 avril 1935:—Réaction de B. W. sérum non chauffé.....nég.
Réaction de B. W. sérum chauffé.....nég.
(Méthode à doses croissantes d'alexine.)

Une ponction lombaire faite dans la position couchée indique une pression initiale de 22; la manœuvre de Queckenstedt fait monter librement l'aiguille à 42, et la pression terminale est de 30 après soustraction de 5 c.c.

Albumines totales0gr. 43 par litre.
Réaction des globulinespositive. (Pandy)
Cytologie27 éléments mm/3
(Lymphocytes.)
Benjoin Colloidal.....00000.22220.00000.0
Bordet-Wassermann.....négatif.

Numération globulaire:-

Hémoglobine.....90%
Globules rouges.....4,990,000.
Valeur globulaire.....1.
Globules blancs.....11,840: Moyenne de 2 décomptes

L'examen du pus prélevé sur 4 petits abcès du lobule de l'oreille gauche indique qu'il s'agit vraisemblablement d'un kyste sébacé infecté secondairement. Les leucocytes de pus sont fortement dégénérés. Une seule variété microbienne: cocci à Gram +, ayant tous les caractères du staphylocoque.

Avec ces éléments nous discutons le diagnostic d'abcès cérébral et celui d'encéphalite.

Le 30 avril nous pratiquons une nouvelle ponction lombaire. Le patient avait été soumis aux injections de Septi-

cémine et d'uroformine sans changement dans l'expression clinique. La ponction pratiquée en position couchée indique une pression initiale de 10, Queckenstedt 24, l'aiguille redescend à 14 et non au chiffre initial; après soustraction de 3 c.c. elle revient au chiffre 8. (Manomètre de Claude.) Liquide légèrement troublé par présence de sang.

Albumines totales.....0.45 par litre.
(dosage fait sur liquide centrifugé.)

Cytologie.....13 éléments par mm/3.

Lymphocytose et rares cellules endothéliales.

A noter que l'examen révèle la présence d'environ 800 hématies par mm/3.

Jusqu'à ce jour, le malade n'a pas présenté de température ni de troubles mentaux.

Le 6 mai 1935, température légère, somnolence, amaigrissement, troubles de la déglutition pour les solides, troubles de l'orientation et de la mémoire.

Je le transporte à la Clinique Roy-Rousseau pour repérage ventriculaire. Une troisième ponction lombaire est pratiquée dans la position assise indiquant une pression initiale de 50, Queckenstedt 55, finale 45.

Albumine.....0gr. 68 par litre.

Cytologie.....11,8 éléments par mm/3.

Lymphocytose, rares hématies

Benjoin colloïdal.....00100. 22222. $\frac{1}{2}$ 0000.0

Réaction de Pandy.....fortement positive.

(globulines.)

Numération globulaire, se lit comme suit:-

Hémoglobine.....90%

Globules rouges5,100,000.

Valeur globulaire.....1.

Globules blancs.....15,920.

Injection le 10 c.c. d'air. La radiographie nous montre des ventricules symétriques et à contours normaux.

Deux jours après le repérage ventriculaire, une hémiparésie droite avec contracture apparaît. strabisme externe

de l'œil droit, Babinski à droite, disparition du Babinski à gauche. Somnolence presque invincible, n'avale ni liquide ni solide; température rectale variant de 100 à 101°. Le malade meurt le 25 mai 1935, de broncho-pneumonie hypostatique, 4 mois après l'apparition des troubles oculaires, avec élimination du diagnostic d'abcès.

AUTOPSIE:—

Par suite de circonstances incontrôlables, l'autopsie complète du malade n'a pu être faite; le cerveau seul a été prélevé. Après une fixation d'une huitaine de jours dans le formol de nombreuses coupes du système nerveux furent effectuées.

On constate dans la substance blanche du cerveau la présence de foyers circonscrits, grisâtres, présentant un fin piqueté rouge. Ces foyers sont disséminés sans systématisation dans les régions sous-corticales, en plein centre ovale, dans la capsule interne et dans la substance périventriculaire. On trouve encore un de ces foyers au niveau du pied des pédoncules à gauche.

EXAMEN MICROSCOPIQUE.—

De nombreux fragments ont été prélevés pour l'étude histologique et traités par les méthodes suivantes: méthodes myéliniques, cellulaires, neuro-fibrillaires et névroglies.

On constate d'abord des plaques circonscrites de démyélinisation; ces plaques présentent l'image typique de ramollissements dans lesquels se sont produites des hémorragies capillaires.

On trouve de plus des foyers microscopiques d'infiltration périvasculaire constituée par des éléments gliaux parmi lesquels on décèle quelques éléments hématogènes. Par les méthodes neuro-fibrillaires on constate que les cylindre-axes sont plus ou moins touchés; ce qui explique que les dégénérescences secondaires sont moins marquées que l'étendue des lésions pourrait le laisser supposer. Les leptoméninges présentent une hyperplasie modérée du tissu conjonctif et une légère infiltration. Ces phénomènes semblent plus marqués dans les régions qui avoisinent les foyers encéphalitiques.

En résumé:— Nous avons à considérer d'une part, des foyers visibles macroscopiquement assimilables à des ramol-

lissements; d'autre part, des lésions plus discrètes constituées par des infiltrations périvasculaires.

CONCLUSIONS:—

Les constatations anatomiques rendent parfaitement compte du syndrome clinique. En effet la dissémination de foyers de démyélinisation circonscrits, distribués sans systématisation dans la substance blanche, avec atteinte plus ou moins marquée des cylindre-axes, explique bien la complexité et la fugacité des symptômes cliniques observés.

Nous sommes en droit de rattacher ce cas au groupe des encéphalites aiguës non suppurées du système nerveux, et de le faire entrer dans le cadre de la classification adoptée au congrès de Berne en 1921, maladies dont le principal caractère est la démyélinisation.

Il peut paraître étrange, au premier abord, qu'une affection se caractérisant par de telles lésions soit cataloguée sous le terme d'encéphalite, surtout si avec Nissl, on ne considère comme inflammatoires que les réactions histo-pathologiques qui s'accompagnent d'infiltrations mésodermiques.

De multiples observations, en ces dernières années ont démontré que cette définition est trop restreinte et ne permet pas d'expliquer ces encéphalites post-vaccinales, ou celles qui surviennent à la suite de la rougeole, de la grippe, des oreillons et pour lesquelles on a constaté que l'élément caractéristique n'est pas l'infiltration mésodermique qui fait souvent défaut, mais la présence de foyers de démyélinisation s'accompagnent d'une gliose intense.

Dans certains cas graves, les lésions n'étaient constituées que par des foyers nécrotiques, et il nous est permis de croire qu'au cours de l'évolution de ces affections, des réactions mésochymateuses aient pu se produire, sous forme d'infiltrations leucocytaires, réactions qui très rapidement seraient disparues.

Ces lésions en foyers circonscrits qui attaquent principalement et presque exclusivement la substance blanche permettent de rattacher notre cas au groupe des leuco-encéphalites.

(Travail de la Clinique Roy-Rousseau.)

HYPERTROPHIE DU THYMUS ET RÖENTGENTHERAPIE

par

Jules GOSSELIN

Une révision des diagnostics des malades traités depuis un an dans notre département d'électro-radiologie de l'Hôpital du St-Sacrement, nous donne chez les nourrissons, 48 cas d'hypertrophie du thymus diagnostiqués radiologiquement et traités par la röntgenthérapie. Ce chiffre déjà considérable ne peut tout de même faire voir la fréquence réelle de cette affection dans notre district, lorsque nous présumons que quatre hôpitaux de la région, organisés avec les mêmes services d'électro-radiologie, doivent aussi voir une forte quantité de ces malades.

En analysant chronologiquement ces 48 cas annuels, nous trouvons une recrudescence graduelle dans les mois d'hiver, pour donner un maximum de 7 à 8 cas mensuels pour novembre et décembre, et une décroissance graduelle pour les mois d'été avec un maximum mensuel de 1 à 2 cas pour mai et juin.

Nous ne considérons pas cette question que par cet examen annuel, car si nous examinons les résultats des années précédentes nous retrouvons des chiffres inférieurs mais proportionnels.

L'augmentation relatée pour ces dernières années est due à la meilleure connaissance médicale de cette affection et au diagnostic rendu plus facile par l'expérience acquise.

Autrefois peu connue, cette affection est maintenant devenue à la mode et nous sommes obligés de satisfaire, souvent inutilement, la curiosité des médecins ou des parents. Cette affection prenant fréquemment un caractère familial, plusieurs familles, avec des notions antérieures de la facilité

du diagnostic radiologique et de la nécessité du traitement, nous demandent d'examiner tout enfant présentant un trouble digestif ou pulmonaire.

Le diagnostic de l'hypertrophie du thymus n'est possible, à vrai dire, qu'au moyen d'un examen radiographique; la clinique maintenant avertie, a retrouvé dans plusieurs symptômes des signes pathognomoniques qui, étudiés en relation avec le radio-diagnostic, ne gardent pas leur équivalence et ne sont aucunement proportionnels à la gravité de l'affection.

La découverte radiologique de cette affection a permis au radiologiste de prendre une certaine importance dans le diagnostic des troubles digestifs du nourrisson; et le traitement roentgénéthérapique adéquat à rendu service à la pédiatrie, comme aucune autre thérapeutique n'a encore pu le faire pour les troubles digestifs consécutifs à cette affection et rebelles à tout autre traitement.

Il est alors très difficile d'affirmer cliniquement l'existence d'une hypertrophie du thymus, car les signes cliniques déjà rapportés à cette affection peuvent aussi être retrouvés dans certaines affections pulmonaires ou cardiaques du nourrisson.

Laissons à la clinique ses droits et ne discutons dans cet aperçu que la facilité du diagnostic radiologique et l'efficacité du traitement roentgénéthérapique approprié.

La technique radiographique employée consiste en une téléradiographie pulmonaire frontale ou transverse, à 2 mètres de distance, en station verticale, à 90 kilovolts, à 3 milliampères-seconde; nous devons radiographier en apnée inspiratoire ce qui peut paraître difficile à réussir chez l'enfant mais qui peut être réalisé en suivant bien le rythme respiratoire du sujet.

D'après Testut, le thymus normal n'existe chez l'adulte qu'à l'état de vestige; chez le nourrisson, il est situé dans la région médiane du médiastin antérieur, en avant des vais-

seaux de la base du cœur, immédiatement en arrière du sternum et de ce fait peu visible.

Dès qu'il existe une hypertrophie de cette glande, nous voyons aux examens radiologiques une ombre homogène, à contours nets et précis, d'opacité cardiaque, coiffant l'image du cœur en se surajoutant à l'ombre des vaisseaux de la base et laissant toujours libre le médiastin postérieur.

Nous devons faire le diagnostic différentiel de l'adéno-pathie trachéo-bronchique et de la broncho-pneumonie qui présentent une ombre non homogène, laissant transparaître la clarté de la trachée; de la pleurésie hilare qui est localisée au hile; de la dilatation congénitale du cœur qui donne des signes cliniques évidents; de l'épanchement péricardique qui donne une ombre triangulaire à base diaphragmatique présentant une forme en sablier, et des ombres tumorales du médiastin, faciles à diagnostiquer par la radiographie en traverse.

Le traitement röntgenthérapique institué dans notre laboratoire est constitué par trois séances quotidiennes consécutives de 150 unités r internationales, filtrées par un demi-millimètre de cuivre et un millimètre d'aluminium sous 150 kilovolts; à notre connaissance, nous n'avons été obligés de répéter, mais avec succès, que dans deux cas qui n'avaient pas très bien réagi à la première série röntgenthérapique.

Nous vous présentons après un choix dans ces 48 cas, des douze derniers mois, plusieurs films en comparaison avec des radiographies normales vous caractérisant les différentes formes présentées par ces ombres d'hypertrophie du thymus à prédominance médiane, droite ou gauche; nous vous présentons aussi quelques films appartenant à des enfants de même famille pour vous démontrer le caractère familial fréquent de cette affection.

Quelques contrôles faits, vous laissent aussi voir l'opportunité et l'efficacité de la röntgenthérapie dans le traitement

curatif d'une affection souvent mortelle ou tout au moins productrice de symptômes laryngés, pulmonaires et digestifs qui ont, sans ce traitement, des conséquences sur la nutrition et l'état général du nourrisson.

Cette question est bien discutée depuis quelques années; mais avec des résultats aussi probants que ceux obtenus jusqu'à date, nous n'avons aucun doute sur l'importance de ces notions dans l'étude de la pédiatrie.

Nous laissons alors la discussion s'établir et nous serions enchantés de connaître les opinions de nos auditeurs surtout de ceux qui ont fait de leur domaine scientifique la pathologie du nourrisson.

(Travail de l'Hôpital du Saint-Sacrement.)



EMPOISONNEMENT COLLECTIF

par

Jos. GUERARD et Richard LESSARD

Il est peu fréquent que les empoisonnements collectifs d'origine alimentaire se manifestent avec une symptomatologie nerveuse.

L'exemple qu'il nous a été donné d'observer récemment nous a paru intéressant à rapporter à plus d'un titre, nous allons vous l'exposer.

Voici l'observation du malade: No. 19270. Edgar G.

Le 30 octobre 1935, le docteur J. L. Petitclerc nous demande de voir un malade qu'il vient d'examiner et qui lui a été dirigé par un médecin qui exerce dans une paroisse éloignée d'une centaine de milles de Québec.

"J'ai soigné ce patient, le 14 septembre dernier, lui écrit "le praticien, pour un empoisonnement, il a alors fait une "néphrite. Tout est revenu à la normale. Depuis 10 jours, "il s'est établi une paralysie progressive et je l'envoie à "l'Hôtel-Dieu pour traitement."

Voici l'histoire que le malade nous raconte:

Il vient à l'hôpital pour des douleurs, de l'engourdissement et de la faiblesse aux deux membres inférieurs.

Antécédents familiaux et collatéraux: excellents.

Antécédents personnels: Appendicectomie il y a deux ans, rien de plus à signaler.

Etat civil: Age: 24 ans, marié, épouse en santé. N'a pas d'enfants. Il travaille chez son père qui est cultivateur. Occasionnellement, il manœuvre dans un moulin à scie.

MALADIE ACTUELLE:—

Il fait remonter l'affection dont il souffre actuellement au 14 septembre 1935. Il travaillait alors dans un moulin à scie et demeurait chez le propriétaire.

Le soir du 14 septembre, après le souper, lui et dix autres membres de la maison dont les âges varient de 5 à 40 ans, furent pris de nausées et de vomissements. Il passa une semaine dans cette maison. Et chaque fois qu'il voulut s'alimenter par la suite les vomissements recommencèrent. Il eut aussi de la diarrhée et des céphalées presque continuelles.

Il présente aussi de la bouffissure de la face, de l'œdème des jambes et des bras. Comme il passe des urines sanglantes et qu'il s'affaiblit considérablement, il décide de retourner chez lui; une fois rendu dans sa demeure, tout rentre dans l'ordre.

Ses dix compagnons présentent les mêmes symptômes ou à peu de chose près. Il voit leurs vomissements disparaître que lorsqu'ils cessent de s'alimenter avec le pain qu'ils absorbent depuis une semaine.

Ils jettent alors ce qu'il reste de pain à deux pourceaux qui le mangent. Et les pourceaux meurent au bout de deux jours. Des vomissements abondants précèdent la mort. Un chat qui mange une partie de ces déjections alimentaires meurt lui-même par la suite.

Le pain qui paraît bien avoir été la cause de l'intoxication était du pain de ménage, fait par la maitresse de la maison. Le malade nous dit qu'elle cuisait toujours son pain elle-même pour toute la "maisonnée", et que jusqu'à cette date, personne ne s'en était porté plus mal. Elle se servait de farine, de pommes de terre, de sel, d'eau et de levure. Elle achetait cette levure sous formes de galettes chez le boulanger local. L'intoxication ne paraît pas venir de ce côté, car personne autre dans le voisinage n'a présenté de symptômes identiques.

C'est alors que le patient essaie d'expliquer les phénomènes dont lui et ses compagnons ont été les victimes. La maitresse de la maison, au cours de la cuisson du pain, à cause de la présence considérable de mouches domestiques

dans la cuisine, se serait abondamment servie d'un vaporisateur, qui contenait un liquide "TUE MOUCHES" très vraisemblablement du "Fly Tox".

Voici la suite de l'observation: Le malade rentré chez lui se sent très bien, et, pendant une semaine, récupère les forces qu'il a perdues.

Au commencement d'octobre 1935, soit quinze jours après le début de l'affection, il commence à présenter des troubles du côté des membres inférieurs. D'abord des douleurs, puis des fourmillements, ensuite apparaissent des engourdissements; troubles sensitifs en premier lieu, auxquels font rapidement suite des troubles moteurs. Une faiblesse progressive s'installe, et, à son entrée à l'hôpital, le malade ne peut se tenir debout sur ses jambes, il ne peut mouvoir ni ses pieds, ni ses orteils. Il ne sent pas ses jambes dans son lit.

Plus récemment, des signes analogues ont débuté aux membres supérieurs. L'usage des mains et des doigts est quasi perdu. Il ne peut tenir un verre, ni remplir sa pipe. Douleurs, fourmillements et engourdissements dans les mains.

Trois de ses compagnons intoxiqués comme lui, présentent maintenant des troubles paralytiques aux membres inférieurs, mais à un degré moins accentué.

EXAMEN:—

Appareil cardio-vasculaire: normal. Pouls 70.

T. A.: 118-82 (Baumanomètre).

Température: 99° F.

Appareil respiratoire: normal.

Appareil digestif: normal.

Foie et rate: de dimensions normales.

Pas d'adénopathies perceptibles.

Examen d'urines: réaction: acide, densité: 1030, albumine: néant, sucre: 2 grammes, 98 au litre, pigments biliaires, urobiline: néant.

Examen microscopique: cristaux d'acide urique, cellules pavimenteuses.

Azotémie: 0.81 le 2-11-35.

Azotémie: 0.50 le 9-11-35.

L'épreuve de la galactosurie provoquée pour une diurèse de 925 cc., donne 3.12 de galactose urinaire ou 3.38%.

Bordet-Wassermann: négatif.

Kahn: négatif.

Numération globulaire:

Globules rouges:	4,240,000	Neutrophiles:	68%
Hémoglobine:	98%	Lymphocytes:	27%
Valeur globulaire:	1.1	Gds. Mononucl.	3%
Globules blancs:	10,500	Eosinophiles:	2%

EXAMEN DU SYSTEME NERVEUX:—

MEMBRES INFERIEURS :

Reflexes rotuliens et achilléens: abolis.

Reflexe cutané plantaire: indifférent.

Oppenheim et Gordon: négatifs.

Pas de clonus du pied, ni de la rotule.

Douleurs vives à la pression des masses musculaires des mollets.

Perte du sens de l'attitude aux orteils et aux pieds.
Perte de la sensibilité tactile et thermique aux orteils et aux pieds.

Hypermétrie: le malade ne peut mettre son talon sur le genou opposé.

Les extenseurs et les fléchisseurs du pied et des orteils sont paralysés. Le pied est tombant.

Diminution de la force musculaire aux cuisses.

Atrophie musculaire.

MEMBRES SUPERIEURS:—

Reflexes ostéo-tendineux: absents.

Perte de la sensibilité thermique et tactile aux mains et aux doigts.

Diminution de la force musculaire des fléchisseurs et des extenseurs des mains et des doigts.

Atrophie des éminences thénar et hypothénar des deux côtés.

Les autres reflexes: cutanés-abdominaux, crémastériens sont présents. Les pupilles réagissent bien à la lumière, convergence et accommodation. Elles sont égales et régulières, il n'y a pas de signe d'Argyll-Robertson, ni de nystagmus.

Une ponction lombaire faite le 2-11-35 ramène un liquide de coloration normale. Tension rachidienne au manomètre de Claude, 22 en position couchée. Manœuvre de Queckenstedt: positive. CYTOLOGIE, albuminorachie, cellule de Nageotte: normales. Réactions sérologiques: négatives. Benjoin Colloidal: 0000022200000000.

Des réactions électriques sont pratiquées: Membres supérieurs: réactions normales. Membres inférieurs: réactions de dégénérescences.

Aucun trouble des sphincters.

DIAGNOSTIC:—

Nous avons ici affaire à une lésion du neurone périphérique, et plus spécialement à une polynévrite.

Nous avons, en effet, des troubles moteurs, une paralysie flasque, des troubles sensitifs, des troubles trophiques et des modifications des réactions électriques.

Notons enfin l'absence de troubles sphinctériens.

Il y a eu en plus atteinte du foie et des reins.

DISCUSSION DU DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE:—

Restait à discuter l'étiologie de cette polynévrite, ce que nous n'avons pas manqué de faire.

Nous devons tout d'abord éliminer le diagnostic de polynévrite toxique causée par absorption de FLY-TOX.

Nous ne l'avons discuté que pour le mettre hors de cause.

Nous avons soumis un échantillon de FLY-TOX, à M. l'abbé Alexandre Vachon, Directeur de l'École Supérieure de

Chimie, qui a bien voulu avec le Docteur Lucien Gravel, nous fournir les renseignements suivants dont nous tenons à les remercier. "Ces liquides (de FLY-TOX) ne contiennent pas de substances toxiques, ce sont des solutions d'huiles végétales et d'essences dans des solvants chlorés qui dérivent du méthane ou de l'éthylène et qui ne sont pas toxiques en général."

Nous avons ensuite écrit à la Claude Rex Spray Co. à Brighton, Ontario, manufacturiers canadiens et distributeurs du produit au Canada, qui nous mis en rapport avec le Docteur O. F. Hedenburg du *Mellon Institute of Industrial Research* de Pittsburgh. P. A. Le Docteur Hedenburg manipule depuis 14 ans des insecticides et n'a jamais eu aucun accident de quelque nature que ce soit, ni n'en a entendu parler.

Lors de l'apparition du FLY-TOX sur le marché, certains représentants pour en démontrer toute l'innocuité en absorbaient une certaine quantité par la bouche. Aucun n'en a ressenti quelque trouble.

Le FLY-TOX est composé de pyrethre dissous dans de l'huile et additionné d'un peu de parfum. *Rosenau* dit dans son traité d'Hygiène et de Médecine Préventive: "La poudre de pyrèthre est un insecticide populaire et très utilisé, elle est relativement bon marché, et non toxique pour l'homme ainsi que pour les animaux supérieurs."

Il ne pouvait être question d'intoxication par le FLY-TOX. Nous avons donc cherché ailleurs.

Le diagnostic de *Botulisme* ne saurait être retenu. En effet, le bacillus botulinus de *Van Ermengem* siège dans les conserves alimentaires, jamais dans le pain. Les paralysies atteignent surtout le nerf optique et les autres nerfs craniens. Les nerfs périphériques ne sont touchés qu'ultérieurement. Rien de tel ici, où l'atteinte a été essentiellement périphérique.

Il ne pouvait non plus s'agir ni de polynévrites *Chroniques*, ni de polynévrites *Autotoxiques*, pas plus que de polynévrites *Infectieuses*; le pain s'étant révélé le facteur d'intoxication.

Dans les polynévrites *Toxiques*, l'alcool mis à part, car il ne pouvait être incriminé, restaient le plomb, le mercure ou l'arsenic dont une certaine quantité aurait pu être mélangée au pain.

Contre le *Saturnisme*, plaidaient l'absence du liséré gingival de Burton, l'absence d'anémie et d'hypertrophie parotidienne, la présence de troubles sensitifs qui font généralement défaut dans la polynévrite saturnine.

Les polynévrites *Hydrargyriques*, en plus d'être excessivement rares, s'accompagnent de tremblement mercuriel, atteignent rarement les membres inférieurs, et sont le fait d'intoxication chronique, surtout chez les mineurs et chez les ouvriers fourreurs.

Restait l'ARSENIC. Le mémoire d'ARAN, la thèse d'agrégation de BRISSAUD, la thèse de G. BROUARDEL sur l'arsénisme (1897), contiennent des études d'ensemble de la question.

Les polynévrites arsénicales revêtent presque toujours des formes sensitivo-motrices, avec paralysie, atrophie musculaire, areflexie tendineuse, douleurs marquées et troubles de la sensibilité objective. Les extrémités distales sont surtout touchées, ce sont les petits muscles des extrémités des membres qui sont atteints.

Aux membres supérieurs, la paralysie affecte une systématisation basse (paralysie du type ARAN-DUCHENE.) Sont atteints les muscles de la main, éminence thénar et hypo-thénar, interosseux, accessoirement les muscles antébra-chiaux, fléchisseurs de la main et des doigts.

Cliniquement, nous avons cru avoir affaire à une intoxication par l'arsenic. Le tableau clinique de notre observation se rapprochant manifestement de la description classique de la polynévrite arsenicale.

Forme sensitivo-motrice, areflexie, atteinte des extrémités aux quatre membres, avec prédominance aux membres inférieurs.

Nous avons fait effectuer des recherches toxicologiques par l'abbé Alexandre Vachon et le docteur Lucien Gravel,

On retrouva de l'ARSENIC dans les urines du malade de même que dans ses cheveux.

Nous croyons bien que de façon accidentelle, de l'ARSENIC sous forme d'acide arsénieux probablement a été mélangé à

la farine. Rien ne ressemble plus à de la farine que de l'acide arsénieux, et on en rencontre fréquemment sur nos fermes, puisque nos ingénieurs agricoles recommandent d'en mélanger une certaine quantité à la bouillie bordelaise (sulfate de cuivre — chaux grasse éteinte — eau), pour l'arrosage des arbres.

Brouardel a bien étudié les empoisonnements accidentels de Saint-Denis, qui sont survenus en 1880. Un garçon boulanger pour se venger de son patron avait mélangé de l'acide arsénieux au pain. 268 personnes furent empoisonnées.

Vibert cite le fait qu'un empoisonnement identique avait eu lieu en Allemagne, à Wurtzbourg, en 1867: du pain qui contenait de l'arsenic intoxiqua 373 personnes.

Au point de vue thérapeutique, nous avons cru bon de faire de la pyhétothérapie chez notre malade.

Dans son rapport au Congrès de Québec (1934), Henri Roger de Marseille cite les observations de BARRE et CREINER, LAEDERICH et MME MERNARD-PICHON, TINEL, DEBRE, RAMON et UHRY qui ont traité des polynévrites par la pyrétothérapie.

Aucune des observations précitées n'a traité à une polynévrite arsénicale.

Nous avons fait des injections intra-veineuses de vaccin TAB, à la dose de 1/10, 4/10, 5/10 de cc. avec réaction thermique intense à la suite de chaque inoculation.

Le traitement est en cours, le malade s'améliore lentement. Les membres supérieurs sont à peu près normaux, la sensibilité est aussi réapparue aux membres inférieurs qui sont encore paralysés cependant. Il n'y a pas lieu de s'étonner quand on sait la lenteur de la régression des polynévrites arsénicales chroniques.

(Travail de l'Hôtel-Dieu.)

NEPHRECTOMIE CHEZ UN NOURRISSON DE CINQ MOIS.

par

M. LANGLOIS et N. LAVERGNE

La littérature médicale est relativement silencieuse sur la fréquence d'une telle intervention à cet âge. Emerson Smith (2) de Edmonton, Alberta, a remporté à la convention annuelle de C. M. A. tenue à Vancouver le 26 juin 1931, "un cas de néphrectomie pour pyonéphrose chez une enfant de 11 mois." A cette occasion, ses recherches lui ont permis de considérer ce cas comme le 10^e rapporté chez les moins d'un an. D'autant plus que les causes légitimant pareille intervention sont rares. De toutes ces causes, la pyonéphrose et les tumeurs rénales sont au premier rang.

La pyonéphrose nous intéresse plus particulièrement et il est généralement admis qu'elle est en relation constante avec une malformation congénitale. Cette corrélation, quasi indispensable, conditionne aussi pour une large part la non multiplicité de ces cas. A cet effet, Rosher (3) d'Oslo, qui de 1914 à 1930 a pratiqué 1532 autopsies sur des nouveau-nés et des nourrissons, n'a relevé que 2.6% de malformations congénitales de l'appareil urinaire. Cette pénurie de cas ne constitue pas le diagnostic de pyonéphrose plus difficile et ne constitue pas le seul intérêt de notre observation. Les hésitations à poser l'acte chirurgical la rendent, croyons-nous, encore plus intéressante.

Avant de présenter l'observation de cette malade, que l'on nous permette de remercier son médecin de sa collabo-

(2) Nephrectomy for pyonephrosis in a child of 11 months. Emerson Smith. C. M. J. May 1932, page 580.

(3) Frequency nature and pathologic significance, page 493 Acta Chirurgica Scandinavica, 14 juillet 1933.

ration et qu'il nous pardonne les ennuis que nous avons pu lui causer.

Observation No. 5617A.

L. J.... est née le 1er juillet 1935 de parents consanguins; cousins-germains. L'accouchement et les suites de couches furent normales et à la naissance, aucune malformation ne fut constatée. L'enfant est vue pour la première fois pour sa maladie actuelle le 11 novembre 1935, par son médecin. Il trouve une enfant très souffrante dont la température est à 101.2 F. et il apprend qu'elle n'a pas uriné depuis 12 heures. Au niveau du point de Mac Burney, il constate une défense musculaire très accusée. Il conseille alors à la famille de transporter d'urgence l'enfant à l'hôpital; la famille refusant, il ordonne l'application d'un sac de glace sur l'abdomen. Quatre heures après se produit une débâcle urinaire et l'abdomen reprend sa souplesse normale (ce dernier incident a été révélé après coup par l'anamnèse.)

Le 17 novembre, réapparition des mêmes accidents. La mère profite de l'expérience acquise et se passe des services du médecin. Même résultat.

Le 28 novembre, nouvelle crise semblable aux précédentes; mais avec un état général plus grave qui pousse la famille à céder aux instances du médecin et à conduire leur enfant à l'hôpital.

Le 29 novembre à l'arrivée, la température est à 102.0 F., la respiration est rapide et superficielle, le teint est gris, le faciès traduit une intoxication profonde et une grande souffrance. Le poids est de 11.10 livres. Le pannicule adipeux est relativement bien conservé, mais tous les signes de déshydratation sont présents.

Le 30 novembre, depuis la veille, l'enfant vomit continuellement et malgré que la température semble vouloir céder, les selles se font de plus en plus rares et aucune miction n'est encore apparue.

Le 1er décembre, la température monte à 104.0. F., les vomissements augmentent en fréquence. Au niveau du flanc gauche se dessine une tumeur rénitente, peu mobile en aucun

sens, semblant vouloir projeter en dehors et en avant la base de l'hémithorax gauche. Son point d'implantation semble être situé dans la profondeur de l'angle splénique. En présence de ces symptômes: transit gastro-intestinal gêné, absence totale de mictions, apparition d'une tumeur, se dégage la notion d'une compression qui nécessite un examen radiologique sous forme d'un lavement baryté. Voici la copie du rapport de cet examen fourni par le Dr Jules Gosselin: "Malgré une très forte pression, nous ne pouvons introduire le baryum que dans le rectum et l'anse sigmoïde; les résultats obtenus nous montrent une imprégnation seulement de la muqueuse. Les anses intestinales dilatées par des gaz et l'anse sigmoïde sont refoulées dans la partie moyenne par une opacité homogène qui comprend toute la latéralité gauche de la cavité abdominale." Cet examen nous permet de soupçonner l'origine rénale ou périrénale de cette tumeur.

Le 2 décembre, vers la fin de la journée, nous obtenons de l'urine sous l'influence de l'application d'un sac de glace sur l'abdomen. Nous tenons à signaler en passant cette influence qui, avant l'entrée, à l'hôpital, a joué un rôle encore plus manifeste. L'examen des urines révèle des traces d'albumine, du pus et des cylindres en abondance. L'examen bactériologique du pus décèle du coli-bacille. D'un commun accord avec le docteur Lavergne, le diagnostic de pyonéphrose à gauche est porté.

Le 3 décembre et les jours suivants, la température baisse et les mictions sont plus fréquentes, et notre attention est attirée par un phénomène singulier. Ces émissions d'urine sont immédiatement suivies d'une émission de pus qui reste sur la couche sans y être absorbée, et ce, en deux temps bien distincts. La tumeur s'efface graduellement, les vomissements cessent et le poids remonte de 10.4 livres à 11 livres. Les signes d'intoxication et de déshydratation s'amendent considérablement.

Le 10 décembre, le Dr Lavergne pratique la néphrectomie et nous insérons ici le compte-rendu complet de l'acte opératoire rédigé par lui-même: "Le 10 décembre, on pratique, sous anesthésie à l'éther, une lombotomie gauche. La tumeur remplit la fosse lombaire et est constituée par un rein

dont l'augmentation de volume ne porte que sur la moitié supérieure; il existe une fluctuation franche à ce niveau. Le clivage de la moitié inférieure du rein se fait normalement; la présence d'adhérences rend le clivage de la moitié supérieure plus difficile."

"Rattachés au pôle inférieur, on trouve un bassinnet et un uretère de volume et de consistance normaux. La tumeur, qui occupe la moitié supérieure du rein, se prolonge en dedans et sa libération, de plus en plus pénible, finit par nous conduire sur un cordon très dur, de la grosseur du petit doigt et qui n'est pas autre chose qu'un second uretère.

"On sectionne les deux uretères au thermocautère et on enlève le rein. Fermeture de la paroi en trois plans avec drainage."

"Diagnostic opératoire: il s'agit d'une duplicité urétéropyélique avec uro-pyonéphrose des cavités supérieures." Les suites immédiates de l'acte chirurgical furent sans incidents.

Le 12 décembre, apparaissent aux deux bases pulmonaires des signes de congestion.

Le 13 décembre, ces signes augmentent, la température baisse, le cœur commence à fléchir, l'azotémie est de 1.25 grammes, et après quelques heures dans le coma, l'enfant succombe. Le même jour une autopsie est pratiquée dont voici le protocole rédigé par le Dr Morin.

Protocole

Cadavre d'un jeune bébé du sexe féminin, normalement constitué. Le cadavre porte dans la région lombaire gauche, une plaie chirurgicale avec un drain de caoutchouc (néphrectomie). L'exploration de la cavité abdominale ne fournit rien de spécial, sauf du côté de l'appareil urinaire que l'on enlève en entier. Les organes thoraciques n'ont pu être examinés.

Constatations Macroscopiques: Le rein gauche extirpé à l'opération mesure 8 centimètres dans son plus long diamètre et 2.50 cms de large. Le pôle supérieur renferme une poche remplie de pus (2.75 de diamètre.) Cette cavité

est en communication avec un uretère très dilaté, tortueux et rempli de pus; il mesure 2.25 cm de diamètre. Celui-ci aboutit à une cavité autonome développée en pleine paroi supérieure de la musculature vésicale (vessie cloisonnée.) Cette poche mesure 1.35 cm par 1 cm à l'état de vacuité. Du pôle inférieur, s'échappe un second uretère de volume normal qui, s'accolant au premier, l'accompagne jusqu'à son entrée dans la vessie, où il s'en sépare pour venir s'ouvrir dans le pôle supérieur de la vessie. Il a été impossible de trouver l'endroit de communication de ces deux cavités. La muqueuse présente des lésions de cystite.

Conclusion: On est en présence d'une duplicité urétérale gauche avec cloisonnement vésical. Dans le segment supérieur, est apparue une uro-pyonéphrose avec distension de l'uretère qui débouche dans la petite cavité développée en pleine musculature vésicale.

Histologie: Coupe du rein gauche. Le tissu rénal présente des lésions nodulaires constituées par des polynucléaires et des plasmocytes; certains tubes excréteurs sont bourrés de polynucléaires. Il existe enfin, dans certaines régions, une atrophie des tubes sécréteurs.

Diagnostic histologique: Néphrite infectieuse tubulo-interstitielle, d'origine ascendante.

Il s'est donc agi d'une néphrectomie pratiquée à l'occasion d'une pyonéphrose liée à une malformation congénitale. Cette malformation est caractérisée par une duplicité urétéropyélique gauche et par un cloisonnement vésical.

La tumeur éclipse et la pyurie ont grandement facilité le diagnostic de pyonéphrose. L'âge de notre malade nous permettait sans encombre d'invoquer la malformation congénitale à l'origine et le facteur consanguinité des parents ne devait pas ici nous détourner de cette conception. A cet effet, l'intervention et la nécropsie ont pleinement justifié nos présomptions.

Si l'âge de notre malade a pu nous éclaircir sur le mécanisme étiologique de la lésion, il nous a gêné considérablement vis-à-vis de l'entreprise thérapeutique qui, à notre sens, devait être d'ordre chirurgical. En effet, sans opération,

la survie était gravement compromise à cause de la déficience de l'état général et de l'intoxication qui accompagnaient chaque poussée d'uropyonéphrose.

Si nous avons été poussés à l'intervention par toutes ces considérations, nous avons été quelque peu retenus par une autre, non moins lourde de conséquences: le rein malade enlevé, que valait l'autre? L'enfant était trop jeune pour que l'on ait pu solutionner ce problème avec le secours des moyens habituellement employés. A cause de cela même, chez tout nourrisson, l'indication de la néphrectomie ne sera jamais péremptoire.

(Travail de l'Hôpital du Saint-Sacrement.)

QUESTIONS DE SCIENCE ECCLESIASTIQUE

Selon le désir que Son Éminence le Cardinal Villeneuve nous a exprimé, nous reproduisons le texte suivant, ayant paru le 2 janvier 1936, dans la Semaine Religieuse de Québec.

La Rédaction.

Théorie condamnée

Q.—Que faut-il penser de l'opinion suivante: Dans le cas d'une affection grave du rein, avec fièvre mortelle, chez une femme enceinte, il est permis, pour faire baisser la fièvre et sauver la mère, de vider l'utérus gravide?

R.—Il s'agit ici de l'avortement médical ou thérapeutique (1), sur lequel l'Église s'est plus d'une fois prononcée pour le condamner formellement. C'est la théorie du fœticide direct nettement condamnée par les décrets du Saint-Office en date du 31 mai 1884, du 19 août 1889, du 24 juillet 1895, et du 4 mai 1898.

La raison de ces décisions du Saint-Siège est facile à saisir: il s'agit dans tous ces cas, de *tuer l'enfant pour sauver la mère*, ce qui est absolument défendu par le cinquième commandement de Dieu. Aussi tous les théologiens sans aucune exception, réproouvent-ils cette théorie, qu'ils regardent comme un assassinat pur et simple.

(1) L'avortement dont il s'agit ici est l'expulsion artificielle d'un fœtus vivant mais non viable.

INFORMATION

Nouvel internat

— — — — —

Un tout jeune médecin me demandait l'autre jour :

—Vous ne connaissiez pas un bon poste, M. l'abbé? La trouée, ici, à Québec, surtout, est joliment ardue... décourageante parfois...

—Avez-vous quelque spécialité en vue? La chirurgie?

—Pardon, M. l'abbé. C'est la médecine générale, la pratique du traditionnel médecin de famille que j'ai rêvée.

—Mais pourquoi en ville?

—Ah! pourquoi... On m'a fait croire que mes succès à l'Université me vaudraient à brève échéance une clientèle toute dévote et fervente.

—Oui, le miroir aux alouettes, n'est-ce pas? Tout de même vous vous reconnaissez non seulement le minimum de science et d'art mais encore l'aptitude et le goût pour soulager les maux physiques du prochain?

—C'est à peu près cela, et je voudrais un poste où tout de suite me dépenser de la meilleure façon.

—Seriez-vous âpre au gain?

—Je ne demande, pour les premières années, que de quoi vivre, compléter mes études et payer mes frais de première installation.

—Mais le mariage?

—Je vous avoue que c'est encore un peu plus loin dans ma perspective.

Et ni je suis encore promis ou fixé, ni aucune jeune fille ne compte encore sur moi...

—Le cœur libre alors... Vous faites, je suppose de l'Action catholique. Vous avez répondu à l'appel du Pape. Vous êtes enrôlé dans quelque comité paroissial ou diocésain?

—Ah! pour ça, je vous avoue que je n'y ai guère pensé.

—En catholique éclairé, vous êtes fier des progrès des catholiques. Vous admirez les grandes initiatives pontificales. Vous lisez les Encycliques. Vous suivez les Semaines Sociales, les études de missiologie...

—M. l'abbé, vous me faites honte... surtout vous vous éloignez singulièrement du sujet. Si je me rappelle bien, je vous demandais un poste de médecin...

—Mais oui! Et mon questionnaire vous conduisait à un des postes les plus honorables.... bien que sans lucre.

—Lequel donc?

—Pour moi, depuis que Benoît XV et surtout Pie XI ont tant recommandé les missions catholiques, je me suis toujours demandé comment, parmi tant de jeunes gens, souvent protégés du clergé, élevés par des prêtres, héritiers d'un trésor de foi, éclairés par une philosophie et une théologie élémentaires et par la meilleure apologétique, nourris pendant des années du pain des forts, munis, d'une part, d'un parchemin de docteur en médecine, et invités, d'autre part, à l'apostolat laïque par le Père commun des fidèles, aucun ne se soit détaché de la troupe, aucun n'ait offert une, deux, trois années de sa vie comme interne dans les missions.

Nos ancêtres en nombre, se sont "donnés" pour quelques années à la Compagnie de Jésus.

Avec un simple dispensaire et des rudiments de médecine, c'est par milliers que les missionnaires ont attiré les païens. Le secours aux malades, voilà la prise de contact indispensable, un peu partout. C'est aussi partout le rayonnement de la charité évangélique. Et c'est le bon renom de la science chrétienne.

Voyez-vous un vrai médecin attaché à telle mission esquimaude ou nègre ou calédonienne?

Un médecin intelligent et cultivé passera quelque part et renovera par son influence l'hygiène de toute une région.

Agent de liaison, héraut de la science, instrument de conquête spirituelle.

Il n'y a pas à dire voilà un beau rêve, et une beau poste de médecin.

—Vous n'y pensez pas? Me voyez-vous m'embarquer pour la Mandchourie, le Basutoland?

—Mais oui, je vous vois inséré dans l'apostolat hiérarchique, inséré, engagé, voué.... Je vous vois missionnaire.

—Missionnaire!.... Médecin missionnaire!.... Au fait, pourquoi pas? Le bon Dieu aurait bien mérité ce coup d'épaule. Et puis, ça réparerait....

Et puis ça préparerait.... C'est une bénédiction sur une carrière.... Mon ami, on s'enregistre chez Son Eminence, le révérendissime Chancelier de l'Université.

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Grand choix de Livres Français (Dernières Editions)
Edités par: J. B. BAILLIÈRE & FILS,
G. DOIN & Cie, EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE,
GAUTHIER-VILLARS & Cie, A. LEGRAND,
MASSON & Cie, VIGOT Frères., N. MALOINE.

En Vente chez:

J. EDDE Ltée Edifice New Birks, **MONTREAL.**

SÉDATIF - HYPNOTIQUE - ANTISPASMODIQUE

NEURINASE

UN EXCELLENT SOMMEIL AUX PLUS FAIBLES DOSES
Sans accoutumance.
Sans effets toxiques, ni pénibles.

Laboratoire A. GÉNÉVRIER, 2, Rue du Débarcadère - PARIS

A base de
Valériane fraîche
et de
Véronal soluble
(0gr.15 par cuillerée à café)
Odeur et saveur agréables

DOSE :
1/2 à 4 cuillerées à café
en 24 heures.

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

J. EDDE, Limitée, New Birks Bldg., Montréal, Agent Général pour le Canada.

"Frosst"

KONDREMUL

L'émulsion d'huile minérale et de mousse d'Irlande.



Voici quelques unes des raisons pour lesquelles vous pouvez recommander cette préparation en toute confiance :

- 1° La balance scientifique de l'huile — 55% d'huile minérale de la plus haute qualité — favorise l'émulsionnement avec les fèces.
- 2° L'huile est en suspension sous forme de gouttelettes — les globules sont maintenues fermement dans une enveloppe émulsive.
- 3° Pas d'écoulement — ne dérange ni l'assimilation ni la digestion.
- 4° Donne des selles abondantes, molles, de la consistance du mastic.
- 5° Ne contient pas d'alcool.
- 6° Ne contient pas d'alcali.
- 7° Ne contient pas de sucre. Peut être prise par les personnes soumises, a un régime non-sucré.
- 8° Ne contient pas d'hydrates de carbone digestibles.
- 9° Un simple régulateur — ne cause pas d'accoutumance.
- 10° Crémeuse et agréable à prendre — aucun goût huileux.
- 11° Les fortes variations dans la température n'ont aucun effet sur cette émulsion.
- 12° Elle se verse facilement.
- 13° Elle se mélange rapidement à de l'eau chaude ou froide, à du lait ou du cacao.
- 14° Le contrôle de laboratoire assure l'uniformité du produit.
- 15° Simple ou avec de la Phénolphtaléine (2.2 grains pour chaque cuillerée à table.)

- EN BOUTEILLES DE 16 ONCES -

Charles E. Frosst & Co.

MONTREAL

CANADA.